

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kooperationspartner*innen,
liebe Fachkräfte,

die Corona-Pandemie stellt die gesamte Gesellschaft, Politik und Wirtschaft, aber auch jede/n von uns vor sehr große Herausforderungen. Für uns im Gesundheitsreferat heißt dies vor allem, dass die Bekämpfung der Pandemie und die Unterstützung unserer Kolleg*innen im Infektionsschutz im Vordergrund steht. Von den weitergehenden Einschränkungen zur Eindämmung der Pandemie ist unser Projekt „München - gesund vor Ort“ selbstverständlich auch nicht verschont geblieben. Konferenzen, Programme und Kurse mussten abgesagt und der Start der Schwerpunktprogramme verschoben werden.

Trotz der turbulenten Zeiten freuen wir uns, Ihnen unseren Evaluations-Zwischenbericht präsentieren zu können. Mit der Zwischenevaluation wurde SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung beauftragt.

Wir möchten an dieser Stelle auch noch einmal die Möglichkeit nutzen, Ihnen für die Beteiligung an diesem Projekt und der Evaluation zu danken – ohne Sie wäre eine erfolgreiche Projektumsetzung und Weiterentwicklung nicht möglich. Den Evaluationsergebnissen zufolge, gibt es aber auch noch Bereiche, in denen wir uns verbessern können. Wir möchten diese gezielt aufgreifen und in der kommenden Projektlaufzeit anpacken. Auch hier würden wir uns freuen, wenn Sie uns tatkräftig unterstützen und weiterhin Ihre Einschätzungen mit uns teilen.

Wir freuen uns auf die weitere gute Zusammenarbeit.

Es grüßt Sie herzlich Ihr Projektteam von „München – gesund vor Ort“

Das Modellprojekt „München – gesund vor Ort“

Erster Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung (Evaluationsbericht I)

Stand: März 2021

SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung
Andreas Sagner | Sven Siebert
Postfach 40 16 20
80716 München
Tel.: (089) 725 63 29
E-Mail: kontakt@sim-sozialplanung.de
Web: www.sim-sozialplanung.de

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
1.1	Rahmenbedingungen des Modellprojektes „München – gesund vor Ort“ (MgvO)	4
1.1.1	Zum Hintergrund des Projektes und seiner Bedeutung	4
1.1.2	Zielsetzungen und konzeptionelle Bausteine des Modellprojektes.....	5
1.1.3	Modellregionen im Überblick.....	6
1.2	Anmerkungen zur Evaluation des Modellprojektes „München gesund vor Ort“	8
1.2.1	Zielsetzungen der Evaluation	8
1.2.2	Anmerkungen zum Evaluationsverständnis	11
1.2.3	Zur methodischen Vorgehensweise	12
2.	Projekterfahrungen I: Die Sicht der Fachkräfte	13
2.1	Bewertung konzeptioneller Aspekte.....	13
2.2	Kommunikation und Zusammenarbeit	14
2.2.1	Informationspolitik	14
2.2.2	Externe und interne Zusammenarbeit	16
2.3	Mehrwert des Projektes	17
2.4	Exkurs: Stadtteilkonferenzen	20
3.	Projekterfahrungen II: Durchgeführte Einzelmaßnahmen	22
3.1	Überblick	22
3.2	Bedeutung des Bausteins „Sofortmaßnahmen / Aktionen“	24
4.	Projekterfahrungen III: Schwerpunktprogramme	25
4.1	Zu den Hintergründen der Schwerpunktprogramme	25
4.2	Werdende und junge Familien: Gesundheitslotsinnen in Riem	25
4.3	Kinder und Jugendliche: Gesundes Heranwachsen in Feldmoching-Hasenbergl	27
4.4	Ältere Menschen: Das Präventionsnetz im Alter in Ramersdorf-Perlach.....	29
4.5	Migrant*innen mittleren Alters: Die Online-Gesundheitsschule in Moosach.....	32
5.	Abschließende Bemerkungen	35
5.1	Exkurs: Wünsche an das Gesundheitsmanagement: Ergänzende Erkenntnisse aus der Trägerbefragung	35
5.2	Thesenartige Zusammenfassung zentraler Ergebnisse.....	36
5.3	Handlungsempfehlungen für den weiteren Projektverlauf.....	38
6.	Anhang: Informationen zur Online-Kurzbefragung	39

1. Einleitung

1.1 Rahmenbedingungen des Modellprojektes „München – gesund vor Ort“ (MgvO)

1.1.1 Zum Hintergrund des Projektes und seiner Bedeutung

Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung. Gerade der enge Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheitsverhalten / Gesundheitszustand erfordert, Stadtteilarbeit /-entwicklung und Gesundheitsförderung miteinander zu verknüpfen. Neben der Möglichkeit, Ressourcen so strategisch zu bündeln, sind in den Stadtteilen und Quartieren vor Ort auch Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die in anderen Settings (z.B. Kindergarten, Schulen) nicht angesprochen werden können. Das „Dachsetting“ Stadtteil stellt mit seinen komplexen Akteurslandschaften / Kooperationsstrukturen für die Gesundheitsförderung aber eine besondere Herausforderung dar. Verantwortlichkeiten, Strukturen und Angebote sind nicht immer klar strukturiert bzw. transparent. Interventionen sind deutlich schwieriger als in anderen Settings zu konzipieren.

Ein dezentrales und „neutrales“ Gesundheitsmanagement, das mit den Akteur*innen vor Ort auf Augenhöhe agiert und kooperiert, dem Vertrauen entgegengebracht wird, bietet hier eine Chance – nicht nur im Setzen wichtiger gesundheitsfördernder Impulse und der (ausgeprägteren) Verankerung des Themas „Gesundheit“ vor Ort, sondern eben auch in einer besseren Abstimmung der im Bereich Gesundheitsförderung agierenden Träger (Koordination), der stärkeren Verknüpfung von Stadtteilarbeit (im weitesten Sinne verstanden) mit Gesundheitsförderung sowie in der Generierung nachhaltiger und transparenter Strukturen. Wenngleich im Rahmen des Projektes ein strategischer Ansatz (im Sinne einer nachhaltigen Verzahnung verschiedener Politikbereiche) allenfalls am Rande verfolgt wird,¹ weist „München – gesund vor Ort“ damit doch deutlich über die verbreiteten Vorgehensweisen hinaus, Gesundheitsförderung im Stadtteil primär über quartiersbezogene Gesundheitsprojekte zu realisieren.²

Gesundheitspolitische Bedeutung. Das im Rahmen des Modellprojektes erprobte Strukturelement eines dezentralen Gesundheitsmanagements ergänzt dabei andere Bausteine der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung, vor allem die städtischen Gesundheitsberatungsstellen (Hasenberg / (zukünftig auch) Riem)³ oder die parallel zum Modellprojekt ausgebaute Patientenberatung (Gesundheitsladen München e.V.).⁴ Vor dem Hintergrund des bisher doch eher punktuellen Vorgehens im Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ sollte „München – gesund vor Ort“ wertvolle Erkenntnisse zur Ausgestaltung einer umfassenden Stadtteilgesundheitsförderung liefern (können), auch wenn letztere in München schon eine vergleichsweise lange Tradition vorweisen kann.⁵ Das diesbezügliche Erkenntnispotential ist umso höher zu veranschlagen als im Rahmen des

¹ Erwähnt sei diesbezüglich aber die referats-/ressortübergreifenden Auftaktveranstaltung im September 2019, bei der den Vertreter*innen anderer Referate/Ressorts die Möglichkeit gegeben wurde, ihre Belange für den weiteren Projektverlauf einzubringen. Hingewiesen sei auch auf den auf Leitungsebene organisierten Austausch mit dem RBS (Referat für Bildung und Sport) zu der Überschneidung des MgvO-Projekts mit dem Auftrag der Bildungslokale. Ein regelmäßiger Info-Austausch mit den anderen Referaten war geplant, musste 2020 Corona-bedingt aber ausfallen. Ein politikfeldübergreifendes Engagement zeigt sich auch in der praktischen Verzahnung des Gesundheitsmanagements mit dem Stadtteilmanagement der Sozialen Stadt (Moosach / Neuperlach); allerdings gibt es diesbezüglich keine verbindliche Kooperationsvereinbarung zwischen der MGS (Münchner Gesellschaft für Stadterneuerung mbH) und dem Gesundheitsreferat. Erwähnt sei an dieser Stelle zudem noch der durch das MgvO-Gesundheitsmanagement bzw. das MgvO-Team abgesicherte Informations- / Wissenstransfer in die Verwaltungsstrukturen (siehe Abs. 1.1.2).

² Vergleiche Reimann, B., et al. (2010). *Mehr Gesundheit im Quartier: Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung*. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik, hier: S. 30.

³ Eine weiteres Angebot ist im Übrigen im Stadtbezirk Freiam geplant.

⁴ Zuvor hatte die Patientenberatung nur über eine Anlaufstelle im Stadtzentrum verfügt. Im Februar 2020 konnte jedoch in allen vier Modellregionen von „München – gesund vor Ort“ zumindest jeweils ein Beratungsstandort eröffnet werden; in drei der vier Regionen findet die Patientenberatung jeweils in zwei unterschiedlichen Einrichtungen statt.

⁵ Siehe: Landeshauptstadt München (Gesundheitsreferat) (1995). *Rahmenkonzept der kommunalen Gesundheitsförderung im Stadtteil*. München: Gesundheitsreferat München.

Projektes auch das Problem der Zugangsbahnung zu benachteiligten Bevölkerungsgruppen, das der Vermittlung von Gesundheitsinformationen (Gesundheitskompetenz) sowie das der Verzahnung von Sozial- und Gesundheitssystem auf innovative Art und Weise angegangen wird (Schwerpunktprogramme „Gesundheitslotsinnen“ / „Online-Gesundheitsschule“ / „Präventionsnetz im Alter“ / „Gesundes Heranwachsen“ (siehe Kapitel 4.1)).

1.1.2 Zielsetzungen und konzeptionelle Bausteine des Modellprojektes

Grundsätzliches. Übergeordnetes Ziel des Projektes ist – ganz im Sinne des Präventionsgesetzes und dem dazu gehörigen GKV-Leitfaden <Prävention> – die Verbesserung der Gesundheit für bzw. der Gesundheitskompetenzen von Menschen mit hohen psychosozialen Belastungen und Risiken, und zwar durch Entwicklung und Umsetzung verhaltens- und verhältnispräventiver Interventionen. Im Rahmen dessen wird in jedem Stadtteil neben kleineren Einzelmaßnahmen („Sofortmaßnahmen“, siehe Kapitel 3) ein auf nachhaltigem Strukturaufbau orientiertes handlungs- / zielgruppenspezifisches Stadtteilprogramm entwickelt und umgesetzt („Schwerpunktprogramme“, siehe Kapitel 4.1).

Zur Realisierung dieser Zielsetzungen ist in jedem der vier Stadtbezirke ein Gesundheitsmanagement aufgebaut worden, das die Arbeit vor Ort – basierend auf dem Bedarf und den Ressourcen im Stadtteil – entwickelt und koordiniert sowie bedarfsgerechte Kooperationsstrukturen auf- bzw. ausbaut. Entscheidend ist die Ausrichtung des Strukturansatzes „Dezentrales Gesundheitsmanagement“ auf die Fachkräfte. Stadtbezirksübergreifende Programme, konkret: Gesundheitswegweiser und sogenannte Stadtteilkonferenzen (siehe Abs. 2.4), sind ein weiterer Aspekt des Modellprojektes.

Strategische Zielsetzungen. Es soll bzw. sollen

- die Gesundheitsförderung in den Modellregionen durch die Arbeit des Gesundheitsmanagements strukturell (durch Aufbau von Netzwerk- / Kooperationsbeziehungen) stärker verankert werden.
- die Themen Bewegung, Ernährung, seelische Gesundheit und Suchtprävention als Querschnittsaufgaben in den Lebenswelten der Sozialraumbevölkerung bzw. in den Arbeitskontexten der beteiligten professionellen Akteur*innen spürbarer Platz finden (z.B. durch Entwicklung einschlägiger Angebote) bzw. nachhaltiger thematisiert werden.
- das individuelle Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenzen der Bewohner*innen positiv beeinflusst werden (z.B. durch vermehrte Teilnahme an bedarfsgerechten Angeboten und/oder niedrigschwellige Zugangsgestaltung zu zielgruppengerechten Informationsformaten).
- die Schwerpunktprogramme – sofern sie sich aus Sicht der Evaluation als wirkmächtig erweisen – am Ende der Projektlaufzeit nachhaltig verankert werden.⁶
- die Zusammenarbeit / der Austausch zwischen verschiedenen Politikfeldern bzw. Ebenen der Stadtverwaltung, die im Rahmen des Modellprojektes im Bereich der Gesundheitsförderung initiiert bzw. vertieft wird, über die Projektlaufzeit abgesichert werden.

Aufgaben des Gesundheitsmanagements. Hier sind zu nennen:

- **Vernetzung.** (Noch) stärkere Verankerung des Themas Gesundheitsförderung in den Modellregionen durch Anknüpfen an die vor Ort bereits befindlichen Kommunikations- und Vernetzungsstrukturen. Hier sind vor allem die REGSAM-Strukturen zu nennen, deren räumlicher Umgriff demjenigen der Modellregionen entspricht.

⁶ Ergänzend soll – durch die Evaluation – ihre Übertragbarkeit auf andere Münchner Stadtteile geprüft werden (siehe Abs. 1.2.1).

- **Wissens-/Kompetenzvermittlung / Sensibilisierung.** Aufbau von Wissen und Kompetenzen über Gesundheitsförderung bei den beteiligten Sozialraumakteur*innen, sei es durch die Netzwerkarbeit, Fachberatung oder durch gemeinsame Projektarbeit.
- **Partizipative / unterstützende Maßnahmenentwicklung (Beratung / Finanzierung).** Unterstützung professioneller Stadtteilakteur*innen bei der Entwicklung von Projektideen bzw. bei der Umsetzung vor Ort bereits bestehender Ideen zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung bzw. zur Verhaltens- und Verhältnisprävention.⁷ Neben inhaltlicher / methodischer Beratung umfasst dies auch die Unterstützung bei der Finanzierung bzw. beim Erschließen von projektexternen Finanzierungsquellen. Eine Aktivierung von Bewohner*innen seitens der Gesundheitsmanagerinnen ist im Sinne der Fachkräftelogik des Projektes nicht unmittelbar vorgesehen.⁸
- **Partizipative Umsetzung / Steuerung der identifizierten Schwerpunktprogramme.** Steuerung der externen Leistungsnehmer*innen (Maßnahmenträger*innen) bei der konzeptionell-inhaltlichen Feinplanung bzw. bei der Umsetzung und Steuerung der bereits 2019 definierten Schwerpunktprogramme (siehe Kap. 4).
- **Aufbau und Koordination von maßnahme- /programmbezogenen Kooperationsstrukturen.** Bei der Planung / Umsetzung von Maßnahmen – hier besonders der Schwerpunktprogramme – sind seitens des Gesundheitsmanagements notwendige Kooperationsstrukturen aufzubauen und zu koordinieren.
- **Übergeordneter Wissenstransfer (Verwaltung).** Rückkoppelung der im Rahmen der Projektarbeit gewonnen Erkenntnisse über gesundheitliche Bedarfslagen in die zuständigen Verwaltungsstrukturen (z.B. Städtebauförderung, Referat Bildung und Sport) zur Beförderung einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung.
- **Übergeordneter Wissenstransfer (Fachwelt).** Transfer der im Rahmen der Entwicklung / Umsetzung des Projektes gewonnen Erkenntnisse in die wissenschaftliche Fachwelt bzw. in Richtung (bisher *nicht* beteiligter) sozialer Akteure. Diese Aufgabe stellt sich vor allem mit Blick auf die Schwerpunktprogramme, die ausdrücklich als (möglichst) zu übertragende Pilotprojekte konzipiert sind.

Aus evaluatorischer Sicht stehen damit zwei Themenfelder im Fokus: Die prozessuale und wirkungsorientierte Bewertung des Strukturansatzes „Dezentrales Gesundheitsmanagement“ einerseits und die der stadtteilbezogenen Schwerpunktprogramme andererseits (siehe näher Abs. 1.2). Die Frage, ob bzw. inwieweit die durchgeführten Maßnahmen die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen auf Stadtebene effektiv haben vermindern können, ist im Rahmen der vorliegenden Evaluation nicht zu leisten. Dies hätte zu Beginn und zu Ende des Modellprojektzeitraums umfangreiche Erhebungen erfordert. Dies wäre bzw. ist bereits ressourcetechnisch nicht möglich (gewesen).⁹ Die Frage, ob bzw. inwieweit das Projekt „München - gesund vor Ort“ *de facto* zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands und der Gesundheitskompetenzen der Sozialraumbevölkerungen führt, wird daher nur *indirekt* – im Rahmen der Evaluation der beiden oben genannten Themenfelder – beleuchtet werden können.

1.1.3 Modellregionen im Überblick

Überblick. Im Sinne des Präventionsgesetzes und dem dazu gehörigen GKV-Leitfaden, dass geförderte Projekte zur Gesundheitsförderung auf eher benachteiligte Bevölkerungsgruppen

⁷ Im Sinne der AOK-Richtlinien stehen hierbei die Handlungsfelder „Ernährung“, „Bewegung“, „Seelische Gesundheit“ und „Suchtprävention“ im Vordergrund.

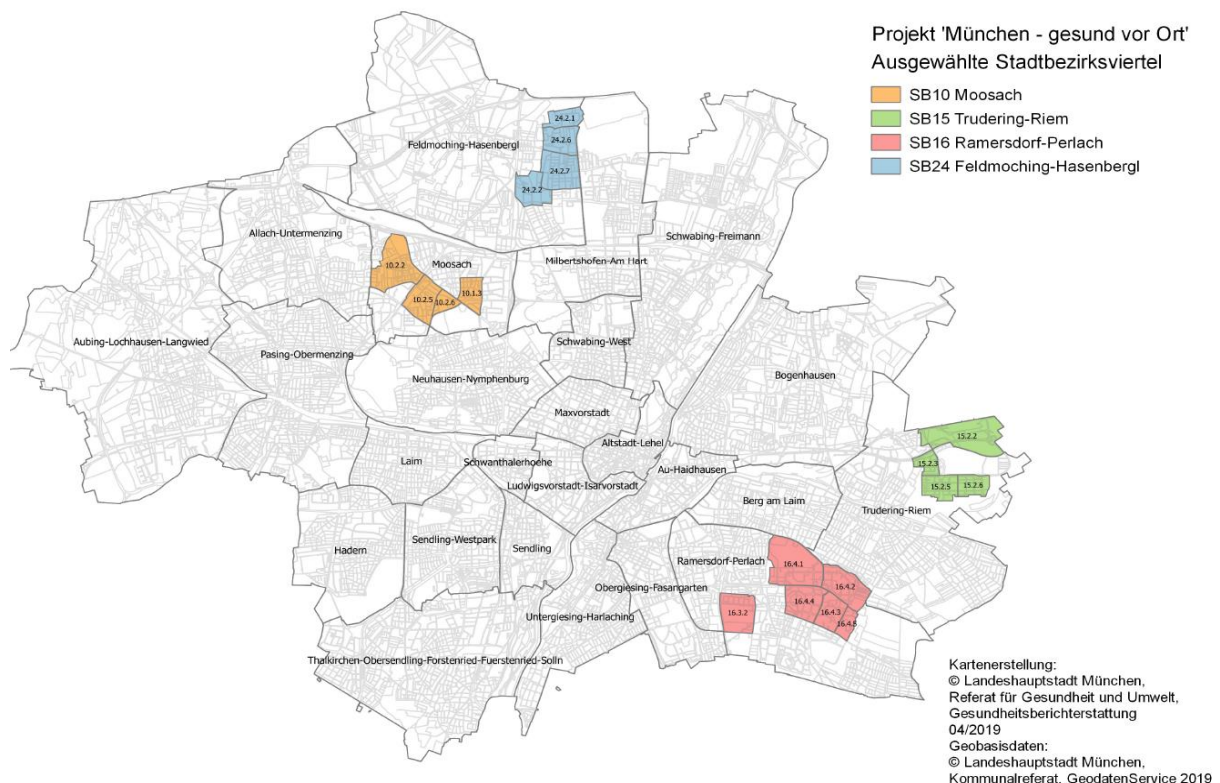
⁸ Im Rahmen einzelner Projekte / Maßnahmen – siehe z.B. das Schwerpunktprogramm „Gesundheitslotsinnen“ (siehe Abs. 4.2) – kann eine solche Aktivierung gleichwohl expliziter Teil des Ansatzes sein.

⁹ Abgesehen davon wurde das evaluierende Fachinstitut erst im März 2020 mit der Evaluation beauftragt, also gut zwei Jahre nach Start des Modellprojektes.

fokussieren sollten,¹⁰ wurden (und werden) im Rahmen des Modellprojektes Stadtbezirke in den Blick genommen, die im Vergleich zur Gesamtstadt besonders komplexe soziale, ökonomische, infrastrukturelle und/oder bauliche Problemlagen aufweisen bzw. in denen überdurchschnittlich viele sozioökonomisch benachteiligte und damit ärmere Haushalte leben: Arbeitslose, ALG-II-Empfänger*innen, Migrant*innen, Alleinerziehende, kinderreiche Familien. Bei der Auswahl der Modellregionen wurde ergänzend zudem auf die Möglichkeit von Synergieeffekten durch einschlägige Vor-Ort-Strukturen in öffentlicher Trägerschaft (Quartiersmanagement im Rahmen der Städtebauförderung („Soziale Stadt“); dezentrale Gesundheitsberatung) bzw. an die Möglichkeit des Andockens an diese Strukturen geachtet.

Letztendlich fiel die Wahl auf die Stadtbezirke Feldmoching-Hasenberg, Moosach, Ramersdorf-Perlach sowie Riem-Trudering bzw. – da auch diese Stadtbezirke (wie alle Münchner Stadtbezirke) eine enorm große interne Heterogenität aufweisen –, auf einzelne Stadtbezirksviertel in ihnen (siehe Abbildung 1).¹¹ Mögen alle vier Stadtbezirke im Sinne des Monitoring des Sozialreferats auch hohe Ausprägungen des Indikators „Soziale Herausforderungen“ aufweisen, unterscheiden sie sich jedoch mitunter beträchtlich hinsichtlich ihrer Problemlagen, Handlungsbedarfe und Arbeitsstände der stadtteilorientierten Gesundheitsförderung.

Abbildung 1: Ausgewählte Stadtbezirksviertel im Rahmen des Modellprojekts



Diskussion. Rein nach Bedarfs Gesichtspunkten wäre eine Auswahl anderer Stadtbezirke sicherlich ebenso möglich bzw. begründbar gewesen. Das Problem liegt allerdings weniger in der Auswahl der

¹⁰ Diese Fokussierung macht durchaus Sinn, ist doch spätestens seit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) unstrittig, dass Armutslagen einerseits und gesundheitliche Problemlagen wie auch riskantes Gesundheitsverhalten andererseits in einem Wechselverhältnis zueinander stehen.

¹¹ Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Stadtbezirke bzw. Stadtbezirksviertel findet sich der vom SINE (Süddeutsches Institut für empirische Sozialforschung e.V.) 2018 vorgelegten Bestands- und Bedarfsanalyse (=Erster Zwischenbericht).

vier Stadtbezirke *per se*,¹² als in der Fokussierung auf – im Sinne des städtischen Sozialmonitorings – *einzelnen* besonders benachteiligten Stadtbezirksvierteln.¹³ Damit geriet die innere Heterogenität der Regionen bzw. konkret: gerieten Feldmoching, Trudering und Ramersdorf strategisch (zunächst) aus den Blick.¹⁴ Oder umgekehrt formuliert: Der Fokus lag wieder, wie es einer unserer Gesprächspartner formulierte, auf den „üblichen Verdächtigen“, also neben Moosach auf der Messestadt, auf Neuperlach und dem Hasenberg. Dass die Gesundheitsmanagerinnen im Rahmen der ihnen zur Verfügung stehenden Zeitressourcen auch auf Bedarfe aus anderen Teilregionen reagierten bzw. vereinzelt sogar gezielt versuchten, andere Teilregionen zumindest ansatzweise über zentrale Akteure vor Ort in das Projekt einzubinden,¹⁵ ändert(e) hieran nur wenig – nicht zuletzt in der öffentlichen Wahrnehmung des Projektes. Um aus zwei unserer Gespräche zu zitieren:

„Ich denke jedes Mal, das ist ein schönes Projekt, aber wieder in der Messe. Es sollte auch nach Riem und Moosfeld hinkommen. Und auch in Trudering, Mittelschicht, haben die Kinder Konzentrationsstörungen und gibt es psychische Erkrankungen. Wir sollten in dem Stadtteil eine gute Mischung machen. Und die Messestadt wird jetzt wieder abgestempelt als Brennpunkt.“

„Den Zuschnitt haben sie ja wieder runter gebrochen. Und das finde ich schade. (...) und dann ist wieder Neuperlach oder das Hasenberg und Ramersdorf und Feldmoching fallen weg. (...) Natürlich sagen sie <Sie denken die anderen mit>, aber es ist nicht das Hauptaugenmerk>. Und Ramersdorf und Feldmoching fallen immer hinten runter, weil die beiden anderen so präsent sind.“

Dass die Gebietsauswahl in der öffentlichen Wahrnehmung vereinzelt als Bestätigung von Negativkonnotationen und Stigmatisierungsbildern „ihrer“ Stadtteile gedeutet wurde, berührte die Akzeptanz des Projektes allerdings nicht (zumindest nicht nachhaltig). Kritischer war, dass nicht überzeugend vermittelt wurde, warum man erst Stadtteile insgesamt in den Blick nimmt – auch in der öffentlichen „Bewerbung“ – um dann in der konkreten Projektarbeit doch wieder deutlich „kleinteiliger“ zu werden. Hier wäre eine klarere Kommunikationsstrategie wünschenswert gewesen.

1.2 Anmerkungen zur Evaluation des Modellprojektes „München gesund vor Ort“

1.2.1 Zielsetzungen der Evaluation

Leitfragen. Ziel der Evaluation ist es, kurz gesagt, die im Rahmen des Modellprojektes „München - gesund vor Ort“ entwickelten Strukturen, Strategien, Abläufe und Projekte auf ihre Effektivität bzw. Wirkmächtigkeit hin zu analysieren. Hierbei lassen sich zwei Fragen- bzw. Aufgabenstränge unterscheiden:

Auf **projektspezifischer Ebene** stehen zwei Leitfragen im Vordergrund:

- Inwieweit können die Erwartungen / Ziele, die mit dem Strukturansatz eines dezentralen Gesundheitsmanagements konzeptionell verknüpft worden sind, erreicht werden? Inwieweit zeigen sich zwischen den Modellregionen hierbei Unterschiede?

¹² Obwohl in unseren Gesprächen vereinzelt bereits die Grundauswahl kritisiert wurde: *„Es ist schade, dass es immer zentriert ist auf diese vier Regionen. Weil es gibt einfach 16 Sozialregionen. (...) Und vermutlich ist die soziale Infrastruktur im Hasenberg mit am besten. Und auch in Neuperlach.“*

¹³ Siehe: Landeshauptstadt München (Referat für Stadtplanung und Bauordnung). 2016. Münchner Stadtteilstudie: Fortschreibung 2015. München, hier: S. 11.

¹⁴ Es bleibt abzuwarten, inwieweit es gelingt, im Rahmen der Umsetzung der Schwerpunktprogramme wieder „größer zu denken.“

¹⁵ Hier ist zum Beispiel das Gesundheitsmanagement in der Modellregion Ramersdorf-Perlach zu nennen, das mit dem Nachbarschaftstreff in der Langbürgener Straße (Ramersdorf) im Berichtszeitraum eng kooperierte. Als Konsequenz auf die ebenso deutlichen Bedarfe in Ramersdorf brachte der Zuschussnehmer MAGs außerdem eine Projektskizze in die Runde der gesetzlichen Krankenkassen ein. Allerdings blieben diese (und ähnliche Anstrengungen andernorts) bewusst den Gesundheitsmanagerinnen überlassen: Diese sollten je nach den Gegebenheiten und Bedürfnissen vor Ort flexibel entscheiden können. (vgl. auch Abs. 2.2.2).

- Wie gestaltet sich die Umsetzung und Verankerung der vom Gesundheitsmanagement unterstützten bzw. der von ihm entwickelten verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen und Programme? Der Fokus liegt hierbei auf den vier Schwerpunktprogrammen.

Auf „**Systemebene**“ ist zu fragen:

- Inwieweit ist die im Modellprojekt entwickelte Struktur eines dezentralen Gesundheitsmanagements auf andere Sozialräume (mit *ggf.* anderen sozialstrukturellen, netzwerk- und versorgungstechnischen Rahmenbedingungen) übertragbar? Grundsätzlicher formuliert: Inwieweit eignet sich dieser Ansatz vor dem Hintergrund der gewonnenen empirischen Erfahrungen als eine grundsätzliche Strategie zur stadtteil- / sozialraumorientierten Gesundheitsförderung in der Landeshauptstadt München?
- Inwieweit ist es gesundheitspolitisch angezeigt bzw. unter Wirkungsaspekten sinnvoll, die Schwerpunktprogramme auf andere Sozialräume zu übertragen? Was wäre hierbei *ggf.* zu beachten?

Im Sinne der Ausschreibungsunterlagen und des stark „formativen“ Charakters der Evaluation (siehe Abs. 1.2.2) stehen die projektspezifischen Leitfragen im Vordergrund der Evaluation.

Zielsetzungen im Berichtszeitraum (März 2020 – Februar 2021). Der Auftrag zur Evaluation des Modellprojektes wurde SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung im März 2020 erteilt, d.h. über eineinhalb Jahre nach Start des Modellprojektes (Juli 2018). Als konkrete Aufgaben der Evaluation sind zu nennen:

- **Evaluation Gesundheitsmanagement.** Hier stand vor allem die Frage im Vordergrund, wie die Prozessabläufe rund um die Etablierung des dezentralen Gesundheitsmanagements seit Start des Modellprojektes im Jahr 2018 zu bewerten sind sowie die Frage, ob bzw. inwieweit die etablierte Struktur bereits Effekte zeigte bzw. wie sie von der Akteuren vor Ort bewertet wurde. Die Entwicklungen der ersten 1,5 Jahre mussten dabei retrospektiv erfasst werden.
- **Evaluation Einzelmaßnahmen.** Damit ist die Frage nach der Umsetzung bzw. nach den Effekten der vom Gesundheitsmanagement im bisherigen Projektverlauf entwickelten bzw. unterstützten Einzelmaßnahmen angesprochen. Die Evaluation der Einzelmaßnahmen erfolgte summarisch und beruhte fast ausschließlich auf internen Evaluationen der Projektdurchführenden. Letzteres war nicht nur zeitlich bedingt – durch die späte Beauftragung von SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung –, sondern auch ressourcentechnisch: Eine umfassende Evaluation aller kleineren Maßnahmen hätte den verfügbaren Finanzrahmen deutlich gesprengt und wurde von der Auftraggeberin daher auch nicht gefordert. Leider hatte das Fachinstitut, das die Projektphase in den Jahren 2018 und 2019 begleitete, den Durchführenden der Einzelmaßnahmen kein einheitliches Evaluationsinstrumentarium zur Verfügung gestellt. Mittlerweile steht ein solches aber zur Verfügung.
- **Evaluation Schwerpunktprogramme.** Da sich durch die Corona-Regelungen die Umsetzung der Schwerpunktprogramme deutlich verzögert hat – zum Berichtszeitpunkt (März 2021) befanden sich alle Schwerpunktprogramme noch in der Aufbauphase –, beschränkte sich die Rolle der Evaluation diesbezüglich bislang im Wesentlichen auf die einer begleitenden Prozessberatung sowie auf die Erarbeitung eines mit allen relevanten Akteuren abgestimmten Evaluationskonzeptes der Schwerpunktprogramme.
- **Prozessbegleitung und -beratung.** Im Sinne der Logik einer „formativen“ Evaluation (siehe Abs. 1.2.2) geht es bei der Prozessevaluation nicht nur darum, die einschlägigen Prozesse im Rahmen der Etablierung des Gesundheitsmanagements bzw. der Umsetzung von Maßnahmen zu erfassen und zu analysieren (siehe oben), sondern auch – entscheidend – auf Grundlage der Erkenntnisse *ggf.* in die Umsetzung des Präventionsprogramms einzugreifen (bzw. dem Gesundheitsreferat als steuerndem Akteur entsprechende erfahrungsgesättigte Hinweise zu liefern). Zu diesem Zweck trafen (und treffen) sich das Gesamtteam von „München - gesund vor Ort“ mit dem Evaluatorenteam in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen.

1.2.2 Anmerkungen zum Evaluationsverständnis

Die Evaluation ist stark partizipativ ausgerichtet. Als Grundsätze der Evaluation lassen sich nennen:

- **Beteiligung der Adressaten am Prozess der Evaluation (Stakeholder-Ansatz).** Grundlegend für die Evaluation ist – neben dem Austausch mit den Projektverantwortlichen (MgVO-Team) – die Einbindung der unmittelbaren Adressaten an den verschiedenen Evaluationsphasen. Als Fachkräfteprojekte stehen hier vor allem die Fachkräfte in den Sozialräumen im Fokus.¹⁶ Die Fachkräfte sollen hierbei nicht nur als Befragte (über Leitfadeninterviews und schriftliche Befragungen) eingebunden werden, sondern es soll ihnen auch die Möglichkeit gegeben werden, die zentralen Ergebnisse / Schlussfolgerungen des Evaluatorenteams offen zu diskutieren und ggf. auch kritisch zu hinterfragen.¹⁷ Letztere Möglichkeit ist wegen der Coronabedingten Projektverzögerungen noch nicht umgesetzt worden. Im weiteren Projektverlauf werden hierzu aber noch passende Gesprächsformate in Rücksprache mit REGSAM zu entwickeln sein.
- **Einvernehmen über die Rolle der wissenschaftlichen Begleitung.** Die Rolle der Evaluation wurde zu Beginn der Beauftragung von SIM Sozialplanung zwischen der Auftraggeberin (Gesundheitsreferat) und dem Evaluatorenteam diskutiert und festgelegt. Neben der Evaluation der Umsetzungsprozesse und der Wirkungen des Projektes bzw. seiner Bausteine wurde gemeinsam der Fokus auf die Prozessbegleitung und -beratung (formative Evaluation) gelegt. Eine Abstimmung der Rolle der Evaluation mit den Adressaten (Fachkräften) fand (und findet) insofern statt, als diese im Rahmen ihrer Einbindung (siehe oben) stets Rückmeldungen zu Fragestellungen / Vorgehensweisen der Evaluation geben können. In Absprache mit der Auftraggeberin sind diese auch zu berücksichtigen.
- **Transparenz der Evaluationskriterien.** Was die Evaluationskriterien des Gesamtprojektes anbelangt, waren und sind diese – ganz im Sinne der Ausschreibungsunterlagen – an den offiziellen Zielsetzungen des Projektes ausgerichtet (siehe Abs. 1.1.3). Im Kontext der Evaluation der Schwerpunktprogramme wurde die Forderung nach Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Evaluationskriterien durch Entwicklung detaillierter Evaluationskonzepte erfüllt, die mit der Auftraggeberin (Gesundheitsmanagerinnen der jeweiligen Sozialräume) und den jeweiligen Projektdurchführenden diskutiert und abgestimmt wurden. Dabei bestand stets Einvernehmen, dass bei Veränderungen im Projektverlauf bzw. in der Umsetzung der Schwerpunktprogramme über notwendige Anpassungen / Modifizierungen der Evaluationskriterien gemeinsam befunden wird.
- **Kontinuierlich Kommunikation.** Im Sinne der Anforderungen einer partizipativen Evaluation werden Zwischenergebnisse dem MgVO-Team bzw. den Gesundheitsmanagerinnen immer wieder rückgekoppelt und mit ihnen diskutiert. Im Sinne dieses Grundsatzes finden mit dem MgVO-Team anlassbezogen – mindestens jedoch quartalsmäßig – inhaltliche Austauschtreffen statt. Um den Austausch zu erleichtern, werden vom SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung zentrale Zwischenergebnisse jeweils verschriftlicht.

Eine aktiv moderierende Rolle zwischen dem Gesundheitsmanagement einerseits und den Akteuren in den Sozialräumen andererseits im Sinne der Sicherung / Institutionalisierung eines gemeinsamen Austausches war (und ist) nicht Aufgabe der Evaluation. Dieser Austausch fand (und findet) im Rahmen der Stadtteilkonferenzen statt (siehe Abs. 2.4).

¹⁶ Bei der Evaluation der Schwerpunktprogramme werden weitere Akteursgruppen einbezogen - bis hin zu den Nutzer*innen der im Rahmen der Schwerpunktprogramme entwickelten Angebote.

¹⁷ Die kontinuierliche Einbindung der verschiedenen *Stakeholder* ist nicht nur aus prozessualen bzw. steuerungspragmatischen Gründen (sprich: Vermeidung bzw. Minimierung von potenziellen Widerständen) angezeigt, sondern auch aus evaluationstheoretischen Gründen: Durch die Rückmeldung der Ergebnisse an die Akteure werden die Erkenntnisse in den Gesamtprozess rückgekoppelt und können so wiederum für die Steuerung des Gesamtprozesses nutzbar gemacht werden („Feed-Within-Prozess“ / „formative Evaluation“). Beim etwaigen Auftreten von Störungen, unvorhergesehenen bzw. unerwünschten Ergebnissen oder einer Änderung der Rahmenbedingungen kann so zeitnah in den Projektverlauf eingegriffen werden. Der Zweck eines solchen Vorgehens besteht zudem darin, den Einfluss, den jede Form der Evaluation auf die Evaluierten ausübt, nicht zu ignorieren, sondern diese Rückwirkung im Projekt konzeptionell zu berücksichtigen und somit auch die Evaluation für die Reflexion und das Lernen nutzbar zu machen.

1.2.3 Zur methodischen Vorgehensweise

Die Evaluation basiert auf einer Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden, wobei letztere überwiegen. Das Spektrum reicht von der Analyse und Auswertung von Materialien und Dokumentationsbögen über schriftliche Befragungen bis hin zu leitfadengestützten Expert*innen-interviews. Im weiteren Verlauf der Evaluationen sind auch Gruppendiskussionen und teilnehmende Beobachtungen (z.B. an Workshops oder den Stadtteilkonferenzen) geplant. Für den Berichtszeitraum sind im Einzelnen zu nennen:

- **Leitfadeninterviews mit projektinternen Expert*innen**, also mit den Mitgliedern des MgvO-Teams und anderen Mitarbeiter*innen des Gesundheitsreferats sowie mit direkt beteiligten bzw. vernetzten Akteuren innerhalb der vier Sozialregionen. Ziel dieser Gespräche war es zum einen, Näheres über die Ziele bzw. Erfahrungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitsreferat mit dem Projekt zu erfahren und diese vor dem Hintergrund der Versorgungs-, Zugangs- und Zielgruppenproblematik zu kontextualisieren. Zum anderen galt es, Erwartungen und Erfahrungen der unmittelbaren Adressaten (Fachkräfte) mit dem Leistungsangebot des dezentralen Gesundheitsmanagements bzw. der einzelnen Gesundheitsmanagerinnen zu dokumentieren.¹⁸ Die Auswahl der Gesprächspartner*innen und die Entwicklung der Gesprächsleitfäden erfolgte in enger Abstimmung bzw. Rückkoppelung mit der Auftraggeberin. Insgesamt wurden 30 Gespräche geführt, die zwischen 30 Minuten und drei Stunden dauerten. Auf eine digitale Aufzeichnung der Gespräche wurde in gut der Hälfte der Fälle verzichtet.
- **Schriftliche Kurzbefragung (Online)**. Im Rahmen der bisherigen Evaluation wurde im November 2020 eine schriftliche Kurzbefragung online durchgeführt. (Eine ursprünglich geplante thematisch umfassendere Befragung wurde Corona-bedingt nicht realisiert). Der Link zur Online-Kurzbefragung wurde den Kooperationspartner*innen in einer jeweils umfassenderen E-Mail zugeleitet. In ihr berichtete das örtliche Gesundheitsmanagement über den (damals) aktuellen Stand des Modellprojektes „München – gesund vor Ort“ und stellte die wichtigsten Informationen zu den jeweiligen Schwerpunktprogrammen zusammenfassend dar. Der Verteiler war bewusst breit angelegt: Das Schreiben ging an alle Personen, die in der Vergangenheit in der einen oder anderen Weise in das Projekt involviert gewesen waren. *De facto* handelte es um den Verteiler der Gesundheitsmanagerinnen zu „ihren“ jeweiligen sozialräumlichen Stadtteilkonferenzen (jeweils ergänzt um einzelne Adressen). Insgesamt gingen 85 „Bögen“ ein. Sieht man vom Stadtteil Moosach einmal ab, war die Teilnahme in sozialräumlicher Hinsicht relativ ausgewogen. Wenngleich sich der Rücklauf nicht verlässlich berechnen lässt,¹⁹ kann davon ausgegangen werden, dass sich (mit Ausnahme von Moosach) *mindestens* ein Drittel bis die Hälfte aller jeweiligen *Sozialraum-*partner*innen an der Befragung beteiligten.
- **Offener (nicht-standardisierter) Austausch**. Im Rahmen der Austauschtreffen mit dem MgvO-Team und sporadischer Teilnahme an den Abstimmungstreffen der einzelnen Gesundheitsmanagerinnen mit den durchführenden Akteuren der Schwerpunktprogramme (ASZ Perlach, MiMi, Lilalu, Donna Mobile) konnten konkrete Arbeitserfahrungen der Gesundheitsmanagerinnen vertieft erfasst und diskutiert werden.

¹⁸ Im weiteren Verlauf der Evaluation sind auch Leitfadeninterviews mit projektexternen Expert*innen geplant, sei es zur Abschätzung der grundsätzlichen Bedeutung des hier erprobten Strukturansatzes (dezentrales Gesundheitsmanagement) oder sei es im Rahmen der Evaluation der Schwerpunktprogramme.

¹⁹ Zum einen, weil die E-Mails teilweise an Gruppenpostfächer geschickt wurden und einzelne institutionelle Akteure mehrere (personenbezogenen) Mails erhielten. Zudem ist zu vermuten, dass Adressat*innen, die bisher nur am Rande in die Umsetzungen vor Ort eingebunden waren, aufgrund fehlender Kooperationserfahrungen häufig auf eine Antwort verzichteten.

2. Projekterfahrungen I: Die Sicht der Fachkräfte

2.1 Bewertung konzeptioneller Aspekte

Fachkräfteorientierung. Die Ausrichtung des Projektes „München – gesund vor Ort“ auf die Fachkräftebasis (siehe Abs. 1.1.2) wurde (bzw. wird) von dieser fast durchgängig als positiv und zielführend bewertet: Da die Dienste / Einrichtungen vor Ort den unmittelbaren Kontakt zu den jeweiligen Bewohner*innen hätten, am besten um deren Bedarfe wüssten und effizient Angebote in die Fläche kommunizieren könnten, wurde eine stärkere Bewohnerorientierung des Gesundheitsmanagements – im Sinne einer Anlaufstelle für die Sozialraumbevölkerung – von den befragten Fachkräften durchgängig als nicht notwendig bzw. kontraproduktiv (Doppelstrukturen) erachtet. Dies umso mehr als das Projekt „München – gesund vor Ort“ ja befristet sei.

Um zwei Stimmen etwas ausführlicher zu zitieren:

„Dieser Ansatz macht schon Sinn, weil neue Organisationen zu gründen, die mit den Leuten arbeiten... das ist, glaube ich, nicht nötig. Den Kontakt kann man über die Facharbeitskreise machen, die eh den Kontakt haben. Da ist eine Top-Down-Strategie nicht verkehrt. (...) Es ist ein <Wirken durch die Träger>. Und das finde ich ganz gut. Ein Direktkontakt zu den Bewohnern ist, finde ich, wirklich nicht nötig.“²⁰

„Bis Leute mit ihren Problemen wo hingehen ... braucht es Vertrauen, Beziehungsarbeit. Zu einer Gesundheitsmanagerin werden die erst mal nicht gehen. Erste Anlaufstelle sind da Einrichtungen wie die Nachbarschaftstreffs oder Familienzentren. Und die können das dann ja auch wieder rückkoppeln [an die Gesundheitsmanagerin]. (...) Über Fachdienste ist sinnführend. Alles andere wäre nur ärgerlich.“

Unabhängig hiervon wurde doch immer wieder – mitunter durchaus selbstkritisch – hinterfragt, ob die Sozialraumakteure wirklich stets um die gesundheitsbezogenen Bedarfe der Vor-Ort-Bevölkerung wüssten bzw. ob die Menschen vor Ort (auch) mit ihren einschlägigen Fragen und Anliegen wirklich dorthin gingen. Vor diesem Hintergrund wurde der geplante teilräumliche Ausbau von Angeboten der Gesundheitsberatung und der Patientenberatung (siehe Abs. 1.1.1) als wichtiger Schritt für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung der Sozialraumbevölkerungen gewertet. Die örtliche Verzahnung von Gesundheits- bzw. Patientenberatung und Gesundheitsmanagement, wie sie im Hasenberg bzw. in Moosach gegeben ist, stellt insofern zweifelsohne einen Mehrwert für das Projekt „München – gesund vor Ort“ dar.²¹

Örtliche Anbindung / Vor-Ort-Präsenz. Unabhängig von etwaigen Synergieeffekten wurde die räumliche Anbindung des Gesundheitsmanagements an Dienstleister vor Ort bzw. wurde die örtliche Präsenz der Gesundheitsmanagerinnen ausdrücklich positiv bewertet:

„Es ist super, dass sie vor Ort ist und gleichzeitig den Zugang zur Zentrale [GSR, SIM] hat. Das ist eine gute Mischung. Dezentral, eine Ansprechpartnerin vor Ort zu haben, das lohnt sich.“

„Die hat ja auch einen Schreibtisch da drüben. Ich habe sie nicht wöchentlich gesehen. Ich wusste ja, sie ist dort. Ich kann sie ja schnell auf kurzem Wege anrufen. Ich habe sie dort auch zweimal besucht. Da haben wir dann was besprochen. Das ist dann doch was anderes, wenn man sich gegenüber sitzt. Und nicht alles per Mail klärt. Wir haben viel gemailt. Sie war auch öfters hier bei uns. (...)“

Zu Recht wurde allerdings darauf hingewiesen, dass die Frage der räumlichen Anbindung natürlich weniger zentral sei als die Frage des räumlichen Aktionsradius der Gesundheitsmanagerinnen (siehe Abs. 1.1.3) und der Aspekt der engen Zusammenarbeit mit den Fachdiensten bzw. REGSAM-

²⁰ Etliche der im vorliegenden Bericht genannten wörtlichen Zitate sind vom Auftragnehmer *unmittelbar* nach den Interviews mit Hilfe der *schriftlichen* Aufzeichnungen erstellt worden. Es versteht sich daher von selbst, dass dieses Verfahren zu Unschärfen führt. Mit anderen Worten: Die Zitate erheben nicht den Anspruch, *immer* exakte Wiedergaben des Gesagten zu sein. Dies ist bei ihrer Interpretation zu berücksichtigen. Wir haben uns trotzdem für dieses Vorgehen – und nicht für das Sprachmittel der indirekten Rede – entschieden, weil wir der Überzeugung sind, dass die Erfahrungen und Sichtweisen unserer Gesprächspartner*innen so angemessener vermittelt werden können.

²¹ Der Umfang dieser (und anderer) Synergieeffekte kann zum jetzigen Zeitpunkt allerdings noch nicht abschließend beurteilt werden.

Strukturen vor Ort („Wenn man die Zielgruppe Fachkräfte nimmt, dann ist das nicht der Ort, den man braucht, sondern da muss man in die REGSAM-Struktur hineingehen“). Die Erfahrungen des Gesundheitsmanagements in Ramersdorf-Perlach bestätigen dies – trotz längerer „Heimatlosigkeit“ aufgrund von Umbaumaßnahmen in den für das Gesundheitsmanagement geplanten Räumlichkeiten waren die Kooperationsbeziehungen zwischen der zuständigen Gesundheitsmanagerin und der Fachkräftebasis hier besonders ausgeprägt.

Auffällig ist, dass die Außenwerbung der Gesundheitsmanager*innen in „ihren“ Vor-Ort-Räumlichkeiten sehr unterschiedlich ausfällt: Einer gezielten Nennung des Gesundheitsmanagements an der Eingangstür im Stadtteiladen Moosach steht etwa eine „Unsichtbarkeit“ im Nachbarschaftstreff Oslostraße, wo das Gesundheitsmanagement „Riem-Trudering“ untergebracht ist, gegenüber. Wenngleich der Fachkräftecharakter des Projektes eine solche Außenwerbung *de facto* eigentlich nicht erfordert, verweisen die Unterschiede doch auf das Fehlen entsprechender Vorgaben.²²

Inhaltliche Ausrichtung (Ernährung / Bewegung). Der bisher – im Rahmen der kleineren Maßnahmen – gewählte inhaltliche Fokus auf die Themenfelder Bewegung und Ernährung wurde in allen Sozialräumen als sinnvoll gewertet. Nicht nur aus Bedarfsgründen, sondern auch und gerade, weil diese Themen relativ niederschwellig angegangen / bearbeitet werden könnten und sie – über entsprechende Angebote – auch ein gutes Andocken an „benachteiligte“ Bevölkerungsgruppen erlaubten.²³ Aber gleichwohl werden – durchaus erwartungsgemäß – auch weitere Handlungsfelder gesehen, vor allem das der psychischen Gesundheit. Um aus einem unserer Interviews zu zitieren:

„Diese Themen Ernährung und Bewegung sind zwei Bevölkerungsthemen insgesamt, die relevant sind. Viele wissen zu wenig über Ernährung und mangelnde Bewegung ist auch ein Thema. Deswegen schadet es auf jeden Fall nicht, in so etwas einzusteigen. Und ich glaube, es ist auch deswegen gut, weil es niederschwellig ist. Wenn man vom Bedarf bei uns ausgeht, ist das trotzdem etwas eingeschränkt – bei uns liegt das Thema psychische Gesundheit einfach weit vorne.“

Anzumerken bleibt, dass im Rahmen der Schwerpunktprogramme (siehe Kap. 4) – wenngleich zielgruppenbezogen – auch eine Erweiterung der Themenfelder stattfinden wird.

2.2 Kommunikation und Zusammenarbeit

2.2.1 Informationspolitik

Vorstellungsrunde / Bewerbung. Die Art und Weise, wie die Gesundheitsmanagerinnen das Projekt vor Ort vorgestellt und Zugang in die Sozialräume gesucht haben (über REGSAM, Einzelgespräche), wurde ausdrücklich gelobt, ja mitunter als vorbildlich bewertet. Dies gilt für alle Modellregionen. Es sei stellvertretend aus einem der Interviews zitiert:

„Die Gesundheitsmanagerinnen haben REGSAM sehr stark genutzt, was ich auch begrüßenswert finde. Erstens, sich bekannt zu machen; zweitens, zu schauen, was gibt es schon; und drittens, <was denkt Ihr, was nötig ist>. Und da haben sie wohl sehr schnell Echos bekommen, was man sich wünscht. Und da sind die ersten Projekte entstanden. Und zwar wirklich wo was fehlt. (...) Ich möchte auch explizit zurückmelden – das Vorgehen der Gesundheitsmanagerinnen war sehr förderlich. Die haben gezielt die Expertise von REGSAM gesucht. Das habe ich als eine sehr gute Haltung empfunden. Dass jemand, der neu ins Viertel kommt, erst mal schaut, was machen die. Und nicht sagt <Hoppla, jetzt komm ich>. Das ist Voraussetzung für jedes Projekt. Wäre ich Gesundheitsmanagerin, ich wäre genauso vorgegangen.“

²² Dass die MGS (Münchener Gesellschaft für Stadterneuerung mbH) als Hauptmieter des Moosacher Stadtteiladens auf einem öffentlichen Hinweis auf das in seinen Räumen untergebrachte Gesundheitsmanagement beharrte, ändert nichts an diesem Befund. Ebenso wenig der Umstand, dass das Gesundheitsmanagement in Ramersdorf-Perlach wegen Umbaumaßnahmen lange Zeit auf eine eigene Heimstatt verzichten musste.

²³ Die von einer/einem unserer Gesprächspartner*innen grundsätzlich geäußerte Kritik richtete sich daher auch nicht gegen das Modellprojekt, sondern gegen die gesetzliche Normierung der 20a-Projekte: Der vom Gesetzgeber / den Kassen vorgegebene Fokus auf Ernährung, Bewegung, Entspannung und seelische Gesundheit sei eben nicht geeignet, Projekte zur umfassenden Stärkung von Gesundheitskompetenzen durchzuführen.

Kritisch bleibt allerdings anzumerken, dass es den Gesundheitsmanager*innen anfänglich nicht immer gelungen zu scheitert, ihre Rolle bzw. den spezifischen Ansatz des Modellprojektes klar zu vermitteln – was seinerseits zu Irritationen führte:

„Also die Rolle / Funktion der Gesundheitsmanagerinnen ist mir erst spät klar geworden. Also, dass die Gesundheitsmanagerinnen von sich aus nichts entwickeln, sondern dass man als Einrichtung mit einer Idee auf die zugeht und diese sich dann um Finanzierung etc. kümmern. Also, das war mir nicht so klar. Dass die Beraterinnen vor Ort für die Fachkräfte sind.“

Projektbezogene Informationspolitik. Deutlich kritischer wurde (und wird) die Informationspolitik über projektbezogene Entwicklungen bewertet.

- **Grundsätzliche Aspekte.** Erkennbar kritisiert wurde immer wieder die Informationspolitik zu Beginn des Projektes, als mitunter versäumt wurde, Projektverzögerungen, die sich durch die verzögerten Bestellungen der Gesundheitsmanager*innen ergaben,²⁴ zeitnah und transparent ins Feld zu kommunizieren. In zumindest einer der Modellregionen führte dies zu beträchtlichen Frustrationen, die in einen „Projekt-Rückzug“ umzuschlagen drohten:

„Nach der Vorstellung des Projektes, ist lange nichts passiert. Dann kam Frau ... [nennt Gesundheitsmanagerin, SIM] und es ist lange nichts passiert. Weil dann hat man gewartet, bis das mit dem Büro passt. (...) Und die Region hier [nennt Modellregion, SIM] ist sehr quirlig und ist auch untereinander sehr gut vernetzt. Da kann man also viel machen. Und dann machen die was und werden dann wieder ausgebremst. Das halt so den Effekt <Jetzt habe ich keine Lust mehr> gehabt. Da muss dann die Vernetzungsleistung und die Transparenz in der Kommunikation gemacht werden, die von der Stelle manchmal nicht so ideal – sag ich jetzt mal gemacht worden ist.“

(Nicht nur) hier wäre eine umfänglichere, transparentere und zügigere Kommunikation wünschenswert gewesen. Erschwerend kam hinzu, dass in zwei der Modellregionen aufgrund gegenseitiger Sitzungsververtretungen von Stadtteil- und Gesundheitsmanagement einerseits (Moosach) und Gesundheitsberatung und Gesundheitsmanagement andererseits (Feldmoching-Hasenberg),²⁵ Irritationen über die Rolle des Gesundheitsmanagements aufkamen.

Konnten diese „kommunikativen Pannen“ mittlerweile auch ausgeräumt werden, lässt sich in der Akteurslandschaft doch weiterhin eine gewisse Unzufriedenheit mit der projektbezogenen Kommunikations- und Informationspolitik ausmachen. So wäre es wünschenswert gewesen, auch Corona-bedingte Stillstände offen und transparent zu kommunizieren.

Diese Unzufriedenheit spiegelt(e) sich auch in den Antworten der online-basierten Trägerbefragung (siehe Abs. 1.2.2 & Anhang II) wider: Befragt, was sie sich vom Gesundheitsmanagement für die weitere Laufzeit des Projektes wünschen würden, stand der Wunsch nach einer regelmäßigeren, transparenteren und zeitnahen Informationspolitik über den Verlauf des Projektes im Allgemeinen und die Schwerpunktprogramme im Besonderen an erster Stelle.²⁶

²⁴ Formal war das Projekt bereits Anfang 2018 gestartet. Allerdings zogen sich die Ausschreibungen für die Gesundheitsmanagerinnen bzw. deren formale Bestellung verwaltungsmäßig hin: Erst im Sommer 2018 konnten die Stellen besetzt werden, wobei sich die Stelleninhaberinnen (je nach ihren Vor-Qualifikationen) dann noch einarbeiten mussten.

²⁵ Anzumerken bleibt, dass ein enger Austausch zwischen den beiden jeweiligen Akteuren (Stadtteil- / Gesundheitsmanagement einerseits und Gesundheitsberatung und Gesundheitsmanagement andererseits) konzeptionell gewünscht war (und ist). Wie dargestellt (siehe Abs. 1.1.3), erfolgte die Auswahl der Modellregionen eben auch mit Blick auf mögliche Synergieeffekte durch eine enge Zusammenarbeit der genannten Akteure.

²⁶ Dieser Kritik wurde mittlerweile insofern begegnet, als geplant ist, in Zukunft ein quartalsmäßiges Mailing zum Stand des Projektes zu versenden.

- **Kommunikation der Schwerpunktprogramme.** Auch im Bereich der Schwerpunktprogramme deuten sich kommunikative Mängel an: Einige unserer Gesprächspartner*innen hat der hohe Stellenwert, der den Schwerpunktprogrammen mittlerweile im Gesamtprojekt zukommt, überrascht.²⁷

„Ich war total überrascht [über die zentrale Bedeutung der Schwerpunktprogramme, SIM]. Es hat sich wohl entwickelt. Das haben die als Idee entwickelt. Und das war auch ein bisschen spontan, glaube ich.“

„Am Anfang als es in die Region kam, war es super breit gefächert. Und jetzt ist es so ganz klein. Und da habe ich ein Problem ... das wurde am Anfang nicht klar kommuniziert. Dass es am Ende nur EINEN Schwerpunkt gibt. Sondern es wurde am Anfang ganz, ganz breit gemacht. Und jeder wurde gefragt. Alle Themen wurden auf den Tisch gebracht. Klar, vielleicht gehört das dazu. Aber ... dass am Ende vielleicht nur herauskommen wird ... das hätte man kommunizieren müssen. Das war nicht klar.“

Dass diesbezüglich eine klarere Kommunikation wünschenswert gewesen wäre, zeigt sich auch darin, dass manche unserer Gesprächspartner*innen noch im Sommer 2020 nicht um das konkrete Schwerpunktprogramm in „ihrem“ Stadtteil wussten bzw. vereinzelt die Meinung vorherrschte, dass im weiteren Projektverlauf überhaupt keine kleineren Maßnahmen mehr umgesetzt werden (sollen):

„Die ... [nennt Namen der Gesundheitsmanagerin, SIM] hat den Schwerpunkt jetzt auf dem Schwerpunktprojekt und sie soll ja nichts kleines mehr nebenher machen. (...). Ich kann mir, was das Schwerpunktprogramm anbetrifft, noch gar nichts richtig vorstellen. Ich glaube, es ist auch noch nicht fix.“

Die zugrundeliegenden Kommunikationsdefizite müssen allerdings auch vor dem Hintergrund der Corona-bedingten Herausforderungen gesehen werden.²⁸ Den Sozialraumakteur*innen war ansonsten auch bewusst, dass manche Verzögerungen nicht den Gesundheitsmanager*innen, sondern den Verwaltungsabläufen und -vorgaben im Hintergrund geschuldet waren.²⁹ Diesbezüglich wurden von zwei Akteur*innen vor allem die referats- bzw. projektinternen internen Vorgaben im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit kritisiert („Jeder Flyer dauert drei Jahre weil die Pressestelle im RGU³⁰ dem zustimmen muss.“). In der Tat war die Öffentlichkeitsarbeit im Projekt stark auf die Referatsspitze ausgerichtet; die eigenverantwortliche und zeitnahe Kommunikationsarbeit der Gesundheitsmanagerinnen wurde dadurch mitunter beträchtlich erschwert.

2.2.2 Externe und interne Zusammenarbeit

Externe Zusammenarbeit. Neben der Kreativität der Gesundheitsmanagerinnen wurde von den Fachkräften in den Leitfadenterviews vor allem die Zusammenarbeit auf Augenhöhe hervorgehoben – auch und gerade mit Blick auf die Entwicklung von konkreten Maßnahmen und Angeboten. Um wiederum aus zwei unserer Interviews zu zitieren:

„Das Engagement von ihr war toll. Ihr <Was würdet Ihr denn machen, wenn Ihr die Mittel hättet?> kam sehr positiv an. Weil es nicht ... ich komm jetzt und sag Euch, was wir jetzt

²⁷ In der Tat wurde diese Entscheidung erst im Zuge des Projektverlaufs getroffen – auch um der Gefahr zu begegnen, dass das Projekt in ein Bündel von kleineren, nach dem „Gießkannenprinzip“ geförderten Sofortmaßnahmen „zerfasert“. Zunächst waren statt innovativen und potenziell übertragbaren Schwerpunktprogrammen thematische Schwerpunktsetzungen geplant gewesen.

²⁸ Die Reduzierung der projektbezogenen Zeitressourcen der Gesundheitsmanagerinnen durch deren Einbindung in die Corona-Bekämpfung mussten zu Lasten deren Präsenzzeiten in den Sozialräumen und ihrer Netzwerkarbeit gehen. Abgesehen davon, dass Austauschtreffen mit der Fachbasis, Veranstaltungen aber auch geplante Maßnahmen hygienebedingt immer wieder nicht realisiert werden konnten.

²⁹ Ein*e Gesprächspartner*in formulierte dies drastisch: „So eine langsame Geschichte wie das RGU habe ich noch nie erlebt. Bei allem. Also die brauchen ein Jahr, um eine Stelle zu besetzen, weil das über das Personalreferat läuft. Die haben ganz viele Zwischenebenen. Man weiß nie, wer ist jetzt der Chef von wem.“

³⁰ RGU steht für „Referat für Gesundheit und Umwelt“, das mittlerweile allerdings unter dem Kürzel GSR („Gesundheitsreferat“) firmiert.

machen, sondern es war ein Nachfragen. Weil es ja wirklich Ideen gibt. Und daraus wieder neue Sachen zu spinnen. (...) Also, dass die Leute gefragt wurden und nicht gesagt wurde, wir machen jetzt das und das. Das ist auch der richtige Weg, weil alles andere ist von oben. Und wer mag das schon [lacht]. Es gibt schon so viel von oben herab, da braucht man nicht mehr.“

„Also die Frau [nennt Namen der Gesundheitsmanagerin, SIM] hat mich gefragt <Wie ist der Bedarf?> und dann hat die mir Vorschläge unterbreitet. Also wir haben das zusammen... Sie hat Vorschläge unterbreitet und ich habe gesagt, was passen könnte. Sie hat die Referentinnen gesucht ... genau.“

Zusammenarbeit / Projektkoordination. Die Organisationsstruktur umfasst neben dem dezentralen Gesundheitsmanagement eine Projektkoordination. Diese wird von einer der Gesundheitsmanagerinnen ergänzend zu ihrer sonstigen Tätigkeit übernommen. Außerdem gibt es eine Verwaltungsunterstützung. Die projektbezogene Entscheidungs-, Weisungs- und Durchsetzungsbefugnis liegt bei der zuständigen Abteilungsleitung. Die Trennung von Projektleitung und Projektkoordination ist zweifelsohne sinnvoll und entspricht der üblichen Projektmanagementpraxis. Allerdings verfügt die Projektkoordination gegenüber den anderen Gesundheitsmanagerinnen über keine direkten Steuerungs- oder Kontrollbefugnisse. Vor dem Hintergrund, dass das Team von seiner Größe her überschaubar ist, man einen regelmäßigen internen Austausch pflegt (wöchentlicher *Jour Fix* von einer Stunde) und die Projektleitung im Bedarfsfall stets eingreifen kann, mag dies oft unproblematisch sein. Umso mehr als das Gesundheitsmanagement in den *einzelnen* Modellregionen in vielerlei Hinsicht autonom gesteuert werden bzw. es seine konkreten Projekte dort eigenverantwortlich steuern muss.

Gleichwohl gilt, dass ein fehlendes Mandat auf Koordinationsebene die Gewährleistung bzw. die Vereinheitlichung von zeitlichen Abläufen und/oder inhaltlichen Vorgehensweisen erschwert bzw. es befördert, dass „jeder Stadtteil“ für sich arbeitet. Die unterschiedlichen Ausschreibefristen und der unterschiedliche Stellenwert von Rahmenkonzepten für die Schwerpunktprogramme oder das Fehlen einer einheitlichen Kommunikationsstrategie in den Modellregionen deuten aus Sicht der Evaluation darauf hin.

2.3 Mehrwert des Projektes

Folgt man den Darstellungen der befragten Fachkräfte, kann bereits zum jetzigen Zeitpunkt – also vor der Umsetzung der Schwerpunktprogramme – ein erster Mehrwert konstatiert werden. Analytisch lassen sich folgende „Wirkungsdimensionen“ unterscheiden:

- **Gesundheitsmanagement als „Projekt-Ermöglicher“.** Auch aus Sicht unserer Gesprächspartner*innen wären sehr viele der im bisherigen Projektverlauf realisierten Projekte ohne die inhaltliche, organisatorische oder finanzielle Unterstützung durch das Gesundheitsmanagement nicht realisiert worden. Einige sahen bereits hierin einen erwähnenswerten Mehrwert des Projektes:

„An sich gab es sonst [faktische Reduzierung des Sozialraums, SIM (siehe Abs. 1.1.3) keine negativen Rückmeldungen, weil es ja eine zusätzliche Chance und Ressource ist – in Zeiten von Ressourcenkämpfen. Und viele waren relativ begeistert, dass man nun zusätzliche Projekte machen kann, was z.T. mit zusätzlichem Geld verbunden ist.“

Nicht alle der von uns befragten Akteur*innen konnten hierin allerdings einen Mehrwert erkennen: Sei es, die Nachhaltigkeit der realisierten kleineren Maßnahmen / Projekte nicht

gesichert sei³¹ oder sei es, weil man gerade sozial Benachteiligte über kurzfristige Einzelprojekte kaum erreiche.³²

Mag die Logik der einmaligen Förderung aus Nachhaltigkeitsgesichtspunkten ohne Zweifel auch bedauerlich sein, sollte die Bedeutung der Einzelprojekte als innovative Blaupausen und/oder als Impulsgeber aber nicht zu gering veranschlagt werden.³³ Abgesehen davon, dass auch Einzelprojekte zu Bewusstseinsveränderungen bei den Teilnehmenden führen können (und dass die Einzelprojektlogik den Akteur*innen vor Ort vertraut ist). Um drei unserer Gesprächspartner*innen zu zitieren:

„Wenn ich merke, das Projekt muss ich wirklich weiterführen, weil es wichtig ist und gut angekommen ist, dann gibt es sehr viele Stiftungen, wo ich auch Anträge stellen kann. Wir als soziale Institution stelle ja eh viele Anträge und haben da auch Kontakte, wissen an wen wir uns wenden müssen.“

„Es ist besser als nichts. So ein Impuls kann schon gut sein. Auf manche wirkt schon so ein Impuls. So Projekte haben ja auch das Ziel, erst einmal ein Bewusstsein zu schaffen. Also einen Raum zu bieten, dass man sich damit beschäftigt. (...) Wie lange sich das dann bewahrt, ist natürlich die Frage. (...) Und bei manchen unserer Frauen wurde da [durch ein im Rahmen von MgvO entwickeltes / umgesetztes Projekt, SIM] ein Interesse an gewissen Themen geweckt. Also bei Themen, zu denen sie vorher keinen Zugang hatten oder vielleicht keine Zeit oder sich keine Zeit genommen hatten. Und da ebenso ein Interesse geweckt wird und daraus sich dann vielleicht mehr ergibt. Also, dass im Nachgang ... selbst wenn nichts mehr dieser Art angeboten wird ... die kommen und fragen <Wo kann ich denn z.B. noch was mit Bewegung machen...> Also da sehe ich den Mehrwert schon, einfach, dass man Neues kennenlernt.“

„Die Einmalförderung ist, finde ich, kein zentrales Problem. Ich versuche stets, eine eigene Finanzierung herzukriegen. (...) wenn es ein Projekt ist, dass bei den Leuten gut ankommt, dann versuchen wir da eine andere Lösung zu finden. Es gibt ja immer eine Lösung.“

- **Gesundheitsmanagement als sozialräumliches Kompetenzzentrum.** Mit den Gesundheitsmanagerinnen sind kompetente Ansprechpersonen vor Ort, an die man sich mit gesundheitsbezogenen Fragen wenden kann:

„Da weiß man, dass man jemand hat, der sich wirklich gut auskennt, weil er auf einer professionellen Ebene tut.“

„Wir haben auch festgestellt, dass die Gesundheitsmanagerin wahnsinnig viel Informationen gehabt hat.“

„Der Mehrwert? Dass man weiß, da ist jemand da, der sich um das eine Thema kümmert. Das ist schon gut. Weil wir haben hier alle Themen. Und klar ist Gesundheit mal ein bisschen Thema. (...), dass es da einfach noch mal eine Stelle gibt, die sich da drum kümmert, an die man sich wenden kann. Weil man es selbst in dem Ausmaß gar nicht machen kann. Und da ist es dann super, dass es eine Stelle gibt, die sich wirklich auf ein

³¹ Eine unserer Gesprächspartner*innen formulierte die Problematik sehr plastisch: *„Ich habe die Projekte [von MgvO, SIM] auch alle so mitgekriegt (...) Und habe ich mir gedacht <Ja, das sind alles tolle Sachen>, aber letztlich ... ich habe mir gedacht ... letztlich kann ich drauf verzichten. Entweder ich biete was an, was nachhaltig bleibt und was sich rumspricht und dann ist es auch oder ich lass es wieder. (...) Also ich möchte nur noch Sachen machen, die dann auch da sind. Ich melde mich auch auf keine Ausschreibung zu Projektgeldern. Denn was habe ich von Projektgeldern – ich habe nur viel Arbeit, um die zu bekommen und dann habe ich es ein, zwei Jahre und dann ist es wieder weg. (...) Es geht doch darum, Gesundheit strukturell zu verankern und die Gesundheitskompetenzen nachhaltig zu fördern.“*

³² *„Für uns ist es eher so – je beständiger etwas ist, je stetiger das läuft, je mehr sich ein Name einbrennt – desto eher wird es auch genutzt. Dann erkennen es die Leute auch wieder. Und dann wird es auch nachgefragt. (...) Bei dieser Projektlogik machen unsere Klienten nicht so mit; die brauchen was Beständiges.“*

³³ Der innovative Charakter einzelner Projekte wurde immer wieder betont: *„Und vom Verständnis her verstehe ich das Projekt schon so, dass man gerade die Leute, die bisher nicht da sind [von den Akteuren noch nicht erreicht worden sind, SIM], erreichen will. Also, sozusagen, wie kommt man an die Leute, die nicht so selbstbewusst sind, die nicht die Ressourcen haben, hier im Stadtteil rumzulaufen und irgendwo anzudocken, die einfach zu Hause sitzen. (...) Also das hat schon so stattgefunden. Es wurde sozusagen ein Angebot auf Grund von Interviews gebaut. Und dann wurde das durch Fachkräfte bestückt. Und die einzelnen Angebote wurden alle über Fachkräfte, wo die Gesundheitsmanagerin angedockt hat, vermittelt.“*

Thema konzentriert und schaut, wie kann man die Einrichtungen oder die Leute vor Ort unterstützen.“

Selbst wenn zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend zu beurteilen ist, welche konkreten Folgewirkungen sich hieraus für die Verankerung des Themas im Sozialraum ergeben haben (neben der Durchführung von gemeinsam entwickelten bzw. von MgvO-unterstützten Einzelprojekten), stellt das Gesundheitsmanagement als *potenziell* nutzbare Know-how-Ressource zweifelsohne einen Mehrwert dar.³⁴

- **Gesundheitsmanagement als Vernetzungsstruktur.** Sicherlich werden durch das sozial-räumliche Wirken der Gesundheitsmanagerinnen keinen neuen formalisierten Netzwerkstrukturen geschaffen.³⁵ Über bzw. durch die Projektarbeit des Gesundheitsmanagements – sei es im Rahmen der Entwicklung / Umsetzung von Einzelmaßnahmen oder sei es im Kontext der Schwerpunktprogramme – entstehen aber neue praxisbezogene Kooperationszusammenhänge. Insofern die projektbezogenen Vernetzungen dem zugehenden Engagement der Gesundheitsmanager*innen zu verdanken sind, werden diese durchaus als Vernetzungsakteure sichtbar.³⁶

„Gerade die Quartiere, die wirklich eine Benachteiligung haben, sind natürlich auch in Bezug auf das Thema Gesundheit nicht gut aufgestellt. Und es ist sicherlich erforderlich, dass man dem Thema auch mehr Aufmerksamkeit gibt und die Leute [Akteure, SIM] zusammenbringt. (...) Und dass da auch eine Vernetzungsstruktur aufgebaut wird. Ich glaube, das Thema Gesundheit braucht eine Person oder Einrichtung, die das Ganze bedient und im Blick hat. Mit dem Gesundheitsmanagement ist das der Fall.“

„Es muss jemand vor Ort sein, sich vernetzen und immer wieder Wind machen. (...) So gesehen ist das Gesundheitsmanagement schon mal ein guter Ansatz.“

- **Gesundheitsmanagement als Sensibilisierungsakteur.** Vereinzelt wurde proaktiv von einer stärkeren Sensibilisierung für das Thema „Gesundheit“ durch das Projekt bzw. das aktive Gesundheitsmanagement berichtet:

„Dass da jemand kommt, wo man sich dann selber auch mal Gedanken machen muss <Ja, wie ist es denn hier mit dem Thema Gesundheit?> Weil, das fragt man sich im Alltag ja nicht, weil man ja so seine Jeden-Tag-Sachen macht; Projekte zwar schon auch. Dass man ins Denken kommt, auch mit Kollegen <Was braucht es denn eigentlich?>. Das wäre sonst gar nicht passiert.“

„Auch die Auseinandersetzung der Fachkräfte mit dem Thema Gesundheit hat zugenommen [auf REGSAM-Treffen, SIM] ... das habe ich als sehr wertvoll wahrgenommen, weil ... auch wenn es ein Querschnittsthema ist ... liegt das Thema nicht so oft auf dem Tisch. Und das fand ich total spannend. (...)“

Wirkungsgrenzen. Der Mehrwert des Projektes „München – gesund vor Ort“ hängt natürlich auch davon ab, inwieweit die Akteure über ausreichende zeitliche / personelle Ressourcen verfügen. Die Entwicklung oder gar die Umsetzung von gesundheitsbezogenen Projekten stellt für viele eben eine Zusatzaufgabe zu anderen Aufgaben dar. Das mit dem Modellprojekt verbundene Beratungs-, Unterstützungs- und Finanzierungsangebot stößt hier an seine Grenzen.

„Mit dem Projekt ... gut ... Geld ist da, aber nicht für die richtige Arbeit. Also für die Umsetzung, (...) Also man kriegt gerade überall Geld. Aber das Schwierigste sind Personalkosten also die Manpower vor Ort. Und daran hakt es.“

³⁴ Dass einzelne unserer Gesprächspartner*innen mit der Idee eines Kompetenzzentrums nichts anfangen konnten, ändert hieran nichts: „Als reine Anlauf- und Beratungsstelle ... Wenn es so wäre und weiterginge, ich hätte mit denen nichts mehr zu tun. Kein Bedarf. Brauche ich nicht.“

³⁵ Ausnahme ist hier das vom Gesundheitsmanagement mit dem ASZ Perlach in Ramersdorf-Neuperlach vorangetriebene Schwerpunktprogramm „Präventionsnetz im Alter (PiA)“.

³⁶ Es wäre spannend zu untersuchen, inwieweit über die Vielzahl der Einzelmaßnahmen und der damit einhergehenden Kooperationszusammenhänge dauerhaftere *informelle* Netzwerkstrukturen in den Akteurslandschaften entstehen. Dies wird im Laufe der Evaluation noch zu leisten sein.

2.4 Exkurs: Stadtteilkonferenzen

Die Stadtteilkonferenzen sind ein wesentlicher Baustein, den partizipativen Charakter im Projekt „München – gesund vor Ort“ zu betonen. Sie dienen als jährliche Informations-, Diskussions- und Netzwerk-Drehscheiben in den jeweiligen Projektgebieten. Die Konferenzen richten sich dabei in erster Linie an Fachpersonal aus den Bereichen Gesundheit, Bildung und Soziales sowie an die jeweiligen Bezirksausschussmitglieder und weitere Stadtteilakteure – und in bestimmten Fällen auch an die Bewohnerschaft direkt.

2019 wurden vier Veranstaltungen mit insgesamt über 200 Teilnehmenden durchgeführt. In den von der Auftragnehmerin³⁷ ausgegebenen Feedbackbögen wurden alle Konferenzen sehr gut bewertet („Gute gelungene Arbeit“, „sehr schön organisiert“); Unterschiede wurden bei den einzelnen Teilen der Konferenzen und zwischen den Stadtbezirken deutlich. Die beste Bewertung wies 2019 die Konferenz in Trudering-Riem auf, Verbesserungsbedarf sahen die Teilnehmenden bei der Stadtteilkonferenz in Moosach. Die angeregte Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern konnte bei allen Konferenzen nur ansatzweise umgesetzt werden und hat sich in dieser Form nicht bewährt.

Mit Blick auf die definierte Zielstellung für den Baustein „Stadtteilkonferenz“ innerhalb des Projekts „München – gesund vor Ort“ lassen sich folgende Bewertungen bzw. Empfehlungen festhalten³⁸:

Tabelle 1: Bewertung der Zielerreichung bisheriger Stadtteilkonferenzen

Ziel (laut Ausschreibungstext)	Bewertung	Empfehlung
• über den aktuellen Projektstand informieren	Im Wesentlichen gelungen	Klarere Definition des Projektes nötig
• Netzwerkarbeit vor Ort vertiefen	Im Wesentlichen gelungen	Datenschutzbelange praxistauglich anwenden
• Ergebnisse aus den wissenschaftlichen Untersuchungen präsentieren	Nur ansatzweise gelungen	Vorgehen und Methodik transparenter machen
• Austausch zwischen Expert*innen und Interessierten vor Ort anregen	Ansatzweise gelungen	Nachhaltigkeit der Kontakte sicherstellen
• Akteure zur Mitwirkung motivieren	Bedingt gelungen	Gewinn für TN deutlicher herausstellen
• zukünftige Maßnahmen gemeinsam planen	Bedingt gelungen (G-Wegweiser)	Beteiligungsmöglichkeiten definieren
• weitere Expertise in das Projekt holen	Nicht beurteilbar	Ist zu definieren, wie die Expertise aussehen soll
• ggf. Bedarf, z.B. an Fortbildungen, eruieren	Nicht thematisiert	Ist zu klären, ob Zielstellung erwünscht

Quelle: konzept: grün GmbH

Die ersten Stadtteilkonferenzen dienten vor allem der Information zum Projekt und einer Impulsgebung über Best-Practice-Beispiele. Für künftige Konferenzen sollen praktisch-relevante Infos für die Fachakteure im Fokus stehen sowie die durchgeführten Maßnahmen aus den jeweils anderen Projektgebieten vorgestellt werden. Die geplanten Konferenzen in 2020 mussten pandemiebedingt ausfallen. Weitere Stadtteilkonferenzen werden von GSR als reine Fachtagung unter Einbindung des Bezirksausschusses geplant, d.h. ohne Bewohner*innen.

Herausforderungen (aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung). Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung erscheint für den Erfolg zukünftiger Konferenzen entscheidend, inwieweit es gelingt, den Wünschen der Fachbasis nach detaillierten Informationen zu den Schwerpunktprojekten (im eigenen Sozialraum aber auch aus den anderen Stadtvierteln), nach Raum für fachlichen Austausch und

³⁷ Auftragnehmerin der Stadtteilkonferenzen ist die konzept: grün GmbH

³⁸ Die Bewertung ergibt sich aus den Rückmeldungen der TN sowie der Moderator*innen zu den Konferenzen; die Empfehlungen ergeben sich aus dem Abgleich von Zielformulierung und Bewertung.

Netzwerken sowie nach der Möglichkeit, weitere Themen und Projekt mitbestimmen zu können (Partizipation), zu entsprechen.

3. Projekterfahrungen II: Durchgeführte Einzelmaßnahmen

3.1 Überblick

Formate. Seit Anfang 2019 wurde im Rahmen des Projektes eine Vielzahl kleinerer bzw. kurzzeitiger Maßnahmen realisiert. Zwei Formate lassen sich unterscheiden:

- **Regelmäßige Angebote in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Entspannung und Suchtmittelkonsum.** Ausgangspunkt waren im Sinne der partizipativen Ausrichtung des Projektes in der Regel die von Akteur*innen vor Ort identifizierten zielgruppenspezifische Bedarfe bzw. von ihnen bereits entwickelte Projektideen. Das örtliche Setting reichte von Kindergärten über Schulen / Horte und Freizeiteinrichtungen bis zu Wohneinrichtungen und dem öffentlichen Raum. Konzeptionelle Unterstützung bei der Maßnahmenentwicklung, Organisation von Referent*innen / Trainer*innen und/oder Unterstützung bei der Finanzierung standen daher im Mittelpunkt der Arbeit der Gesundheitsmanagerinnen.
- **Einmalige Aktionen / Veranstaltungen in den Modellregionen.** Sieht man von den Stadtteilkonferenzen einmal ab (siehe Abs. 2.4), agierte das Gesundheitsmanagement hier in der Regel als Kooperationspartner – in einzelnen Fällen jedoch auch als Veranstalter oder als Teilnehmer. Konzeptionelle Unterstützung, Aufbau und Betrieb aktivierender Infostände oder auch die Durchführung kleinerer zielgruppenspezifischer Angebote (z.B. Ernährungsquiz) standen – seitens des Gesundheitsmanagements – diesbezüglich im Vordergrund. Sommer- / Stadtteilfeste oder sozialräumliche Themenwochen lieferten häufig den organisatorischen Rahmen für die Aktionen.

Digitale Maßnahmen. Ohne Zweifel bieten digitale Versorgungsangebote zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention – sei es in den Bereichen Bewegung und Ernährung oder Stressmanagement und Suchtmittelkonsum –, aufgrund ihres (theoretisch) niederschweligen Zugangs ein großes Potential, Menschen Möglichkeiten zur Verbesserung und Erhaltung ihres Gesundheitszustandes zu geben. Allerdings sollte man sich stets auch der Exklusionsrisiken durch digitale Leistungsangebote bewusst sein – etwa aufgrund eines fehlenden WLAN-/Internetzugangs, ungenügender digitaler Kompetenzen oder auch aufgrund fehlender räumlicher Voraussetzungen (z.B. geeignete Räumlichkeiten für Bewegungsprogramme).

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass seit Ausbruch der Corona-Pandemie die laufenden Maßnahmen pausieren bzw. anstehende Maßnahmen / Veranstaltungen verschoben werden mussten, mahnten im Rahmen der Online-Kurzbefragung einzelne Akteure daher auch ein stärkeres digitales Engagement der Projektverantwortlichen an – gerade im Bereich der schnell umsetzbaren Sofortmaßnahmen (siehe Anlage II). Sicherlich kann von einer umfassenderen Digitalisierungsstrategie im Rahmen des Projektes nicht gesprochen werden. (Das zu erwarten, wäre auch kaum realistisch gewesen – zumal angesichts der Zeitressourcen der GSR-Projektdurchführenden). Allerdings sind vom Gesundheitsmanagement in den letzten Monaten doch erste digitale Sofortmaßnahmen entwickelt worden:³⁹ Besondere Erwähnung verdient hier etwa die in Ramersdorf-Perlach bereits im Juli 2020 etablierte Digitale Angebotsplattform „Jitsi“, die im weiteren Projektverlauf auch näher evaluiert werden soll.

Zielgruppen / Inhalte. Es können und sollen an dieser Stelle nicht alle seit Projektbeginn initiierten und durchgeführten Einzelmaßnahmen / Aktionen aufgezählt werden. Festgehalten sei nur, dass – zielgruppenbezogen – bislang vor allem Kinder und Jugendliche sowie Familien und Frauen im Vordergrund der (regelmäßigen) Sofortmaßnahmen standen. Spezifische Angebote für Senior*innen wurden im Rahmen des Modellprojektes „München – gesund vor Ort“ bisher kaum realisiert. Inhaltlich standen eindeutig die Themen Ernährung und Bewegung im Vordergrund. Nachfolgende Tabelle bildet dies schlaglichtartig ab.

³⁹ Abgesehen davon wird im Rahmen der Schwerpunktprogramme das Potential innovativer digitaler Formate als Instrumente einer zielgruppenorientierten Gesundheitsförderung pilothaft erprobt, wenn auch vor allem in den Kontexten Bildung, Beratung und Informationsweitergabe. Siehe hierzu die Schwerpunktprogramme in Moosach und in Feldmoching-Hasenberg (siehe Abs. 5.3 und 5.5.).

Tabelle 2: Ausgewählte Einzelmaßnahmen nach Zielgruppe und Modellregionen

	Werdende und junge Familien	Kinder, Jugendliche, Auszubildende	Erwachsene, Frauen, Ehrenamtliche	Erwachsene nach der Erwerbsphase
Moosach	<p>Familienfest Karl-Lipp-Park Art: Veranstaltung / einmalig</p> <p>Inhalt: Infostand; Boulder Scheibe</p>	<p>„Cook Mal“ (Schüler*innen) Art: Kurs / mehrmals aufgelegt</p> <p>Inhalt: Gemeinsames Kochen in Kleingruppen unter Anleitung; gemeinsames Probieren des Gekochten</p>	<p>„Gesund leben in Moosach“ Art: Kurs / mehrmals aufgelegt</p> <p>Inhalt: Thematische Vorträge; Kurse (Fahrradfahren, Stressbewältigung / Entspannung; Gymnastik / Bewegung)</p>	<p>„Seniorenwoche“ Art: Veranstaltung / einmalig</p> <p>Inhalt: Vorträge; gesundes Frühstück mit Fragerunden</p>
Trudering-Riem	<p>„Fit mit Baby“ – Bewegung mit Kleinkind und Kinderwagen Art: Kurs / Wiederholung geplant</p> <p>Inhalt: Outdoor-Fitnessprogramm, inklusive Kinderprogramm</p>	<p>„Ernährungsworkshop für Jugendliche“ Art: Kurs / einmalig</p> <p>Inhalt: Workshopreihe mit Theorie und Praxis</p>	<p>„Fitness Parcours“ (Erwachsene) Art: Veranstaltung / einmalig / Fortführung durch selbstorganisierte Frauengruppe Inhalt: Angeleitetes Schnuppertraining im Riemer Park</p>	----
Ramersdorf-Perlach	----	<p>„Rotierende Küche“ und „HomeKitchen“ (6-16 Jahre) Art: offenes Angebot / Kurs / jährlich aufgelegt</p> <p>Inhalt u.a.: (Digitale) Koch-Workshops in verschiedenen Einrichtungen mit Wissensvermittlung (Fachkraft); gemeinsames Fest „Länder-“</p>	<p>„Yoga für Frauen“ Art: offenes Angebot / Kurs / mehrmals aufgelegt / feste Verankerung im Stadtteil (geplant) Inhalt: Bewegungs- und Entspannungsangebot im geschützten Raum</p>	[Schwerpunktthema: siehe Abs. 4.4]
Feldmoching-Hasenberg	<p>„Entspannungs- und Bewegungsangebot für Mütter“ Art: Kurs / einmalig</p> <p>Inhalt: Bewegungs- / Entspannungsangebot (Tanzelemente)</p>	<p>Selbstbehauptungstraining „Nicht mit mir!“ Art: Kurs / einmalig</p> <p>Inhalt: Praktische und spielerische Einheiten zu Bewegungsabläufen und Koordinationsvermögen; Ermächtigung in Gewaltprävention</p>	<p>„Bewegungsangebot im Wasser für Frauen“ Art: Kurs / mehrmalig</p> <p>Inhalt: Gelenkschonendes Bewegungsangebot im Wasser, Aquafitness</p>	

3.2 Bedeutung des Bausteins „Sofortmaßnahmen / Aktionen“

Inwieweit das Bündel an regelmäßigen Maßnahmen / einmaligen Aktionen in den einzelnen Sozialräumen *nachhaltige* gesundheitsfördernde Effekte zeigte und/oder es bei den Fachkräften eine erhöhte Sensibilisierung für Gesundheitsthemen bewirkte, lässt sich nicht abschließend beantworten. Sei es, weil die bisher eingesetzten Evaluierungsinstrumente diesbezüglich wenig aussagekräftig waren,⁴⁰ sei es, weil eine umfassende diesbezügliche Befragung der Sozialraumakteure noch aussteht (siehe Abs. 1.2.2).

Abgesehen von den Ausführungen in Abschnitt 2.3 zum Mehrwert der bisherigen Projektschritte, lässt sich aus Sicht der Evaluation mit Blick auf die Sofortmaßnahmen noch dreierlei festhalten:

- **Nachhaltigkeit (Angebote) / Strukturentwicklung.** Tabelle 1 deutet bereits an, dass die gute Kooperation mit den Einrichtungen der Regelversorgung (siehe Abs. 2.2) auch der Nachhaltigkeit der Angebote zugutekam: Etliche Maßnahmen konnten mehrfach aufgelegt werden bzw. sollen (nach Corona) wiederholt werden. In einzelnen Fällen wurden die im Rahmen von „München – gesund vor Ort“ entwickelten Bausteine von den Kooperationspartner*innen sogar in den Regelbetrieb ihrer Einrichtungen übernommen (z.B. „Cook Mal“ in Moosach). Insofern hat das Projekt – bereits vor der Umsetzung der Schwerpunktprogramme – zumindest partiell zu einer Strukturbildung und Kapazitätsentwicklung in den Quartieren beigetragen.⁴¹
- **Gesundheitseffekte (Teilnehmer*innen).** Sicherlich können einmalige Befragungen während oder *unmittelbar* nach einer Veranstaltung / einem Kurs nichts über die Nachhaltigkeit der jeweils bekundeten Effekte aussagen. Dass die meisten der befragten Teilnehmer*innen an Bewegungs- und Ernährungsangeboten, von Verhaltensänderungen, Lerneffekten und/oder Kompetenzzugewinnen berichten,⁴² ist in gesundheitspräventiver Hinsicht gleichwohl als Erfolg zu werten. Es kann durch die Teilnahme an den Angeboten zumindest von einer ersten Sensibilisierung bzw. dem Setzen positiver Impulse für eine bewusste Lebensweise gesprochen werden. Durch die teilweise nachhaltige Verankerung (einzelner) Maßnahmen (siehe oben) wird dies weiterbefördert.
- **Sichtbarmachung (Gesamtprojekt).** Die kleinen, (relativ) schnell umzusetzenden Maßnahmen waren (und sind) zentral, um dem Projekt „München – gesund vor Ort“ ein „Gesicht nach außen“ zu geben, um es – und damit das Thema Gesundheit – in den Sozialräumen zu verwurzeln. Es überrascht daher nicht, dass der Corona-bedingte Stillstand bei der Maßnahmenentwicklung /-durchführung bzw. die Umleitung der verbliebenen Personalressourcen⁴³ zugunsten der Schwerpunktprogramme zu einer gewissen „Ent-Ankerung“ führte. Dies gilt vor allem für Moosach, wo die Entwicklung / Umsetzung des Schwerpunktprogramms langsamer vorangekommen ist (siehe Abs. 4.5).

Der Grad der „Ent-Ankerung“ hängt dabei auch davon ab, wie die Person der Gesundheitsmanagerin wahrgenommen und ihre Expertise gesucht wird. Hier zeigen sich in den Sozialräumen deutliche Unterschiede (siehe Abs. 5.1).

⁴⁰ Im weiteren Projektverlauf und nach Ende des Lockdowns plant das evaluierende Institut daher nicht nur den Einsatz einheitlicher Instrumente, sondern – in jedem Modellraum – auch die vertiefte Evaluation von bis zu zwei „Leuchtturm-Projekten“. Die Auswahl erfolgt jeweils in Abstimmung mit dem Gesundheitsmanagement.

⁴¹ Angebote, die nur einmalig stattfanden bzw. die bewohnerseitig auf wenig Resonanz stießen, sollten umgekehrt aber nicht als „Misserfolge“ gewertet werden. Zum einen, weil dies auch fehlenden Ressourcen bei den Diensten vor Ort geschuldet sein kann (siehe Abs. 2.3). Zum anderen, weil den Akteur*innen im Rahmen des Projektes ja gezielt auch die Möglichkeit eingeräumt werden sollte, ihre Ideen ohne größeres finanzielles Risiko auf ihre „Sinnhaftigkeit“ bzw. ihre „Sozialraumakzeptanz“ zu testen.

⁴² Ein Beispiel soll genügen: Von den acht befragten Teilnehmer*innen an dem Kurs „Fit mit Baby“ (Buggy Fit) erklärten alle, sich seitdem viel mehr (n=4) oder zumindest etwas mehr (n=4) zu bewegen als zuvor; zudem wurde *unisono* erklärt, den „Riemer Park auch in Zukunft für Bewegung zu nutzen“.

⁴³ Im Rahmen der Corona-Pandemie sind die Gesundheitsmanager*innen mit ca. 50% ihrer Arbeitszeit in der Kontaktpersonen-Nachverfolgung eingesetzt.

4. Projekterfahrungen III: Schwerpunktprogramme

4.1 Zu den Hintergründen der Schwerpunktprogramme

Im Sinne der Bestands- und Bedarfsanalyse wurde in den einzelnen Modellregion jeweils eine „Hauptzielgruppe“ identifiziert: Ältere Kinder und Jugendliche (11-20 Jahre) sowie deren Umfeld (Feldmoching-Hasenberg), Schwangere, junge Frauen und Mütter (Trudering-Riem), Migrant*innen im mittleren Erwachsenenalter (Moosach) sowie ältere Menschen ab 60 Jahren (Ramersdorf-Perlach). Vor dem Hintergrund, dass in den einzelnen Sozialräumen jeweils auch andere Zielgruppen entsprechende Bedarfe hätten anmelden könnten, sind diese „Identifizierungen“ sicherlich *nicht* als alternativlos oder gar als datenmäßig zwingend zu werten. Dies ändert aber nichts daran, dass die in den Modellregionen jeweils bestimmten „Hauptzielgruppen“ doch jeweils faktische Bedarfslagen widerspiegel(te)n. Die meisten der von uns befragten Akteur*innen sahen das ähnlich. Um wieder zwei Stimmen zu zitieren:

„Also, ich kann nicht sagen, dass ich den Schwerpunkt anders gesetzt hätte. Aber das Thema ... [nennt Schwerpunktprogramm, SIM] das würde man sicher genauso gut in ... [nennt eine der anderen Modellregionen, SIM] platzieren können. Fast sogar noch mehr, wenn man sich die Sozialstrukturdaten anschaut. (...). Also falsch ist dies [die Schwerpunktsetzung, SIM] keineswegs. Insofern macht das Sinn. Nur die hätte eben genauso viel Sinn gemacht im ... [nennt eine der anderen Modellregionen, SIM]. Datenmäßig hätte man es sogar noch eher platzieren können.“

„Was den Ausschlag für das jetzige Schwerpunktprogramm gegeben hat, das hat sich mir nicht hundertprozentig erschlossen. Man hätte sich da auch anders entscheiden können. Aber das [gewählte, SIM] Programm setzt schon beim Bedarf an. Ich hoffe, dass das Schwerpunktprogramm mit den [zuständigen, SIM] Fachkräften vor Ort abgestimmt wurde.“

Vor dem Hintergrund der strategischen Zielsetzung (siehe Abs. 1.1.2), die Schwerpunktprogramme – sollten sie sich als wirkmächtig erweisen – perspektivisch auch in andere Münchner Stadtteile zu übertragen, verliert die Kritik „fehlender Zwangsläufigkeit“ prinzipiell an Relevanz. Die Schwerpunktprogramme waren (und sind) als Pilotprojekte konzipiert. Dem entspricht die sozialräumliche Fokussierung auf *jeweils unterschiedliche* Zielgruppen. Damit sollte auch eine möglichst optimale Bündelung der verfügbaren zeitlichen und finanziellen Projektressourcen abgesichert werden.

4.2 Schwangere, junge Frauen und Mütter: Gesundheitslotsinnen in Riem

Hintergründe / zur gesundheitspolitischen Bedeutung des Schwerpunktprogramms. Studien zeigen, dass Heranwachsende allgemein und speziell junge Mütter aus sozial belasteten Familien in bestimmten Situationen seltener gesundheitliche Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen. Die Gründe sind vielfältig, sie reichen von fehlender Unterstützung in der Familie bis zu sprachlichen und kulturellen Hindernissen bei Menschen mit Migrationshintergrund. Zur Überwindung bestehender Zugangsbarrieren werden häufig so genannte personalkommunikative Angebote vor Ort initiiert. Deshalb unterstützt beispielsweise die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gezielt Schlüsselpersonen („Multiplikator*innen“), die Zugang und Vertrauen zur Zielgruppe haben.

Die Sekundärdatenanalyse im Vorfeld ergab für die Messestadt Riem und Riem einen besonders hohen Anteil an Jugendlichen und Familien mit kleinen Kindern. Gleichzeitig ist Trudering-Riem ein Stadtbezirk mit einem überdurchschnittlich hohen Migrationsanteil. In den Stadtbezirksteilen Messestadt Riem und Riem lag diese Quote 2019 bei Erwachsenen zwischen 49 und 76 Prozent und bei Kindern zwischen 59 und 86 Prozent.

Die Bedarfserhebung hat ergeben, dass bei den Jugendlichen insbesondere die Mädchen bzw. die jungen Frauen und bei den Familien vor allem Schwangere und Mütter mit Kindern bis zum 5. Lebensjahr besonderen Bedarf bei gesundheitsbezogenen Themen haben. Als Zielgruppe für das Schwerpunktprogramm (SPP) wurden deshalb „junge Frauen aus sozial belasteten Familien bis zum 29. Lebensjahr und Schwangere und Mütter in frühen Erziehungsjahren (mit weiteren Kriterien wie u. a. Migrationshintergrund)“ definiert.

Projektskizze. Die Ausschreibung zur Entwicklung und Umsetzung eines Peer-to-Peer Konzeptes im Bereich Gesundheitsförderung für junge Frauen, Schwangere und Mütter wurde von Donna Mobile mit ihrem Ansatz zur Qualifizierung von Gesundheitslotsinnen in Riem gewonnen. Die Peers, lernen u.a. anwendungsorientierte Grundlagen zu Schwangerschaft, Geburt, gesundem Aufwachsen, Ernährung, Bewegung, psychischer Gesundheit und Suchtprävention. Sie sollten am Ende der Ausbildung die gesundheitsbezogenen Einrichtungen, Angebote und Ressourcen im Stadtteil Riem kennen sowie diverse Soft Skills und das notwendige Selbstvertrauen aufgebaut haben, um ihr Wissen an ihre Peer-Gruppe weitergeben zu können.

Die Schulungen werden von der Projektleitung, einer Medizinerin und Honorar-Referentinnen aus dem Stadtteil (z.B. Schwangerschaftsberatungsstelle, Familienzentren, BiLok) beziehungsweise vom GSR (z.B. Schulärztin) durchgeführt. Nach Kursende sind Hospitationen bei Kooperationspartnern und erste Einsätze mit unterstützender Begleitung geplant. Ziel ist, dass Lotsinnen selbständig und zusammen mit Kooperationspartnern Gesundheitsförderungsangebote im öffentlichen Raum und in Einrichtungen vor Ort durchführen können.

Besondere konzeptionelle Aspekte. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung sind mit Blick auf das Lotsinnenprojekt neben den oben gemachten Überlegungen folgende Aspekte zu bedenken:

- **Peer-to-Peer-Ansatz.** Ein zentraler Aspekt von Peer-Ansätzen besteht darin, dass Peer-Beraterinnen zunächst über das erlangte Wissen ihre Selbstwirksamkeit erleben und im Weiteren von der Projektarbeit profitieren (s.u.). Dies ist ganz besonders in Bereichen wichtig, die das eigene Wohlbefinden (Gesundheit) betreffen. Gerade in einem „jungen“ Stadtviertel wie der Messestadt Riem erscheint dieser Ansatz besonders erfolgversprechend – was auch von den Sozialraumakteuren so gesehen wird. Die Frage wird sein, ob die relativ breite Zielgruppendefinition (s.o.) eher hemmt oder Chancen eröffnet.
- **Qualitätssicherung im Praxisbezug.** Entscheidend für den Erfolg des Projekts wird die Umsetzung des Gelernten in der Praxis der Beratung der jeweiligen Peergroup sein. Während das reine Wissen auch via Bildschirm vermittelt werden kann, sind Gruppenlernen und Felderprobung unter Corona-Beschränkungen erschwert. Abhilfe können hier Nachschulungen und engmaschige (Nach-)Betreuung schaffen. Gesundheitspolitischer Aufhänger könnte auch eine gezielte Wissensvermittlung und Beratung zu aktuellen Infektionsfragen sein⁴⁴.

Stand der Umsetzung. Trotz personeller Wechsel beim Gesundheitsmanagement vor Ort, konnten Ausschreibung, Auswahl, Vorbereitung sowie erste Schritte im Schwerpunktprogramm erfolgreich durchgeführt werden. Über Bewerbung und aktive Ansprache von potenziellen Zielgruppenvertreterinnen konnte über den Sommer 2020 eine zweistellige Zahl an Bewerberinnen gefunden werden. Nach individuellen Eignungsbefragungen und Profiling-Gesprächen blieben sieben mögliche Peers übrig, von denen sechs tatsächlich an der Schulung teilnahmen. Alle haben Migrationshintergrund und ein oder zwei Kinder. Aufgrund der Corona-Beschränkungen wurde entschieden, den Kurs online durchzuführen und mit weniger als den angestrebten zehn Teilnehmerinnen zu beginnen⁴⁵.

Der erste Kursdurchlauf mit 19 Unterrichtstagen und insgesamt 76 Unterrichtseinheiten endete am 2. März 2021 mit der erfolgreichen Prüfung aller sechs Teilnehmerinnen. Die Zwischenevaluation zu Kursverlauf und -inhalten konnte aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht in den Zwischenbericht eingehen⁴⁶. Zum Ausgleich wird die Projektleitung nach Abschluss der Schulung ein persönliches Evaluationsgespräch mit allen Teilnehmerinnen führen. Aus den Rückmeldungen lässt sich aber schon jetzt auf großes Engagement bei wenigen – eher technischen – Schwierigkeiten schließen.

⁴⁴ In der Trägerbefragung war am deutlichsten ein hoher Bedarf an Informationstransfer und – auch psychologischer Hilfestellung – zu Corona-Themen im Sozialraum angesprochen worden.

⁴⁵ Gesundheitsmanagement und Projektnehmer haben sich darauf verständigt, dass auch ältere Frauen aufgenommen werden, weil diese durch ihre Lebenserfahrung und Kompetenzen jüngere Frauen gut unterstützen könnten.

⁴⁶ An der von Donna Mobile durchgeführten Online-Evaluation über SoSci-Survey nahmen nur zwei Frauen teil (Gründe dafür sind unbekannt, teilweise wohl technische Probleme).

Die Evaluationsergebnisse aus Sicht der Dozentinnen ergeben ein ähnliches Bild. Alle Teilnehmerinnen sind an den Themen interessiert und stellen viele Fragen beziehungsweise beteiligen sich an der Diskussion und teilen ihre Erfahrungen. Als schwierig werden zum Teil die häuslichen (kein ruhiger Raum) und technischen (Verzögerungen bei Bild- und Tonübermittlung) Bedingungen bewertet. Als problematisch für den Kontakt – und die Anwesenheitskontrolle – werden mehrheitlich die ausgeschalteten Kameras eingeschätzt. Auch die Corona-bedingte Theorielastigkeit durch eine reine Onlineschulung wird von den Dozentinnen erwähnt.

Herausforderungen aus evaluatorscher Sicht. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung sind vor allem zwei kritische Befunde aufzuführen:

- **Gewinnung der Zielgruppe.** Die angestrebte Anzahl und Zusammensetzung der Kursteilnehmerinnen wurde nicht erreicht. Die wenigen Teilnehmerinnen (6) haben durchweg Migrationshintergrund mit den Muttersprachen Spanisch (2x), Arabisch (2x) sowie Tamilisch und Kurdisch. Der Zugang zu den deutschen Muttersprachlerinnen könnte damit schwierig werden. Dies gilt ebenso für die anvisierte Alterskohorte der Zielgruppe bis 29 Jahre, aus welcher bisher keine der Lotsinnen kommt. Der Altersdurchschnitt liegt deutlich höher bei 42 Jahren, die älteste Mutter ist 60 Jahre alt. Auch, wenn bei der Trägerbefragung die Beschränkung bis zum 29. Lebensjahr durchaus kritisch gesehen wurde und durch die Pandemie die Akquise erschwert war, bedarf das Konzept – auch in Hinblick auf die angestrebte Multiplikatorwirkung – einer Anpassung.
- **Praktische Anwendung.** Das Kursziel in der Ausbildung zu Lotsinnen liegt eindeutig auf einem erfolgreichen Feldeinsatz. Pandemiebedingt liegt der Fokus auf der Vermittlung von Grundwissen. „Es ist schwierig die Fähigkeiten zu fördern, dass das Gelernte angewandt werden kann, ohne Übung und Austausch⁴⁷“, fasst es eine Dozentin zusammen. Ein „Nachschulen“ der Anwendungsfähigkeiten ist für 2021 bereits geplant, aber bei großem zeitlichem Abstand zum Kurs besteht ein gewisses „Vergessensrisiko“ bei den Teilnehmerinnen.

4.3 Kinder und Jugendliche: Gesundes Heranwachsen in Feldmoching-Hasenberg

Hintergründe / zur gesundheitspolitischen Bedeutung des Schwerpunktprogramms.

Untersuchungen zeigen, dass Heranwachsende eher wenig über die Zusammenhänge von eigenem Verhalten und Wohlbefinden wissen oder nachdenken. Dies gilt auch für den Medienkonsum und wie dieser sich auf nahezu alle Lebensbereiche auswirkt sowie die Gesundheit beeinflusst. Für Heranwachsende mit niedrigem Sozialstatus gilt zudem, dass sie sich von Haus aus häufiger ungünstig verhalten (z.B. in Ernährungs- oder Präventionsfragen) als Personen mit höherem sozialen Status.

In der Sekundärdatenanalyse für Feldmoching-Hasenberg konnte vor allem Hasenberg als Stadtbezirksteil mit besonderem Handlungsbedarf identifiziert werden. Die Gruppe der älteren Kinder und Jugendlichen (ca. 11-20 Jahre) macht dort – bei steigender Tendenz – einen bedeutenden Anteil im Stadtteil aus. Überdurchschnittlich viele Kinder und Jugendliche haben zudem einen Migrationshintergrund mit daraus resultierenden schlechten Deutschkenntnissen, sowie erschwertem Zugang zum höheren Bildungssystem. Daraus können gesundheitliche Risiken und Belastungen wie Gewichtsprobleme (Übergewicht wie auch Magersucht) und ungünstige Ernährungsgewohnheiten sowie hoher Medienkonsum (mit Folgen wie Schlafmangel, Isolation u.a.) resultieren. Somit erschließt sich großer Bedarf für ältere Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 20 Jahren in den Bereichen Gesundheits- und Medienkompetenz.

Projektskizze. Schwerpunktmäßig soll auf Maßnahmen im öffentlichen Raum und im Bereich der Freizeitgestaltung der Heranwachsenden abgezielt werden. Zur besseren Zielgruppenerreichung sollen Kooperationspartner, wie z.B. Schulen und Freizeiteinrichtungen aber auch die Erziehungsberechtigten direkt in die Umsetzung mit einbezogen werden. Alle, auch schwer erreichbare Kinder und Jugendliche, die ihre Zeit in sogenannten „unsichtbaren Sozialräumen“ verbringen, sollen über

⁴⁷ Quelle: Auswertung der Dozentinnen-Bögen von Donna Mobile.

ein „ganzheitliches Konzept [...], welches die Kinder und Jugendlichen auf allen Ebenen und mit all ihren Sinnen anspricht“ niederschwellig erreicht werden. Vom ausgewählten Träger „Lilalu - Die Johanniter“ wurde mit „HANDS UP 4 YOUR FUTURE – MACH DICH FIT FÜR DEIN LEBEN“ ein entsprechendes Angebot konzipiert. Dieses soll auf spielerische Weise für eine gesunde und nachhaltige Lebensweise und den richtigen Umgang mit Medien werben. Es besteht aus Modulen zu den Bereichen Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit, Hygiene, Medienkompetenz und Sexualität. Zur Vermittlung der Inhalte sollen spezifische Workshops und Begleitmaterialien zum Einsatz kommen.

Besondere konzeptionelle Aspekte. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung⁴⁸ ist mit Blick auf das Schwerpunktprojekt außer den oben gemachten Bemerkungen folgendes zu bedenken:

- **Systematischer Ansatz.** Die Stärkung der Gesundheitskompetenz gilt als wichtige Grundlage für alle Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention. Um den souveränen und selbstständigen Umgang mit neuen Medien erweitert, ergibt sich ein breites Feld, das für Erhaltung und Förderung der (eigenen) Gesundheit von Bedeutung ist. Beim Aufbau eines unterstützenden Angebots ist zu beachten, dass nicht nur auf die Schulung von persönlichen Fähigkeiten abgezielt, sondern auch struktur- und systemorientierte Veränderungen in den Blick genommen werden⁴⁹. (Dies ist allerdings nicht Aufgabe des Projektträgers).
- **Struktureller Ansatz.** Für den Erfolg von (Gesundheits-)Programmen für Heranwachsende sind Integration und Nutzung von Synergieeffekten in bestehenden Strukturen von großer, wenn nicht entscheidender, Bedeutung. Die nachhaltige Einbindung von vor Ort befindlichen Einrichtungen in Projektentwicklung und –umsetzung wird ständig im Fokus gehalten werden müssen.

Stand der Umsetzung. Ein erster Teilnehmendengruppe mit fünf Jugendlichen fand im Juli 2020 statt. Der für Anfang Dezember 2020 terminierte Online-Medienworkshop wurde Corona-bedingt kurzfristig von der Willy-Brandt-Gesamtschule abgesagt. Die Zeit wurde genutzt, um an Elementen wie Social Media Plan, Werbe- und Begleitmaterial sowie an Struktur- und Themenschwerpunkten der Workshops zu arbeiten und das Projekt bei den Sozialraumakteuren vorzustellen. Eine Beteiligung der Fachbasis ist bisher in ersten Ansätzen erfolgt und soll mit einem Fachkräfteworkshop verstärkt werden. Nachdem dieser beim ersten Versuch mangels Teilnehmer*innen ausfiel, konnte der zweite Versuch mit Hilfe von intensivem Emailmarketing erfolgreich stattfinden. Der Online-Workshop war mit 21 Teilnehmenden (davon 8 von Seiten GSM und Projektnehmerin) gut besucht und lieferte ein positives Feedback.

Herausforderungen aus evaluatorscher Sicht. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung könnten drei Aspekte für den weiteren Projektverlauf wichtig werden:

- **Berücksichtigung geschlechtsspezifischer und soziokultureller Aspekte.** Die Literatur kennt große Unterschiede in Ausprägung und Umgang von Kompetenzerwerb. So hat es sich auch im Teilnehmendengruppe gezeigt, dass Mädchen und Jungen im Workshopformat unterschiedlich agieren und teilnehmen. Es wäre zu überlegen, gegebenenfalls reine Mädchen- und Jungengruppen zu bilden, um allen Teilnehmenden einen guten und geschützten Rahmen zu ermöglichen. Vergleichbare Überlegungen sollten u.U. auch für kulturell- religiös unterschiedliche Gruppen angestellt werden.
- **Kommunikation & Partizipation.** Bei der Trägerbefragung mit gutem Rücklauf durch 24 Fachkräfte wünschten sich 75 Prozent der Befragten mehr Informationen zu Projekt und

⁴⁸ Das Evaluationskonzept wurde mit dem GSR und dem Auftragnehmer Lilalu einvernehmlich abgestimmt.

⁴⁹ Es reicht demnach nicht aus, wenn Kinder und Jugendliche in ihren persönlichen Kompetenzen gestärkt werden, solange das Schulsystem nicht ebenfalls präventive Anpassungen erfährt. Beispiele sind Rhythmisierung des Stundenplans, gesunde Angebote bei Kitaverpflegung und Mensaessen sowie Bewegungsförderung durch die geeignete Gestaltung von Räumen und Freiflächen (vgl. Hurrelmann, K., Bauer, U., Schaeffer, D.: *Strategiepapier #1: Gesundheitskompetenz im Erziehungs- und Bildungssystem fördern*. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2018).

Schwerpunktprogramm. Knapp die Hälfte würde die Mitarbeit am Schwerpunktprogramm interessieren. Das geäußerte Interesse steht in gewissem Widerspruch zu den bis dato ausgelassenen Mitwirkungsmöglichkeiten (s.o. abesagter Fachkräfteworkshop). Es ist zu klären, ob dies an der allgemeinen Corona-Situation oder gar an mangelnder Ressourcenunterstützung durch die beteiligten Träger liegt.

- **Zusammenarbeit im Netzwerk.** In Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Projektausrichtung spielt das Multiplikatoren-Netzwerk eine wichtige Rolle. Bisher werden kurzfristig bestehende Arbeitskreise genutzt, langfristig soll das Projekt in die bestehenden Regsam-Strukturen und die Gesundheitsberatung Hasenberg integriert werden. Eine detaillierte Vorstellung des Projektes erfolgte im Herbst 2020 in einer RAGs-Sitzung. Für den weiteren positiven Verlauf stellt sich die Frage, ob bereits alle relevanten Akteure für eine aktive Mitarbeit gewonnen werden konnten?

4.4 Ältere Menschen: Das Präventionsnetz im Alter in Ramersdorf-Perlach

Hintergründe / zur gesundheitspolitischen Bedeutung des Schwerpunktprogramms. Die Altersphase ist mit verschiedenen Herausforderungen verbunden: Nicht nur der Übergang vom Berufsleben ins Rentenalter ist mit erheblichen Risiken für die psychische und/oder physische Gesundheit verknüpft. Dies gilt auch für sogenannte kritische Lebensereignisse wie den Verlust des Partners / der Partnerin (Einsamkeit, soziale Isolation) oder altersbedingte Einschränkungen der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit (Mobilitätsverluste, Hilfe- und Pflegebedarf, kognitive Einschränkungen). Um die Potenziale der älteren Bürgerinnen und Bürger rechtzeitig anzusprechen und zu aktivieren, sie an den Lebensbrüchen zu erreichen und zu unterstützen, bedarf es in den Sozialräumen vor Ort eines abgestimmten und koordinierten Handelns aller (direkt oder indirekt) in der Seniorenarbeit involvierten Akteure. Die diesbezüglichen Herausforderungen werden in Stadtteilen wie Ramersdorf-Perlach, in denen überproportional viele alte Menschen leben, besonders deutlich.⁵⁰

Mit dem Konzept der kommunalen Präventionsketten liegt ein integrierter Strukturansatz vor, um Übergänge im Lebensverlauf im Sinne der Entwicklung eines langfristigen, umfassenden und tragfähigen Netzes von Unterstützung, Beratung und Begleitung zu gestalten. In der Praxis wurde der Ansatz bisher vor allem zur integrierten Gestaltung der ersten Lebensphasen umgesetzt – also um Kindern und Jugendlichen ein „Aufwachsen im Wohlergehen“ bzw. ein „Gesund aufwachsen für alle“ zu sichern.⁵¹ Im Rahmen des Schwerpunktprogramms soll dieser Ansatz nun auf die Übergänge in der Altersphase übertragen bzw. mit Blick auf die kritischen Lebensereignisse im Alter weiterentwickelt werden. Damit wird in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung Neuland betreten.⁵²

Projektskizze. Analytisch gesehen lassen sich zwei zentrale Aufgaben- oder Handlungsstränge unterscheiden:

- **Aufbau eines nachhaltigen Präventionsnetzes** für ältere Menschen ab 60 Jahren in Ramersdorf-Perlach, das auf die sogenannten Übergänge im Alter ausgerichtet ist. Mittelfristig wird hierbei eine Einbindung möglichst vieler relevanten Akteure des Sozialraums

⁵⁰ Im Gegensatz zu den anderen Stadtrandgebieten hat der jüngste bzw. der in Zukunft zu erwartende Einwohnerzuwachs in Ramersdorf-Perlach keinen verjüngenden Effekt (gehabt). Mit einem Durchschnittsalter von 42,4 Jahren zählen die dortigen Bewohner*innen zu den ältesten Münchens. Der sogenannte Altenquotient, der Verhältnis der 65+ - Jährigen auf die Personen im typischen Erwerbalters erfasst, wird in Ramersdorf-Perlach auch in den kommenden Jahren bzw. Jahrzehnten weiterhin ansteigen. Siehe: Landeshauptstadt München (Hrsg.) 2019. *Demographiebericht – Teil 2*. München: Referat für Stadtplanung und Bauordnung, hier: S. 66-67.

⁵¹ Siehe hierzu die Anmerkungen zum Leitbegriff „Präventionskette / integrierte kommunale Gesundheitsstrategie“ auf der Webseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA), abrufbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie/> (letzter Abruf: 01.03.2021).

⁵² Es überrascht daher nicht, dass das PiA-Team bzw. die verantwortliche Gesundheitsmanagerin mittlerweile zu zwei überregionalen Tagungen eingeladen worden ist, um ihre diesbezüglichen Erkenntnisse einem breiteren Publikum vorzustellen.

angestrebt (Altenservicezentren, Nachbarschaftstreffs, Beratungsstellen, Sozialbürgerhaus, Vereine, Pflegedienste, Ärzte etc.). Parallelstrukturen (z.B. zu den REGSAM-Gremien) sollen explizit vermieden werden. Zur Absicherung der Qualität wird auf Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit gesetzt. Der Aufbau des Präventionsnetzes erfolgt über ein Aufbaugremium, das sich aus „willigen“ und heterogenen Sozialraumakteuren zusammensetzt.

- **Angebotsentwicklung.** Das Präventionsnetz dient nicht nur dem Austausch der Mitglieder untereinander und der Weiterentwicklung des jeweiligen fachlichen Wissens. Konzeptionell steht nach der (gemeinsamen) Identifizierung von Bedarfen und fehlenden Angeboten vielmehr die Schaffung neuer (Kooperations-)Angebote bzw. die Weiterentwicklung bestehender Angebote im Fokus. Für jeden der Übergänge sollen im Rahmen der Projektlaufzeit ein bis zwei neue Angebote geschaffen bzw. sollen bereits existierende weiterentwickelt werden.

Bezogen auf die mittelbare Zielgruppe des Schwerpunktprogramms, die im Sozialraum Ramersdorf-Perlach lebenden Älteren, zielt das Projekt daher gleichermaßen auf eine effizientere Weiterleitung von Klient*innen (durch Vernetzung der Akteure / transparentere Informationsvermittlung) wie auf eine bessere präventive/akute Versorgung (durch punktuelle Weiterentwicklung der Angebotslandschaft) ab.

Besondere konzeptionelle Aspekte. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung sind – neben den eingangs gemachten Ausführungen – in konzeptioneller Hinsicht vor allem drei weitere Aspekte zu nennen:

- **Partizipatives Planungsverständnis.** Netzwerkaufbau, Bedarfsidentifizierungen und Angebotsplanungen sind explizit als partizipativer Prozess ausgestaltet. Der Projektnehmer (ASZ Perlach) agiert weder als inhaltliche Planungsinstanz, fachlicher Dienstleistungserbringer noch als Kontrolleur, sondern nur als Koordinierungsinstanz zwischen den unterschiedlichen Akteuren bzw. als ein sie unterstützender Dienstleister. Der Aufbau des Netzwerkes erfolgt(e) „bottom up“ (siehe unten); sein Ausbau ist wie auch die letzte Ausgestaltung der Arbeitsstruktur Entscheidung der Mitglieder. Innerhalb der PiA-Netzwerkstruktur sollen projektbasiert eigenständige Teams gebildet werden.
- **Dynamisches Arbeitsverständnis.** Im Zentrum der Projektarbeit (seitens des Projektnehmers) steht nicht der Aufbau eines Netzwerkes als Produkt oder die Entwicklung eines festen Handlungsplans, sondern die Sicherung der „Güte“ der initiierten Lern- und Arbeitsprozesse im PiA-Netzwerk bzw. zwischen den unterschiedlichen örtlichen Akteuren.
- **Verzahnung medizinisches und soziale System.** Die medizinisch-gesundheitliche Versorgung und die soziale Dienstleistungslandschaft sind in gewisser Hinsicht entkoppelt (Parallelstrukturen). Gesundheitsförderung bedarf jedoch – auch und gerade im Setting „Stadtteil“ – eines Zusammenspiels beider Akteursgruppen. Mit dem Aufbau des PiA-Netzwerkes sollen beispielhaft – mit Bezug auf die Übergänge im Alter – Möglichkeiten einer zielgerichteten und handlungsbezogenen Zusammenarbeit dieser bis dato häufig separiert arbeitenden Gesundheitsakteure erprobt werden.

Stand der Umsetzung. Mit dem ASZ Perlach konnte ein etablierter und im Sozialraum hervorragend vernetzter Akteur für die Umsetzung des Projektes gewonnen werden. Der Zuschlag erfolgte im April 2020. In den ersten Wochen und Monaten stand seitens des PiA-Teams die konzeptionelle Feinarbeit (Erarbeitung eines detaillierten Rahmenkonzeptes sowie einer schematischen Planungsmatrix)⁵³ im Vordergrund der Arbeit. Auf Grundlage dieses Rahmenkonzeptes entwickelte SIM Sozialplanung Quartiersentwicklung ein detailliertes Evaluationskonzept, das im September 2020 einvernehmlich verabschiedet wurde. Im Mittelpunkt der Arbeit des evaluierenden Instituts stehen seitdem Prozessbegleitung und -beratung (siehe Abs. 1.1.2). Hierzu treffen sich das PiA-Team und SIM

⁵³ Mit der Planungsmatrix sollten mögliche inhaltliche Bausteine von PiA (Aufgabenstrang: Angebotsentwicklung) systematisch identifiziert werden.

Sozialplanung und Quartiersentwicklung regelmäßig zum Austausch (ca. einmal monatlich). Die gemeinsame Arbeit ist durch große Offenheit geprägt.

Das Projekt wurde im September 2020 im Rahmen einer RAGS-Sitzung erstmals der sozialräumlichen Akteurslandschaft vorgestellt. Im Rahmen der Veranstaltung stellte SIM Sozialplanung – im Sinne des oben skizzierten partizipativen Evaluationsverständnisses (siehe Abs. 1.2.2) – auch das abgestimmte Evaluationskonzept vor bzw. zur Diskussion. Die PiA-Projektidee (und der Evaluationsansatz) wurde(n) positiv aufgenommen.

Trotz Corona konnten mittlerweile auch das PiA-Netzwerk grundgelegt werden. An der Sache interessierte Akteure – sowohl auf operativer wie auf strategischer Ebene – trafen sich (online) erstmals im Februar 2021 (Konstituierung des konzeptionell vorgesehenen Aufbaugremiums). Hierbei wurde ein gezielter „bottom up“-Ansatz verfolgt: Statt (potenziell) Interessierte zu einem Workshop einzuladen, hatte der Netzwerkmanager im Vorfeld längere Einzelgespräche mit „willigen“ Akteur*innen geführt. Hier konnte das Interesse nochmals abgeklärt werden, konnten etwaige Unklarheiten / Befürchtungen individuell ausgeräumt werden. Der Einladung zur konstituierenden Sitzung des Aufbaugremiums folgten (vermutlich auch daher) alle Eingeladenen. Die Teilnehmer*innen zeigten sich nicht nur, folgt man den Ausführungen des PiA-Teams, von der PiA-Idee überzeugt werden und signalisierten nicht nur ihre Bereitschaft, sich thematisch einzubringen, sondern konnten für sich und ihre Einrichtungen auch einen unmittelbaren Mehrwert in dem Projekt sehen – eine Grundvoraussetzung für die Etablierung einer späteren verbindlichen Zusammenarbeit. Die Prozesse rund um die Etablierung des Aufbaugremiums werden in den nächsten Wochen und Monaten inhaltlich im Vordergrund der Evaluation stehen.

Herausforderungen aus evaluatorischer Sicht. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung sind diesbezüglich vor allem zu nennen:

- **Ausdifferenzierte Zielgruppenansprache.** Die Seniorenbevölkerung an den Übergängen ist (wie die Seniorenbevölkerung insgesamt) sehr heterogen (z.B. nach Alter, Geschlecht, kulturellem Hintergrund, Haushaltssituation). Ältere Männer (mit wie ohne Migrationshintergrund) etwa werden von Dienstleistern bislang noch nicht in gebührendem Maße erreicht. Eine möglichst umfassende Zielgruppenansprache stellt an ein Projekt wie PiA große Herausforderungen.
- **Sozialraum.** Mit mittlerweile knapp 120.000 Einwohner*innen ist der Stadtbezirk Ramersdorf-Perlach der größte Münchens. Entsprechend vielfältig ist die soziale und gesundheitsbezogene Dienstleistungslandschaft. Wenngleich die REGSAM-Struktur beide Sozialräume (Ramersdorf und Perlach) umfasst, stellt die gleichberechtigte Einbindung der beiden Räume in das Netzwerk zweifelsohne eine Herausforderung dar. Auch und gerade vor dem Hintergrund der zeitlichen Ressourcen, die dem Netzwerkmanagement auf Seiten des ASZ Perlach zur Verfügung steht (12 Std. / Woche).
- **Schaffung von Verbindlichkeit.** Das PiA-Netzwerk beruht auf Freiwilligkeit. Eine hierarchische Steuerung fehlt. Eine Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit erfordert unter diesen Umständen ein intrinsisches Interesse aller Teilnehmer*innen an einer Mitarbeit und den gemeinsam geteilten Wunsch, dass PiA erfolgreich wird. Dies gilt vor allem für die Aufbau-phase, da der unmittelbare Mehrwert für die eigene Arbeit erst im Lauf der Zusammenarbeit deutlich werden kann. All dies stellt sehr hohe Anforderungen an das Netzwerk-Management.
- **Selbstverständnis / Rollenfindung.** Wenngleich die Entwicklung einer festen Projektmatrix für das weitere Vorgehen im Schwerpunktprogramm dem partizipativen Grundverständnis von PiA widersprechen würde, wird es für den weiteren Prozess zentral sein, dass das Aufbaugremium (und später das Projektteam) ein gemeinsames Selbstverständnis im Sinne einer Netzwerkidentität entwickelt und die Rollen der einzelnen Akteure (Netzwerkkoordination, Gesundheitsmanagement, Aufbaugremium / Projektbeirat) klar formuliert bzw. die Schnittstellen zwischen ihnen geklärt sind.
- **Finanzierung / Ressourcen.** Sicherlich können durch eine bessere Abstimmung, durch ein koordinierteres Vorgehen bei Planungen die verfügbaren Ressourcen der beteiligten Akteure

besser genutzt werden. Auch können über das Gesundheitsmanagement bzw. das Gesundheitsreferat (z.B. Zuschuss) mitunter zusätzliche Ressourcen für die Weiterentwicklung der Angebote an den Übergängen eingespeist werden. Trotzdem stellt der Ressourcenrahmen eine Begrenzung dar, und zwar nicht nur mit Blick auf die für Angebotsentwicklung aktivierbaren Ressourcen, sondern auch mit Blick auf das der Netzwerkkoordination zur Verfügung stehende Zeitbudget.

4.5 Migrant*innen mittleren Alters: Die Online-Gesundheitsschule in Moosach

Hintergründe / zur gesundheitspolitische Bedeutung des Schwerpunktprogramms. Studien zeigen, dass Migrant*innen einerseits tendenziell höhere Gesundheitsrisiken zu tragen haben, sie andererseits aber bestehende Gesundheitsangebote und Hilfeleistungen in geringerem Maße in Anspruch nehmen. Als ein Grund für letzteres kann der schlechtere Zugang der Migrationsbevölkerung zu Gesundheitsinformationen gelten. Anstrengungen für eine bessere gesundheitliche Chancengleichheit von Migrant*innen müssen daher nicht zuletzt an einer besseren / effektiveren Vermittlungspraxis von Gesundheitsinformationen für sie ansetzen. Muttersprachlichen Strategien muss hierbei eine zentrale Rolle zukommen. Eingedenk der Tatsache, dass das Internet, folgt man einer kürzlich vorgelegten repräsentativen Studie der Techniker Krankenkasse, gleich hinter dem Arzt mittlerweile die wichtigste Quelle für Gesundheitsinformationen darstellt,⁵⁴ gewinnt die Frage, wie das Internet als *niederschwellige* Vermittlungsinstanz für *verlässliche* bzw. *qualitätsgesicherte* Gesundheitsinformationen genutzt werden kann, daher eine zentrale gesundheitspolitische Bedeutung. Dies gilt mit Sicherheit auch für Migrant*innen, mögen diese sich beim Zugang zu diesem neuen Medium mitunter auch besonderen Problemen gegenübersehen (siehe unten) bzw. mögen bei ihnen die Familie und muttersprachliche Bezugspersonen eine mitunter wichtigere Rolle als das Internet (als Informationsgeber) spielen.

Projektskizze. Im Rahmen des Moosacher Schwerpunktprogramms soll beispielhaft eine mehrsprachige Webseite („Online-Gesundheitsschule“) aufgebaut werden, die über sechs Themenfelder einschlägige Informationen bietet: a) Das Gesundheitssystem und gesundheitliche Angebote in Moosach; b) Psychische Gesundheit (Depression, Sucht, Traumafolgestörungen u.a.); c) Familiengesundheit; d) Ernährung und Bewegung; e) Diabetes sowie als befristetes Modul f) Digitalisierung und onlinebasiertes Lernen. Grundlageninformationen zu diesen Themen werden dabei vom Projektträger (MiMi e.V. / Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.), der auch im Gesundheitsbereich über einschlägige Erfahrungen verfügt, in mehreren Sprachen eingestellt. Der Sozialraumbezug wird dadurch implementiert, dass die Fachkräftebasis vor Ort die Möglichkeit haben wird, die Webseite nicht nur als Ort der Bewerbung / Öffentlich-Machung ihrer gesundheits-relevanten Angebote zu nutzen, sondern sie selber inhaltliche Angebote einstellen kann – etwa in Form von Vorträgen oder interaktiven Webseminare. Die Fachkräfte können dabei auf den Dolmetscherservice von MIMI zurückgreifen. Das Angebot der Online-Gesundheitsschule richtet sich in erster Linie an Migrant*innen mittleren Alters, deren Gesundheitskompetenzen gefördert und gestärkt werden sollen. Sobald die gesundheitliche Situation es zulässt (Pandemie), soll das Online-Angebot um Präsenzveranstaltungen ergänzt werden.

Besondere konzeptionelle Aspekte. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung sind mit Blick auf das Moosacher Pilotprojekt in konzeptioneller Hinsicht vor allem folgende Aspekte als vorbildlich erwähnenswert:

⁵⁴ Techniker Krankenkasse (2019). *Homo Digitalis: TK-Studie zur Digitalen Gesundheitskompetenz 2018*. Hamburg: Techniker Krankenkasse, hier: S. 5. Online abrufbar unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2040318/a5b86c402575d49f9b26d10458d47a60/studie-tk-studie-homo-digitalis-2018-data.pdf>.

- **Inklusiver Ansatz.** Alle Materialien sollen auch in (einfachem) Deutsch zur Verfügung gestellt werden. Damit wird nicht nur der (auch) sprachlichen Heterogenität der Migrationsbevölkerung Genüge getan, sondern zudem dem Umstand Rechnung getragen, dass sich auch Teile der deutschsprachigen Mehrheitsgesellschaft Zugangsproblemen zu Gesundheitsinformationen gegenübersehen bzw. sich oft überfordert fühlen, mit der Vielfalt an digitalen Informationen kompetent umzugehen.
- **Qualitäts- / Zugangssicherung.** Das Internet erleichtert ohne jeden Zweifel den grundsätzlichen Zugang zu Gesundheitsformationen. Der Vielfalt an digitalen Informationen steht aber eine (wachsende) Unübersichtlichkeit gegenüber. Viele im Internet anzutreffende Informationen sind zudem „schwer verständlich, qualitativ fragwürdig, widersprüchlich oder sogar falsch.“⁵⁵ Die gegenwärtige Corona-Debatte verdeutlicht dies eindrucksvoll. Eine kommunal verankerte Gesundheitsschule als qualitätsgesichertes Internetangebot, wie es in Moosach geplant ist, könnte hier Abhilfe schaffen.
- **Integrierter Handlungsansatz.** Sicherlich kann bzw. könnte das oben skizzierte Qualitätsproblem auch durch überregionale Akteure angegangen werden. Reine Online-Strategien reichen aber erfahrungsgemäß nicht aus, um das gesundheitsbezogene Informationsbedürfnis der Bevölkerung zu befriedigen oder – fast noch entscheidender – Informationen niederschwellig zu vermitteln.⁵⁶ Indem das Pilotprojekt auch die Fachkräfte vor Ort einzubinden sucht, die oft langjährige Vertrauensbeziehungen zur (migrantischen) Sozialraumbevölkerung vorweisen können, und zudem auf ausgebildete MiMi-Gesundheitsmediator*innen bei der Vermittlung zurückgreift, wird dieses „Zugangsproblem“ gezielt angegangen.
- **Partizipativer Ansatz.** Wie im gesamten Modellprojekt „München – gesund vor Ort“ ist auch das Moosacher Pilotprojekt vom konzeptionellen Ansatz her partizipativ ausgerichtet. Im Rahmen der qualitätssichernden und thematischen Vorgaben können die Fachkräfte vor Ort nicht nur „ihre“ Inhalte einstellen, sondern auch bei der Gestaltung der digitalen Bausteine / Formate mitentscheiden. Dies soll die sozialräumliche Verankerung der Schule stärken.

Stand der Umsetzung. Die Umsetzung des Moosacher Pilotprojektes ist verzögert. Der Zuschlag für die Projektdurchführung an MiMi e.V. bzw. das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. erfolgte erst im Juli 2020. Ein Wechsel in der Projektverantwortlichkeit bei den Projektnehmer*innen, weitere personelle Engpässe sowie Corona- bedingte Probleme verzögerten die konkrete Umsetzungsarbeit. Ein erstes Konzept zur Gestaltung und zum Aufbau der Online-Gesundheitsschule konnte erst Anfang Dezember 2020 vorgelegt werden. Die Beteiligung der Fachbasis konnte somit nur in ersten Ansätzen erfolgen; diese Einbindung soll im zweiten Halbjahr 2021 verstärkt angegangen werden. Die Webseite soll in ihrer Grundstruktur im März 2021 „stehen“ und dann zeitnah von Mitgliedern der Zielgruppe – und im Abschluss von Expert*innen – auf ihre Verständlichkeit und Niederschwelligkeit hin getestet (Pre-Test) und gegebenenfalls angepasst werden.

Evaluationsergebnisse liegen daher noch keine vor. Die Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung hat sich bislang auf einige gemeinsame Austauschtreffen mit MiMi e.V. und dem zuständigen Gesundheitsmanagement beschränkt. Ein ausführlicher Vorschlag für ein Evaluationskonzept wurde von SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung Mitte Februar 2021 vorgelegt und im März 2021 verabschiedet.

Herausforderungen (aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung). Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung sind diesbezüglich vor allem drei Aspekte zu nennen:

⁵⁵ Krüger-Brand, H. E. (2019). "Digitale Gesundheitskompetenz: Datensouveränität als Ziel." *Deutsches Ärzteblatt* 116(10): 164-169, hier: S. 164.

⁵⁶ Dass qualitätsgesicherte Gesundheitswebseiten wie etwa „patienten-information.de“ (vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin) oder „gesundheitsinformation.de“ (vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) nicht nur Patient*innen sondern auch Fachkräften sehr häufig nicht bekannt sind, verdeutlicht dies. Siehe: Krüger-Brand, H. E. (2019). "Digitale Gesundheitskompetenz: Datensouveränität als Ziel." *Deutsches Ärzteblatt* 116(10): 164-169, hier: S. 165.

- **Verankerung im Sozialraum.** Die Ende November 2020 durchgeführte Trägerbefragung (siehe Abs. 1.2.2) zeigte, dass das Projekt „München – gesund vor Ort“ im Sozialraum mit Blick auf seine Verankerung einen Nachholbedarf aufweist – dies spiegelt im Wesentlichen natürlich auch den verzögerten Start des Projektes⁵⁷ bzw. den spezifischen Charakter des Projektes (Klärung bzw. Umsetzung technischer Fragen als vorrangige Aufgabe in den ersten Projektmonaten) wider. In Teilen der Fachbasis war (und ist) infolgedessen eine abwartende Haltung zu beobachten. Der Einbindung der strategischen und operativen Akteure wird aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung in den nächsten Wochen und Monaten eine zentrale Bedeutung zukommen. Den Fachkräften vor Ort sind gezielt Partizipationsmöglichkeiten zu eröffnen und der Mehrwert des Angebots für ihre jeweilige Arbeit nachvollziehbar darzustellen.
- **Internetzugang.** Wenngleich „der Migrationshintergrund allein kein Merkmal der digitalen Spaltung“ zu sein scheint, wie es oft vermutet wird,⁵⁸ steht die Online-Gesundheitsschule diesbezüglich doch vor Herausforderungen: Sei es, dass (auch) viele Migrant*innen aufgrund ihrer ökonomischen Positionierung über kein WLAN verfügen, ihr Internetzugang oft alleine über internetfähige Mobiltelefone (Smartphones) erfolgt oder sei es, dass sich gerade bei Migrant*innen, was die Internetnutzung anbetrifft, beträchtliche geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen lassen. Ohne Gegenstrategien wird sich dies auf das Inanspruchnahme der Gesundheitsschule auswirken (müssen).
- **Gewinnung der Zielgruppe.** Um die Hauptzielgruppe („Migrant*innen mittleren Alters“) für die Online-Schule zu gewinnen, sind nicht nur entsprechende technische Fragen / Probleme zu lösen. Für Migrant*innen spielen gerade mit Blick auf das Thema Gesundheit Familie und muttersprachliche Bezugspersonen aber auch Migrantenselbstorganisationen⁵⁹ als Informationsgeber eine zentrale Rolle. Auch ist zu bedenken, dass für Migranten mit ihrem immer wieder „sozialeren oder ganzheitlicheren Krankheitsverständnis“,⁶⁰ die Idee einer Online-Gesundheitsschule noch fremder erscheinen *mag* als vielen (Herkunfts-)Deutschen. All dies ändert natürlich nichts an dem – auch bundesweit gesehen – innovativen Charakter des Schwerpunktprogramms. Der Frage der Zugangsbahnung in die migrantischen Communities wird auf jeden Fall eine entscheidende Bedeutung zukommen. In dem bisherigen Konzeptentwurf (Dezember 2020) ist dieser Aspekt noch nicht systematisch auf- bzw. ausgearbeitet. Dies gilt auch und gerade für die genaue Rolle der MiMi-Gesundheitsmediator*innen.

⁵⁷ Das Projekt wurde im Januar 2021 erstmals Teilen der Fachbasis vorgestellt.

⁵⁸ Worbs, S. (2010). *Mediennutzung von Migranten in Deutschland*. Berlin, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, hier: S. 36. Online abrufbar unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp34-mediennutzung-von-migranten.pdf?__blob=publicationFile&v=11.

⁵⁹ Szmids, M. (2014). Kultursensible Selbsthilfe: Wege zur interkulturellen Öffnung der Selbsthilfe am Beispiel des Hamburger Praxisprojektes. Hamburg: KISS, hier: S. 45.

⁶⁰ Siehe: Selbsthilfezentrum München & SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Hrsg.) (2019): *Selbsthilfe – Migration – Gesundheit* (Ein Kooperationsprojekt des Selbsthilfezentrums München mit SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung). München: SIM Sozialplanung | SHZ München, hier: S. 31-34.

5. Abschließende Bemerkungen

5.1 Exkurs: Wünsche an das Gesundheitsmanagement: Ergänzende Erkenntnisse aus der Trägerbefragung

Allgemein. Im Rahmen der Trägerbefragung (siehe Abs. 1.2.2) wurden die Sozialraumakteur*innen gefragt, was sie sich für die weitere Laufzeit des Projektes vom Gesundheitsmanagement wünschen würden. Eindeutig an erster Stelle der „Wunschliste“ steht der Wunsch nach einer regelmäßigen und zeitnahen Informationspolitik über den Verlauf der Schwerpunktprogramme (SPP) bzw. des Projektes „München – gesund vor Ort“ (Mgvo) sowie der Wunsch nach einem angemessenen fachlichen Austausch und einer guten Kooperationspraxis mit den Gesundheitsmanagerinnen. *Konkrete* fachlich-inhaltliche Unterstützungen rangieren klar an zweiter Stelle – lediglich ein Viertel der Akteur*innen äußerten sich entsprechend.⁶¹ Von der Möglichkeit, weitergehende Bedarfe in eigenen Worten formulieren, machten erstaunlicherweise nur drei Befragte Gebrauch.⁶²

Zwischen den einzelnen Modellregionen zeigen sich in der Prioritätensetzung keine wesentlichen Unterschiede: Der Wunsch nach einer zugehenden und transparenten – vor dem Hintergrund der Leitfadenterviews könnte man auch sagen: einer zugehenderen und transparenteren – Informations- und Austauschpraxis steht stets an erster Stelle, gefolgt von koordinierenden Leistungen im Sinne einer sozialraumbezogenen Netzwerkunterstützung.

Tabelle 3: Wünsche an das örtliche Gesundheitsmanagement nach Modellregionen (in Prozent)

Items	Moosach (n=8)	Trudering- Riem (n=19)	Ramersdorf -Perlach (n=22)	Feldmoching -Hasenberg (n=24)	Insgesamt (n=85)
Regelmäßige / zeitnahe Infos über den Verlauf der SPP bzw. des Projektes Mgvo insgesamt	75,0	78,9	72,7	75,0	77,7
Fachlicher Austausch und gute Kooperation	62,5	73,7	68,2	62,5	65,9
Netzwerkunterstützung im Stadtteil	37,5	36,8	40,9	37,5	34,1
Fachlich-inhaltliche Beratung bei der Entwicklung kleinerer Maßnahmen vor Ort	---	21,1	40,9	33,3	28,2
Möglichkeit der Mitarbeit bei dem stadtteilbezogenen Schwerpunktprogramm	12,5	21,1	27,3	45,8	27,1
Unterstützung beim „Aufschließen“ von Finanzierungsmöglichkeiten für kleinere Maßnahmen	12,5	31,6	27,3	25,0	25,9
Organisatorische Unterstützung bei der Umsetzung kleinerer Maßnahmen vor Ort	12,5	10,5	40,9	29,2	24,7
Sonstige fachlich-inhaltliche Beratung zum Thema Gesundheitsförderung	12,5	15,8	9,1	16,7	14,1
Mehr Informationen zum Thema Gesundheitsförderung	---	10,5	13,6	8,3	9,4

⁶¹ Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass *vermutlich* nur ein Teil der Befragten in seinem originären Arbeitsbereich Maßnahmen zur Gesundheitsförderung standardmäßig vorsieht bzw. bisher durchgeführt hat.

⁶² Die Kommentare lauteten: „Neue Angebote für den Stadtteil“, „es bestehen keine Erwartungen mehr an das Projekt“ und „frühzeitige Informationen, damit wir diese in der EB [Elternberatung, SIM] bewerben können.“

Wenngleich auf Grund der geringen Fallzahlen Vergleiche zwischen den Modellregionen mit Vorsicht gehandhabt werden sollten, fällt doch eine gewisse Sonderposition Moosachs auf: Im Vergleich zu den anderen Sozialregionen ist hier der Wunsch nach konkreten Beratungs-/Unterstützungsleistungen durch das Gesundheitsmanagement oder nach einer Mitarbeit beim Schwerpunktprogramm schwächer ausgeprägt.

Umgekehrt fällt in Feldmoching-Hasenberg das hohe Interesse an der Mitarbeit bei dem stadtteilbezogenen Schwerpunktprogramm (45,8% *vis-à-vis* einem Durchschnittswert von 27,1%) und das überdurchschnittliche Interesse an fachlich-inhaltlicher Beratung und organisatorischer Unterstützung im Ramersdorf-Perlach auf (jeweils 40,9% gegenüber einem Durchschnittswert von 28,2% bzw. 24,7%). Inwieweit sich hier Unterschiede im Aktivitätsgrad der Fachbasis (Feldmoching-Hasenberg) bzw. in der besonderen fachlichen Wertschätzung der Gesundheitsmanagerin (Ramersdorf-Perlach) widerspiegeln, muss offenbleiben.

Corona-bezogen. Die Frage lautete: <Die aktuelle „Corona-Zeit“ hat die Arbeit von uns allen in der einen oder anderen Weise beeinflusst. Gibt es irgendwas, was Sie sich in der aktuellen „Corona-Zeit“ vom Gesundheitsmanagement wünschen?> Auf Vorgaben wurde bewusst verzichtet („offene Frage“). Insgesamt machten 70 der 85 Befragten (82,4%) eine Angabe. Fast die Hälfte von ihnen (n=28) allerdings nur, um darauf hinzuweisen, dass sie diesbezüglich *keinen* Wunsch an das Gesundheitsmanagement hätten. Ansonsten zeigen sich in den Antworten keine eindeutigen Schwerpunkte, sieht man von zwei allgemeinen Wünschen einmal ab:⁶³

- Mehr und schnellere Informationen – auch und gerade mit Blick auf Corona;
- Fortlaufende Unterstützung durch das Gesundheitsmanagement, insbesondere bei der Entwicklung von Online- bzw. Corona-sensitiven Angeboten.

5.2 Thesenartige Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Vorbemerkung (Evaluation). Das verfolgte Evaluationsdesign ist sowohl als Prozessevaluation wie auch als Ergebnis-(Output-)Evaluation bzw. Wirkungsanalyse angelegt. Im Rahmen der summativen Evaluation (=Ergebnisevaluation) geht es darum, den Gesamtprozess und der erzielten Wirkungen vor dem Hintergrund der formulierten Zielvorgaben zu bewerten und – darüberhinausgehend – Handlungsempfehlungen zur Übertragbarkeit des stadtteilbezogenen Gesundheitsmanagements bzw. ggf. anderer bedarfsgerechter Interventionsstrategien zur Verbesserung der Gesundheitsprävention auf Sozialraumebene zu formulieren.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung lassen sich die zentralen Erkenntnisse aus dem bisherigen Projektverlauf thesenartig wie folgt zusammenfassen:

- **Projektstart.** Lange Vorlaufzeiten bis zur Bestellung der Gesundheitsmanagerinnen, die nur ungenügend kommuniziert wurden, und ein mitunter zu später Einbezug relevanter Akteure erschwerten den Projektstart.
- **Rollenerfüllung.** Trotz kommunikativer Pannen wurden die Gesundheitsmanagerinnen in ihrer konkreten Arbeit den konzeptionellen Erwartungen an ein neutrales und auf Augenhöhe agierendes unterstützendes Gesundheitsmanagement in vollem Umfang gerecht (die Gesundheitsmanagerinnen werden als niederschwellig erreichbar und als kompetente Impuls-, Ideen-, Ratgeber und Organisatoren erlebt).
- **Konzeptioneller Zuschnitt.** Der konzeptionelle Zuschnitt des dezentralen Gesundheitsmanagements als Anlauf-/Unterstützungsinstanz für Fachkräfte – im Sinne eines „Wirkens durch Träger“ – hat sich bewährt. Der konzeptionelle Zuschnitt ist für die Akzeptanz des Modellprojekts in den Sozialräumen zentral.

⁶³ Die Antworten sind im Anhang differenziert dargestellt.

- **Mehrwert (Akteursebene).** Wenngleich die Schwerpunktprogramme mit ihrem Fokus auf die Gestaltung nachhaltiger Strukturen noch nicht angelaufen sind, lassen sich doch schon erste Mehrwerte durch den Strukturansatz eines dezentralen Gesundheitsmanagement beobachten. Sichtwortartig formuliert, lässt sich das Gesundheitsmanagement von seinen (bisherigen) Wirkungen her gleichermaßen als Projekt-Ermöglicher, als sozialräumliches Kompetenz-Zentrum, als Vernetzungs-/Koordinationsakteur wie als Sensibilisierungsinstanz beschreiben.
- **Wirkungsgrenzen (Akteursebene).** Das mit dem Modellprojekt verbundene Beratungs-, Unterstützungs- und Finanzierungsangebot stößt in dem Maße an seine Grenzen, wie Akteure sich mit knappen zeitlichen / finanziellen Ressourcen konfrontiert sehen. Die Entwicklung oder gar die Umsetzung von gesundheitsbezogenen Projekten stellt für viele eben eine Zusatzaufgabe zu anderen Aufgaben dar, die ohne zusätzliche *interne* Ressourcen oftmals nicht zu stemmen sind.
- **Synergieeffekte.** Die mit der Auswahl der Sozialregionen verbundenen Synergieeffekte – namentlich mit der städtischen Gesundheitsberatung bzw. dem Stadtteilmanagement der Sozialen Stadt (Moosach, Neuperlach) – haben sich noch nicht eingestellt. Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie und dem verzögerten Abschluss der vorbereitenden Untersuchungen in Moosach und der sich hinziehenden Etablierung der Gesundheitsberatungsstelle in Riem⁶⁴ ist dies auch nicht überraschend.
- **Mehrwert (Bewohner*innen).** Wenngleich über die bewohnerbezogenen Effekte der bisher durchgeführten Maßnahmen keine systematischen Daten zur Verfügung stehen, kann diesbezüglich doch einer ersten Sensibilisierung bzw. dem Setzen positiver Impulse für eine bewusste Lebensweise gesprochen werden. Durch die teilweise nachhaltige Verankerung (einzelner) Maßnahmen wird dies weiterbefördert.
- **Stellenwert der Schwerpunktprogramme.** Der innovative Charakter der Schwerpunktprogramme und ihre Fokussierung auf *unterschiedliche* Zielgruppen zielen auf einen möglichst hohen Erkenntnis- und Nutzwert dieser Bausteine für die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung der Gesamtstadt ab. Insofern vor allem Rahmen der Schwerpunktprogramme eine Kapazitäts- / Strukturentwicklung in den Modellregionen erreicht werden soll, wird unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten letztlich ihr Erfolg über Erfolg / Misserfolg des Gesamtprojektes MgvO entscheiden. Dies gilt auch und gerade aus Sicht der Akteure. Ein zu starker Fokus auf die Schwerpunktprogramme birgt gleichwohl die Gefahr, dass das dezentrale Gesundheitsmanagement mit seinem sozialräumlichen Dienstleistungscharakter – ein Strukturelement, das mit seinem gesundheitspolitischen Potential (siehe Abs. 1.1.1) letztendlich im Rahmen des Modellprojekts steht – zu sehr aus dem Fokus gerät.
- **Unterschiedliche Verankerung des Modellprojektes.** Das Modellprojekt MgvO ist in den Sozialräumen sehr unterschiedlich verankert: Am stärksten in den Modellregionen Feldmoching-Hasenberg bzw. in Ramersdorf-Perlach. Unterschiede in der Entwicklung der jeweiligen Schwerpunktprogramme spielen hier sicherlich eine zentrale Rolle. Inwieweit hier auch (zumindest anfänglich) differierende Erwartungen an das Modellprojekt und spätere Probleme in der Kommunikationspolitik⁶⁵ eine Rolle spielen, lässt sich nicht abschließend beantworten. Es erscheint aber wahrscheinlich. Die unterschiedliche Wahrnehmung verdeutlicht aber die Herausforderungen, vor denen das Gesundheitsmanagement generell steht – auch und gerade in Pandemie-Zeiten –, sei es mit Blick auf die Informationsarbeit, die aktive Einbindung von Akteur*innen in die Entwicklung des Schwerpunktprogramms oder sei es mit Blick auf die „Sichtbar-Machung“ / die aktive „Zur-Verfügung-Stellung“ des eigenen Leistungspotentials (Beratung, Unterstützung, Koordination).

⁶⁴ Nach derzeitigem Planungsstand soll diese Mitte 2022 fertig sein.

⁶⁵ Mit Blick auf Moosach wäre hier vor allem die für Akteur*innen anfänglich unklare Schnittstellenklärung zwischen dem Stadtteilmanagement und dem Gesundheitsmanagement zu nennen (siehe „Auswertung der Leitfadenterviews“).

5.3 Handlungsempfehlungen für den weiteren Projektverlauf

Aus evaluatorischer Sicht lassen sich aus der bisherigen wissenschaftlichen Begleitung / Evaluation folgende Rückschlüsse ziehen:

- **Aktive und zeitnahe Informationspolitik zentral.** Eine aktive, transparente und zeitnahe projektbezogene Informationspolitik spielt für die Akteur*innen eine ganz zentrale Rolle. Diese Prioritätensetzung sollte im weiteren Projektverlauf unbedingt beherzigt werden: Auch Projektverzögerungen oder gar Stillstände – etwa wegen Corona, Personalwechsel – sollten den Partner*innen vor Ort stets zeitnah und offen kommuniziert werden. Dies könnte etwa in Form eines vierteljährlichen Mailings geschehen („Newsletter“).
- **Weiterführung von Beratungsleistungen / von Sofortmaßnahmen.** Unabhängig von der Bedeutung der Schwerpunktprogramme lässt sich in der Akteurslandschaft doch weiterhin ein klarer Bedarf an den eher kleinteiligen Beratungs- und Unterstützungsleistungen – einschließlich den kleineren Einzelmaßnahmen – durch das Gesundheitsmanagement erkennen. Über das (berechtigte) Engagement für die Schwerpunktprogramme sollten diese Angebotsbausteine nicht „vergessen“ werden. Dies gilt – ganz allgemein – für das *aktive* „Sichtbar-Bleiben“ der Gesundheitsmanagerinnen in den Sozialräumen.
- **Partizipative Ausgestaltung der Stadtteilkonferenzen.** Folgt man den Ergebnissen der Kurzbefragung sind die geplanten Stadtteilkonferenzen in erster Linie zwar als Informations- und Austauschplattformen zu konzipieren. Aus Sicht der Evaluation sollte eine GSR-seitig offene Berichterstattung über den (dann) aktuellen Stand des Modellprojektes / der Schwerpunktprogramme und die mit einem solchen Treffen geschaffene Möglichkeit eines Austausches zwischen den teilnehmenden Akteur*innen aber unbedingt um ein *aktives* Partizipationsangebot an die Fachbasis ergänzt werden.⁶⁶
- **Corona-bedingte Anforderungen.** Erwartungsgemäß besteht ein starker Bedarf nach näheren Informationen zum Themafeld „Corona“. Ob dem artikulierten Informationsbedarf im Rahmen des Modellprojektes bzw. über das Gesundheitsmanagements oder in zentralisierterer Weise nachgekommen wird, ist aus evaluatorischer Sicht aber eher sekundär.⁶⁷ Entscheidender ist, dass das Gesundheitsmanagement gezielt die Akteur*innen vor Ort bei der Entwicklung von Angeboten unterstützt, die die Probleme, die sich aus den Corona-Maßnahmen (Lockdown etc.) für die Stadtteilbevölkerungen ergeben (können), angehen (z.B. das Thema der psychischen Belastungen – nicht zuletzt von Kindern / Eltern). Hierzu zählt auch die Unterstützung der Sozialraumakteur*innen bei der Entwicklung von Online-Angeboten.⁶⁸

⁶⁶ Siehe den in Tabelle 3 an vierter Stelle genannten Wunsch nach *aktiver* Projektpartizipation („Möglichkeit, im Rahmen des Projektes MgvO weitere Themen und Projekte mitzubestimmen“). Sollten zum Zeitpunkt der Stadtteilkonferenzen der Fachbasis zudem noch Spielräume bei der Weiterentwicklung der Schwerpunktprogramme eingeräumt werden können, wäre dies auch aus evaluatorischer Sicht sehr zu begrüßen.

⁶⁷ Rein pragmatisch spräche in der Tat vieles für eine zentralisiertere und stadtweite Informationspolitik.

⁶⁸ Es sei an dieser Stelle dahingestellt, ob die Gesundheitsmanagerinnen, die derzeit zu 50% ihrer Arbeitszeit in die (projektfremde) Kontaktnachverfolgung eingebunden sind, dies zeitlich überhaupt leisten könn(t)en. Sofern nicht, sollte dies deutlich und klar in die Akteurslandschaften rückgespiegelt werden (Motto: „Wir sehen Euren Bedarf, können aber aus Ressourcengründen leider nicht reagieren“).

6. Anhang: Informationen zur Online-Kurzbefragung

Anhang I: Fragebogen

Frage 1 (Allgemein). Das Projekt „München - vor Ort“ geht mit der Detailplanung bzw. der Umsetzung der Schwerpunktprogramme nun in eine neue Phase. Was wünschen Sie sich als Fachkraft vor Ort für die weitere Laufzeit (bis 2022) vom Gesundheitsmanagement (vorbehaltlich der finanziellen und personellen Ressourcen)? (Mehrfachantworten möglich)

- Regelmäßige / zeitnahe Infos über den Verlauf der Schwerpunktprogramme bzw. des Projekts „München gesund vor Ort“ insgesamt.
- Möglichkeit der Mitarbeit bei dem stadtteilbezogenen Schwerpunktprogramm.
- Fachlich-inhaltliche Beratung bei der Entwicklung kleinerer Maßnahmen vor Ort.
- Organisatorische Unterstützung bei der Umsetzung kleinerer Maßnahmen vor Ort.
- Unterstützung beim „Aufschließen“ von Finanzierungsmöglichkeiten für kleinere Maßnahmen vor Ort.
- Übernahme von Kosten, die im Rahmen der Umsetzung kleinerer Maßnahmen anfallen.
- Sonstige fachlich-inhaltliche Beratung zum Thema Gesundheitsvorsorge / Gesundheitsfürsorge.
- Netzwerkunterstützung im Stadtviertel.
- Technische Unterstützung (z.B. bei Onlineangeboten im Bereich Gesundheit).
- Öffentliche Veranstaltungen zum Thema Gesundheitsvorsorge / Gesundheitsfürsorge.
- Etwas Anderes, und zwar ...

Frage 2 (Corona): Die aktuelle „Corona-Zeit“ hat die Arbeit von uns allen in der einen oder anderen Weise beeinflusst. Gibt es irgendwas, was Sie sich in der aktuellen „Corona-Zeit“ vom Gesundheitsmanagement wünschen oder gewünscht hätten?

[Keine Antwortvorgaben – offene Frage]

Frage 3 (Stadtteilkonferenz): Derzeit laufen auch die Planungen für weitere Stadtteilkonferenzen. Was würden Sie sich als Fachkraft mit Blick auf die nächste Stadtteilkonferenz wünschen? (Mehrfachantworten möglich)

- Nähere Informationen über den derzeitigen Stand des Projektes „München gesund vor Ort“ bzw. des stadtteilbezogenen Schwerpunktprogramms.
- Nähere Informationen zu den Schwerpunktprogrammen in den anderen Modellregionen.
- Fachlicher Input durch das RGU, und zwar zu [Thema / Themen nennen]
- Fachlicher Input durch unabhängige Referent*innen, und zwar zu [Thema / Themen nennen]
- Netzwerkarbeit
- Fachlicher Austausch mit anderen Fachkräften
- Austausch mit Bewohner*innen
- Möglichkeit, mich als Fachkraft bei der weiteren Entwicklung / Umsetzung des stadtteilbezogenen Schwerpunktprogramms einzubringen.
- Möglichkeit, im Rahmen des Projektes „München gesund vor Ort“ weitere Themen und Projekte mitzubestimmen (generelle Partizipation)
- Etwas Anderes, und zwar ...

Frage 4 (Struktur). Sagen Sie uns bitte noch, in welche der vier Modellregionen Sie bzw. Ihre Einrichtung (hauptsächlich) tätig sind?

- Moosach
- Trudering-Riem
- Ramersdorf-Perlach
- Feldmoching-Hasenberg

Schluss: Wenn Sie uns mit Blick auf das Modellprojekt „München gesund vor Ort“ sonst noch etwas mitteilen wollen, können Sie dies hier gerne tun: ...

Anhang II: Wünsche an das örtliche Gesundheitsmanagement im „Zeichen von Corona“ (Frage 2)

Kategorie	Antworten
nein / keine Wünsche (n=28)	-----
mehr Informationen (Allgemein) (n=10)	<ul style="list-style-type: none"> – „Schnellere Informationen – was ist zu tun!“ – „Informationen und Beratung“ – „Regelmäßige Infos“ – „Online-Informationen“ – „Regelmäßige Kommunikation über digitale Kanäle (Homepage, Newsletter etc.)“ – „mehr Informationen, vor allem für Kooperationen“ – „Fremdsprachige, aktuelle Infos“ – „Informationen über Stand der Umbaumaßnahmen der Gesundheitsberatung“ – „Informationen für Bürger*innen. Im Idealfall in unterschiedlichen Sprachen“ – „ggf. aktuelle wertvolle Infos, die für die Sozialarbeit im Stadtteil von Interesse sind“
mehr Informationen (Corona) (n=9)	<ul style="list-style-type: none"> – „Informationen darüber, ob und welche Corona-spezifischen Angebote es derzeit vom Gesundheitsmanagement bereits gibt“ – „Aufklärung über besondere gesundheitsbezogene Corona-Projekte, falls es diese gibt“ – „Aufklärungsarbeit zu Corona und Impfungen und Hygiene“ – „Corona-Information für Einrichtungen“ – „Schnelle und zugesicherte Informationen über aktuelle Hygieneregeln“ – „Information über Corona-Impfungen, Nutzen und ggf. Schaden“ – „Für Kinder und Jugendliche angepasste Informationsvermittlung über die Corona-Maßnahmen der Stadt München, Bayern oder Deutschland allgemein sowie Erklärungen, warum COVID19 außergewöhnlich ist“ – „Eventuell ansprechbar sein für Fragen wie <Darf ich dieses Angebot aktuell durchführen?> oder <Unter welchen Bedingungen darf ich dieses Angebot durchführen?>, da wir von unserer Steuerung leider sehr wenige bzw. sehr späte Informationen dazu erhalten“ – „Ich finde es unverantwortlich, Kinder im Grundschulalter Masken tragen zu lassen und verstehe auch das Vorgehen des Gesundheitsamts bezüglich der Quarantäne nicht: Wegen drei Kindern gehen über 100 Kinder plus 100 Eltern in Quarantäne ... was das alles mit sich bringt, wird kaum beachtet. Ich verstehe nicht, wieso Masken getragen werden müssen, wenn am Ende sowieso alle in Quarantäne müssen. Ich wünsche mir da mehr Einsatz für die Belange der Kinder und Familien.“
(Unterstützung bei der) Angebotsentwicklung (n=10)	<ul style="list-style-type: none"> – „Unterstützung bei der Umsetzung von Angeboten“ – „Persönliche Sportangebote im 1:1-Kontakt für depressive Klienten“ – „Unterstützung bei der Implementierung von präventiven Gesundheitsworkshops, z.B. Entspannung für Kinder und Jugendliche oder Stressreduktion für Frauen“ – „Weiterhin Angebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern anbieten – auch für größere Kinder, welche keine

	<p>Kita haben – um die Eltern zu entlasten und um den Eltern den Austausch zu ermöglichen, Viele kommen in dieser „isolierten“ Zeit allein nicht gut zurecht“</p> <ul style="list-style-type: none"> – „Anregungen für die unterschiedlichen Personengruppen, wie sie durch die schwierige Zeit kommen (Eltern, Schwangere, Ältere...)“ – „Lösung des Problems „Kinder in Quarantäne“ – Stichwort psychische Gesundheit“ – „Unterstützungsmöglichkeiten für Familien, die besonderen psychischen Belastungen durch die Corona-Zeit ausgesetzt sind“ – „Online-Angebote“ – „Digitale Angebote, z.B. Qigong, Digitale Sprechstunden“ – „Gibt es Überlegungen, Online-Angebote zu konzipieren?“
Allgemeine Präsenz / Beratung durch dezentrales Gesundheitsmanagement (n=6)	<ul style="list-style-type: none"> – „Austausch & Netzwerken trotz der Krise“ – „Weiter vor Ort präsent sein (im Rahmen der Möglichkeiten)“ – „Kontakt und Sichtbarkeit“ – „Die Möglichkeit, sich fachliche Beratung zu holen“ – „Anlaufstellen“ – „Dass die Gesundheitsmanagerin nicht abgezogen wird“
Verschiedenes (n=7)	<ul style="list-style-type: none"> – „Dem Team Gesundheitsmanagement ist zu wünschen, dass es trotz Corona noch den Blick auf die eigenen / wichtigen Aufgaben richten darf“ – „Ich würde mich gerne als Referentin online (z.B. via Zoom) einbringen“ – „Angebotsbörse für große Räume, die von sozialen Einrichtungen angemietet werden können (Corona geeignet)“ – „Gute Erreichbarkeit für Bürger“ – „Wie können „digitale Hilfe“-Programme tatsächlich Wirkung entfalten? Insbesondere für ältere Menschen bzw. Menschen, die schon Schwierigkeiten haben, die technischen Voraussetzungen zu Hause zu finanzieren bzw. zu organisieren.“ – „Entspanntheit im Umgang mit Kontakt“ – „Die angedachten [sic] im Rahmen der Möglichkeiten weiter zu verfolgen“

Anhang III: Antworten auf die offene Schlussfrage

Sechzehn der teilnehmenden Akteur*innen nutzten die Gelegenheit einer abschließenden (offenen) Bemerkung, sechs von ihnen stammten aus der Modellregion „Ramersdorf-Perlach und acht aus Modellregion „Feldmoching-Hasenberg“. Inhaltlich gesehen, dreht es sich bei den Kommentierungen fast ausschließlich um Wertschätzungen des Projektes bzw. des bisher Erreichten / einzelner Projekte:

Ramersdorf-Perlach:

- „Tolles Projekt und sehr engagierte Mitarbeiter*innen. Vielen Dank an Frau Lindacher.“
- „Hoffentlich können wir ab Sommer 2021 mit kleinen Projekten in unserem Familienzentrum Neuperlach starten!“
- Danke für Ihre Arbeit und das Abfragen von Bedarfen / Einbinden der Einrichtungen vor Ort. Bei den ersten Fragen war die Trennschärfe der Antworten für mich allerdings nicht immer gegeben.“
- „Danke für Ihre wertvolle Arbeit“
- „Würde gerne meine fachliche Kompetenz (Bio- Mentorin) im Bereich Ernährung / Kochkurse für Kinder und Jugendliche einbringen. Danke.“
- „Gesundheitswegweiser finde ich ein sehr sinnvolles Projekt“

Feldmoching-Hasenbergl:

- „Nicht durch COVID blocken lassen!“
- „Ich finde dieses Projekt super! Eine Kooperation in Form von Gesundheitsangeboten z.B. kleine niederschwellige Sportangebote würden wir uns wünschen. Leider konnte das wegen Corona gerade noch nicht weiter ausgebaut werden. Allerdings ist gerade jetzt über den Winter ein bzw. sind mehrere Bewegungsangebote notfalls im eins zu eins-Kontakt dringend erforderlich, damit Aggressionen und Depressionen nicht die Oberhand gewinnen.“
- „Danke für Ihre Arbeit und die tolle Zusammenarbeit!“
- „Schönes Projekt und gute Umsetzung. Danke an die Managerinnen, dass sie so aktiv, präsent und kooperationsbereit sind.“
- „Ich hoffe, dass 2021 im Hasenbergl mehr möglich sein wird. Bis dahin gutes Durchhalten und bleibt gesund!“
- „Toll, dass Lilalu bald startet!“
- „Tolles Angebot: Kampfkatzentraining, das leider durch Corona nicht mehr stattfinden kann.“
- „Weiter so: Wichtiges Projekt für den Stadtteil Feldmoching / Hasenbergl“

Moosach:

- „Es ist alles gesagt“

Trudering-Riem

- „Das Gesundheitslotsinnen Projekt sollte im Konzept, was die Altersgrenzen der Teilnehmer angeht, geändert werden.“