

Evaluation des Modellprojektes

„Gesundheit 25*“
der ev. Stiftung Alsterdorf

- Abschlussbericht -

Essen, Oktober 2019

Bearbeitung:

Monika Kühner, Dipl.-Soz.-Päd., M.A.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Zentrum für Inklusion, Stadtteilentwicklung,

Sozialraumorientierte Arbeit und

Beratung e.V. (ZISSAB)

Sibyllastrasse 15

45136 Essen

Inhalt

1. Hintergrund und Anliegen des Projektes „Gesundheit 25*“	2
2. Fragestellung und Herangehensweise der Evaluation	3
3. Besondere Verortung innerhalb der ESA und grundlegende Arbeitsstruktur	5
4. Umsetzungsstand – die Projektphasen und Modellquartiere	7
5. Aussagen und Befunde zur Arbeits- und Organisationsweise	9
5.1. Herausforderungen bezogen auf den Projektrahmen/Projektaufbau	11
5.2. Herausforderungen bezogen auf die Leitidee „Sozialraumorientierung“	14
5.3. Herausforderungen bezogen auf die formulierten Prämissen und die darauf bezogenen Aktivitätsbereiche	17
6. Die Rolle der Koordinator*innen in den lokalen Prozessen	20
7. Zielgerichtete Aktivitäten der Koordinator*innen	23
8. Fit im Team – Gesundheit inklusiv (FiT)	32
9. Gespräch mit Expert*innen aus den Modellquartieren	38
10. Resümee und Ausblick	41
11. Anhang	42
11.1 Erfassungsbogen für die regelmäßige Netzwerk-/Gremienstruktur	42
11.2. Erfassungsbogen für die zielgerichteten Aktivitäten (Mikroprojekte) 10/2018	43
11.3. Erfassungsbogen für die zielgerichteten Aktivitäten (Mikroprojekte) 07/2019	44
11.4. Fragebogenaktion zum Programm „Fit im Team – Gesundheit inklusiv“	45

Evaluation des Projektes „Gesundheit 25*“

Abschlussbericht

1. Hintergrund und Anliegen des Projektes „Gesundheit 25*“

Das Projekt „Gesundheit 25*“ ist eine Initiative der Evangelischen Stiftung Alsterdorf (ESA), die mit Förderung und Unterstützung durch die „Aktion Mensch“ umgesetzt wird.

Die ESA hat sich in all ihren Aufgabenfeldern und Geschäftsbereichen das Ziel gesetzt, die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu fördern. Sie nimmt aktuelle gesellschaftliche wie fachliche Herausforderungen zum Anlass, nach neuen Wegen zu suchen, um insbesondere Menschen mit Assistenz- und Unterstützungsbedarf in ihrem jeweiligen Quartier ein selbstbestimmtes und ausreichend versorgtes Leben zu ermöglichen und dauerhafte stationäre und zentralisierte Versorgungs- und Wohnstrukturen möglichst zu vermeiden¹. So werden in der ESA vielfältige Aktivitäten angestoßen und Impulse gesetzt, die den Inklusionsprozess für die Zielgruppe in ganz unterschiedlichen Lebensbereichen verbessern und beschleunigen sollen.

Mit dem Projekt „Gesundheit 25*“ hat die Evangelische Stiftung Alsterdorf einen weiteren Baustein in ihrem Portfolio entwickelt. Das Projekt knüpft an das Anliegen an, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen und insbesondere von erwachsenen schwer geistig oder mehrfachbehinderten Menschen zu verbessern.

Der Name des Projektes bezieht sich auf den Artikel 25 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-Behindertenrechtskonvention, BRK), der das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit garantiert. Hier ist festgelegt, dass Menschen mit Behinderung der gleiche Zugang zu Gesundheitsdiensten zu gewähren ist und dies in derselben Bandbreite und Qualität und auf demselben Standard wie Menschen ohne Behinderung und überdies Gesundheitsleistungen vorzuhalten sind, die sie speziell wegen ihrer Behinderung benötigen.

Bereits im Jahr 2011 hat die ESA eine explorative Studie in Auftrag gegeben. Diese deckte auf, dass die gesundheitliche Versorgung von erwachsenen, schwer geistigen oder mehrfachbehinderten Menschen in Hamburg, damals keinesfalls als zufriedenstellend betrachtet werden konnte. Es entstanden verschiedene Ideen, wie dieser Zustand verbessert und der Ungleichbehandlung und Schlechterstellung der betroffenen Menschen begegnet werden könnte (siehe den Antrag der ESA an die Aktion Mensch von April 2013).

Neugeschaffene gesetzliche Regelungen haben zudem verbesserte Rahmenbedingungen gesetzt, so auch der seit Juli 2015 neugeschaffene §119c SGB V. Er ermöglicht, sogenannte „Medizinische Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB)“ einzurichten. In Hamburg fungiert das „Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion (SIMI)“ am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf als ein solches Behandlungszentrum. Menschen mit komplexen Behinderungen, die aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Beeinträchtigung eine besondere Expertise benötigen², sollen

¹ Seit 2011 beschäftigt sich die Evangelische Stiftung Alsterdorf unter dem Fokus der Sozialraumorientierung bzw. der sozialräumlich ausgerichteten Arbeit mit unterschiedlichen Projekten und Formaten, um das Ziel einer inklusiven Gesellschaft zu erreichen.

² Vgl. Jahresbericht 2017 der Evangelischen Stiftung Alsterdorf

hier eine bedarfsgerechte und ausreichende medizinische Versorgung, quasi als Ergänzung zum medizinischen Versorgungsangebot durch niedergelassene Ärzte, erhalten. Ein interdisziplinär und multiprofessionell aufgestelltes Team übernimmt die Versorgung und Behandlung einzelner Patienten.

Als Gegenpart und Ergänzung zu diesem zentralistisch und medizinisch ausgerichteten Angebot, setzt die Logik des Projektes „Gesundheit 25* (G 25*)“ auf der Quartiersebene an und legt den Fokus auf die Verbesserung der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung der Zielgruppe. Es geht also nicht nur um Möglichkeiten der medizinischen Vor-Ort-Versorgung, sondern wie in Artikel 25 der BRK aufgefordert, auch um Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge und –förderung.

Die Grundidee des Projektes G 25* ist, dass durch eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen der Eingliederungshilfe, den Diensten des Gesundheitssystems und weiteren Partnern die sozialräumlich vorhandenen Strukturen verändert und weiterentwickelt werden können. Durch den kleinräumigen Fokus auf eine wohnortnahe Versorgung können, so die Grundidee, die besonderen Bedarfe der Zielgruppe, aber auch Missstände und Versorgungslücken erkannt und aufgedeckt und in einem weiteren Schritt, gemeinsam mit anderen lokalen Akteuren bearbeitet und behoben werden.

Beide Angebote, das SIMI als zentrales medizinisches Behandlungszentrum und G 25* mit dem Fokus auf das Quartier und Gesundheit fungieren somit als zwei miteinander korrespondierende und verwobene Säulen, durch die sukzessive ein hamburgweites Kompetenznetzwerk zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung entstehen soll.

2. Fragestellung und Herangehensweise der Evaluation

Das Projekt „Gesundheit 25*“ wird durch das ZISSAB (Zentrum für Inklusion, Stadtteilentwicklung, Sozialraumorientierte Arbeit und Beratung e.V.) in seinen erreichten Ergebnissen evaluiert und bezogen auf die Weiterentwicklung wissenschaftlich beraten.

Im Mittelpunkt der Evaluation des Projektes G 25* stehen folgende Fragestellungen:

- Wie ist der IST-Stand hinsichtlich von Strukturen, Prozessen, Ergebnissen, die im Kontext des Projektes entwickelt worden sind?
- Welche Strukturen/Kooperationen werden im Rahmen des Projektes auf- und ausgebaut, um die bestehende gesundheitliche Versorgungssituation in den Quartieren zu erfassen?
- Welche Effekte lassen sich in Bezug auf die angestrebte wohnortnahe gesundheitliche Versorgung von Menschen mit komplexen Behinderungen in den Projekt-Quartieren erkennen?

Bei dem Modellprojekt „Gesundheit 25*“ geht es nicht allein um die Verbesserung der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, sondern vor allem auch um die Sensibilisierung aller relevanten Akteure für die Bedarfe und Bedürfnisse insbesondere von Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen.

Daher wird im Rahmen der Evaluation auch das grundlegende Zusammenwirken der als relevant identifizierten Akteure (Eingliederungshilfe, Gesundheits-, Versorgungs-,

Unterstützungs-, Präventionssystem)³ betrachtet, sowie Aktivitäten und neu initiierte Projekte, die auf eine sozialräumliche Herangehens- und Handlungsweise abzielen.

Für die Evaluation hat das ZISSAB ein Konzept mit verschiedenen Leitungsbausteinen entwickelt, mit deren Auswertung nachgezeichnet werden kann, was mit G 25* im Projektverlauf „auf den Weg gebracht“ werden konnte.

Die vorliegenden Befunde beruhen im Einzelnen auf folgenden methodischen Zugängen:

- a) Auswertung von Protokollen und Veröffentlichungen zum Projekt, Berichten sowie Exposé und der von den Koordinatorinnen erstellten Bedarfs- und Potentialanalysen für die drei Modellquartiere
- b) Durchführung und Auswertung von leitfadengestützten qualitativen Interviews mit den drei Koordinatorinnen und der Projektleitung (Nov. 2018)
- c) Sichtung und eine erste Auswertung der durch die Koordinatorinnen erstellten Dokumentationen zur Gremienarbeit und zu sogenannten Mikroprojekten (Zielgerichtete Aktivitäten) (Stand: erste Erhebung Oktober 2018; zweite Erhebung Juli 2019)
- d) Durchführung und Auswertung eines Reflexionsworkshops mit den Koordinatorinnen, der Projektleitung und der Leitung Q8 I Sozialraumorientierung (Dez. 2018)
- e) Durchführung und Auswertung eines Expertengesprächs mit Kooperationspartner*innen aus den Quartieren (August 2019)
- f) Auswertung der Dokumentation zum Mikroprojekt „Fit im Team (FIT) und der schriftlichen Befragung der teilnehmenden Tandems des Projektes

Die Suche nach Antworten zu den oben genannten Fragestellungen stützt sich damit vorrangig auf projektproduzierte Dokumente und Aussagen der steuernden und operativ tätigen projektinvolvierten Personen. Entlang dieser Aussagen wurde (qualitativ) nach Prozessen, Strukturen und Mustern gesucht, die den IST-Stand des Projektes verdeutlichen.

Dabei werden die Evaluationsbefunde zu den Arbeitsweisen des Projekts G 25* zusammenfassend dargestellt, um quer über die Quartiere hinweg Aussagen zu organisatorischen und inhaltlichen Ergebnissen und Effekten treffen zu können.

Hierfür werden die Befunde – im Anschluss an die Darstellung des Projekts G 25* (Kapitel 1) und des Evaluationsvorhabens (Kapitel 2) – zu insgesamt sieben Themenblöcken (Kap. 3 bis 9) verdichtet. Abschließend werden einige zusammenfassende Hinweise (Kap. 10) benannt.

In Kapitel 3 wird die Verortung und grundlegende Arbeitsstruktur des Projektes abgebildet. In Kapitel 4 wird der bisherige Umsetzungsstand (Phasen des Projektes und Auswahl der Modellquartiere) erläutert. Daran anschließend werden Aussagen und Befunde zur Arbeits- und Organisationsweise des Projektes (Kapitel 5) ausgeführt, insbesondere den Merkmalen des Projektrahmens/-aufbaus, der Leitidee Sozialraumorientierung und den für das Projekt formulierten Prämissen und darauf bezogenen Aktivitätsbereichen.

³ Auf der Internetseite des Ev. Krankenhauses sind bezogen auf das Projekt G 25* folgende grundsätzliche inhaltliche Schwerpunkte zur Verbesserung der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung aufgeführt: Aufbau von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, Kliniken, ambulanten Pflegediensten, Träger der EGH etc.; Fort- und Weiterbildungen für Ärzte und andere Gesundheitsberufe; Finanzieller Ausgleich des zeitlichen Mehrbedarfs; Pflege als integrierter Bestandteil in der ambulanten und stationären Versorgung, Aufsuchende Hilfen; Stärkung und Sensibilisierung von Assistenten und gesetzlichen Betreuern; Gesundheitsförderung und Prävention; Überprüfung und Entwicklung von Qualitätsstandards. (siehe <http://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/simi/gesundheit-25/>)

In Kapitel 6 werden einige Aussagen zur Rolle der Koordinatorinnen in den lokalen Prozessen getroffen und in Kapitel 7 die im Projektverlauf entstandenen zielgerichteten Aktivitäten (Mikroprojekte) näher beleuchtet.

Auf eine ausgewählte zielgerichtete Aktivität, das Gesundheitsförderungsprogramm „Fit im Team – Gesundheit inklusiv“ wird in Kapitel 8 näher eingegangen und die Ergebnisse einer Befragung projektexterner Akteure (schulungsteilnehmende Fachkräfte der EGH) dargestellt.

Kapitel 9 präsentiert einige ausgewählte Sichtweisen und Positionen einer Expertenrunde und damit einen „Außenblick“, die im Rahmen der Evaluation befragt wurde.

Zum Abschluss wird in Kapitel 10 ein zusammenfassendes Resümee bezogen auf das Projekt Gesundheit 25* gegeben.

3. Besondere Verortung innerhalb der ESA und grundlegende Arbeitsstruktur

Die von Beginn an mitgedachte Verschränkung der Bereiche Gesundheit/Medizin, Eingliederungshilfe und Q8 I Sozialraumorientierung hat im zeitlichen Verlauf des Projektes an Bedeutung gewonnen und bildet sich inzwischen auch in der Verortung und Arbeitsstruktur des Projektes ab. Denn das Besondere des Projektes ist, es liegt quer zu den Zuständigkeitsbereichen zweier Vorstände und erfordert inhaltlich eine gedankliche Offenheit für das jeweils Andere (Logik und Herangehensweisen, Konstrukte und Beschränkungen) und eine tatsächliche Verzahnung, die sich auch strukturell in Arbeitsvollzügen abbildet. So ist beispielsweise im Bereich der Eingliederungshilfe der konzeptionelle Ansatz der Sozialraumorientierung bekannt und innerhalb der ESA etabliert, im medizinischen Bereich ist die Anforderung der wohnortnahen Versorgungsstrukturen und die damit verbundene erforderliche sozialräumliche Ausrichtung noch weitgehend neu („wir sind ein richtiger Exot, da weiß keiner so richtig was wir da machen“, „es ist pioniermäßig“⁴). Andererseits ist für die personenzentrierte Eingliederungshilfe und den Assistenzansatz Wissen und Aufklärung auch im Bereich der Gesundheitsförderung und -prävention und damit verbundenen Unterstützungsleistungen erforderlich („es braucht Möglichkeiten darauf zugreifen zu können, wenn er [gemeint ist ein Mensch mit Behinderung] es braucht oder will und der Assistent muss das dann liefern können“).

Die grundlegende Arbeitsstruktur des Projekts lässt sich wie folgt beschreiben:

Das Projekt Gesundheit 25* wurde initiiert im Zuständigkeitsbereich Gesundheit/Medizin des Vorstandes der Evangelischen Stiftung Alsterdorf (ESA) und wird auch dort verantwortet. Unter dem fachlichen Anspruch, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung zu verbessern, hat die ESA einerseits das SIMI (als spezialisierte ambulante Struktur der medizinischen Versorgung, die aber zentral organisiert und an einem Ort angebunden ist) und andererseits mit dem Projekt G25* eine dezentrale Struktur, die wohnortnah Aufklärung, Information, Vernetzung und Beteiligung organisiert und das „Thema bewegt“.

⁴ Die in Anführungszeichen gesetzten Aussagen in den Punkten 3 bis 6 entstammen alle den leitfadengestützten qualitativen Interviews mit den drei Koordinatorinnen und der Projektleitung.

Das Projekt ist organisatorisch an das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf und das dort ansässige Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion (SIMI) angebunden.

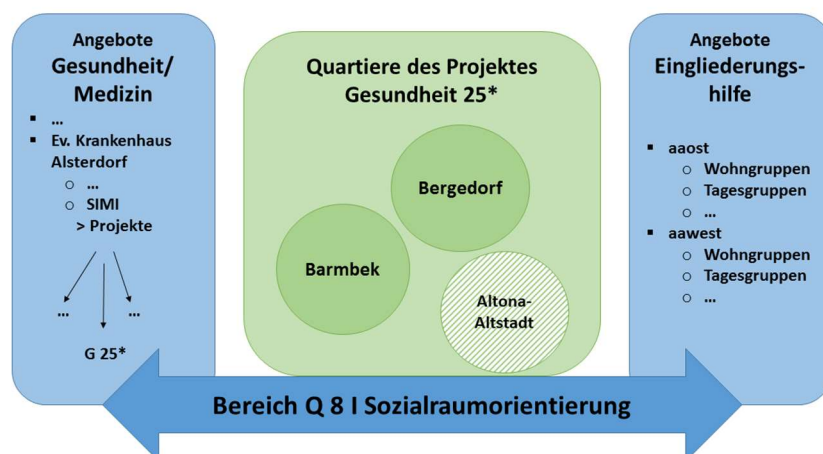
Koordiniert wird das Gesamtprojekt durch eine Projektleitung (ebenfalls zuständig für weitere Projekte im Gesundheitsbereich).

Die konkrete Arbeit findet durch die quartierbezogen arbeitenden Koordinatorinnen in den einzelnen Quartieren statt.

Die eigentliche „Aktionsbasis“ im Quartier sind neben den Koordinatorinnen die Einrichtungen der Eingliederungshilfe, unabhängig davon in welcher Trägerschaft sie sich befinden.

Eine inhaltliche Beratung sowohl bezogen auf die strategische, wie auch auf die operative Umsetzung erfolgt seit Sommer 2017 durch den Querschnittsbereich „Q 8 I Sozialraumorientierung“ (verschiedene Projekte wie auch Q8 firmieren darunter), der wie auch die beiden Gesellschaften aaost und aawest dem Zuständigkeitsbereich Eingliederungshilfe des Vorstandes innerhalb der ESA zugeordnet sind.

Das folgende Schaubild bildet diese eben dargestellte Verortung ab:



Für das Projekt bestehen zudem verschiedene Steuerungs- und Abstimmungsgremien, die in unterschiedlicher Zusammensetzung und unterschiedlichen zeitlichen Abständen regelmäßig zusammentreffen und die inhaltlich-fachliche Ausrichtung gewährleisten.

Die strategischen Leitlinien ergeben sich für das Projekt Gesundheit 25* aus Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention, den konzeptionellen Überlegungen wie sie auch der Antrag bei der „Aktion Mensch“ beschreibt und dem Ansatz der Sozialraumorientierung. Die inhaltliche Ausgestaltung wird maßgeblich durch die quartierspezifischen Bedarfs- und Potentialanalysen bestimmt, sowie aus der Beteiligung der verschiedenen Akteure und nach Möglichkeit der Einbindung der Zielgruppe selbst.

Alle zwei Wochen finden Teamsitzungen zwischen der Projektleitung, der Leitung des Bereichs Q8 I Sozialraumorientierung und den Koordinatorinnen.

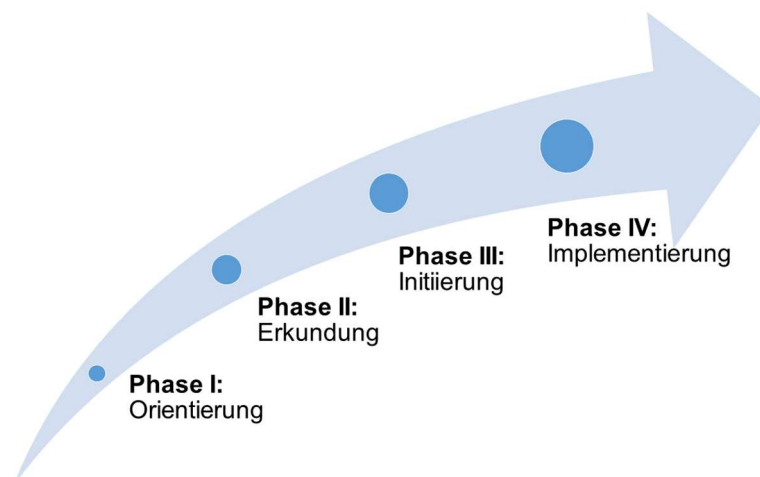
Im Turnus von 2-4 Wochen findet ein Jour Fix im Sinne einer Steuerungsgruppe unter Beteiligung des verantwortlichen Vorstands, dem Chefarzt des SIMI, der Projektleitung und

der Leitung Q8 I Sozialraumorientierung statt. Zudem werden Rücksprachen mit der Vorständin für den Zuständigkeitsbereich der Eingliederungshilfe gehalten.

Begleitend dazu gibt es 3x jährlich Treffen zwischen den beiden Vorständen, den Geschäftsführungen der beiden Gesellschaften, der Projektleitung und der Leitung Q8 I Sozialraumorientierung sowie jährliche Konzepttage, die mit externer Begleitung stattfinden.

4. Umsetzungsstand – die Projektphasen und Modellquartiere

Das Neuartige des Projektes „Gesundheit 25*“ ist, wie eben bereits angeführt, die von Beginn an implizierte Verschränkung der Bereiche Gesundheit, Eingliederungshilfe (EGH) und Sozialraumentwicklung innerhalb der ESA. Neben der Projektleitung, sind drei Koordinatorinnen (mit jeweils einer halben Stelle) seit 2016 beauftragt, modellhaft sozialräumliche Konzepte zur Verbesserung der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit komplexen Behinderungen zu erarbeiten.



In einer ersten Projektphase (Orientierung) haben sich die Koordinatorinnen ab Sommer 2016 mit den grundlegenden Strukturen innerhalb der Stadt beschäftigt und eine übergeordnete Perspektive eingenommen. Beabsichtigt war zu Beginn, keine Beschränkung auf ausgewählte Stadtteile und Bezirke vorzugeben. Es wurde jedoch deutlich, dass eine konkrete Bearbeitung nur auf der tatsächlichen Quartierebene stattfinden kann. Denn, die Themen, das was die Menschen und die Mitarbeitenden der EGH als dringlich ansehen, bildet sich nicht stadtweit gleichermaßen ab. Daher ist das Projekt G 25* neben der Verortung im Bereich Gesundheit/Medizin auch mit dem strategischen Fachressort der Sozialraumorientierung verschränkt.

Seit Sommer 2017 sind die „Koordinatorinnen“ in ausgewählten Hamburger Quartieren tätig⁵. In dieser zweiten Projektphase (Erkundung) haben sie sich insbesondere die Perspektive der EGH erarbeitet und im Sinne einer ergebnisoffenen Suche⁶ Gespräche mit Menschen mit

⁵ Mit dem Ausscheiden einer Koordinatorin im Dezember 2018 wurde ein Quartier „aufgegeben“, die neue Mitarbeitende hat übergeordnete Projektaufgaben übernommen.

⁶ Ergebnisoffen bedeutet dabei, es wurden Personen aus den unterschiedlichen Ebenen (mit operativen und Leitungsaufgaben) in Einzel- und Gruppensettings interviewt, aus den Bereichen der EGH, des medizinisch-pflegerischen und des administrativ-steuernden Bereichs zu Aspekten im Kontext von Gesundheit, medizinischer Versorgung und Gesundheitsförderung.

Behinderung und professionellen Akteuren geführt. Sie sind mit dem Auftrag in die Quartiere gegangen, die Ausgangssituation zu erfassen, Schlüsselakteure zu identifizieren, zusammenzubringen und zu vernetzen um neben der Verbesserung der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, vor allem auch die Sensibilisierung aller relevanten Akteure für die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit insbesondere schweren und komplexen Behinderungen zu befördern.

In der daran anschließenden dritten Projektphase (Initiierung) sind aus den Ergebnissen und Erkenntnissen der quartiersspezifischen Bedarfs- und Potentialanalysen ab 2018 Ideen für konkrete Aktivitäten herausgefiltert worden. Maßgabe dabei ist, vorhandene Energien aufzuspüren und an diesen anzudocken, damit die im Quartier ansässigen Akteure von Beginn an eingebunden sind und mitgestalten. So können Effekte für das eigene professionelle Tun erlebt werden und es begünstigt strukturelle Veränderungen und Weiterentwicklungen, die einen Nutzen für alle Beteiligten haben und letztlich systemverändernd sein können („Edelsteine, die das System beeinflussen“).

Gemeinsam mit diesen beteiligten Akteuren werden nun in einer vierten Phase (Implementierung) erste Konzepte und Projekte seit Sommer 2018 umgesetzt. Die Konzepte und Projekte sind exemplarische kleinteilige Lösungsmöglichkeiten für die herausdestillierten Bedarfe in den Quartieren. Dabei richten sich die Aktivitäten an unterschiedliche Adressatengruppen (z.B. Betroffene, ihre Assistenz, Professionelle aus der EGH und dem Medizin- wie auch Gesundheitswesen) und berücksichtigen in der Konzeptionierung oder/und Umsetzung eine am Willen orientierte Arbeitsweise⁷. So können modellhaft neue Strukturen entwickelt und umgesetzt werden.

Aus Sicht der Evaluation bildet die Festlegung auf einige wenige Quartiere die wesentlichste Weichenstellung innerhalb des Projektes ab. Nur die Verortung in konkreten Quartieren ermöglicht es tatsächliche sozialräumliche Blick- und Vorgehensweisen zu entwickeln und darauf bezogene sozialräumliche Strategien umzusetzen.

Bei der Auswahl der Quartiere wurden verschiedenen Überlegungen in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess zugrunde gelegt. Wesentliche Kriterien waren dabei, dass Einrichtungen der Eingliederungshilfe von verschiedenen Trägern vorhanden sind; es sollten unterschiedliche Settings berücksichtigt sein; die Stadtteile sollten sich in ihren Charakteren möglichst unterscheiden. Einige weitere Überlegungen⁸ sind im Prozessverlauf nicht weiter berücksichtigt worden zugunsten einer pragmatischen Entscheidung letztlich dort zu arbeiten wo das größte Interesse am Projekt vorherrscht und die Koordinatorinnen „den Fuß bereits in der Türe haben“. Ausgewählt wurden:

- das Quartier Altona-Altstadt, Bezugsgröße ist ein Stadtteil im Bezirk Altona⁹;
- das Quartier Barmbek und Umgebung, Bezugsgröße sind hier drei Stadtteile im Bezirk Hamburg-Nord;
- und das Quartier Bergedorf, Bezugsgröße sind die Stadteile, in denen die Wohneinrichtungen des Bezirks Bergedorf liegen.

⁷ Gemeint ist die Abkehr von einer bevormundenden Haltung und die Annäherung an eine konsequent betroffenenorientierte Haltung (i.S. einer Arbeit mit und nicht für die Menschen).

⁸ Weitere Kriterien, die zu Beginn des Entscheidungsprozesses als positiv bewertet und im weiteren Verlauf allerdings an Bedeutung verloren haben: möglichst Q8-Stadtteil; dem Thema gegenüber aufgeschlossene Teamleitung; Kooperationen mit Gesundheitsbehörden/ Ansprechpartner*innen, alle sieben Hamburger Bezirke sollten abgedeckt werden.

⁹ bis Dezember 2018

Die Konzentration auf ausgewählte Quartiere erweist sich auch deshalb so bedeutsam, weil die vorhandenen personellen Ressourcen es nicht ermöglichen, flächendeckend Stadtteilerkundungen und Sozialraumanalysen vorzunehmen.

- Kenntnisse über die jeweiligen Sozialräume sind aber erforderlich, will man die Ressourcen des Stadtteils erschließen und sowohl die dort befindlichen formellen wie informellen Ressourcen mit einbinden.
- Kenntnisse über die jeweiligen Sozialräume sind zudem wichtig, damit Aktivitäten entstehen können, die nicht nur anschlussfähig an die dort befindlichen Institutionen sind, sondern kooperativ und gemeinsam getragen und möglichst zielgruppen- und bereichsübergreifend gestaltet sind.
- Und Kenntnisse über die jeweiligen Sozialräume sind nötig, um an bestehenden Netzwerken im Stadtteil beizuwohnen oder diese gegebenenfalls zu initiieren und so tragfähige Kooperationen aufzubauen und ein (institutionen-)vernetztes und integriertes Handeln zu ermöglichen.

Bezogen auf eine Weiterentwicklung des Projektes, lassen sich aus der Betrachtung der Projektphasen und der Auswahl der Quartiere folgende Punkte festhalten:

1. Bedeutsam ist die Entscheidung, ob die Arbeit unter Beibehaltung der aktuell gegebenen personellen Ressourcen in den bisherigen Quartieren fortgesetzt wird, oder ob neue Quartiere erschlossen werden sollen. Es benötigt eine gewisse Zeit, um quartiersbezogene Strukturen und Handlungsoptionen auf- und ausbauen und der bisherige Projektzeitraum ermöglichte zwar erste Ansätze, aber noch kaum nachhaltig strukturelle bzw. habituelle Veränderungen.
2. Zudem ist zu diskutieren, inwieweit es den Koordinatorinnen gelungen ist, sozialräumliche Ressourcen zu erkunden, zu mobilisieren und für die Zielgruppe nutzbar zu machen, oder ob hierauf ein stärkeres Augenmerk liegen muss. Trotz oder gerade wegen der zielgruppenspezifischen Ausrichtung bleibt die Aufgabe bestehen, sich nicht nur mit für die Zielgruppe relevanten Akteuren (EGH, Gesundheitssystem) zu vernetzen, sondern sogenannte fallunspezifische Kontakte zu knüpfen und zu pflegen.
3. Und es ist gemeinsam eine Bewertung vorzunehmen hinsichtlich der bisher erreichten Implementierung. Zu erörtern ist also, inwiefern sich die entwickelten Projekte und Konzepte nicht nur umsetzen und übertragen lassen, sondern dauerhaft fortbestehen können und damit von einer modellhaften Erprobung in ein regelhaftes Angebot überführt werden können und wer sich für diese Verstetigung verantwortlich erklärt.

5. Aussagen und Befunde zur Arbeits- und Organisationsweise

Im Rahmen der Evaluation wurden, wie in Punkt 2 aufgeführt, zahlreiche Dokumente zur Verfügung gestellt und Daten erhoben. Diese ermöglichen es, das Projekt Gesundheit 25* mit seinen Strukturen, Prozessen und erreichten Ergebnissen näher in den Blick zu nehmen und zu untersuchen.

Aus der Betrachtung und Analyse dieser Materialien, lassen sich zunächst Aussagen treffen zur grundlegend intendierten Arbeits- und Organisationsweise des Projektes Gesundheit 25*.

Wie bereits benannt, bildet Artikel 25 der BRK die programmatische Grundlage (Ziel) des Projektes (*das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit*). Dies will das Projekt aber mit dem besonderen Fokus auf eine *wohntnahe Versorgung* vorantreiben. Zugleich bestand bereits von Beginn an die Eingrenzung auf die Zielgruppe der *Menschen mit komplexen Behinderungen*. Dies mag insbesondere daran liegen, dass das Projekt organisatorisch beim SIMI verortet ist und auch dessen Logik bzw. Zugangskriterium bei schwer geistig bzw. mehrfachbehinderten Menschen liegt. Zugleich weisen die Materialien und Dokumente von Beginn an auch aus, dass als Ausgangslage die *Berücksichtigung ihrer besonderen Bedürfnisse* gelten soll. Der fachliche Ansatz der Sozialraumorientierung bildet sich also schon in der Zielsetzung ab, es geht um die Verhältnisgestaltung, damit die Menschen ihre Interessen möglichst befriedigen und ihre individuelle Autonomie weitgehend leben können.

Wie bereits benannt, sind drei Koordinatorinnen damit betraut, die Zielsetzung in den ausgewählten Modellquartieren zu realisieren. Als inhaltliche Anforderung wurde vor Projektbeginn festgelegt: es gilt, a) *die Schlüsselakteure zu identifizieren, zusammenzubringen und zu vernetzen*, b) *die Wünsche und besondere Bedürfnisse der Zielgruppe zu erheben* und c) *einen dialogischen Brückenbau zwischen Betroffenen, ihren Bezugspersonen und involvierten Leistungsanbietern zu initiieren*.

Das Projekt G 25* hat Gesundheit als Ausgangspunkt und das nicht reduziert auf den rein medizinischen Kontext, sondern vielmehr wird Gesundheit als umfassenden und im Alltag verorteten Lebensbereich verstanden. Deshalb wurde als räumlicher, aber auch inhaltlicher Zugang die Perspektive der Eingliederungshilfe gewählt. Durch zahlreiche Befragungen sowohl auf der Ebenen der Leitungen wie Mitarbeitenden, aber auch der Betroffenen selbst, haben die Koordinatorinnen die dort benannten Bedarfe und Erfordernisse als Grundlage der weiteren Arbeit erarbeitet.

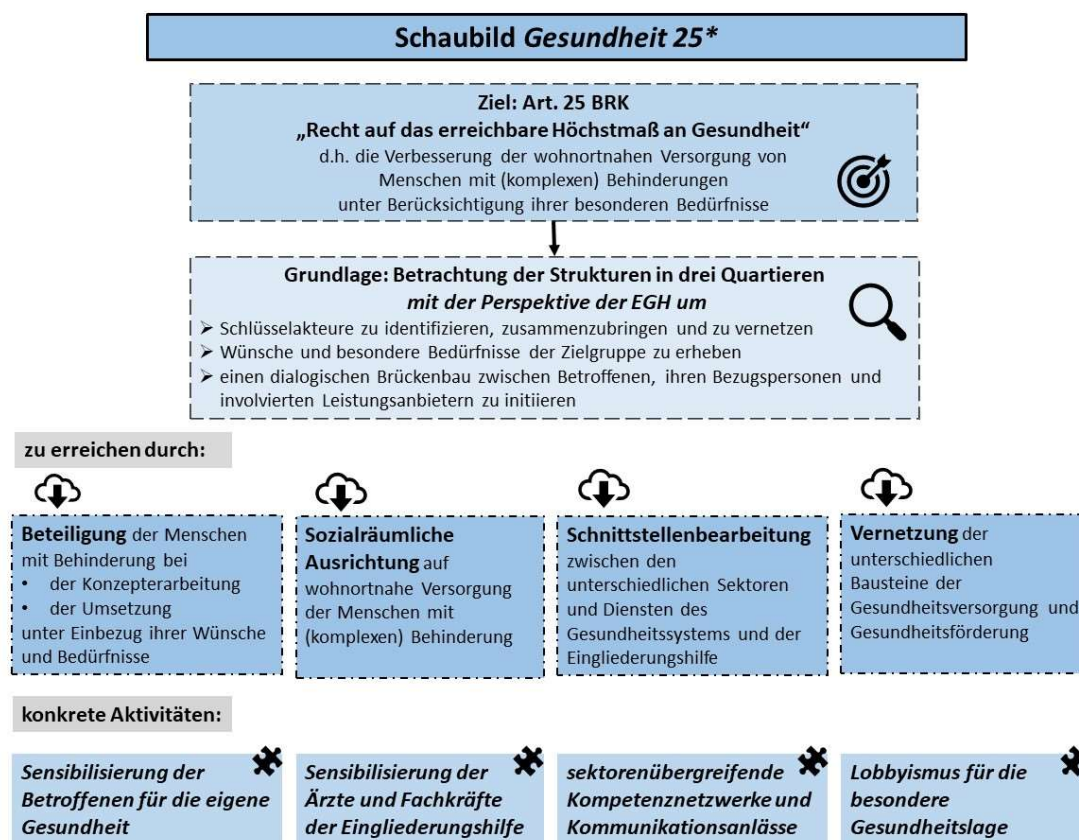
Die Tätigkeiten der Koordinatorinnen sollten sich zudem an vier Bedingungen orientieren. Erstens ist eine *Beteiligung der Menschen mit Behinderung* bei der Konzepterarbeitung aber auch der Umsetzung unter *Einbezug ihrer Wünsche und Bedürfnisse* zu gewährleisten. Zweitens ist bei den Maßnahmen und Aktionen stets auf die *sozialräumliche Ausrichtung auf eine wohnortnahe Versorgung* zu achten. Drittens sind die *Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Sektoren und Diensten des Gesundheitssystems und der Eingliederungshilfe* zu bearbeiten und passgenauer zu gestalten. Und viertens ist die *Vernetzung der unterschiedlichen Bausteine der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung* voranzutreiben.

Betrachtet man nun die konkreten Aktivitätsbereiche der Koordinatorinnen, die sich aus der Analyse der sogenannten „zielgerichteten Aktivitäten“¹⁰ ableiten lassen, können aus den Tätigkeitsbeschreibungen wiederum vier Bausteine herausgearbeitet werden, die beschreiben, worauf die konkreten Aktivitäten abzielen.

1. *Sensibilisierung der Betroffenen für die eigene Gesundheit*
2. *Sensibilisierung der Ärzte und Fachkräfte der Eingliederungshilfe*
3. *sektorenübergreifende Kompetenznetzwerke und Kommunikationsanlässe*
4. *Lobbyismus für die besondere Gesundheitslage*

Diese eben dargestellte Arbeits- und Organisationsweise des Projektes G 25* bildet das folgende Schaubild ab.

¹⁰ Darunter fassen sich die durch die Koordinatorinnen erarbeiteten Dokumentationen der Mikroprojekte



Im Weiteren werden einige wichtige Aussagen und Befunde zur Arbeits- und Organisationsweise näher ausgeführt, die das Projekt G 25* hinsichtlich seiner Zielsetzung maßgeblich beeinflussen und die bisher erreichten Prozesse, Ergebnisse und Effekte bestärken oder hemmen.

5.1. Herausforderungen bezogen auf den Projektrahmen/Projektaufbau

Wie bereits in Kapitel 3 dargestellt, hat das Projekt verschiedene Phasen durchlaufen. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, manche Prozesse konnten nur mit Verzögerung angestoßen werden, es gab Hürden, die erst überwunden werden mussten und erforderliche Kurskorrekturen, so dass das Projekt erst zur Hälfte der Laufzeit richtig „Fahrt aufgenommen“ hat.

Als große Herausforderung, vor allem zu Beginn des Projektes, benennen sowohl die Koordinatorinnen wie auch die Projektleitung, das weit und unspezifisch gefasste Ziel, die wohnortnahe gesundheitliche Versorgung zu befördern. Denn zugleich waren daran Erwartungen geknüpft, die sich im Förderrahmen, unter Berücksichtigung von Zeit und personellen Ressourcen, nicht realistisch umsetzen ließen.

Dies lässt sich insbesondere dadurch erklären, dass der Antrag an die Aktion Mensch bereits einige Jahre zuvor ausformuliert worden war und keine Aktualisierung erhalten hat nach Einführung der MZEBs¹¹. Somit musste im Projektverlauf die Ausrichtung und der Rahmen (Zielfindung und Meilensteinplanung) erst überarbeitet und auch inhaltlich konkretisiert werden.

An wesentlichen Veränderungen bedeutete dies:

- Der Fokus in der Ausrichtung wurde von medizinischer hin zu gesundheitlicher Versorgung erweitert.
- Die Bedeutung der eingesessenen Ärzteschaft als „Einflugschneise“ in den Quartieren hat sich als Irrweg herausgestellt, andere Akteure sind bedeutsamer geworden.
- Die Nähe zum SIMI und dessen Arbeitsvollzügen hat sich gelockert, zwar verweisen die Koordinatorinnen weiterhin und versuchen es bekannter zu machen, sind aber in ihren Aktivitäten losgelöst.
- Die Projekterwartungen/Teilziele wurden mit Blick auf die Projektlaufzeit und den Projektumfang auf ein realisierbares Maß komprimiert.
- Die Zielgruppe hat sich ausgeweitet, so werden Aktivitäten nicht mehr nur auf Menschen mit komplexen Behinderungen hin ausgerichtet, sondern sie zielen auf Menschen mit Behinderungen generell ab.

Als eine weitere Herausforderung zeigte sich das Postulat der sozialräumlichen Ausrichtung. Zwar war von Beginn an der Sozialraum insofern berücksichtigt, als dass der Fokus auf wohnortnahen Versorgungsstrukturen lag, aber tatsächliche Arbeitszusammenhänge mit dem Querschnittsbereich „Q8 | Sozialraumorientierung“ und damit die inhaltlich-methodische Dimension wurde erst deutlich später einbezogen („wir haben uns nach einem Jahr nochmal ganz neu aufgestellt und mussten uns neu finden“). Dies fällt auch mit der Ausrichtung auf Modellquartiere zusammen und stellt eine wichtige Weichenstellung für die Ausgestaltung des Projektes dar. Denn deutlich wurde: das Quartier ist die entscheidende Ebene für Veränderung und Gestaltung; zu identifizieren und (zunächst) hinzunehmen ist, worauf kein Einfluss genommen werden kann, um die wohnortnahe Versorgung zu verbessern (z.B. Handlungspraxen von niedergelassenen Ärzten); Gesundheitsförderung als Themenfeld lässt sich im Quartier bearbeiten. Dieses Wechselhafte zwischen Begrenzungen und Möglichkeitsräumen wird auch deutlich an Aussagen, die zum einen das Positive herausstellen - „weil wir sowas Besonderes machen was es so noch nicht gegeben hat“, „das ist fast das Spektakulärste, dass es gelungen ist ein medizinisches Projekt sozialräumlich zu bearbeiten“ - zum anderen werden aber auch die Schwierigkeiten betont - „die Verwirrung am Anfang war nicht nur schlecht, wenn auch mühsam für die Personen“, „es war eine harte Schule aber gut“.

Und als herausfordernd zeigt sich auch die Besonderheit der Verortung des Projektes innerhalb der ESA, genauer den Schnittmengen zu zwei Zuständigkeitsbereichen des Vorstandes (Gesundheit/Medizin und Eingliederungshilfe). Verbunden mit dieser innovativen und neuartigen Verknüpfung der beiden Bereiche, sind nämlich auch Professionsspezifika. So erfordert das Projekt, eine gedankliche Offenheit und eine Annäherung an die jeweiligen Logiken und Herangehensweisen der unterschiedlichen Adressatengruppen (z.B. hinsichtlich Freistellungen für Vernetzung), eine Abstimmung der unterschiedlichen Sinngehalte und Deutungen (z.B. präventive Verhaltensweisen im Kontext von Selbstbestimmung und

¹¹ Die Verständigung darüber, dass die Leistungen des beantragten Projekts keine von den Krankenkassen auf Basis des SGB V zu finanzierenden Leistungen darstellen und dass die beantragten Leistungen nicht bereits über das Trägerbudget der EGH finanziert werden, hat rund 2 Jahre gedauert.

Fürsorge) und eine stetige Rückvergewisserung bezogen auf Beschränkungen und Freiräume (z.B. Organisationsentwicklung bei den beteiligten Institutionen und Bewusstseinsbildung bei der Zielgruppe).

Das Projekt zielt zwar auf veränderte wohnortnahe Versorgungsstrukturen, doch liegt dem letztlich auch die Herausforderung zugrunde, dass die verschiedenen Adressatengruppen eine veränderte Haltung und Herangehensweise einnehmen. Konzipiert und initiiert wurde das Projekt im Bereich Gesundheit/Medizin. Aus Sicht der Evaluation zeigt sich, dass die Eingliederungshilfe von Beginn an zwar mitgedacht, aber nicht ausreichend oder nachhaltig genug eingebunden war. So benennen die Koordinatorinnen aufgrund der Erfahrungen im bisherigen Projektverlauf einstimmig, „wir sind auf der grünen Wiese entstanden, wir wurden nicht gerufen“. Dies bedeutet demzufolge einen deutlich höheren Aufwand, um im Sektor der Eingliederungshilfe bestehende Motivationen zu ergründen und vorhandene Energien aufzuspüren. Und es hinterlässt die ungeklärte Situation, ob das Projekt von der Eingliederungshilfe, als primärer Akteursgruppe, wirklich gewollt ist und welche Energien dort bezogen auf Veränderung und Weiterentwicklung bestehen. So werden Aussagen getroffen, die Ebene der Wohngruppen werde als „superzäh“ erlebt, „die Basis hat andere Themen, andere Alltagsprobleme“, es sei auf den verschiedenen Ebenen „natürlich immer Thema, aber niemand hat so richtig selber Energie da reingesteckt“. Insbesondere erklärt wird dies damit, dass die Akteursgruppe der Assistenz aus pädagogischen Settings komme, das Thema Gesundheit daher eine eher untergeordnete Rolle spiele und das Interesse bei der Zielgruppe an Aktivitäten der Gesundheitsförderung nur dann geweckt und gefördert werde, wenn „die Assistenten selbst Interesse an dem Thema haben“.

Da das Projekt in seiner Ausrichtung neue Wege beschreitet, können auch nur bedingt bereits bestehende Erfahrungen übertragen bzw. auf diese modellhaft zurückgegriffen werden. So kommt es im bisherigen Projektverlauf immer wieder zu Korrekturschleifen, es verlangt den Protagonist*innen das pragmatische „learning by doing“ ab, also das langsame Herantasten vor allem durch Versuch und Irrtum. So verändern sich auch strategisch-planerische Vorstellungen, der „erlebte Alltag“ bestimmt das konkrete Tun und was wie gemacht wird und eine Rendite verspricht (z.B. der tatsächliche Zuschnitt der Quartiere, die Ausweitung der Zielgruppe, die Abkehr von der Kontaktsuche zu einzelnen niedergelassenen Ärzten). Von den Koordinatorinnen erfordert dies also ein stetiges „sich frei machen“ von den eigenen und von außen an das Projekt herangetragenen Erwartungen, ohne das eigentliche Ziel aus dem Fokus zu verlieren.

Bezogen auf eine Weiterentwicklung des Projektes, lassen sich aus der Betrachtung der Projektrahmens/Projektaufbaus folgende Punkte festhalten:

1. Für einen angestrebten neuen Projektzeitraum ist zu empfehlen, die Zielsetzung an die bereits erfahrenen/erlebten Bedingungen (Möglichkeiten und Grenzen) anzupassen und die Teilziele und Meilensteinplanung realistisch (unter Berücksichtigung des Projektzeitraumes) abzustecken. Zudem ist zu diskutieren, inwiefern eine partizipativ ausgestaltete (Neu)Konzeptionierung erreicht werden kann, also nicht nur die Perspektive der EGH einbeziehend, sondern mit direktem Einbezug und tatsächlicher Beteiligung.
2. Dies würde auch die aktuell erlebte ungeklärte Situation (ist das Projekt von der EGH wirklich gewollt) verändern und deutlicher machen, was mit der EGH als primärer Akteursgruppe (weil am nächsten an der Zielgruppe) bezogen auf Veränderung und Weiterentwicklung ausgehandelt werden kann. Und es würde die bestehenden Energien und die Aktivierungsbereitschaft sichtbarer und damit einschätzbarer

machen, wenn deutlich ist, welches Commitment gegenüber dem gemeinsamen lokalen Projekt besteht.

3. Da das Projekt das innovative Potential an der Schnittstelle Gesundheit/Medizin und Eingliederungshilfe zu nutzen versucht, wäre zudem auszuhandeln, inwiefern die unterschiedlichen Logiken (pädagogisch vs. medizinisch-pflegerisch) einerseits sichtbarer gemacht werden und andererseits mit einer verstehenden und neugierigen Haltung nebeneinander bestehen können.

5.2. Herausforderungen bezogen auf die Leitidee „Sozialraumorientierung“

Das Projekt Gesundheit 25* verfolgt den Aufbau dezentraler Infrastrukturen zur Gesundheitsversorgung und -förderung, die wohnortnahe Versorgung der Menschen mit Behinderung soll ausgebaut und verbessert werden. Damit reiht sich das Projekt in eine Vielzahl von Aktivitäten innerhalb der ESA ein, die unter den Leitideen der „Inklusion“ und der „Sozialraumorientierung“ neue Wege ergründen, um den Menschen mit Behinderung ein möglichst selbstbestimmtes und ausreichend versorgtes Leben in ihrem jeweiligen Wohnumfeld und Quartier zu ermöglichen.

Die Herausforderung besteht nun darin, nicht nur ein bestimmtes Quartier in den Blick zu nehmen und in dem geographisch-festgelegten Raum (Wo) tätig zu sein und Aktivitäten zu initiieren. Vielmehr ist mit der Leitidee der Sozialraumorientierung eine methodisch-inhaltliche Ausgestaltung der Aktivitäten verbunden (Wie). So gelten hierbei folgende Grundsätze¹²:

1. Ausgangspunkt ist die Orientierung am Willen und den Interessen der (leistungsberechtigten) Menschen.
2. Es geht darum, Selbsthilfekräfte und Eigeninitiative zu aktivieren, anstatt vorrangig betreuende Tätigkeiten anzubieten.
3. Dabei ist die Nutzung von vorhandenen Ressourcen der Menschen selbst und im sozialen Umfeld entscheidend, denn sie tragen zu ganzheitlichen Lösungen wesentlich bei.
4. Die professionellen Tätigkeiten sind immer zielgruppen- und bereichsübergreifend angelegt.
5. Grundlegend ist zudem institutionenvernetzendes und integriertes Handeln.

Wie bereits aufgezeigt, benennen die Koordinatorinnen, dass ein derartiger Fokus und an den Grundsätzen abgeleitetes Vorgehen (Willens- und Bedürfnisorientierung, Selbsthilfeunterstützung, Ressourcenorientierung, zielgruppen- und bereichsübergreifende Arbeit sowie Vernetzung) im gesundheitlich-medizinischen Bereich bisher noch nicht praktiziert wurde (im Gegensatz zur Eingliederungshilfe, dort „haut ein sozialräumlicher Ansatz niemanden mehr um“). Die Ausrichtung des Projektes, verbunden mit der damit erforderlichen inhaltlich-methodischen Arbeitsweise ist somit noch Neuland und musste erst mit einer Vorstellung (was machen wir und wie machen wir es) gefüllt und damit anwendbar gemacht werden. Daher ist die Anbindung an den Bereich Sozialraumprojekte innerhalb der ESA auch so immanent wichtig, diesbezüglich wird benannt: „wir haben uns nach einem Jahr nochmal ganz neu aufgestellt, alles vorher über den Haufen geworfen und mussten uns neu finden“.

¹² Vgl. Hinte, Wolfgang/ Treeß, Helga (2006): Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe. Theoretische Grundlagen, Handlungsprinzipien und Praxisbeispiele einer kooperativintegrativen Pädagogik, Weinheim

Zudem wird im Projekt G25* nicht vorrangig mit einzelnen Personen (einzelfallbezogene sozialräumliche Ressourcenmobilisierung) gearbeitet und auch nicht das Quartier an sich mit seiner Fülle an Bewohnern und Themen (Quartierentwicklung) steht im Fokus. Vielmehr ist die Zielrichtung, das Thema „Gesundheitliche Versorgung“ für die besondere Zielgruppe der „Menschen mit (komplexen) Behinderung“ in den lokalen Nahräumen (Quartieren) zu platzieren und die Ressourcen des Quartieres eben dafür nutzbar zu machen¹³ (zielgruppenbezogene Ressourcenmobilisierung und zielgruppenübergreifende Entwicklung von Quartiersstrukturen).

Konkret geht es also darum, unterschiedlichste Akteure für das Thema und die Zielgruppe zu sensibilisieren und die unterschiedlichen Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung im Quartier wahrnehmbar zu machen („ihnen eine Stimme geben“). Das bedeutet, das Projekt zielt zwar darauf ab, dass sich bestehende Strukturen verändern und fehlende Strukturen aufgebaut werden, dies soll aber gerade nicht durch die Koordinatorinnen selbst geleistet werden, sondern indem im Projektkontext die Strukturen der professionellen Zusammenarbeit der Akteure des Quartiers erhöht werden. So lassen sich auch gemeinsam Möglichkeiten ausloten, um die vorhandenen strukturellen Diskriminierungen für die Zielgruppe ab- und ihre konkreten Teilhabemöglichkeiten auszubauen.

Darauf zielen letztlich auch sogenannte zielgerichteten Aktivitäten (Mikroprojekte) ab, indem einerseits durch neue Arrangements die verschiedenen Akteursgruppen ihren je eigenen Auftrag besser ausüben können und andererseits die Menschen mit Behinderung selbst in ihrer eigenen Gesundheitsförderung gestärkt werden. Die Auswertung zeigt, ein Spannungsfeld liegt hierbei zwischen dem eher problemfokussierten Blick der Vorsorge (Grundsatzfrage ist: Was macht krank?) und dem ressourcenorientierten Blick der Gesundheitsförderung (Grundsatzfrage ist: Was hält gesund?), denn sowohl die Adressatengruppen wie auch die Zielgruppe, denken beim Thema Gesundheit zuallererst an erwünschte Verhaltensregeln und Prävention („große Schwierigkeiten das Thema zu integrieren; dann habe ich gedacht, ich muss was machen was den Klienten Spaß bringt; und nicht gleich groß Gesundheit drüberschreiben“).

Ein weiteres Spannungsfeld, das sich in der Auswertung des Materials zeigt, liegt in der Differenz von Ziel- und Adressatengruppe (mit wem arbeite ich, um was und für wen zu erreichen). Hier scheint es im Projektverlauf immer wieder erforderlich zu sein, sich zu vergewissern und die Aktivitäten daraufhin zu schärfen.

Dabei ist auch immer wieder von neuem die Frage zu klären, wer die relevanten Akteure im Quartier sind, d.h. welche Adressaten mit einem bestimmten Angebot/einer bestimmten Aktivität erreicht werden sollen und auch ob die unternommenen Anstrengungen die intendierte Veränderung für die Zielgruppe (mittel oder unmittelbar) bringen. So hat z.B. für die Koordinatorinnen im Projektverlauf die Akteursgruppe der niedergelassenen Ärzte an Relevanz verloren, die aufgewendete Zeit und Energie hat nicht die intendierte Wirkung für die Zielgruppe gezeigt. Andere Adressatengruppen, die für die Schnittstellenbearbeitung wichtig sind, haben hingegen im Projektverlauf an Bedeutung gewonnen, wie die Demenzbeauftragten im Krankenhaus, die deutlich leichter einzubinden sind als die Pflegekräfte oder Mediziner im Krankenhaus. Allerdings zeigt sich immer wieder, die gewonnenen Akteure beteiligen sich und sind bereit zur Mitarbeit, der überwiegende Teil der

¹³ Sozialraumorientierte und partizipativ angelegte Programmatiken verfolgen in der Regel drei wesentliche Zielbereiche a) vorhandene Ressourcen für ein Handlungsfeld besser nutzbar machen; b) bisher ungenutzte und übersehene Ressourcen nutzbar machen (der Stadtteil/das Quartier gilt als Reservoir ungenutzter Schätze z.B. ehrenamtlicher Ressourcen) und c) durch stärkere Kooperation und Vernetzung sowohl von institutionellen Akteuren aber auch Bürger*innen rückgebundene Lösungen entwickeln (integriertes Handeln). Vgl. Bär, Gesine/ Fehren, Oliver (2014): „Sozialraumorientierung, integrierte Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung: Von Schnittmengen zu Synergien!“, Verschriftlichung eines Vortrags auf dem Kongress „Pakt für Prävention –gemeinsam für ein gesundes Hamburg!“ am 10.09.2014 im Bürgerhaus Wilhelmsburg <http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/1110.pdf> (zuletzt 01.08.2019)

planerischen Vorarbeit wie auch der operativen Umsetzung liegt bei den Koordinatorinnen und lässt sich durch die verstärkte und intensivere Zusammenarbeit der Quartiersakteure (bisher) nicht ersetzen.

Und andererseits ist die Frage, wie die Zielgruppe selbst bzw. einzelne Personen an der Konzepterarbeitung und Umsetzung beteiligt sein können, im Projektverlauf noch nicht hinreichend geklärt. Dies hängt aus Sicht der Evaluation (neben den Beschränkungen der Zielgruppe) mit dem gewählten Einstieg in die Quartiere durch die Bedarfs- und Potentialanalyse zusammen, denn befragt wurden vorrangig die Mitarbeitenden in den Einrichtungen. Dies führe dazu, so die Koordinatorinnen, dass im Projektkontext „die Sprache der Gruppenleiter und Mitarbeiter übernommen“ wurde und der Zugang zu den Klient*innen schwieriger geworden sei.

Jetzt, in der Phase der Implementierung, werden vermehrt Vorstöße unternommen, einzelne Menschen mit Behinderung stärker zu beteiligen, indem sie an Auswertungsschleifen beteiligt sind, z.B.:

- werten sie einzelne Veranstaltungen mit aus und die Ergebnisse fließen in die Konzeptionierung darauf aufbauender Module ein oder
- sie fungieren als „Berater*innen“, ihnen werden Konzeptideen vorgestellt, diese mit ihnen diskutiert und anhand ihrer Reaktionen modifiziert.

Der Anspruch der Koordinatorinnen ist, der Zielgruppe eine Stimme zu verleihen (durch das was sie im direkten Kontakt erfahren) bzw. eine Stimme für die Zielgruppe zu sein (indem sie Erkenntnisse aus der Literatur/Forschung einbinden). Damit übernehmen sie vorrangig die Aufgabe von Lobbyarbeit für Menschen mit Behinderung im Sinne einer parteilichen Interessensvertretung.

Soll jedoch der Anspruch gelten, die Menschen mit Behinderung zu ermächtigen und größtmöglich zu beteiligen, muss der Fokus auf der Gestaltung von (Kommunikations-)Räumen liegen, in denen die Zielgruppe direkt zu Wort kommen kann und in denen eine direkte Auseinandersetzung (Diskurs) unterschiedlicher Positionen möglich ist. Hier würde die Aufgabe verstärkt darin liegen, zwischen den unterschiedlichen Positionen der Lebenswelt und des Systems (z.B. innerhalb der Wohngruppen) zu vermitteln.

Dadurch, dass im bisherigen Projektverlauf das Gewicht stärker darauf liegt, mit den Akteursgruppen etwas für die Menschen mit Behinderung zu bewegen, sind die Koordinatorinnen, sofern die Akteure keinen direkten Profit/Verbesserung ihrer Aufgabenerfüllung sehen, die vorrangigen Energieträger der „Veränderung“. Darin liegt aber gleichzeitig ein „Fallstrick“ der Arbeit, nämlich operativ zu stark eingebunden zu sein, zu viel selbst zu machen („ich musste ihnen schon sagen was ich von ihnen will“, „sobald keine Energie von mir kommt, passiert nichts“, „das Thema ist ihnen nicht wichtig genug für eigene Energie“).

Bezogen auf eine Weiterentwicklung des Projektes, lassen sich aus der Betrachtung der Leitidee „Sozialraumorientierung“ folgende Punkte festhalten:

1. Gleichwohl das Projekt eine zielgruppenspezifische Ausrichtung aufweist, ist durch die methodisch-inhaltliche Arbeitsweise jedoch gleichzeitig ein zielgruppenunspezifischer Auftrag inbegriffen. Zu diskutieren ist hier aus Sicht der Evaluation, wie dieses Spannungsfeld bearbeitet werden kann und wie insbesondere der Raum mit seiner Scharnierfunktion zwischen Lebenswelt und Hilfesystem und mit den dort vorfindbaren Ressourcen in der konkreten Gestaltung der Aktivitäten stärker berücksichtigt werden

kann. Denn es geht immer auch um eine zielgruppenübergreifende Entwicklung von Quartiersstrukturen.

2. Neben der Strukturentwicklung benennt das Projekt G 25* gleichzeitig ein Empowerment der Zielgruppe. Hier wäre auszuloten, ob sich die Tätigkeiten weiterhin sowohl an die primäre Zielgruppe selbst wie auch an die sekundäre Zielgruppe der Quartiersakteure richten sollen. Dann nämlich, wäre die Gestaltung von (Kommunikations-)Räumen in denen die Menschen mit Behinderung direkt zu Wort kommen können verstärkt in den Blick zu nehmen, gemäß dem Grundsatz der UN-Konvention „Nicht ohne uns über uns“.
3. Weiterhin ist zu betrachten, wie in den Strukturen der professionellen Zusammenarbeit die Veränderungsbereitschaft stärker ergründet und bestehende Energien sichtbarer gemacht werden können. Denn es ist abzuwägen, ob durch die Vernetzung und den offensiven Umgang mit den konzeptionellen Unterschieden gemeinsame Lernprozesse, Synergien entstehen werden, oder ob die in den Quartieren benannten Veränderungsbedarfe mehrheitlich auf Wunsch-Haltungen (gekennzeichnet durch den Mangel an eigener Tätigkeit) gründen, die dann weiterhin eine starke operative Einbindung der Koordinatorinnen einerseits und andererseits ein stetiges Einbringen von Energien erfordern.

5.3 Herausforderungen bezogen auf die formulierten Prämissen und die darauf bezogenen Aktivitätsbereiche

Dem Projekt liegen neben der Leitidee der Sozialraumorientierung einige weitere Voraussetzungen und Anforderungen zugrunde, die die Tätigkeiten der Koordinator*innen näher bestimmen und die Grundlage für die konkreten Aktivitäten bilden sollen.

Diese Grundbedingungen finden sich in den konkreten Aktivitätsbereichen¹⁴ der bisherigen Projektlaufzeit wieder, die sich, wie zu Beginn des Kapitels erwähnt, vier Bausteinen zuordnen lassen.

Zum einen geht es um Projekte und Aktivitäten, die auf die Sensibilisierung der Menschen mit Behinderung für ihre eigene Gesundheit abzielen. Darunter sind Broschüren in leichter Sprache, die Aufklärung über Vorsorgeuntersuchungen leisten, ebenso zu fassen wie Gesprächskreise über das eigene Erleben z.B. bei Krankenhausaufenthalten oder neu entwickelte Programme, die ganz konkrete Übungen zur Gesundheitsförderung lebens- und alltagspraktisch vermitteln.

Als Herausforderung benennen die Koordinatorinnen, dass die Zielgruppe sehr heterogen ist, „nur weil sie die gleichen Merkmale haben fühlen sie sich nicht als Gruppe zugehörig per se“ und ihnen oftmals (vor allem bei Menschen mit komplexen Behinderungen) ein Sich-hineinversetzen, also ein Perspektivwechsel (wie fühlen sich andere Betroffene) nur bedingt möglich ist. Auch sei das Thema Gesundheit nur schwer zugänglich, um in die Diskussion mit den Betroffenen zu gehen. Dies liege daran, dass die „Klienten gar kein Gefühl haben zum Thema Gesundheit, zur eigenen Gesundheit, zum Körper, sie gehen zum Arzt und eigentlich redet der nur mit den Assistenten“ und auch daran, dass „das Thema Gesundheit und Krankheit erst aufplopt wenn es Probleme gibt z.B. Loch im Zahn und deshalb ist eine große Barriere da“ und ältere Menschen mit Behinderung noch das „Anstaltsleben und ganz doofe Untersuchungen“ erlebt hätten.

¹⁴ Wie unter 5. aufgeführt, abgeleitet aus der Analyse der sogenannten „zielgerichteten Aktivitäten“

Zudem ist die Sensibilisierung der Ärzte und Mitarbeitenden des Gesundheitssystems, der Fachkräfte der Eingliederungshilfe und weiterer Bezugspersonen ein weiterer Schwerpunkt der Aktivitäten. Dabei handelt es sich um Aktivitäten zur Aufklärung zu den besonderen Bedarfen und Erfordernissen der Zielgruppe, um Unterstützungsmöglichkeiten in ganz konkreten Fällen, um das Ausloten von alltagskompatiblen Umsetzungsmöglichkeiten im Tagesstätten- und Wohngruppenbereich oder darum, bestimmte Situationen, wie z.B. einen Krankenhausaufenthalt besser zu gestalten.

Hier ist eine der größten Schwierigkeiten Zugänge zu finden, sei es zu den niedergelassenen Ärzten oder dem Pflegepersonal, „die ursprüngliche Idee hat nicht funktioniert“, „wir mussten erst Strategien finden“. Dies gelingt nur, unter Berücksichtigung der je spezifischen Rahmenbedingungen und einer offenen, kreativen und flexiblen Suchbewegung und gegebenenfalls einer Modifikation, wenn sich Türen (Zugänge) öffnen. So haben niedergelassene Ärzte zwar keine einkalkulierten Zeiten für Netzwerkarbeit, aber sie finden in Qualitätszirkeln zusammen; das Pflegepersonal in Krankenhäusern ist deutlich aus- und überlastet, aber es gibt Demenzbeauftragte auf den Stationen, die Möglichkeiten außerhalb von pflegerischen Dienstleistungen haben.

Entscheidend ist jedoch auch, Zugänge zu „Entscheidern“ und Leistungskräften zu finden, denn sie bestimmen über die Bereitstellung zusätzlicher zeitlicher Ressourcen für Netzwerkarbeit oder können die Bedeutung an der Mitarbeit in einer Projektgruppe bekräftigen.

Zum anderen werden Aktivitäten und Projekte initiiert, die den Aufbau von sektorenübergreifenden Kompetenznetzwerken forcieren und Kommunikationsanlässe schaffen. Hiermit ist einerseits der fachübergreifende Austausch und das Deutlich- und Verstehbarmachen der unterschiedlichen Handlungslogiken eingeschlossen, wie auch die gemeinsame Erarbeitung von Verfahrensweisen und integrierten und abgestimmten Handlungsabläufen, die die professionelle Zusammenarbeit befördern.

Auch hier ist die Frage nach den Zugängen und damit Kommunikationsräumen und Kooperationsgelegenheiten, in denen für die Bedarfe der Zielgruppe sensibilisiert werden kann, entscheidend. So wird konstatiert, „wir haben bei Minusgraden angefangen, es gab weniger als nichts“ und es ist ein Erfolg, wenn es regelmäßige Austauschmöglichkeiten gibt, aber noch mehr, wenn ein gemeinsames Commitment/eine gemeinsame Entscheidung gelingt, „wir haben alle Leitungen der verschiedenen Häuser und Träger eingeladen, um die Schwerpunkte festzulegen“. Der damit verbundene Perspektivwechsel und ein vorwurfsfreier fachlicher Austauschprozess begünstigen dies zudem, „und dann haben sie erzählt, was sehen sie, was wünschen sie sich“, „es ist keine gegenseitige Vorwurfshaltung entstanden, sondern ein Austausch über den Bedarf und beide Seiten wollen etwas entwickeln worin sie gut sind und für den Klienten“.

Aus den Interviews mit den Koordinator*innen zeigt sich aber auch, dass der Rahmen um aus den Ideen konkrete Maßnahmen zu entwickeln und auszuarbeiten und Konzepte zu formulieren in diesen Austauschforen oftmals nur bedingt gegeben ist. Hier übernehmen die Koordinatorinnen wesentliche Anteile. Dies hat aber auch zur Folge, dass sie immer wieder gut austarieren müssen, inwieweit die erarbeiteten Maßnahmen und Konzepte an bestehenden Interessen und Energiepotentialen der Akteure andocken kann, sonst verbleibt die Umsetzung einseitig bei den Koordinatorinnen verhaftet. So wird im Interview benannt, es gehe darum „Impulse aufzunehmen und was draus zu machen und Projektideen zu entwickeln und dann Interessierte zusammenzubringen und bestmöglich motivieren an den Projektideen mitzuarbeiten“.

Und schließlich ist die Lobbyarbeit zu nennen für die besondere Gesundheitslage von Menschen mit (komplexen) Behinderungen sowohl bei den verschiedenen Diensten des Gesundheitssektors wie auch bei anderen Leistungsanbietern oder gesellschaftlichen Verantwortungsträgern. Das schließt ein, das Thema der gesundheitlichen Versorgung immer wieder zu benennen und präsent zu machen, ebenso wie die besonderen Herausforderungen und Begrenzungen insbesondere von Menschen mit komplexen Behinderungen offenzulegen und nach neuen Wegen und Lösungen zu suchen.

Herausfordernd erleben die Koordinatorinnen hierbei die fortwährend erforderlichen Bemühungen ihrerseits, die sich durch folgende Äußerungen zeigen: „ich bin nicht nur der Motor, sondern auch Impulsgeber“, „ich habe das Gefühl Impulse müssen immer wieder wiederholt werden, in der Eingliederungshilfe aber auch im Quartier“, „ein Impuls reicht nicht, sondern es müssen 20 Impulse gegeben werden und ganz viel wird vergessen und es muss immer wieder erinnert werden“.

Um die Lobbyfunktion auszufüllen bedarf es eines offenen Blicks und offener Ohren, um sich bietende Gelegenheiten zu erkennen und Ressourcen des sozialen Raumes nutzbar machen zu können. So bieten Stadtteilgremien, die themenvielfältig sind und gar nicht vorrangig Akteure aus dem Gesundheitsbereich versammeln, Zugänge zu Ressourcen. Zum Beispiel haben sich durch Kontakte aus dem „Barmbeker Ratschlag“ (offenes Stadtteilgremium) ehrenamtlich Tätige gefunden, die an der Ausarbeitung und Konzeptionierung von konkreten Projekten mitarbeiten. Dadurch gewinnen sie einerseits viel Wissen über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung und auch zu den ganz besonderen Bedarfen im Bereich der Gesundheitsförderung und können dies andererseits wie Multiplikatoren in das Quartier zurücktragen.

Oder Kontakte zu Personen und Institutionen im Quartier können genutzt werden um Zugriff auf deren Ressourcen, wie Räume und Netzwerke zu erhalten (beispielsweise konnten Räume einer Kirchengemeinde kostenfrei genutzt werden oder Kontakte zu „Experten“ hergestellt werden, die ehrenamtlich die Projekte „beraten“). Dies scheint jedoch vor dem Hintergrund der zeitlichen Möglichkeiten (Teilzeitstellen) und dem Bemühen um „vorzeig- und darstellbare Ergebnisse“ (Projektlaufzeit) nicht immer möglich und lässt eher Begrenzungen und Beschränkungen (in den Köpfen) entstehen.

Insgesamt wird im Rahmen der Auswertung deutlich, dass die Vision des Projektes in den Aktivitätsbereichen trägt und die formulierten Prämissen durchaus umgesetzt werden. Es zeigt sich aber auch, dass sich die im Projektantrag formulierten Ziele und intendierten Ergebnisse nicht in der tatsächlichen Laufzeit umsetzen lassen. Dies wird deutlich an Aussagen bezogen auf eine nachhaltige Verankerung des Themas „gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung für Menschen mit (komplexen) Behinderungen“ im Quartier - „ich habe keine Idee wem ich sozusagen den Büroschlüssel in die Hand drücken würde“ oder „egal wo wir anfangen, ist es immer gut, weil Menschen mit Behinderung kommen in der Gesellschaft nicht vor, aber es ist schon ziemlich unbefriedigend weit weg von dem was mal als Ideal stand“.

Bezogen auf eine Weiterentwicklung des Projektes, lassen sich aus der Betrachtung der formulierten Prämissen und der darauf bezogenen Aktivitätsbereiche folgende Punkte festhalten:

1. Zu prüfen ist, ob die Rahmenbedingungen ausreichend gegeben sind, damit die Koordinatorinnen immer wieder neu offene, kreative und flexible Suchbewegung im Quartier umsetzen können. Denn nur so können sich situativ ergebende Gelegenheiten (Situationen und Personen) und die darin liegenden Möglichkeiten entdeckt werden.

2. Zeitgleich erscheint es bedeutsam, eine mögliche Verstetigung und Anbindung an Regelsysteme bereits mit Beginn der neuen Laufzeit mitzudenken und mit den beteiligten Akteuren zu diskutieren. Dabei ist die Unterscheidung hilfreich, ob es sich um zeitlich begrenzte Projekte handelt (z.B. Erarbeitung von Checklisten oder Schulungsmaterialien), hier bedarf es einer nachhaltigen Implementierung in den jeweiligen Organisationen, oder ob es sich um Erprobungsprojekte handelt, die in die Regelstrukturen überführt werden sollen (z.B. Workshop-Reihe oder Maßnahmen der Gesundheitsförderung), hier sind längerfristige und nachhaltige Verantwortlichkeiten von Nöten.

6. Die Rolle der Koordinator*innen in den lokalen Prozessen

Im Folgenden werden die konkreten Aktivitäten und Tätigkeiten der Koordinatorinnen näher betrachtet im Hinblick auf die Rolle, die sie in den lokalen Prozessen einnehmen.

Wie bereits erläutert, musste zu Projektbeginn zunächst eine Annäherung sowohl bezogen auf den Raum (was machen wir wo), die Prämissen (was machen wir wie) und auf die Akteure (was machen wir mit wem) vollzogen werden.

Im Rahmen dieser Orientierungs- und Erkundungsphasen haben die Koordinatorinnen vielfältige Recherchen und Gespräche durchgeführt, um sich Kontakte in vorhandene Netzwerke und Kontakte zu relevanten Akteuren aufzubauen und die Quartiere zu erschließen. Im Rahmen dieser Akquisearbeit wurden Leitfragen für die Interviews und Gruppengespräche entwickelt. So sollte im Projektkontext ein einheitliches Vorgehen trotz der Unterschiedlichkeit der Quartiere gewährleistet werden und die je lokalen Themen, Bedarfe und Interessen individuell aufgedeckt werden, jedoch nach einer modellhaften und vergleichbaren Vorgehensweise.

Als äußerst herausfordernd und im Rückblick hemmend wurden von den Koordinatorinnen dabei die vorab, von den Projektverantwortlichen zugewiesenen Zuständigkeiten zu übergeordneten Themenfeldern erlebt, insbesondere wenn sie von den Akteuren nicht in den Interviews benannt wurden und damit in den lokalen Prozessen und Bedarfsbeschreibungen eigentlich keine Relevanz zugewiesen bekamen. Mit der Anbindung an den Querschnittsbereich „Sozialraumentwicklung“ der ESA und das damit verbundene nachjustieren, wurde von dieser thematischen Zuständigkeit Abstand genommen und die von den Quartierakteuren benannten Bedarfe in den Vordergrund gestellt.

In der Auswertung wird deutlich, dass zwar das Vorgehen, wie die Themen identifiziert werden abgestimmt wurde, die Koordinatorinnen aber unterschiedliche Entscheidungen zur *Vorgehensweise* getroffen haben, um die Themen weiter zu bearbeiten und zu priorisieren. Dies ist von den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Quartieren abhängig, also dort wo bereits eine Arbeitsbasis besteht, wurden Absprachen zum weiteren Vorgehen anders abgestimmt und dort wo dies noch nicht gegeben war, musste erst ein Konsens zur weiteren Vorgehensweise herbeigeführt werden.

Grundlegend ist, eine gemeinsame Entscheidung mit anderen und für die Bearbeitung notwendigen Akteuren aus dem Quartier, erhöht als positiven Effekt die Bereitschaft der involvierten Akteure zur konkreten Mitwirkung und Mitgestaltung und verdeutlicht deren vorhandenes Energiepotential. Die Gewichtung wird dann nicht vorweggenommen und es ist deutlicher welche Akteure zur tatsächlichen Mitarbeit bereit sind. Denn die große

Herausforderung besteht ja darin, die Regelsysteme zur Veränderung anzuregen, um die lokalen Prozesse nachhaltig in Schwingung zu bringen.

Das Projekt „Gesundheit 25*“ arbeitet mit der Begrifflichkeit der „Koordination“. Unter der Bezeichnung „koordinieren“ wird laut Duden verstanden, verschiedene Dinge oder Vorgänge aufeinander abzustimmen, miteinander in Einklang zu bringen.

Betrachtet man die benannten Aktivitäten und Tätigkeiten, so sind Beschreibungen naheliegender wie entwickeln, formen, entwerfen, gestalten, realisieren oder konzipieren.

Dies mag damit zu tun haben, dass sie „Neuland“ betreten haben und neben der Sensibilisierung für die Zielgruppe und ihre Bedarfe zunächst auch Aufbauarbeit leisten mussten, denn bestehende Angebote und Akteure, die das Themenfeld Gesundheitsprävention in den Quartieren für die Zielgruppe bearbeiten, waren so gut wie nicht vorhanden. Grundsätzlich gilt, für die Entwicklung von städtischen Quartieren sind weit verzweigte stabile Kooperations- und Kommunikationsnetzwerke von großer Bedeutung. Dabei lassen sich jedoch zwei Funktionsbereiche unterscheiden. Einmal liegt der Fokus auf der Vermittlung (Dialogmanagement), hierunter sind Moderation, Informationstransfer und Herstellen von lokaler Öffentlichkeit zu fassen. Und zum anderen liegt der Fokus auf der Verstärkung (Projektmanagement)¹⁵, hierunter lassen sich Projektentwicklung, Öffnung und Aktivierung von Institutionen, Ressourcenerschließung und die Verbesserung der lokalen Infrastruktur fassen.

Und auf die Verstärkung im Sinne von Projektentwicklung, das zeigt die Auswertung deutlich, wurde im betrachteten Projektzeitraum der Schwerpunkt gelegt. Dies mag an dem nicht gelungenen Zugang in bestimmte Netzwerke des Gesundheitswesens liegen, vor allem aber scheint auch der Zusammenhang mit der Parteilichkeit für die „unterprivilegierte Gruppe“ der Menschen mit (komplexen) Behinderungen liegen.

So drehen sich die konkreten Aktivitäten und Tätigkeiten darum,

- die im Quartier relevante Schlüsselakteure, Potentiale und Bedarfe aufzudecken;
- den Menschen mit (komplexen) Behinderungen eine Stimme zu verleihen und deren besonderen gesundheitlichen und medizinischen Belange in unterschiedlichen Quartierbezügen zu vertreten;
- das Thema und die identifizierten Ressourcen, Personen und Gelegenheiten zusammenzubringen, um neue Konzepte und Maßnahmen zu entwickeln.

So kann das Rollenverständnis der Koordinatorinnen umschrieben werden mit Begriffen wie „Spürnase“, „Lobbyistin“ oder „Energieträgerin“.

Im Rahmen der sozialräumlichen Entwicklung von Quartieren ist jedoch auch die Funktion einer „intermediäre Instanz“ von Bedeutung, die Brücken schlägt zwischen der Lebenswelt und dem System und damit „Übersetzungsleistungen“ tätigt. Dienlich ist hier die Akzeptanz im Quartier das „Sprachrohr“ für die Zielgruppe zu sein, zudem aber auch in offenen Netzwerken (hier treffen Personen und Institutionen unterschiedlicher Kontexte aufeinander, z.B. Barmbecker Ratschlag) verankert zu sein und immer wieder Diskurse und eine Auseinandersetzung um die konkreten Teilhabemöglichkeiten im Sinne der Artikels 25 der UN-BRK anzuregen.

In den Interviews mit den Koordinatorinnen wurde benannt, dass das Projekt in einigen Stadtteilgremien vorgestellt werden konnte. In der Auswertung der Dokumente zur „Erfassung der zentralen Netzwerke und Gremien“ sind vorrangig Gremien und Netzwerke, die thematisch

¹⁵ Fehren, Oliver (2006): Gemeinwesenarbeit als intermediäre Instanz: emanzipatorisch oder herrschaftsstabilisierend? In: Neue Praxis 6/2006, S. 575-591

mit Gesundheit und/oder Eingliederungshilfe, mit Alter oder mit anderen Projekten der ESA verknüpft sind, benannt. Zwar zeichnet sich auch ab, dass in jedem Quartier eine regelmäßige Teilnahme auch an einem eher offenen und themenvielfältigen Gremium/Netzwerk erfolgt (blau hinterlegt). Inwieweit dies aber über die Vorstellung des Projektes hinaus nutzbar und gewinnbringend ist, wird zu diesem Erfassungszeitpunkt nicht deutlich ausgeführt.

Die folgende Tabelle¹⁶ gibt den Zwischenstand (November 2018) wieder und zeigt die Netzwerke und Gremien auf, die damals als relevant benannt wurden:

Gremium	bestehend seit	Besetzung mit folgenden Akteuren	Turnus der Treffen
Altona-Altstadt			
AG Barrierefreiheit für Alle	2000	aus Gesundheitsamt/Pflegekonferenz	monatlich
Forum „Eine Mitte für alle“	2012	Gremium aus dem Projekt Q8, bestehend aus Institutionenvertretern und Bewohnerschaft	alle 6/8 Wochen
Stadtteilrat Altona-Altstadt	2017	aus Sanierungsbeirat und Stadtteilforum entstanden	quartalsweise
Regelmäßiger Austausch zwischen Q8, G25* und BIWAQ	2017	Projektleitung Q8 und BIWAQ-Koordination	monatlich
Wohnbeirat alsterdorf assistenz west und G25*	2017	Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen	alle 4 Monate
Bergedorf			
BAG-Netzwerktreffen	2015	aus Trägern der EGH, Bildung, Sport, Politik und Bewohnern	alle 8 Wochen
Chancenetz „Senioren“	2018	initiiert vom Träger „Leben mit Behinderung“	alle 8 Wochen
Demenznetzwerk	2012	aus Seniorenbeirat, Stiftungen, Praxen, Kirche, Pflegestützpunkt	alle 4 Monate
Barmbek			
Barmbeker Ratschlag	2000	Akteure und Institutionen des Quartiers Barmbek Nord	monatlich
Q+ meets G25*	2017	im Quartier tätige Q+-Lotsen	monatlich
SIMI meets G25*	2017	Ärzte des SIMI und Koordinatorinnen G25*	quartalsweise
„Gute Besserung“		Elternverein Leben mit Behinderung Hamburg, Angehörige, G25*, SIMI	quartalsweise
Trägerübergreifende AG Krankenhausüberleitung	2017	große Träger der EGH und G25*	quartalsweise

Der Datenlage nach zu schließen, werden Ideen, Konzepte und Aktivitäten vorrangig in Einzelkontakten zu Akteuren und Institutionen entwickelt und diskutiert. Dies birgt die Gefahr, als „Dienstleister“ betrachtet zu werden und weniger als „Gelegenheitenschaffer“, der verschiedenen Akteure zusammenbringt, aktiviert und diese dann gemeinsam die Entwicklung vorantreiben. Es mag letztlich damit zusammenhängen, dass der Zugang in die Quartiere über die Eingliederungshilfe gewählt wurde und laut Aussage kaum trägerübergreifende Vernetzungen auf der Ebene der Wohn- und Tagesgruppen bestehen. Und es mag daran liegen, dass als ein weiteres wichtiges Akteursfeld die niedergelassenen Ärzte bestimmt wurden, die Kontaktabahnung zu ihnen sich aber äußerst schwierig gestaltet hat und bisher nur im Rahmen von hausärztlichen Qualitätszirkeln gelingt.

Das heißt, der Fokus der Koordinatorinnen lag bei der Erschließung der Quartiere vorrangig bei diesen Akteuren. Dies zeigt sich auch deutlich in den Bedarfs- und Potentialanalysen. Auch hier sind kurze Beschreibungen schon bestehender Netzwerke und wichtige Akteure benannt, jedoch ausschließlich aus den Bereichen des Gesundheitssystems und der

¹⁶ Übersicht zur schriftlichen Abfrage der „Erfassung von zentralen Netzwerken/Gremien (Arbeitskreisen, Arbeitsgruppen, Stadtteilkonferenzen, Planungsgruppen, Runde Tische etc.)“ mit Stand 11/2018

Eingliederungshilfe. Unklar ist, ob auch betrachtet wurde, welche anderen Netzwerke und Gremien in den Quartieren existieren und ob und inwieweit eine Auswahl getroffen wurde, an welchen Gremien sie sich sinnvollerweise beteiligen. Die Datenlage zeigt, dass eine Beteiligung an bereits bestehenden Netzwerken und Gremien auf Quartierebene durchaus gegeben ist. Unklar bleibt aber, ob dieser Weg, sich Ressourcen des sozialen Raumes zu erschließen konsequent genutzt wird und Kontakte, von denen im Vorfeld gar nicht klar ist, dass sie mal nützlich sein können, gepflegt werden.

Im Sinne einer sozialraumorientierten Ausrichtung könnte es noch verstärkter darum gehen, die vorhandenen Ressourcen der Menschen selbst und des sozialen Umfeldes zu nutzen. Denn entscheidend ist hier, dass ganzheitliche und inklusive Lösungen entwickelt werden und sich die Regelsysteme dazu auch anders aufstellen und weiterentwickeln. Und dazu können neben den (Einzel-)kontakten auch Netzwerke und Gremien im Quartier entscheidend beitragen. Darüber hinaus könnten so die Akteure angeregt werden, ihre professionellen Tätigkeiten verstärkt ziel- und bereichsübergreifend anzulegen und institutionenvernetzendes und integriertes Handeln wird begünstigt.

Bezogen auf eine Weiterentwicklung des Projektes, lassen sich aus der Betrachtung der Rolle der Koordinator*innen in den lokalen Prozessen folgende Punkte festhalten:

1. Zu betrachten wäre, ob es auch künftig förderlich ist, stark operativ in den Projekten tätig zu sein, oder vielmehr koordinierende und vernetzende Aktivitäten im Vordergrund stehen sollten. Diese Auseinandersetzung könnte auch dazu beitragen, das gelebte Rollenverständnis zu schärfen und das intermediäre Handeln zu stärken.
2. Im Sinne der sozialräumlichen Ausrichtung und der Erschließung der sozialräumlichen Ressourcen könnte diskutiert und bewertet werden, inwieweit die Gremien und Netzwerke, in denen das Projekt eingebunden ist, begünstigen über den eigenen Horizont hinauszublicken und somit das Potential haben, die Teilhabesensibilität der Einzelinstitutionen zu erhöhen und ob sie Orte sind, die über den bloßen Austausch hinausgehen und eine Zusammenarbeit an gemeinsam entwickelten Themen und Aktivitäten ermöglichen.
3. Zudem ist zu erörtern, wie die gemeinsame Bearbeitung der Bedarfe auf Quartiersebene gut gelingen kann und die dafür notwendigen Akteure aus dem Quartier stärker in die Pflicht genommen werden können. Denn als positiven Effekt der konkreten Mitwirkung und Mitgestaltung wird deren vorhandenes Energiepotential sichtbar und zudem begünstigt es Institutionen des Regelsystems zu gewinnen, die die Verantwortung dann auch mit- und weitertragen wenn einzelne Maßnahmen verstetigt werden sollen und das Projekt G 25* beendet ist.

7. Zielgerichtete Aktivitäten der Koordinator*innen

Die vorliegende Evaluation zielt nicht darauf ab, die Gesamtheit der Arbeitsinhalte und tatsächlichen Leistungen der Koordinatorinnen abzubilden. Insbesondere die Fülle an konzeptionellen Überlegungen, an Kontakten und (Einzel-)Gesprächen, an Öffentlichkeitsarbeit etc. bleiben an dieser Stelle unberücksichtigt. Auch geht es nicht darum, einen Vergleich zwischen den einzelnen Quartieren herbeizuführen und die inhaltliche Arbeit gegenüberzustellen.

Denn ganz wesentlich ist, jedes Quartier ist einzigartig und unterscheidet sich hinsichtlich seiner Gegebenheiten vor Ort und in dem Zutun der Akteure in den Quartieren. Und das was an Rahmenbedingungen und Kontext gegeben sind, hat einen nicht unbedeutenden Einfluss auf die zielgerichteten Aktivitäten, die die Koordinatorinnen vor Ort anstoßen können und auf das, was im Rahmen des Projektes an neuen und modellhaften Strukturen aufgebaut werden kann. Im Rahmen des Projektes „Gesundheit 25*“ sollten kleine Ideen entwickelt und erste Lösungen ausprobiert werden, es sollten „kleine Edelsteine“ entstehen und freigesetzt werden.

Und nach diesen „Edelsteinen“ wurde auch im Rahmen der Evaluation gefragt.

Die Koordinatorinnen haben deshalb zu zwei Zeitpunkten (Oktober 2018 und Juni 2019) Dokumente erstellt, die sogenannte Mikroprojekte beschreiben. Unter einem Mikroprojekt wird eine auf das Ziel des Projektes hin ausgerichtete Aktivität verstanden, die aus dem Tun/der Tätigkeit der Koordinator*in heraus entsteht. Zielgerichtete Aktivitäten zielen demnach auf die Verbesserung der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung der Zielgruppe unter Berücksichtigung ihrer besonderen Bedürfnisse ab. Sie können sich sowohl an die primäre Zielgruppe, Menschen mit (komplexen) Behinderungen selbst richten, oder an Akteure aus dem Kreis der sekundären Zielgruppe, also an alle die mit ihnen im Rahmen der Eingliederungshilfe und des Gesundheitswesens unmittelbar oder mittelbar zu tun haben.

Die Erfassungsbögen der zielgerichteten Aktivitäten geben Auskünfte zu den Arbeitsinhalten, den Arbeitsbedingungen und Arbeitsweisen. Sie lassen damit auch Rückschlüsse zu auf die im Quartier gegebenen Möglichkeiten und Bedarfe zu und die aktivierungsbereiten Akteure. Sie dienen nicht dazu, die Leistungen der Koordinatorinnen zu beurteilen, sondern bilden vielmehr den Kontext ab, in dem sich die zielgerichteten Aktivitäten entfalten können.

So dienen sie auch nicht dazu, die unterschiedlichen Anforderungen und den Arbeitsaufwand zu dokumentieren. Aber sie vermitteln einen Eindruck von der Verschiedenheit der Aktivitäten und geben Hinweise darauf, in welcher Weise die Mikroprojekte durch die Koordinatorinnen in den Quartieren umgesetzt werden.

In den Erfassungsbögen wurde danach gefragt,

- in welche Zielebenen die Aktivität vorrangig zuzuordnen ist,
- was der Anlass, Auslöser, Hintergrund dafür ist,
- welche Beiträge/Leistungen die Koordinatorin zur Planung, Umsetzung, Begleitung des Mikroprojekts getätigt hat,
- welche besonderen Effekte im Hinblick auf die Zielebene gesehen wird,
- welche förderlichen und hemmenden Faktoren bei der Umsetzung aufgetreten sind,
- welche professionellen und nicht-professionellen Akteure an der Planung und Umsetzung des Mikroprojekts beteiligt waren, welche übergreifende Zusammenarbeit also realisiert werden konnte,
- wer die Nutznießer des Mikroprojektes sind und
- welche Rückmeldungen aus dem Quartier bzw. von Beteiligten erfolgt sind, wie sie also den Erfolg beurteilen und welche Effekte gesehen werden.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt wurden Dokumentationen zu 11 Mikroprojekte erstellt.

Die folgende Tabelle zeigt, zum Zeitpunkt Oktober 2018 waren zwei davon umgesetzt, sechs befanden sich bereits in der Umsetzung und drei befanden sich noch in der Planung.

Quartier	Bezeichnung	Status
Altona-Altstadt	Gesundheitskompass „Große Bergstraße“	<i>in Planung</i>
	Schulung für niedergelassene Ärzte	<u>umgesetzt</u>
	Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung (Material)	<i>in Planung</i>
Bergedorf	Fit im Team	in Umsetzung
	Fit im Team Fotospaziergänge	in Umsetzung
	Doppeldiagnosen	<i>in Planung</i>
	Hausärzte/Qualitätszirkel	<u>umgesetzt</u>
	Bedarfsorientierte Pflege im Krankenhaus	in Umsetzung
	Überleitungsmanagement (Entlassung in Häuslichkeit)	in Umsetzung
Barmbek und Umgebung	Überleitungsmanagement (während Aufenthalt und Entlassung)	in Umsetzung
	Gesundheitspavillon	in Umsetzung

Mit dem Wechsel der Koordinatorin für Altona-Altstadt, wurden die dort benannten Mikroprojekte nicht weiter fortgeführt.

Im Rahmen des Reflexionsworkshops wurde gemeinsam entschieden, die Erfassungsbögen zu modifizieren und sich auf eine Auswahl zu beschränken. Denn als zentrale zielführende Aktivitäten sehen die Koordinatorinnen die vielzähligen Einzel- und Gruppengespräche und die vielzähligen face-to-face Kontakte zu Akteuren im Quartier, die wesentlich für das Projekt insgesamt sind. Diese werden durch die Erfassung der Mikroprojekte jedoch nicht berücksichtigt. Und zudem wurden von ihnen vorrangig Mikroprojekte benannt, die sich aus vielzähligen kleineren Aktivitäten ergeben und vorrangig größere und längerfristige Vorhaben/Unterfangen abbilden.

Deshalb wurden in die Erfassung der zielgerichteten Aktivitäten Fragen danach aufgenommen,

- wie und mit wem die Projektidee entwickelt wurde,
- wer zum Erfolg des Projektes als Mitspieler*in, Fürsprecher*in, oder im Ebnen von Hürden beigetragen hat,
- welche Ressourcen generell und welche Ressourcen des Quartieres für das Mikroprojekt akquiriert werden konnten und
- wie das Potential der Übertragbarkeit eingeschätzt wird.

Letztlich konnten sechs zielgerichtete Aktivitäten zum zweiten Erhebungszeitpunkt erfasst werden:

- **Fortbildungen für Ärzte** im Rahmen der Qualitätszirkel
- **Tagung** zum Thema „Gesundheitsförderung inklusiv: partizipativ und sozialräumlich!“
- **Je Quartier** ein Mikroprojekt im Kontext des **Überleitungsmanagements vom Krankenhaus**
- **Fit im Team - Gesundheit inklusiv (FiT)**, ein partizipativ gestaltetes Programm der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit komplexen Behinderungen im Setting Tagesförderstätte
- **Workshop-Reihe „Ganz gesund“** als niederschwelliges Angebot für Menschen mit leichten-schweren Lernschwierigkeiten zu Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalt

Die Auswertung der Erfassungsbögen zeigt, dass in allen sechs beschriebenen Mikroprojekten die Verantwortung für die Planung und Durchführung grundsätzlich bei den Koordinatorinnen liegt.

Dabei zeigt sich ein Aufgabenspektrum, das die Ideenentwicklung wie auch Konzepterarbeitung und Umsetzung beinhaltet, das von den Koordinatorinnen Funktionen wie Moderation, Bündelung und Aufbereitung, Organisation von Rückkopplungsschleifen bzw. einer partizipativen Ausgestaltung, der Ressourcenakquise und Dokumentation abverlangt und letztlich von der Prozessplanung bis zur Prozesssteuerung und Verstetigung reicht.

Die Auswertung zeigt, nicht immer ist es gelungen die Mikroprojekte grundlegend partizipativ auszugestalten, obgleich alle Mikroprojekte an geäußerte Bedarfslagen anschließen. Dies liegt insbesondere daran, dass es zwar gelungen ist die Bedarfe aufzugreifen, es aber in der Ergründung dieser noch nicht ausreichend genug gelungen ist, vorhandene Energiepotentiale aufzuspüren und die Mikroprojekte daraufhin zu entwickeln. Das heißt, der überwiegende Teil der Energie muss während des gesamten Prozesses von den Koordinatorinnen selbst geleistet werden, sie müssen fortwährend Energien auf- und nachspüren. Und sie sind darauf angewiesen bei der Konkretisierung immer wieder für Mitstreiter*innen und Kooperationspartner*innen zu werden.

Darüber hinaus ist es jedoch gelungen, die Mikroprojekte zum Teil inklusiv zu erarbeiten bzw. einschätzen/bewerten zu lassen und zudem Ressourcen des Sozialraumes einzubinden wie Räume, Menschen (z.B. Ehrenamtliche), Materialien (z.B. der Sportvereine), und Expertenwissen (z.B. Trainerinnen, Kulturschaffende von barner 16).

Zudem sind (bis auf die Tagung und die Fortbildungen) große Projekte entwickelt geworden, die sich aus vielen kleineren Unterprojekten speisen und die als modellhafte neue Lösungswege erprobt und entwickelt werden konnten, denn alle sind vom Grunde her übertragbar bzw. haben übertragbare Manuals, Vorgehensweisen und Materialien erarbeitet.

In den sechs Mikroprojekten wird als Ausgangspunkt benannt, dass sich die Aktivitäten der Koordinatorinnen beziehen auf ein

- **„einklinken** in ...“ (Qualitätszirkel, Tagung);
- **„aufgreifen** mit ...“ (erkannten Lücken im Rahmen des Überleitungsmanagements);
- **„antreiben** von ...“ (Konzeptideen wie FiT und Ganz gesund).

Betrachtet man nun die für das Projekt formulierten Zielebenen (siehe Schaubild des Projektes, S. 12) so lassen sich wiederum Ebenen/Handlungsfelder beschreiben, auf denen im Rahmen der Mikroprojekte Effekte erzielt werden.

Zielebenen:

Sensibilisierung der Betroffenen für die eigene Gesundheit

Sensibilisierung der Ärzte und Fachkräfte der Eingliederungshilfe

sektorenübergreifende Kompetenznetzwerke und Kommunikationsanlässe

Lobbyarbeit für die besondere Gesundheitslage

Ebenen/Handlungsfelder auf denen Effekte erzielt werden (Interaktion/Intervention):

Klient

TEILHABE

Professionelle Haltung/ das Richtige TUN

Einrichtungen Kooperationen/ es richtig TUN

Quartier

STRUKTUREN

Bezogen auf die Menschen mit Behinderung selbst (Klient), geht es um Effekte, die die Teilhabe erhöhen bzw. das Potential dazu aufweisen.

Bezogen auf die Fachkräfte des Gesundheitswesens und der Eingliederungshilfe (Professionelle) handelt es sich um Effekte, die Effekte zeigen hinsichtlich einer veränderten Haltung, es geht darum das Richtige zu tun.

Bezogen auf die beteiligten Organisationen/Institutionen (Einrichtungen) geht es um Effekte, die die Kooperationen und den Vernetzungsgrad erhöhen und es richtig zu tun.

Und bezogen auf die Lobbyarbeit (im Quartier) geht es um Effekte, die die bestehenden Strukturen verändern und weiterqualifizieren.

Aus der Queralanalyse der Erhebungsbögen lassen sich neben den Handlungsfeldern und deren Effekten noch weitere Konkretisierungen ableiten. So können aus den Beschreibungen der Koordinatorinnen Aussagen gebündelt und zusammengefasst werden.

Zielebenen:

Sensibilisierung der Betroffenen für die eigene Gesundheit

Sensibilisierung der Ärzte und Fachkräfte der Eingliederungshilfe

sektorenübergreifende Kompetenznetzwerke und Kommunikationsanlässe

Lobbyarbeit für die besondere Gesundheitslage

Handlungsfelder in denen Effekte erzielt werden (Interaktion/Intervention):

Klient

TEILHABE

Professionelle Haltung/ das Richtige TUN

Einrichtungen Kooperationen/ es richtig TUN

Quartier

STRUKTUREN

Worum geht es?

Ermächtigung, Autonomie, Selbstbestimmung

Worum geht es?

Was wird getan und wie wird es getan

Worum geht es?

Was alles wird deshalb getan

Worum geht es?

Wie und womit wird es getan

Und wie?

- Wissen aufbereiten, bereitstellen
- Informieren, dass wohlinformierte Entscheidungen getroffen werden können
- Sensibilisieren

Und wie?

- Wissen der Professionellen erweitern
- Sensibilisieren um Blickwinkel zu verändern
- Verändertes organisatorisches Handeln

Und wie?

- Vernetzung/Zusammenarbeit
- Integriertes/abgestimmtes Handeln
- Verändertes organisatorisches Handeln
- Angepasste/modifizierte Angebote

Und wie?

- Themen platzieren
- Wissen erweitern
- Zugänge eröffnen, bereitstellen
- Ressourcen nutzbar machen
- Netzwerkebene erweitern (Profinetzwerk +)

Wo (k)ein Wille ist, ist auch (k)ein Weg

(Ausschnitt bei Schulungsunterlagen von Steffen Burkhardt von Lüttringhaus)

Tatsachen sind veränderbar, sie sind eine Sache der Tat

(Ausschnitt bei Schulungsunterlagen von Steffen Burkhardt von Lüttringhaus)

Wer vernetzt ist, erschließt sich Wissen und Ressourcen

(Ausschnitt bei Schulungsunterlagen von Steffen Burkhardt von Lüttringhaus)

Man kann nur die Ressourcen nutzen, die man kennt

(Ausschnitt bei Schulungsunterlagen von Steffen Burkhardt von Lüttringhaus)

Betrachtet man die Beschreibungen des konkreten Tuns der Koordinatorinnen, so ergeben sich bezogen auf die Handlungsfelder weitere Systematisierungen (*Worum geht es? Und wie?*).

So zielen die Mikroprojekte, die auf der Klienten-Ebene verortet werden, darauf ab, dass die Menschen ermächtigt werden, ihre Autonomie gestärkt und der Grad ihrer Selbstbestimmung erhöht werden.

Mikroprojekte, die sich an die Professionellen richten, ergründen einerseits bisherige Handlungsweisen und fragen danach was getan und wie es getan wird und versuchen andererseits darauf hinzuwirken, dass diese Handlungsweisen modifiziert und besser/geeigneter auf die Bedarfe der Zielgruppe reagiert werden kann.

Mikroprojekte, die auf der Ebene der Einrichtungen verortet werden, zielen ebenfalls die Veränderung und Anpassung der Handlungsweisen ab. Jedoch sind sie nicht auf den einzelnen Mitarbeitenden gerichtet, sondern fassen grundlegend veränderte organisatorische Handlungsweisen und Angebotsstrukturen ins Auge und zielen auf abgestimmtes und integriertes Handeln, das sich durch eine veränderte Zusammenarbeit und stärkere Vernetzung ergibt.

Und die Mikroprojekte, die sich auch an die Ebene des Quartiers richten, zielen auf die Erweiterung von Wissen, auf veränderte Zugänge ab und ermöglichen die Nutzung von im Quartier vorhandenen Ressourcen und erweiterten Profinetzwerken.

Zusammenfassend können die in den Dokumenten benannten und verdichteten Interaktionen und Interventionen bezogen auf die Handlungsebenen und deren Effekte auf einige Teaser verdichtet werden, die plakativ darstellen und versinnbildlichen, woraus sich die Energien speisen, was die Koordinatorinnen innerlich anzutreiben scheint und welche Visionen in den Analysen als leitend zutage treten.

- Bezogen auf die Handlungsebene der Klienten und dem Ziel einer erhöhten Teilhabe gilt der Slogan „*Wo (k)ein Wille ist, ist auch (k)ein Weg*“
- Bezogen auf die Handlungsebene der Professionellen und dem Ziel eine veränderte Haltung zu unterstützen lautet der Slogan „*Tatsachen sind veränderbar, sie sind eine Sache der Tat*“
- Bezogen auf die Handlungsebene der Einrichtungen und dem Ziel die Kooperation zu festigen und Vernetzung voranzutreiben heißt der Slogan „*Wer vernetzt ist, erschließt sich Wissen und Ressourcen*“
- Und bezogen auf die Handlungsebene des Quartiers ist der Slogan leitend „*Man kann nur die Ressourcen nutzen, die man kennt*“

Die nachstehende Übersicht zeigt, wie die Mikroprojekte durch die jeweils verantwortliche Koordinatorin eingeordnet werden, also welche Zielebenen im Wesentlichen bedient werden.

Naheliegend ist, dass die Fortbildungen, die im Rahmen von Qualitätszirkeln der Hausärzte und perspektivisch auch für Zahnärzte angeboten und durchgeführt werden, weniger das Ziel verfolgen, sektorenübergreifende Kompetenznetzwerke und Kommunikationsanlässe zu schaffen. Denn das hat die Erfahrung gezeigt, sind Ärzte vorrangig Einzelkämpfer und auf sich gerichtet.

Auch dass sich die Tagung nicht an die Zielgruppe selbst gerichtet hat, ist nachvollziehbar.

Interessant ist, dass sich bezogen auf die Mikroprojekte zum Krankenhaus-Überleitungsmanagement die Einschätzungen der Koordinatorinnen unterschieden, einmal wird als wesentlich benannt, dass sektorenübergreifende Kompetenznetzwerke und Kommunikationsanlässe entstehen und bei dem andern Quartier, dass es um Lobbyarbeit für die besondere Gesundheitslage der Zielgruppe geht. Wie sich diese unterschiedliche Einschätzung/Bewertung ergibt, lässt sich aus dem Datenmaterial nicht ableiten.

Ableiten lassen sich jedoch deutliche qualitative Unterschiede in den Rahmenbedingungen der beiden Mikroprojekte.

So war in dem einem Quartier kein wirkliches/nachhaltiges Engagement der Leitungsebene der EGH zur Mitarbeit spürbar, die inhaltliche Arbeit durch die Leitung des beteiligten Krankenhauses nicht mitgetragen, das Mikroprojekt war von dem Engagement von Einzelpersonen geprägt, die keine Freistellung für die Projektarbeit erhalten haben.

Im Gegenzug dazu konnte im anderen Quartier darauf aufgebaut werden, dass das Thema generell im Rahmen einer gemeinsamen Veranstaltung beschlossen wurden, der thematische Umfang von einer Koordinierungsgruppe ausgearbeitet und festgelegt werden konnte, das Thema Überleitungsmanagement von der Krankenhausleitung getragen und in die Hierarchie transportiert wurde und die Stationsleitungen eine Freistellung für die Teilnahme an den Arbeitstreffen erhalten haben.

Das Programm „Fit im Team“ als Angebot der Gesundheitsförderung ist in seiner Konzeptionierung darauf ausgelegt, dass der Mensch mit Behinderung mit der Assistenz oder der Betreuungskraft als Tandem geschult wird und idealerweise dort erlernte Techniken und Methoden in die Alltagsgestaltung aufgenommen werden. Dies erklärt auch, dass nicht auf sektorenübergreifendes Handeln abgezielt wird.

Und die Workshop-Reihe „Ganz gesund“ ist konzeptioniert als Workshop von und für die Zielgruppe.

Für beide letztgenannte Mikroprojekte gilt, sie haben aus Sicht der Evaluation auch Anteile der Lobbyarbeit, es geht bei beiden Mikroprojekten auch darum, die beteiligten/anwesenden Fachkräfte über die besonderen Bedarfe aufzuklären und zu sensibilisieren.

Zielebenen:

<i>Sensibilisierung der Betroffenen für die eigene Gesundheit</i>	<i>Sensibilisierung der Ärzte und Fachkräfte der Eingliederungshilfe</i>	<i>sektorenübergreifende Kompetenznetzwerke und Kommunikationsanlässe</i>	<i>Lobbyarbeit für die besondere Gesundheitslage</i>
---	--	---	--

Ebenen/Handlungsfelder auf denen Effekte erzielt werden (Interaktion/Intervention):

<i>Klient</i> TEILHABE	<i>Professionelle Haltung/ das Richtige TUN</i>	<i>Einrichtungen Kooperationen/ es richtig TUN</i>	<i>Quartier</i> STRUKTUREN
----------------------------------	---	--	--------------------------------------

Einordnung der Mikroprojekte durch die Projektleitungen (Welche Zielebenen werden im Wesentlichen bedient?)

<i>Fortbildungen</i> <i>KH-Überleitung (beide)</i> <i>Fit im Team</i> <i>Ganz gesund</i>	<i>Fortbildungen</i> <i>Tagung</i> <i>KH-Überleitung (beide)</i> <i>Fit im Team</i>	<i>Tagung</i> <i>KH-Überleitung (Barmbek)</i>	<i>Fortbildungen</i> <i>Tagung</i> <i>KH-Überleitung (Bergedorf)</i> <i>Fit im Team</i> <i>Ganz gesund</i>
---	--	--	--

In den Erfassungsbögen wurde auch nach Hinweisen auf eine übergreifende Zusammenarbeit gefragt, indem die Koordinatorinnen gebeten wurden, die wesentlichen Beteiligten an der Planung/Entwicklung, der Durchführung/Umsetzung und nach sogenannten „Förderern“ aufzuführen.

Mikroprojekt	wesentliche Beteiligte	Mitstreiter	Fürsprecher
Fortbildungen	ESA SIMI und deren Netzwerke	Ärztchammer HH Zahnärztkammer HH Betreuungsverein LmBHH GKS (Krankenpflegeschule)	---
Tagung Gesundheitsförderung inklusiv: partizipativ und sozialräumlich!	HAG	LmBHH	---
Krankenhaus-Überleitungsmanagement (Bergedorf)	Hausleitungen Assistenzkräfte Stabstelle Demenz Sozialdienst	Sozialdienste Hausleitungen Stabstelle Demenz	BAG Bergedorf
Krankenhaus-Überleitungsmanagement (Barmbek)	Schnittstellen EGH/Pflege der aaost und aawest LmBHH Fachbereichsleitung Sozialkontor Stationsleitungen Hausärztliche Ambulanz	Stationsleitungen Patientenanmeldung Sozialdienst Hausleitungen	Hausleitungen Stationsleitungen Betreuungsverein LmBHH
Fit im Team – Gesundheitsförderung im Setting Tagesstätte	LmBHH Trainerinnen Tagesstätte Leitung Tandems	Haus im Park – Körper-Stiftung HAG SVNA – Sportverein Heilerziehungspflegeschule	Leitung der Tagesstätten von LmBHH
Ganz gesund – Workshop-Reihe	Barner 16 Einrichtungen, die die Workshops durchführen lassen Ehrenamtliche Gesundheitsberaterin		

Deutlich wird, es handelt sich überwiegend um professionelle Akteure.

Zudem zeigt sich, dass insbesondere der Player „Elternverein Leben mit Behinderung Hamburg“ wesentliche Anteile an der Ausgestaltung der zielgerichteten Aktivitäten hat. Woran das im Einzelnen liegt, kann im Rahmen der Evaluation nicht erklärt und dargestellt werden.

Noch nicht deutlich genug wird, welche Akteure aus den Gesellschaften der ESA selbst an dem Projekt G 25* insgesamt mitwirken bzw. ob es gelungen ist, den Häusern mögliche win-win-Situationen deutlich zu machen oder herzustellen. Dies mag natürlich auch damit zusammenhängen, dass Arztbesuch und Krankenhausaufenthalt nicht gleichermaßen in den einzelnen Häusern und Gruppen relevant ist und zum Alltagsgeschehen gehört. Gesundheitsprävention generell ist allerdings nicht abhängig davon und hier scheint das Potential sowohl im Bewusstsein und der Wertigkeit als auch in der Konzeptionierung, Umsetzung/Durchführung von Mikroprojekten selbst noch unzureichend präsent zu sein.

Interessant ist zudem, dass das SIMI als zentrale Versorgungsstruktur nicht als Fürsprecher wahrgenommen wird, ebenso wie die Ärztekammern.

Insgesamt ist aus den Erfassungsbögen nicht hinreichend abzuleiten, ob in den Projektplanungen die Überlegungen konsequent vorgesehen waren und diskutiert wurden, wie die Mikroprojekte über den Kreis der direkt Beteiligten hinausgetragen und

in den Quartieren und den grundlegend als relevant identifizierten Akteuren als erfolgreiche Modelle öffentlich gemacht werden. Dies ist aus dem Verständnis der Evaluation zudem Leitungsaufgabe, danach wurde in den Erhebungen nicht explizit gefragt.

Da das Projekt G 25* in den ausgewählten Modellquartieren auf die Verbesserung der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen und die Sensibilisierung aller relevanten Akteure für die Bedarfe und Bedürfnisse insbesondere von Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen abzielt, wird nun der Blick auf das gerichtet, was an Ertrag durch die Koordinatorinnen bezogen auf die Mikroprojekte aufgeführt wurde.

Dabei kann zwischen materiellen Produkten und immateriellen Effekten unterschieden werden.

Die immateriellen Effekte lassen sich nicht so einfach übertragen, sie sind vielmehr das Ergebnis der Zusammenarbeit und der Abstimmungsprozesse, sie sind das, was an „Humus“ bei den relevanten Akteuren des Quartiers entstanden ist und der Nährboden für eine weiterführende Kooperation, für ein integriertes Handeln und für eine veränderte Haltung. Gleichwohl kann im Hinblick auf eine mögliche Übertragbarkeit festgehalten werden, dass eben auch genau das angegangen werden muss, nämlich gegenseitiges Vertrauen aufzubauen, und tragfähige Vereinbarungen und abgestimmte Standards zu entwickeln.

Im Rahmen der zielgerichteten Aktivitäten sind zudem materielle Produkte entstanden, die einmal entwickelt, ohne große Einbußen durch Akteure anderer Quartiere aufgegriffen werden und Anwendung finden können. Aber auch hier gilt, die Produkte entfalten nur ihre gesamte Wirkung, wenn eine Sensibilisierung und ein Bewusstsein für die Besonderheiten der Zielgruppe bestehen.

Materielle Produkte	Immaterielle Effekte
<i>Broschüren und Infomaterial</i> zu Arztbesuchen und Vorsorge in einfacher Sprache	sich Kennenlernen und Voneinander lernen durch <i>persönliche Kontakte</i>
<i>Materialien und Checklisten</i> zum Überleitungsmanagement ins Krankenhaus bzw. zur Entlassung	<i>gegenseitiges Verstehen</i> von, organisatorischen Zwängen/ Gegebenheiten und Abläufen
<i>Anamnesebögen</i> in Form von „Ich-Bögen“ <i>Kontaktlisten</i> der Ansprechpartner*innen des Krankenhauses	<i>Klärung</i> der Zuständigkeiten und Verantwortungsübernahme
<i>Modulhandbuch und Schulungsmaterialien</i> von „Fit im Team“	<i>Vereinbarungen</i> zu Vorgehensweisen und Abläufen
<i>Workshopreihe</i> „Ganz gesund“ und die produzierten <i>Videoclips</i>	gemeinsam entwickelte <i>Standards</i> zur <i>Zusammenarbeit</i>

Bezogen auf eine Weiterentwicklung des Projektes, lassen sich aus der Betrachtung der zielgerichteten Aktivitäten folgende Punkte festhalten:

1. Gegenseitiges Verstehen benötigt Offenheit, Zeit, aber auch Gelegenheiten und Anlässe. Die Koordinatorinnen haben die Aufgabe, den Rahmen dafür auszutariieren und Möglichkeiten auszuloten. Dabei ist immer wieder danach zu suchen, wer Zugänge schaffen kann und entsprechend mit Macht ausgestattet ist, dies zu befördern.
2. Veränderungen in organisationalen Abläufen zu schaffen, heißt „dicke Bretter bohren“. Dabei ist darauf hinzuwirken, dass keine einseitigen Erwartungen an den Gesundheitsbereich formuliert werden, sondern ebenso entscheidend ist dass sich der Bereich der Eingliederungshilfe anders aufstellt, z.B. bezogen darauf, dass und wie gesundheitsrelevante Themen angesprochen werden, wie auf Kontakte zum Gesundheitssystem vorbereitet wird und dass mehr gesundheitsfördernde Aspekte im Alltag implementiert sind.
3. Zudem ist zu diskutieren, wie die entwickelten Materialien öffentlich gemacht werden können, so dass sie über die Modellquartiere hinaus bekannt werden und Anwendung finden können. Hilfreich könnte zudem sein, verstärkt Fürsprecher zu finden, die dies befördern.
4. Und bezogen auf die Modellquartiere und die dort umgesetzten Mikroprojekte ist danach zu suchen, wie die Übertragbarkeit in Regelstrukturen begünstigt wird und gelingen kann, so dass Verantwortlichkeiten vom Regelsystem und einzelnen Akteuren übernommen werden und die Abhängigkeit davon, ob durch Gesundheit 25* weiterhin Ressourcen bereitstehen, gemindert wird. Es gilt „Kümmerer“ im Quartier zu finden.

8. Fit im Team – Gesundheit inklusiv (FiT)

Im Rahmen der Evaluation sollte eine zielgerichtete Aktivität näher betrachtet und ausgewertet werden. Gemeinsam mit den Projektverantwortlichen wurde das Gesundheitsförderungsprogramm „Fit im Team – Gesundheit inklusiv“ ausgewählt¹⁷.

Fit im Team - Gesundheit inklusiv (FiT) ist ein partizipativ gestaltetes Programm der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit komplexen Behinderungen im Setting Tagesförderstätte.

Das Programm ist ein Novum, denn bisher existierten hamburgweit keine Programme der Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe. Doch gleich welche Beeinträchtigung durch die Behinderung besteht, bewusstseinsbildende Angebote/Maßnahmen für Gesundheit sind, das hat das Programm gezeigt, möglich. Das Setting Tagesstätte wurde dabei bewusst gewählt, hier sind die Menschen, die nicht in einer Werkstatt tätig sein können, beschäftigt. Und hier wird im Rahmen von tagesstrukturierenden Maßnahmen auch ein Teil der persönlichen Assistenzzeit realisiert.

Fit im Team soll Gruppenerlebnisse ermöglichen, neue Orte außerhalb der Tagesstätte erschließen (Ortswechsel) und zielt auf eine Implementierung in den Alltag ab.

¹⁷ Zur Auswertung lagen Dokumente vor wie: Exposé, Projektbeschreibungen, Anträge zur Projektförderung, Protokolle zu Planungstreffen und Auswertungsgesprächen, der Erfassungsbogen einer zielgerichteten Aktivität

„Fit im Team“ ist eine gemeinsam entwickelte Lösung für den aufgedeckten Bedarf, dass bestehende Angebote für diese Zielgruppe nicht erreichbar sind, nicht niederschwellig genug und vor allem nicht an den individuellen Möglichkeiten und Einschränkungen angepasst. Und genau deshalb wurde ein Manual entwickelt, das sich an Tandems richtet, ein Beschäftigte*r der Tagesstätte gemeinsam mit einer persönlichen Assistenz. Durch diese Kombination sollen die Menschen selbst sensibilisiert werden für Gesundheit und zeitgleich können die Fachkräfte der Assistenz das Programm, die Übungen, die Reaktionen miterleben. Sie haben dann im Anschluss die anspruchsvolle Aufgabe, gelernte gesundheitsfördernde Aspekte in den Alltag zu integrieren.

Das besondere an FiT ist, es ist ein Grundgerüst entwickelt worden, das zwar konkrete Ideen enthält, welche Botschaften und Inhalte in den einzelnen Themenbereichen (Ernährung, Bewegung, Entspannung und Gesund leben - Ressourcen erkennen und fördern) vermittelt werden sollen. Aber es ist bezogen auf die Übungen, Hilfsmittel, Materialien und Vermittlungsformen flexibel genug, um auf die jeweiligen individuellen Möglichkeiten der Beschäftigten eingehen zu können und dies sowohl bezogen auf die Formen der Behinderung wie auch auf persönliche Eigenarten.

Dies setzt jedoch auch eine intensive Vorbereitung der Gesundheitstage an sich, wie auch der Trainer*innen voraus. Zudem sind feste Feedbackschleifen integriert, die Tandems werden um Rückmeldungen gebeten in Form von Fragebögen und Auswertungsgesprächen, die bildlich protokolliert werden. Insgesamt erfordert dieses Vorgehen eine intensive Vor- und Nachbereitung und bei jedem Durchlauf entsprechende Anpassungen. Damit dies gelingt, übernimmt G 25* bisher die Verantwortung bezogen auf Planung und Steuerung.

Die Auswertung der Dokumente zeigt ein umfangreiches Spektrum an Aufgaben, die bisher der Koordinatorin obliegen:

- Konzeptentwicklung und spezifische Anpassungen
- Prozessplanung und –steuerung;
- Mittelakquise
- Teilnehmerakquise und –auswahl
- feedbackbasierte Evaluation und Transformation
- Moderation und Dokumentation

Im Erfassungsbogen der zielgerichteten Aktivität wurden als wesentliche Zielebenen die Klienten und Fachkräfte benannt. Die Auswertung aller Materialien zeigt jedoch auch beabsichtigte Effekte in den beiden andere Handlungsebenen – Einrichtung und Quartier – auf. Möglicherweise sind diese Effekte in den ersten beiden Durchführungsläufen noch nicht zum Tragen gekommen. Die Planungen zeigen aber auf, angedacht ist:

- Die teilnehmenden Fachkräfte sind die Multiplikatorinnen für gesundheitsfördernde Aspekte in ihren Einrichtungen und tragen die Inhalte und Erkenntnisse aus der Schulung weiter und integrieren sie nachhaltig in die Alltagsaktivitäten der Tagesstätte.
- Eine Informationsveranstaltung für potenzielle Kooperationspartner aus dem Quartier (Sportvereine, Beiräte, Ehrenamtsinitiativen etc.), bei dem auch sondiert werden soll, inwieweit Kooperationen künftig möglich sind.

Hier wird deutlich, eine Verstetigung ist nicht nur davon abhängig, dass das Programm in bestehende Bildungsangebote integriert und finanziert wird, sondern es braucht zeitgleich für jeden Durchlauf einen „Kümmerer“, jemand der dafür Sorge trägt, dass die Inhalte auf die konkreten Teilnehmenden abgestimmt werden, der die Schnittstellen zwischen Tagesstätte, Tandems und Trainer*innen bearbeitet und der die fortlaufende Qualitätsentwicklung des Angebotes vorantreibt.

Die nachfolgende Darstellung zeigt die Auswertung und Einordnung des Programms „Fit im Team - Gesundheit inklusiv“ in der schematischen Übersicht der Zielebenen und errichteten bzw. erreichbaren Effekten bezogen auf die Handlungsfelder.

Fit im Team – Gesundheitsförderung im Setting Tagesstätte

Auslöser: es sind keine Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Behinderung im Setting Tagesstätte vorhanden, Bestehendes ist nicht erreichbar, niederschwellig bzw. an die Möglichkeiten der Betroffenen angepasst

Aufgabe der Koordinatorin: Konzeptentwicklung und –anpassung; Prozessplanung und –steuerung; Mittelakquise, Teilnehmerakquise und –auswahl; feedbackbasierte Evaluation und Transformation

Zielebenen:

Sensibilisierung der Betroffenen für die eigene Gesundheit

Sensibilisierung der Ärzte und Fachkräfte der Eingliederungshilfe

*Sektorenübergreifende Kompetenznetzwerke und Kommunikationsanlässe**

*Lobbyarbeit für die besondere Gesundheitslage**

Handlungsfelder in denen Effekte erzielt werden (Interaktion/Intervention):

Klient TEILHABE	Professionelle Haltung/ das Richtige TUN	Einrichtungen Kooperationen/ es richtig TUN	Quartier STRUKTUREN
<ul style="list-style-type: none"> Module zu Ernährung, Bewegung, Entspannung Durch Reflexionen, Nachgespräche Durch tatsächliches Erleben, Tun Alltagsnah/alltagspraktische Maßnahmen der Gesundheitsförderung Individuell angepasste Hilfsmittel Auf individuelle Möglichkeiten abgestimmte Förderung individuelle Fähigkeiten und Ressourcen im Vordergrund 	<ul style="list-style-type: none"> Fähigkeiten zur Stärkung gesundheitsfördernder Maßnahmen Verantwortlich für nachhaltige Umsetzung im Alltagsgeschehen Techniken und Methoden Blick auf Potentiale Veränderung Setting TaFö 	<ul style="list-style-type: none"> Sondierungsgespräche Fortbildung für MA EGH Einbindung von Projekten/Bereichen außerhalb der TaFö des Trägers Imbhh Multiplikatoren-Effekt 	<ul style="list-style-type: none"> Im Quartier aktive Trainer:innen haben sich weiterqualifiziert und die Schulungsinhalte modifiziert Kontakt zur Körper-Stiftung – Ressource Raum Sensibilisierung und Förderung der HAG, Fortlaufende Kooperationen Ressourcen des Sportvereins (Trainer:innen, Material) Als Thema Bestandteil der Ausbildung in Heilerziehungspflegeschule Manual ermöglicht dauerhafte Aufnahme ins Programm der Erwachsenenbildung

Novum: Bewusstseinsbildung im Kontext Behinderung

- für Gesundheit generell (Klienten und FK)
- Sensibilisierung bezogen auf die eigene Gesundheit bzw. des Klienten

Modellhaftes/Verstetigung: Modulhandbuch und Hand-outs; Zertifizierungsverfahren GKV- bzw. individuelle Absprachen zur Kostenübernahme; kann wiederholt und grundsätzlich auch an anderen Orten durchgeführt werden, Inhalte sind aber auf die neuen Tandems und den Möglichkeiten anzupassen; Programm ist immer mit den teilnehmenden TaFös abzustimmen, hoher Kooperationsaufwand; in der EGH ist Gesundheit oft nur ein Randthema

* Diese beiden Zielebenen wurden durch die Koordinatorin nicht priorisiert, der Fokus der zielgerichteten Aktivität liegt für sie in den beiden anderen Ebenen

Das Programm ist bis dato zweimal durchgeführt worden.

Der erste Durchlauf diente vor allem auch der Erprobung und Entwicklung, insbesondere hinsichtlich des Formates, der konkreten Abläufe der Gesundheitstage, der Handouts, der Auswertungs- und Rückkopplungsschleifen und des zu erstellenden Manuals.

Im zweiten Durchlauf wurde das entwickelte Konzept erneut umgesetzt und versucht, somit eine nächste Stufe der Verstetigung und Qualifizierung zu erreichen die perspektivisch eine Einbettung in ein hamburgweites Schulungsprogramm ermöglicht.

Im Rahmen dieser Evaluation sollte durch die schriftliche Befragung der Fachkräfte der teilnehmenden Tandems ein „Außenblick“ eingefangen werden, der letztlich auch Rückschlüsse zur Weiterqualifizierung ermöglicht.

Aus den vorliegenden Projektbeschreibungen sind daher, abgeleitet von dem grundlegenden Ziel, wohnortnahe Versorgungsstrukturen für Menschen mit (komplexen) Behinderungen zu verbessern, Annahmen formuliert worden, die den Hintergrund für den entwickelten Fragebogen (siehe Anhang) bilden.

- Das Programm bietet einen konkreten Nutzen für die Gesundheitsförderung der Beschäftigten.
- Durch die Schulungsinhalte werden Impulse gesetzt und für gesundheitsrelevante Faktoren sensibilisiert.
- Die Beschäftigten sind als Akteure der eigenen Gesundheit gestärkt.
- Das Programm berücksichtigt die Möglichkeiten und Grenzen der Teilnehmenden.
- Es werden Ressourcen im Quartier zugänglich/bekannt gemacht.
- Die Impulse werden im Alltag aufgegriffen und implementiert und Routinen verändert.
- Die Teilhabe der Teilnehmenden wird erhöht, Teilgabe wird organisiert.
- Das Programm wirkt in den beteiligten Einrichtungen nach (Multiplikatoreneffekt).

Der Fragebogen wurde durch die Koordinatorin an die teilnehmenden Fachkräfte der Assistenz des zweiten Schulungsdurchlaufes gegeben. Somit konnten im Rahmen der Evaluation sechs Fragebögen ausgewertet werden.

Wichtig ist zu berücksichtigen, die Rückmeldungen spiegeln Eindrücke und Bewertungen des zweiten Durchlaufes wider, sie sind nicht repräsentativ für das Programm und dessen Qualität an sich. Daher sind die Angaben auch unter Berücksichtigung der tatsächlichen Rahmenbedingungen zu bewerten, Dies ist jedoch nicht Gegenstand dieser Evaluation.

Am zweiten Schulungsdurchlauf waren Tandems aus zwei unterschiedlichen Tagesstätten beteiligt, ein/e Beschäftigte/r wurde durch die Assistenz der Wohngruppe (zwei Fachkräfte im Wechsel) begleitet.

Die Auswertung der Fragebögen liefert einige Ergebnisse, die im Folgenden dargestellt werden.

Die Einschätzung des konkreten Nutzens wird von allen Fachkräften positiv bewertet, nur die Hälfte der beteiligten Fachkräfte sieht jedoch einen hohen Nutzen.

Fragestellungen zur internen Bewertung könnten sein:

Woran liegt das?

Was wäre zu tun, um den Nutzen deutlicher/sichtbarer zu machen?

Da das Programm explizit die Menschen mit Behinderung selbst stärken und für die eigene Gesundheit sensibilisieren möchte, wurde nach der Einschätzung gefragt, ob die Teilnehmenden als Akteur*in der eigenen Gesundheit gestärkt wurden. Drei Befragte sehen dies nur bedingt gegeben, nur eine Teilnehmende bejaht dies vollständig.

Gleichwohl geben sie auf die Frage danach, wie auf die Bedürfnisse und Bedarfe ihrer Klienten eingegangen wurde an,

- dass die Inhalte gut angepasst waren und damit gut geeignet zum Verstehen;
- dass auf die Vielschichtigkeit und Impulsivität eingegangen worden ist und deutlich wurde, es hat eine Abstimmung und Anpassung gegeben;

- dass durch die gegenseitige Unterstützung vieles möglich wurde, was sonst nicht so gut umsetzbar ist;
- dass eine hohe Wertschätzung der Menschen zu spüren war und das Zeichenprotokoll als Methode gut war.

Fragestellungen zur internen Bewertung könnten sein:

Wie erklärt sich, dass einerseits die Inhalte gut abgestimmt auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Klienten erlebt werden, andererseits die Beschäftigten aber nur bedingt empowert und sensibilisiert?

Und inwieweit korreliert das möglicherweise mit der Funktion der Assistenz?

Die Frage nach dem Zugewinn an Teilhabemöglichkeiten (Mittel und Wege) und -gelegenheiten (Situationen und Momente) wird sehr divergierend beantwortet. So zeigt sich ein Spektrum von:

- kein Zugewinn, denn es fehlt die Zeit und der Klient ist angewiesen auf Hilfe/Unterstützung,
- die Themen rücken im Alltag schnell in den Hintergrund,
- eine Wertschätzung und Aufwertung des Klienten in den Veranstaltungen beflügeln ihn in den gemachten Lernerfahrungen,
- bei selbständigem Arbeiten ist Fehlerfreundlichkeit wichtig, „es ist besser sie machen es, wenn auch nicht richtig als sie machen nichts“
- ich (als Assistenz) bin gefragt und muss mich mehr informieren, damit ich das weitergeben kann.

Auf die Frage nach dem, was an gesundheitsförderndem Verhalten in der Assistenz nachwirkt, wird wiederum geantwortet:

- es wurde eine regelmäßige Entspannungsmassage für die Klientin organisiert;
- Entspannungsmusik wird eingesetzt;
- die gedankliche Beschäftigung/Auseinandersetzung mit Bewegung und gesundem Essen wird unterstützt;
- aktive Erholungsphasen werden angeboten;
- Wiederholungen und Ritualisierung, als wichtigen Hinweis für die Implementierung in den Alltag.

Fragestellungen zur internen Bewertung könnten sein:

Wie ist die Aufgabe der Assistenz gesehen und ausgefüllt?

Welche Aufgaben (der Assistenz) sind prioritär und wie/von wem wird priorisiert?

Auch die Anregungen und Kenntnisse zu Ressourcen im Quartier werden von den Befragten unterschiedlich bewertet, drei sehen nur geringen Zugewinn, drei bewerten ihn als sehr gut.

Im Hinblick auf eine Verbesserung der Gesundheitsförderung und welche Ressourcen und Quartierskenntnisse dafür besonders wichtig sind, wird angegeben, dass

- eine Abholung von der Tagesstätte und eine Betreuung vor Ort hilfreich wären,
- es mehr Ehrenamtliche als Begleitung brauchte,
- die Angebotsvielfalt im Quartier besser sein sollte,
- und Kursleiterschulungen gut wären.

Nicht ganz klar ist an dieser Stelle, ob der Hintergrund der Fragestellung deutlich geworden ist, denn die Antworten schließen nur bedingt an das an, was vorher an Ressourcen und Quartierskenntnissen nachgefragt wurde (Antworten auf die Frage: Wo kann ich hin, um das

zu finden was mir guttut?). Hier werden vor allem Wünsche formuliert und auf fehlendes hingewiesen.

Bezogen auf die Impulse, die die Fachkräfte für die individuelle Assistenzleistung und das Setting Tagesstätte bekommen haben, geben sie an:

- deutlich wurde, es ist kein Aufwand nötig ist, es ist leicht in den Alltag zu implementieren und umzusetzen,
- die Bedeutung von Bewegung und Entspannung im Alltag wurde deutlich,
- sie haben praktische Mittel wie Musik, kleinere Übungen, Spiele zur Auflockerung erhalten,
- Hinweise zur Umsetzung wurden benannt,
- Zeit und Raum (Ambiente) ist durch sie zu schaffen/zu gestalten,
- jemand fühlt sich in der Lage andere Mitarbeitende zu motivieren,
- auch über die eigene Einrichtung hinauszusehen und Ressourcen im Stadtteil zu sehen.

Bezogen auf eine nachhaltige Verankerung, wird der Gelingensgrad wie bekannt beurteilt, drei sehen ihn als nur gering an, drei schätzen ihn als sehr positiv ein.

Dies gilt in gleichem Maß für die Frage danach, ob es ihnen als Multiplikatoren gelingt, den Nutzen für das Team weiterzugeben.

Auf die Frage nach dem Einfluss des Gelernten auf den Alltag und die Routinen geben zwei Teilnehmende keinen Hinweis. Eine Antwort bezieht sich auf den Klienten, was er im Alltag verändern will, nämlich mehr auf Ernährung zu achten und das Gelernte auch den anderen (Beschäftigten) zur Verfügung stellen zu wollen, unklar ist allerdings, was daran den Alltag und die Routinen in der Assistenz direkt betrifft. Ein Befragter gibt an, dass die Abläufe sehr starr sind, es daher nicht leicht ist etwas zu verändern. Und zwei Befragte geben an, sie haben Wissen mitgenommen darum, dass Gesundheit ganzheitlich zu sehen ist, sie glauben, dass Veränderung möglich ist, schreiben aber nicht konkret was, nur dass auf Störquellen geachtet und mehr Bewegung /Aktivität eingebaut wird.

Fragestellungen zur internen Bewertung könnten sein:

Was führt dazu, dass eine Verankerung im Alltag so herausfordernd ist?

Ist etwas anders gewesen bzw. wie wurde im Schulungsablauf auf die Übertragung auf den Alltag/Alltagsroutinen eingegangen und gilt es hier etwas zu verändern?

Von den Befragten werden abschließend einige Ideen formuliert, was aus ihrer Sicht noch gut wäre bzw. was ihre Vorstellungen der Weiterentwicklung sind.

- So wird angemerkt, dass eine Veranstaltung rein für die Fachkräfte hilfreich ist.
- Ebenso gewünscht wird die Vorstellung des Programms in einer Hauskonferenz. Beide Ideen schließen daran an, dass mehr Hintergrundwissen transportiert oder auch die Implementierung in den Alltag und die Verantwortung der Assistenz auf Fachkräfteebene thematisiert werden kann.
- Eine weitere Idee ist, eine Veranstaltung in den Alltag, also das gewohnte Umfeld zu verlagern.
- Und stärker den Blick darauf zu legen, wie Inhalte nachhaltig im Alltag integriert werden können.
Hintergrund scheint hierbei zu sein, dass die vorhandene Zeit als zu knapp empfunden bzw. mehr Vertiefung gewünscht wird.

Ob die Hinweise und Fragestellungen, die durch die Auswertung der schriftlichen Befragung formuliert werden können, dazu dienen, das Mikroprojekt „Fit im Team“ weiterzuentwickeln, ist intern zu diskutieren und zu bewerten.

Insbesondere im Hinblick auf eine Verstärkung, scheint es allerdings wichtig, einige Aspekte weiterzuentwickeln und weitere Feinjustierungen vorzunehmen, damit die Zielsetzung des Programms eine noch größere Wirkung erzielen kann.

9. Gespräch mit Expert*innen aus den Modellquartieren

Wie bereits erwähnt, fußt diese Evaluation vorwiegend auf projektproduzierten Dokumenten und Aussagen der steuernden und operativ tätigen projektinvolvierten Personen.

Um zumindest einen „Außenblick“ und damit einige Einschätzungen und Sichtweisen auf das Gesamtprojekt „Gesundheit 25*“ einfließen zu lassen, sollten „Expert*innen“ zu den Effekten mit Blick auf die Zielrichtung des Projektes und auf Mehrwerte für die Adressat*innen befragt werden¹⁸.

So wurden die Koordinatorinnen gebeten, ausgewählte Personen aus den Modellquartieren zu benennen, die

- Prozesse im Quartier überblicken können,
- Einblicke in die bisherige Entwicklung haben,
- Einschätzungen zu Veränderungen geben können.

Vier Schlüsselpersonen haben an dem Gruppengespräch teilgenommen¹⁹.

Sie wurden gebeten über das Projekt Gesundheit 25* ins Gespräch zu kommen, und auszuführen was das Projekt aus ihrer Einschätzung nach erreicht hat, was es bewirkt hat und was zu Veränderungen geführt hat.

Zudem wurden sie angeregt zu benennen, welche Veränderungen sie bezogen auf Aspekte der Blickwinkel/Perspektiven, der Handlungsweisen/Haltung, der Ressourcennutzung, der Kooperationen/Vernetzung und Strukturen wahrnehmen und beschreiben, was durch das Projekt anders gemacht wird, was dadurch an Neuem dazugekommen ist.

Im Gespräch wurde schnell deutlich, dass die Akteure aus den Quartieren nur je begrenzte bzw. anlassbezogenen Einblicke in die angestoßenen Prozesse und Entwicklungen haben (insbesondere zum Überleitungsmanagement). Der Blick auf das Gesamtquartier und quartiersbezogene Veränderungen/Entwicklungen ist aufgrund der je eigenen Zuständigkeiten und Arbeitsvollzüge zu abstrakt und zu fremd.

Allerdings ist es in diesem Gespräch über das, was Gesundheit 25 bewirkt hat, gelungen, dass die Akteure miteinander ins Gespräch kommen, so neue Sichtweisen und (Lösungs-)Ideen entwickeln, dass ein kreatives miteinander Denken und Sprechen entsteht.

¹⁸ Ursprünglich war angedacht eine schriftliche Befragung mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens durchzuführen. Im Verlauf des Evaluationsprozesses wurde davon Abstand genommen, besser geeignet erschien eine Expertenbefragung in Form eines Gruppengesprächs.

¹⁹ Fachbereichsleitung Leistungen und Sozialraum der aaost, Fachbereichsleiterin Eingliederungshilfe und Pflege der aaawest, ein Berufsbetreuer des Betreuungsvereins Leben mit Behinderung Hamburg, eine Person der Behinderten-Arbeitsgemeinschaft Bergedorf e.V.

Allein aus diesem Grund erscheint es als überaus wichtig, entsprechende Kümmerer im Quartier zu haben wie die Koordinatorinnen selbst, die offen und mit unspezifischem Blick quartiersbezogenen Prozesse anstoßen und Kommunikationsanlässe schaffen können.

Als wichtige Merker kann allerdings festgehalten werden:

- Auch die beteiligten Fachkräfte schließen in ihren Einschätzungen an direkt gemachte Erfahrungen an (z.B. im Rahmen der Workshops).
- Die Prozesse im Rahmen des Überleitungsmanagements scheinen an deutlich empfundenen Mängeln und Notlagen anzuschließen, hier wurde eine große Erleichterung deutlich.
- Allerdings wurde auch deutlich, dass es Themen sind, die auf der Fachbereichsebene der Assistenzgesellschaften relevant sind, meist nicht jedoch in den einzelnen Gruppen und Wohneinheiten die gleiche Alltagsrelevanz haben.
- Die Sensibilisierung dafür ist daher auch Leitungsaufgabe und wird deutlich, wenn erarbeitete Verfahrensabläufe als ein fester Bestandteil ins Organisationshandbuch aufgenommen werden, Fortbildungen der Teams organisiert werden oder auch Verfahrensanweisungen herausheben sind. Allerdings scheint noch keine systematische Verortung gegeben, vieles werde noch auf Zuruf weitertransportiert.
- Als wichtige Effekte und Ergebnisse des Projektes werden benannt, gegenseitiges Verstehen, Wissen und Information, Lösungen für wichtige Themen beim Krankenhausaufenthalt, Bedeutung der Zahnhygiene, gut nutzbare und hilfreiche Materialien.

Hier wäre zu überlegen, ob die durch Gesundheit 25* angestoßenen zielgerichteten Aktivitäten nicht teilweise stärker Fachkräfte involvieren sollte, die die Funktion haben, das Wissen zu sammeln und in die Einrichtungen zu transportieren.

- Insbesondere die sektorenübergreifende Verständigung bezogen auf Rollenzuständigkeiten der unterschiedlichen Professionen, Zuständigkeiten der Einrichtungen aber auch der gesetzlichen Betreuer), aber auch die Verständigung über unterschiedliches Vokabular werden als bereichernd und gewinnbringend eingeschätzt.
- Bezogen auf die Einrichtungen hat das Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung einen höheren Stellenwert erhalten, es hat in der Vielzahl der Themen Priorität gewonnen, weil es durch die Koordinatorinnen immer wieder aktuell gehalten und in Erinnerung gerufen werde.
- Allerdings werden das Interesse und auch die Beteiligung der Häuser noch als verhalten erlebt, „erst wenn sie akut ein Problem haben, sind sie bereit was zu tun“.
- Sehr deutlich wurde von allen Beteiligten benannt, dass es in den Regelstrukturen keine entsprechende Funktion/Verantwortlichkeit gäbe und damit die Befürchtung es „werde nach dem Projekt wieder verschluckt“. Denn die Lobbyarbeit auf den verschiedenen Ebenen und mit den unterschiedlichen Akteursgruppen halte das Thema aktuell und im Bewusstsein.
- Bezogen auf den Gesamtkomplex „Krankenhausaufenthalt“ ist die Schnittstellenbearbeitung zwischen EGH und Krankenhaus nur durch das Projekt gegeben, niemanden sonst könne zwischen den Systemen vermitteln.

- Zudem wird benannt, dass sich auch das Bewusstsein der Wohngruppen noch dahingehend stärken müsse, dass die Verantwortung nicht ende bzw. unterbrochen sei, weil eine Person vorübergehend nicht anwesend ist.

Ohne Anlass und ohne „Kümmerer“ werden die Themen nicht angesprochen und bearbeitet. Es ist im Alltag der Institutionen marginalisiert. Daher ist die Lobbyfunktion überaus wichtig und entscheidend, damit Initiativen und strukturelle Weiterentwicklungen nicht im Alltagstrott „versanden“. Die bisherige Projektlaufzeit hat noch keine nachhaltig veränderten Handlungsweisen der Regelsysteme bewirkt.

- Zudem wird deutlich, dass die Gesprächsteilnehmer*innen es zum jetzigen Zeitpunkt nur einen geringen Einblick haben in die Prozesse und zielgerichteten Aktivitäten einerseits und in das was nicht funktioniert hat und im Prozess aufgegeben werden musste.
- Nicht deutlich wird, ob nur ihnen die Transparenz fehlt, oder ob es zwischen der breiten Befragung im Rahmen der Bedarfs- und Potentialanalyse und dem jetzigen Projektstand nur bedingt einen Austausch über die „Sackgassen“ (gewinnen einzelner Ärzte) gegeben hat und demzufolge nicht erfüllte Erwartungen an das Projekt bestehen.

Es wäre demnach zu diskutieren, ob die Effekte und Ergebnisse des Projektes in den „eigenen Reihen der Stiftung“ ausreichend bekannt sind bzw. ob und welche Formate diese „interne Öffentlichkeitsarbeit“ begünstigen können.

- Eine interessante Wendung hat das Expertengespräch genommen, als die Teilnehmenden sich in einem kreativen Prozess gegenseitig beraten haben und neben Ideen zu Angeboten im Rahmen des sogenannten Bildungsurlaubes, auch Wissen um Finanzierungsmöglichkeiten und organisatorische Fragen miteinander ausgetauscht haben.

Die Aufgabe und Kunst scheint also immer wieder zu sein, neben dem Ergründen der Bedarfe und dem Identifizieren von Lücken, Raum für kreatives und gemeinsames Querdenken zu schaffen.

Bezogen auf eine Weiterentwicklung des Projektes, lassen sich aus den Hinweisen der Expertenbefragung folgende Punkte festhalten

1. Dass die Koordinatorinnen nicht fest einer Einrichtung (Haus oder Wohngruppe für Menschen mit Behinderung) zugeordnet sind, erleichtert den Blick auf das Gesamtquartier und befördert, dass sie als relativ unabhängig wahrgenommen werden. Sie werden wahrgenommen mit ihrer Lobbyfunktion für die Zielgruppe, aber nicht in Abhängigkeit/Verwobenheit einer Institution.
2. In der Wahrnehmung der Befragten, gibt es sonst keine anderen „Kümmerer“ im Quartier. Dies erfordert allerdings auch, dass immer wieder neu Kommunikationsanlässe geschaffen werden, die einen Blick über den „eigenen Tellerrand hinaus“ ermöglichen und Themen angegangen werden.
3. Zudem wird deutlich, die neuen Strukturen und Vorgehensweisen werden sich nicht wirklich implementieren, wenn es nicht fest verankert und mit Verfahrensanweisungen bzw. Vorgaben gestützt und abgesichert werden. Dies ist eine Leitungsaufgabe und daher mit den entsprechenden Verantwortlichen der Eingliederungshilfe zu diskutieren.

10. Resümee und Ausblick

Die vorangegangenen Ausführungen machen deutlich, innerhalb der drei jährigen Projektzeit ist es ungeachtet der Herausforderungen der Orientierungsphase gelungen, modellhafte Strukturen und Prozessen aufzubauen und somit erste Ergebnisse zur Erreichung des in Artikel 25 BRK formulierten Rechts „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ zu erzielen.

Gemeinsam mit Akteuren aus den Quartieren ist es gelungen, kleinteilige und exemplarische Lösungsmöglichkeiten (Edelsteine, die das System beeinflussen) zu entwickeln, die für das Thema Gesundheit/Gesundheitsförderung sensibilisieren, die gegenseitiges Verständnis über Berufsgrenzen hinweg stärken und die Zusammenarbeit stärken und ausbauen.

Mit Blick auf die identifizierten Bedarfe, stellen sich die Koordinatorinnen der Herausforderung, Ressourcen des sozialen Raumes zu entdecken und einzubinden, die Zielgruppe in der Planung und Umsetzung einbeziehen und zu beteiligen, neue inhaltliche Wege und Lösungen mit den Fachkräften vor Ort gemeinsam zu entwickeln und damit auch neue Verbindlichkeiten zwischen den unterschiedlichen Diensten und Sektoren zu schaffen.

Im Projekt ist es immer wieder gelungen, trotz der vielfältigen von außen gerichteten Erwartungshaltungen, den Fokus auf das zu richten was tatsächlich auf Quartiersebene bearbeitbar/veränderbar ist und sich Zugänge zu aktivierungsgeneigten Akteuren zu erschließen. Schritt für Schritt konnten so erste Effekte erreicht und erste sichtbare Erfolge erzielt werden, die zum Teil über die Modellquartiere hinaus übertragbar sind und genutzt werden können.

Gleichwohl ist die bisherige Projektlaufzeit zu kurz, um die gesetzten Impulse abzusichern und die angestoßenen Veränderungen nachhaltig zu verankern. Denn es braucht weiterhin von institutionellen Erwartungen/Vorgaben unabhängige „Kümmerer“, die ausgehend von den Bedarfen der Zielgruppe her, mit den vorhandenen Regelinstitutionen gemeinsam Prozesse initiieren, abgestimmte Vorgehensweisen erproben und neue Strukturen implementieren.

Dabei müssen im Entwicklungsprozess immer wieder Kooperationspartner gewonnen und vorhandene Energien aufgespürt werden. Dies erfordert einerseits, dass die Betroffenen stärker als bisher eingebunden werden, damit ihre Perspektive, ihre Anliegen und Bedarfe im Mittelpunkt stehen und als Ausgangspunkt dienen. Andererseits erfordert es, dass die operativ Tätigen ebenso eingebunden sind, wie die strategisch Verantwortlichen.

Zudem ist mit Hinblick auf eine Verstetigung zu diskutieren, welche der entwickelten Aktivitäten als zeitlich begrenzte Mikroprojekte durch die Koordinatorinnen operativ verantwortet werden oder ob/bzw. ab wann es sich um Erprobungsprojekte handelt, die mittelfristig in Regelstrukturen überführt werden.

Grundsätzlich, das hat die bisherige Projektlaufzeit gezeigt, hat „Gesundheit 25*“ das Potential, langfristige Veränderungen mit zu befördern und durch die vielfältigen quartierbezogenen Aktivitäten die Strukturen der Zusammenarbeit nachhaltig zu verändern.

11. Anhang

11.1 Erfassungsbogen für die regelmäßige Netzwerk-/Gremienstruktur

Erfassungsbogen für die regelmäßige Netzwerk-/Gremienstruktur

Erfassung von zentralen Netzwerken/Gremien (Arbeitskreisen, Arbeitsgruppen, Stadtteilkonferenzen, Planungsgruppen, Runde Tische etc.)					Quartier: Stand/Datum:
Nr.:	Bezeichnung des Netzwerks/Gremiums	besteht seit:	Initiatorien/ ggf. Webseite:	beteiligte Personengruppen - bzw. Institutionen:	Frequenz der Treffen:
	Welches Projektziel/welche Zielebene wird/soll damit bearbeitet werden	a) Entwicklung neuer Wege/modellhafter Strukturen zur wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung b) Sensibilisierung relevanter Akteure c) Vernetzung der Akteure d) Sonstiges (bitte benennen)			
	Einschätzung der Koordinator*in zur Effizienz des Netzwerks/Gremiums für die Arbeit im Projekt Gesundheit 25*: a) Individuelle Ebene/Ebene der Zielgruppe b) Quartierebene c) Bezirksebene d) Bezirksübergreifend (überstädtisch) e) bezogen auf die Stiftung	Zu a) bezogen auf das Ergründen/Aufdecken der Wünsche und Bedarfe der Zielgruppe Zu b) bezogen auf den Austausch zu bestehenden Projekten und Kooperationen. Austausch zu anstehenden Entwicklungen und Planungen. Abstimmung gemeinsamer Aktivitäten. Effizienz bezogen auf die Zielebenen (welche) Zu c) Austausch zu anstehenden Entwicklungen. Abstimmung gemeinsamer Aktivitäten. Gemeinsame Planungen um Zugänge zu relevanten Akteuren zu gestalten. Effizienz bezogen auf die Zielebenen (welche) Zu d) Kontakte in die Fachbehörden bei konkreten Projekten. Wichtiger Kommunikationsweg in die Stadt Zu e) Vernetzung mit relevanten Akteuren (welche). Sehr gute Grundlage für weitere Kooperationen und Zusammenarbeiten			
Ab hier konkrete Netzwerke/Gremien auflisten					
Nr. 1					
Projektziel/Zielebene					
	Einschätzung der Koordinator*in zur Effizienz des Netzwerks/Gremiums für die Arbeit im Projekt Gesundheit 25*: (a bis e)				
Nr. 2					
Projektziel/Zielebene					
	Einschätzung der Koordinator*in zur Effizienz des Netzwerks/Gremiums für die Arbeit im Projekt Gesundheit 25*: (a bis e)				
Nr. 3					
.....					

11.2. Erfassungsbogen für die zielgerichteten Aktivitäten (Mikroprojekte²⁰) 10/2018

Zielgerichtete Aktivität (Mikroprojekt)		lfd. Nr.:	
Bezeichnung des Mikroprojekts:			
Betr. Quartier Nr.:	Koordinator*in:	Wesentliches Projektziel/ Zielebene:	
Für die Durchführung hauptverantwortliche Stelle/ Institution:			
Datum des Mikroprojekt-Starts:		Datum der Erfassung bzw. der Beendigung des Mikroprojekts:	
Projektbeschreibung			
Anlass/Auslöser/Hintergrund oder wer ist Initiator*in:			
<ul style="list-style-type: none"> 			
Rolle der Koordinator*in oder Beiträge/Leistungen der Koordinator*in zur Planung, Umsetzung, Begleitung des Mikroprojekts (bitte ankreuzen):			
	unterstützend begleitend	mitverantwortlich	verantwortlich
Beschreibung der besonderen Effekte des Mikroprojekts im Hinblick auf das/die o. a. Projektziel/Zielebene:			
<ul style="list-style-type: none"> 			
Fördernde Faktoren bei der Mikroprojektplanung und -umsetzung:			
<ul style="list-style-type: none"> 			
Hemmende Faktoren bei der Mikroprojektplanung und -umsetzung:			
<ul style="list-style-type: none"> 			
An der Planung und Umsetzung des Mikroprojekts beteiligte professionelle Akteure: (Hinweise auf übergreifende Zusammenarbeit ggf. bei der Planung/Entwicklung, Durchführung/Umsetzung, Förderer)			
<ul style="list-style-type: none"> 			
An der Planung und Umsetzung des Mikroprojekts beteiligte nicht-professionelle Akteure und Angehörige der im Projekt adressierten Zielgruppe:			
<ul style="list-style-type: none"> 			
Nutznieser / „Profiteure“ des Mikroprojekts:			
<ul style="list-style-type: none"> 			
Rückmeldungen zum Mikroprojekt aus dem Quartier und/oder seitens Beteiligter und Adressaten:			
<ul style="list-style-type: none"> 			
Es ist beabsichtigt das Mikroprojekt in folgender Weise fortzuführen:			
<ul style="list-style-type: none"> 			

²⁰ Ein Mikroprojekt ist eine auf das Ziel des Projektes hin ausgerichtete Aktivität, die aus dem Tun/der Tätigkeit der Koordinator*in heraus entsteht.

11.3. Erfassungsbogen für die zielgerichteten Aktivitäten (Mikroprojekte²¹) 07/2019

Zielgerichtete Aktivität (Mikroprojekt)			
Bezeichnung des Mikroprojekts:			
Quartier:		Wesentliche Zielebenen die das Projekt bedient:	<input type="checkbox"/> Sensibilisierung der Betroffenen <input type="checkbox"/> Sensibilisierung der Fachkräfte <input type="checkbox"/> sektorenübergreifende Kompetenz-/Kommunikationsanlässe <input type="checkbox"/> Lobbyarbeit
Projektbeschreibung			
Anlass/Auslöser/Hintergrund (an welche im Quartier geäußerten Bedarfe und identifizierten Lücken schließt das Projekt an):			
<ul style="list-style-type: none"> • ... 			
Wie und mit wem wurde die Projektidee entwickelt und was waren die wesentlichen Entwicklungsstufen bis zum Endergebnis (ggf. Korrekturschleifen zwischen Planung und Umsetzung):			
<ul style="list-style-type: none"> • 			
Rolle der Koordinator*in oder Beiträge/Leistungen der Koordinator*in zur Planung, Umsetzung, Begleitung des Mikroprojekts:			
<ul style="list-style-type: none"> • 			
Wesentliche, an der Planung und Umsetzung des Mikroprojekts Beteiligte (professionelle Akteure, nicht-professionelle Akteure, Betroffene):			
<ul style="list-style-type: none"> • 			
Wer zum Projekterfolg beigetragen (Hinweise auf übergreifende Zusammenarbeit ggf. bei der Planung/Entwicklung, Durchführung/Umsetzung, Förderer)			
Wer wurde als „Mitstreiter*in“ im Projektverlauf gewonnen? •			
Wer ist Fürsprecher*in (wann und wo) des Projektes? •			
Wer hat welche Hürden geebnet? •			
Beschreibung der besonderen Effekte des Mikroprojekts im Hinblick auf das/die o. a. Projektziel/Zielebene:			
<ul style="list-style-type: none"> • ... 			
Fördernde Faktoren bei der Mikroprojektplanung und -umsetzung:			
<ul style="list-style-type: none"> • ... 			
Hemmende Faktoren bei der Mikroprojektplanung und -umsetzung:			
<ul style="list-style-type: none"> • ... 			
Welche Ressourcen grundsätzlich und welche Ressourcen des Quartiers wurden für das Projekt akquiriert (z.B. Fördermittel, Stiftungsmittel, Räumlichkeiten, personelle Ressourcen, ehrenamtliches Engagement etc.) und/oder sind effektiver genutzt worden als zuvor (aufgrund von Absprachen, Kooperationsvereinbarungen, Bündelungen, Verschiebungen, Synergieeffekten etc.):			
<ul style="list-style-type: none"> • ... 			
Wer sind Nutznießer / „Profiteure“ des Mikroprojektes und worin besteht der „Gewinn“ (positive Effekte kurz/mittel/lang):			
<ul style="list-style-type: none"> • ... 			
Rückmeldungen zum Mikroprojekt aus dem Quartier und/oder seitens Beteiligter und Adressaten:			
<ul style="list-style-type: none"> • ... 			
Das Mikroprojekt hat folgendes Potential, um es auf andere Quartiere zu übertragen:			
<ul style="list-style-type: none"> • ... 			

²¹ Ein Mikroprojekt ist eine auf das Ziel des Projektes hin ausgerichtete Aktivität, die aus dem Tun/der Tätigkeit der Koordinator*in heraus entsteht.

11.4. Fragebogenaktion zum Programm „Fit im Team – Gesundheit inklusiv“ für die Assistent/innen/Bezugsbetreuer/innen der beteiligten Tandems im Juni 2019

1. Das Modellprojekt Gesundheit 25* hat das grundlegende Ziel, die wohnortnahen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen für Menschen mit (komplexen) Behinderungen zu verbessern.

Wie schätzen Sie den **konkreten Nutzen** des Programms „Fit im Team“ bezogen auf die Gesundheitsförderung/Prävention für ihre/n Tandempartner/inein?

Bitte geben Sie Ihre Sichtweise auf der **Skala** von 0 (= sehr gering) bis 10 (= sehr hoch) ein.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Welche **Impulse** haben Sie für die individuelle Assistenzleistung und das Setting Tagesstätte bekommen und für welche **gesundheitsrelevanten Faktoren** hat das Programm Sie sensibilisiert?

3. Wie schätzen Sie die **Stärkung ihres/r Klienten/in** ein, bezogen auf den Aspekt „Akteur/in der eigenen Gesundheit“ zu sein?

Bitte geben Sie Ihre Sichtweise auf der **Skala** von 0 (= sehr gering) bis 10 (= sehr hoch) ein.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Inwieweit ist nach Ihrem Erleben in den Modulen auf die **Bedürfnisse und Bedarfe Ihres Klienten/Ihrer Klientin** eingegangen worden und was wäre rückblickend zudem wünschenswert gewesen?

5a. Wie schätzen Sie die Anregungen und Kenntnisse ein, die Sie bezogen auf **Ressourcen im Quartier** (z.B. Orte, Begegnungen, gesundheitsrelevante Tätigkeiten) erhalten haben?

(Leitfrage aus der Schulungsreflexion: „wo kann ich hin, um das zu finden was gut tut“)

Bitte geben Sie Ihre Sichtweise auf der **Skala** von 0 (= sehr gering) bis 10 (= sehr hoch) ein.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5b. Welche Anregungen und Kenntnisse zu Ressourcen im Quartier halten Sie im Hinblick auf die Verbesserung der **Gesundheitsförderung und Prävention** für **besonders wichtig**?

6a. Wie beurteilen Sie, ist die **nachhaltige Verankerung** der erhaltenen Impulse und alltagspraktischen Tipps im Setting Tagesstätte gelungen?

Bitte geben Sie Ihre Sichtweise auf der **Skala** von 0 (= nicht ausreichend) bis 10 (= ausreichend) ein.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6b. Welchen **Einfluss** hat das Programm „Fit im Team“ auf Ihren **Alltag** im Setting Tagesstätte und die bestehenden **Routinen**?

7a. Worin sehen Sie bezogen auf ihre/n Klientin/en den **Zugewinn an Teilhabemöglichkeiten** (v.a. Mittel und Wege) und -gelegenheiten (v.a. Situationen und Momente)?

7b. Welche Aspekte **angesundheitsförderndem Verhalten** bezogen auf die im Programm „Fit im Team“ erprobten Methoden und Übungen **wirken** in der Assistenz **aktuell nach**?

8. Wie schätzen Sie den **Nutzen Ihres Teams** in der Tagesstätte an den Inhalten des Programms „Fit im Team– Gesundheit inklusiv“ ein (**Multiplikatoreneffekt**)?

Bitte geben Sie Ihre Sichtweise auf der **Skala** von 0 (= sehr gering) bis 10 (= sehr hoch) ein.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Welche **Ideen** haben Sie bezogen auf die **Weiterentwicklung** des Programms „Fit im Team– Gesundheit inklusiv“, damit die Förderung gesundheitsrelevanter Faktoren im Quartier noch besser gelingt, leistungsfähiger ist, nachhaltiger wird?