

Handreichung

für passgenaue
geschlechtergerechte
Gesundheitsförderung für
alleinerziehende Frauen*

Handreichung für passgenaue geschlechtergerechte Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen*

Impressum

Frauengesundheit in Tenever (Herausgeberin)

Frauen und Gesundheit e.V., Koblenzer Straße 3a, 28325 Bremen

Handreichung für passgenaue geschlechtergerechte Gesundheitsförderung für
alleinerziehende Frauen*

Text: Mareike Sander-Drews, Dr. Christina Sanko, Dr. Ingeborg Jahn, Jutta Flerlage

Text Infoboxen: Dr. Tilman Brand, Rebekka Wiersing

**Überarbeitete und erweiterte Neuauflage der „Handreichung für passgenaue
bewegungsbezogene Gesundheitsförderungsangebote“ (Bremen 2021): Bremen 2025**

Zitierweise:

Frauengesundheit in Tenever (Hg.): Handreichung für passgenaue geschlechtergerechte
Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen*. Bremen 2025

Diese Handreichung wurde im Rahmen Projekts „Digital Empowerment – Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen*“ (2021–2024) erarbeitet. Es ist eine überarbeitete und erweiterte Neuauflage der „Handreichung für passgenaue bewegungsbezogene Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen*“ (2021), die im Rahmen des Projekts „Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen*“ (2019–2020) entstanden ist.

Die Projekte wurden im Ortsteil Tenever des Bremer Stadtteils Osterholz umgesetzt. Gefördert wurden diese von den gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V im Rahmen ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT

Gefördert mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V.



Projektdurchführung

Frauengesundheit in Tenever, Frauen und Gesundheit e.V.
Koblenzer Straße 3a, 28325 Bremen

Wissenschaftliche Beraterin

Dr. Ingeborg Jahn

Externe Evaluation

Dr. Tilman Brand, Rebekka Wiersing (Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie BIPS)



Ansprechpersonen

Mareike Sander-Drews (Projektkoordinatorin)
Dr. Christina Sanko (Medienpädagogin und Projektkoordinatorin)
kontakt@frauengesundheitintenever.de
Tel. 0421-401728
www.frauengesundheitintenever.de

Danksagung

Wir möchten allen, die mit ihrem Engagement und ihren vielfältigen und wertvollen Beiträgen und ihrer Unterstützung zum Gelingen der Projekte beigetragen haben, unseren aufrichtigen Dank aussprechen. Durch diese außerordentlich vielfältige Bereitschaft und Zusammenarbeit konnten wir unsere Projekte erfolgreich umsetzen und zu einer nachhaltigen Verbesserung der Präventionsangebote für alleinerziehende Frauen*¹ in Tenever, ihres Wohlbefindens und ihrer Gesundheit beitragen.

Die Unterstützung und das Vertrauen der zahlreichen Kooperationspartner*innen sind von unschätzbarem Wert für uns und die vielen Frauen*, die von diesem Projekt profitiert haben. Gemeinsam haben wir gezeigt, dass wir durch kreatives Zusammenwirken und kollegialen Einsatz neue Impulse in der Gesundheitsförderung für Frauen* setzen können.

Insbesondere danken wir:

Den teilnehmenden Frauen* für ihre Aufmerksamkeit, Neugier und Wissbegierde, ihr vielfältiges Engagement, die vielen Momente des Perspektivwechsels, gegenseitigen Lernens und gemeinsamen Loslassens, für ihre Offenheit und den Mut, aus Gewohnheiten auszubrechen und Neues auszuprobieren.

Den gesetzlichen Krankenkassen und dem GKV-Bündnis für Gesundheit für ihr Vertrauen, die wertvolle und unterstützende Zusammenarbeit und die Förderung der Projekte.

Den Mitgliedern des Steuerungsgremiums für die konstruktive und engagierte Beteiligung, die kritischen Fragen, rege Diskussionen, Ideen und Impulse.

Der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz Claudia Bernhard und ihren Mitarbeiter*innen für die kontinuierliche Unterstützung, Wertschätzung und Förderung von Frauengesundheit in Tenever (FGT) und unserer Arbeit in den Projekten.

Wir danken außerdem allen Sportanbieter*innen im Stadtteil, die im Projekt „Neue Wege ...“ Schnupperangebote durchgeführt haben und offen dafür waren, ihre Angebote den Bedarfen alleinerziehender Frauen* anzupassen. Insbesondere bedanken wir uns in diesem Zusammenhang bei dem OTeBad der Bremer Bäder GmbH, dem Projekt „Sport interkulturell“ des LSB Bremen e.V., dem Mütterzentrum Osterholz-Tenever e.V. und dem Fit.Point Tenever.

Dem Treffpunkt Natur und Umwelt e.V. und dem Projekt „QuerBeet“, insbesondere der Gärtnerin Meike Wessel, sprechen wir unseren Dank aus für die vielen lehrreichen gemeinsamen Stunden im Garten und Ekram Bouden für das umweltpädagogische Kinderprogramm im Projekt „Digital Empowerment ...“.

Bei den Gesundheitsfachkräften im Quartier (LVG und AFS Niedersachsen Bremen e. V.) bedanken wir uns für die gemeinsame Entwicklung von Veranstaltungsformaten und die Umsetzung von Aktionen zur Schulung von Gesundheitskompetenzen sowie für den steten fachlichen und kollegialen Austausch.

¹ Zur Verwendung des Sternsymbols in der Schreibweise dieser Handreichung, siehe ausführlicher Abschnitt 1.3. Verwendung geschlechtersensibler Sprache und Definition zentraler Begriffe.

Dem Mütterzentrum Osterholz-Tenever e.V. und dem Haus der Familie Tenever mit ihren vielen Multiplikator*innen danken wir für die offene und intensive Zusammenarbeit.

Unser Dank gilt außerdem den Trägern und Angestellten der Kinder- und Familieneinrichtungen im Stadtteil: KiTa Bremen, insbesondere den Kinder- und Familienzentren Kinderhafen, Pfälzer Weg und Regenbogenhaus, sowie der Kindertagesstätte der Evangelischen Trinitatis Gemeinde und dem Kinder- und Familienzentrum Weltenbummler (Petri und Eichen gGmbH). Wir bedanken uns besonders bei den Koordinatorinnen dieser Einrichtungen, die mit ihrem Engagement Frauen* den Zugang zu unseren Angeboten geschaffen haben und mit uns maßgeblich die Workshops zum „Kitaportal Bremen“ entwickelt und umgesetzt haben.

Des Weiteren danken wir dem FabLab Bremen e. V. Dessen Leiterin Antje Moebus und das gesamte Team haben es ermöglicht, dass die Frauen* und ihre Kinder Zugang zu digitalen Ressourcen, neuen spannenden digitalen Angeboten und kreativen, innovativen Technologien erhalten haben.

Dem Digital Impact Lab Bremen danken wir für die gemeinsamen Medienbildungsworkshops im Rahmen ihres Formates „Digital Helpdesk“ und den fachlichen Austausch zum „Kitaportal Bremen“.

Dem Netzwerk „Gesundheit in Osterholz“ der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit und ihren Kooperationspartner*innen, dem Arbeitskreis Tenever und seinen Mitgliedern, dem Netzwerk Alleinerziehende und „MEKO-Cloud“ danken wir für die Vernetzung und den kollegialen Erfahrungs- und Wissenstransfer innerhalb der Netzwerke.

Dem Familiennetz Bremen danken wir für die digitale Streuung unserer Angebote, fachliche Inputs zum Thema digitaler Familienalltag und den konstruktiven Diskussionen zur Anwendung digitaler und sozialer Medienplattformen in unseren Arbeitskontexten.

Dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS danken wir für die externe Evaluation unseres Projektes „Digital Empowerment“ unter der Leitung von Dr. Tilman Brand und der engagierten Mitarbeit von Rebekka Wiersing. Dem Team der Gesundheitswerkstatt Osterholz danken wir für den steten fachlichen, praktischen und wissenschaftlichen Austausch auf quartiersbezogenen Workshops und Netzwerkveranstaltungen.

Wir danken dem Beirat und dem Ortsamt Osterholz für die politische Unterstützung der Projekte und den wertschätzenden Dialog zu deren Bedeutung für den Stadtteil. Unser Dank gilt außerdem dem Quartiersmanagement Tenever unter der Leitung von Katrin Höpker für die Unterstützung und Vernetzung im Quartier.

Vielen Dank an Brigitte Bücking und Wiebke von Atens-Kahlenberg für die vielen gemeinsamen Kochaktionen, die wertvollen Informationen und Blogbeiträge zum Thema gesunde Ernährung.

Wir danken dem Strategiebüro von Wiebke Brüssel und Dr. Heiko Stutzke für die umfangreiche Beratung und vertrauensvolle Zusammenarbeit zum Thema Datenschutz.

Inge Glinsmann danken wir für die grafische Gestaltung des Blogs, unserer Logos sowie dieser Handreichung.

Unser außerordentlicher Dank gilt darüber hinaus unserer wissenschaftlichen Beraterin und Projekt-Wegbereiterin Dr. Ingeborg Jahn für das Teilen ihres überaus reichen Erfahrungs- und Wissensschatzes, den stets wissenschaftlich-kritischen Blick auf unsere Arbeit im Rahmen der internen Evaluation, für das Lektorat dieser Handreichung und die zahlreichen Impulse, Ideen und Anregungen von der Antragsstellung bis zum Projektabschluss.

Zu guter Letzt möchten wir dem haupt- und ehrenamtlichen Team sowie den Vorständinnen von Frauengesundheit in Tenever für die Zusammenarbeit und Unterstützung danken.

Wir freuen uns darauf, weiterhin gemeinsam neue Wege in der Gesundheitsförderung zu beschreiten.

Das Projektteam des FGT

Jutta Flerlage, Mareike Sander-Drews und Christina Sanko



Vorwort

Liebe Leser:innen,

den Balanceakt zwischen Familie und Beruf zu meistern, zwischen Fürsorge für die Familie und dem eigenen Wohlbefinden, davon können Menschen mit Kindern häufig ein Lied singen. Besonders schwierig wird dieser Balanceakt für alleinerziehende Mütter oder Väter, denn auf ihnen lastet oftmals der alleinige Druck.



Die eigenen Bedürfnisse und Nöte bleiben dabei häufig auf der Strecke. Gut gemeinte Tipps, wie „Mach‘ doch am Wochenende mal nur was für dich“ sind leicht ausgesprochen, aber umso schwerer umzusetzen, wenn gleichzeitig der Alltag organisiert werden muss. Dies erfordert viel Kraft.

Dieser Alltagsstress macht sich bei alleinerziehenden Müttern und Vätern auch gesundheitlich häufiger bemerkbar als bei Menschen, die in einer Partnerschaft Kinder großziehen.

Das frühe Erkennen von Gesundheitsgefährdungen und das vorbeugende Gegenwirken sind deswegen unerlässlich, doch es braucht Angebote, die speziell auf die besondere Situation Alleinerziehender, und zum überwiegenden Teil Frauen, angepasst sind, damit sie auch wahrgenommen werden können.

Die Mitarbeiterinnen von Frauengesundheit in Tenever (Verein Frauen und Gesundheit e.V.) haben sich mit ihren beiden Projekten „Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen“ und dem Nachfolgeprojekt zu „Digital Empowerment“ zum Ziel gesetzt, niedrigschwellige und passgenaue Angebote für alleinerziehende Frauen in Bremen Tenever zu schaffen.

Ging es beim ersten Projekt vorrangig darum, gemeinsam mit Anbieter:innen und Nutzer:innen passgenaue Bewegungsangebote zu skizzieren und leichtere Zugänge zu schaffen, lag der Schwerpunkt beim Folgeprojekt auf der digitalen Gesundheitskompetenz.

Die Ergebnisse und Erfahrungen beider Projekte sind in die vorliegende Handreichung eingeflossen, damit auch andere Stadtteile und Quartiere davon profitieren können und mein besonderer Dank gilt dem unermüdlichen Engagement der Mitarbeiterinnen von Frauengesundheit in Tenever. Der partizipative Ansatz wird hier seit nunmehr 35 Jahren mit viel Einsatz und Herzblut vorbildlich in der täglichen Arbeit gelebt.

Ich wünsche dieser Handreichung eine möglichst breite Verwendung und allen Nutzenden viele hilfreiche Ansätze und Erkenntnisse.

Mit herzlichen Grüßen

Ihre

Claudia Bernhard

Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz

Inhalt

Impressum	2
Danksagung	4
Vorwort	7
1. Einleitung	10
1.1. Einführung in die Struktur der Handreichung.....	10
1.2. An wen richtet sich die Handreichung und welchen Nutzen können verschiedene Akteur*innen daraus ziehen?	11
1.3. Verwendung geschlechtersensibler Sprache und Definition ausgewählter Begriffe	11
2. Worauf basiert die Handreichung?	14
2.1. Situation und Herausforderungen alleinerziehender Frauen* in Bremen-Tenever	14
2.2. Erfahrungen von Frauengesundheit in Tenever (FGT) in mehr als 35 Jahren Gesundheitsförderung mit Frauen*	16
2.3. Erfahrungen und Ergebnisse der nach §20a SGB V geförderten Projekte	18
2.3.1. Erfahrungen und Ergebnisse des Präventionsprojekts „Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen*“ (2019-2020)	18
2.3.2. Erfahrungen und Ergebnisse des Präventionsprojekts „Digital Empowerment - Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen*“ (2021-2024)	20
2.4. Kriterien für passgenaue Gesundheitsförderungsangebote für (alleinerziehende) Frauen*	27
3. Entwicklung passgenauer Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen* nach dem Gesundheitsförderungsprozess	30
3.1. Einleitung und Übersicht über den Gesundheitsförderungsprozess	30
3.2. Erfahrungen, Erkenntnisse und Empfehlungen nach den Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses	32

3.2.1	Vorbereitung / Nutzung und Aufbau von Strukturen.....	32
3.2.1.1	Ziel und Zweck	32
3.2.1.2	Planung und Umsetzung in den Projekten „Neue Wege ...“ und „Digital Empowerment...“	33
3.2.1.3	Empfehlungen für Quartiere und Anbieter*innen.....	33
3.2.2	Analyse	35
3.2.2.1	Ziel und Zweck	35
3.2.2.2	Planung und Umsetzung im Projekt „Neue Wege ...“	35
3.2.2.3	Planung und Umsetzung im Projekt „Digital Empowerment...“	38
3.2.2.4	Empfehlungen für Quartiere und Anbieter*innen.....	42
3.2.3	Maßnahmenplanung	43
3.2.3.1	Ziel und Zweck.....	43
3.2.3.2	Planung und Umsetzung im Projekt „Neue Wege ...“	43
3.2.3.3	Planung und Umsetzung im Projekt „Digital Empowerment ...“:.....	44
3.2.3.4	Empfehlungen für Quartiere und Anbieter*innen.....	46
3.2.4	Umsetzung	47
3.2.4.1	Ziel und Zweck.....	47
3.2.4.2	Planung und Umsetzung im Projekt „Neue Wege ...“	47
3.2.4.3	Planung und Umsetzung im Projekt „Digital Empowerment ...“	48
3.2.4.4	Empfehlungen für Quartiere und Anbieter*innen.....	48
3.2.5	(Externe) Evaluation.....	51
4.	Zusammenfassung: Checkliste für passgenaue Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen*	55
5.	Anhang	60
	Anhang 1: Zeitplan des Projekts „Neue Wege ...“	60
	Anhang 2: Zeitplan des Projekts „Digital Empowerment...“	61
	Anhang 3: Datenschutzformular für interessierte Frauen* „Digital Empowerment...“	62
	Anhang 4: Gesprächsleitfaden Anbieter*innen „Neue Wege...“	63
	Anhang 5: Leitfaden Bedarfsanalyse „Digital Empowerment“	65
	Anhang 6: Fragebogen der Online-Befragung „Digital Empowerment...“	68
6.	Quellenverzeichnis	70

1. Einleitung

1.1. Einführung in die Struktur der Handreichung

In den Jahren 2019-2024 hat Frauengesundheit in Tenever (FGT) zwei Gesundheitsförderprojekte für alleinerziehende Frauen* im Bremer Stadtteil Osterholz (Ortsteil Tenever) umgesetzt. Beide Projekte wurden von den gesetzlichen Krankenkassen im Land Bremen nach §20a SGB V (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten) gefördert.

Das erste Projekt „Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen*“ (2019-2020, im Folgenden „Neue Wege ...“) war eines von drei sogenannten Leuchtturmprojekten in der ersten Förderrunde nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Land Bremen.

Ziel des Projektes „Neue Wege...“ war es, den Zugang und die Beteiligung von alleinerziehenden Frauen* in Tenever insbesondere an bewegungsfördernden Angeboten der Prävention und - Gesundheitsförderung zu verbessern. Es sollten die Anbieter*innen für die Bedarfe alleinerziehender Frauen* sensibilisiert und motiviert werden, passgenaue und frauen*gerechte Bewegungsförderungsangebote für die Zielgruppe in Tenever zu schaffen und zu etablieren.

Das zweite Projekt hatte den Titel „Digital Empowerment – neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen*“ (2021-2024, im Folgenden „Digital Empowerment ...“). Hauptziel des Projektes „Digital Empowerment ...“ war die partizipative Förderung digitaler Gesundheitskompetenzen für alleinerziehende Frauen* im Hinblick auf die Handlungsfelder gesundheitsförderliche Ernährung und Medienkompetenzen.

Ein weiteres Ziel beider Projekte war von Anfang an, die Erfahrungen, Erkenntnisse und Werkzeuge in Form einer Handreichung aufzubereiten und damit für Interessierte in anderen Quartieren nutzbar zu machen.

Beide Projekte stehen auf dem Fundament der inzwischen 35-jährigen Arbeit und Erfahrung von Frauengesundheit in Tenever (FGT). Die Einrichtung des gemeinnützigen Trägers Frauen und Gesundheit e.V. setzt sich seit mehr als drei Jahrzehnten für die Förderung der Gesundheit von Frauen* auf Basis der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein. Grundlegende von FGT praktizierte Konzepte und Herangehensweisen in der Gesundheitsförderung wie Partizipation, Empowerment und Innovation fließen mit in diese Handreichung ein.

Damit Leser*innen dieser Handreichung die Entstehungskontexte der Projekte kennenlernen, werden im Folgenden (Kapitel 2) zunächst der Ortsteil Tenever sowie die Lebenswelt der dort lebenden alleinerziehenden Frauen* genauer betrachtet. Auch die mit den jeweiligen Lebensumständen verbundenen Herausforderungen, auch während der Corona-Pandemie, werden dargestellt, um einen empathischen Blick und ein besseres Verständnis zu ermöglichen. Sodann wird die Arbeit des FGT in ihren Grundzügen vorgestellt sowie die Ziele, Methoden und Ergebnisse der Projekte „Neue Wege ...“ und „Digital Empowerment ...“ skizziert. Dieses zweite Kapitel endet mit handlungsleitenden Kriterien für passgenaue, geschlechtergerechte Gesundheitsförderung mit und für Frauen*.

Im dritten Kapitel werden die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Projekten „Neue Wege ...“ und „Digital Empowerment ...“ systematisch nach den Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses (Vorbereitung und Aufbau/Nutzung von Strukturen, Analyse, Maßnahmenplanung und Umsetzung sowie Evaluation) aufbereitet und Empfehlungen, differenziert nach verschiedenen Projektbeteiligten (Frauen* der Zielgruppe, Anbieter*innen, weitere Quartiersakteur*innen) formuliert.

Als Zusammenfassung wird eine Übersicht zentraler Herausforderungen passgenauer geschlechtergerechter Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen* und Lösungsmöglichkeiten bereitgestellt, die von Nutzer*innen dieser Handreichung sozusagen als Checkliste verwendet werden kann (Kapitel 4).

Für Leser*innen, die sich zunächst einen schnellen Überblick verschaffen wollen, eignen sich Abschnitt „2.4. Kriterien für passgenaue Gesundheitsförderungsangebote für (alleinerziehende) Frauen*“ sowie die Zusammenfassung.

1.2 An wen richtet sich die Handreichung und welchen Nutzen können verschiedene Akteur*innen daraus ziehen?

Die Handreichung richtet sich vorrangig an Stadtteile, Kommunen bzw. Quartiere, die den Zugang zu Gesundheitsförderung für alle Menschen herstellen möchten und insbesondere an der Entwicklung und Ausgestaltung passgenauer geschlechtergerechter Angebote für alleinerziehende Frauen* interessiert sind. Die Handreichung soll keine Rezeptsammlung sein, sondern will vor allem für Bedarfe von alleinerziehenden Frauen* sensibilisieren und Ideen vermitteln, wie diese Bedarfe und Bedürfnisse in der Prävention und Gesundheitsförderung gut und sinnvoll adressiert werden können.

Angesprochen werden ebenso Einrichtungen, die Sport- und Bewegungsangebote sowie Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen anbieten, wie Sportvereine und -verbände, Krankenkassen, Schwimmbäder, Fitness- und Gesundheitsstudios, Einrichtungen der sozialen Arbeit, Gesundheitszentren, Quartierszentren. Darüber hinaus möchten wir mit den Erfahrungen und Ergebnissen des Projektes „Digital Empowerment ...“ Organisationen, Netzwerke, Einrichtungen, Vereine und öffentliche Stellen ansprechen, die sich in ihrer Arbeit mit Ernährungs- und Digitalisierungsangeboten in der Gesundheitsförderung auseinandersetzen. Diese Einrichtungen können Ideen für neue Angebote und auch für die Modifizierung vorhandener Angebote gewinnen.

1.3. Verwendung geschlechtersensibler Sprache und Definition ausgewählter Begriffe

In diesem Abschnitt gehen wir zunächst darauf ein, wie wir in dieser Handreichung geschlechtersensible Sprache bzw. die Schreibweise mit Sternsymbol verwenden. Weiterhin erläutern wir die Bedeutung zentraler Aspekte unseres Verständnisses und unserer Praxis geschlechtergerechter, passgenauer und partizipativer Gesundheitsförderungsprozesse: „passgenau“, „geschlechtergerecht/frauen*gerecht“ und „Partnerschaftliche Partizipation und Mitgestaltung“.

Verwendung geschlechtersensibler Sprache

Wir verwenden den Gender-Stern mit dem Ziel, der Vielfalt geschlechtsbezogener Realitäten in Form von subjektiven Geschlechtsidentitäten, Biologie, gesellschaftlichen Normen und Verhältnissen gerecht zu werden.

Dabei nehmen wir Bezug auf geschlechtergerechte Gesundheitsförderung, die Ungleichheiten in der Gesundheit aufgrund verschiedener Ausprägungen von Geschlecht und damit verbundenen Rollen und sozialen Strukturen in den Blick nimmt.²

Ein weiterer Referenzpunkt für uns ist die Ausführung des bremer forum frauen*gesundheit: Mit der Schreibweise „Frauen*“ soll verdeutlicht werden: „[...]“, dass auch Personen als Frauen und Mädchen gelesen werden, die sich nicht als solche identifizieren. Ebenso zeugt es davon, dass die gesundheitlichen Bedarfe und die Lebensrealitäten von Frauen* und Mädchen* sehr unterschiedlich sein können und nicht alle bei ihrer Geburt dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wurden.“³

Geschlecht gilt als wesentlicher Einflussfaktor von Gesundheit.⁴ Dabei wird zwischen biologischem und sozialem Geschlecht unterschieden (im Englischen sex und gender). Das soziale Geschlecht bzw. gender ist gesellschaftlich, kulturell geprägt und unterliegt deshalb gewissen Rollen und Normen wohingegen das biologische Geschlecht auf beispielsweise anatomische oder physiologische Merkmale verweist.⁵ Neben gesellschaftlich dominierenden Vorstellungen von Zweigeschlechtlichkeit („Mann“ versus „Frau“) sind hier auch andere Ausprägungen geschlechtlicher Identität zu berücksichtigen.⁶

Neben den vielfältigen Ausprägungen von Geschlecht beziehen wir uns bei der Verwendung des Sterns außerdem auch auf die Diversität von „Frauen*“ hinsichtlich weiterer sozialer Kategorien wie beispielsweise Klasse, Herkunft oder Religion.⁷

Geschlechtergerechte und frauen*gerechte Gesundheitsförderung

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung bedeutet für uns, Geschlechterungleichheiten, -normen und damit verbundene Bedarfe der Zielgruppe zu berücksichtigen. Im Kontext dieser Handreichung bezeichnen wir Gesundheitsförderung als „geschlechtergerecht“, wenn diese den geschlechterbezogenen biologischen und sozialen Realitäten (sex /gender) gerecht wird (geschlechtersensibel ist), gesundheitsschädliche oder benachteiligende Geschlechterungleichheiten und -verhältnisse nicht fortschreibt, sondern deren Ursachen erkennt, transformiert und letztlich aktiv auf mehr Gerechtigkeit zwischen und für alle Geschlechter hinwirkt.⁸

Als Frauen*gesundheits-einrichtung verwenden wir dafür auch den Begriff „frauen*-gerecht“. Denn Frauen* sind in ein System geschlechtsbezogener Werte, Einstellungen, Rollenzuschreibungen und Erfahrungen (auch von Diskriminierung und Gewalt) eingebunden. Frauen*gerechte Gesundheitsförderung trägt allerdings nicht nur den vielfältigen Bedürfnissen und Bedarfen von Frauen* Rechnung, sondern reflektiert ganzheitlich vorherrschende Geschlechterverhältnisse und zielt auf das Errei-

2 vgl. auch Brand, T., Gencer, H. & Jahn, I. (2019). Gendertransformative Prävention und Gesundheitsförderung. In: Public Health Forum 27(2), S. 126-128. URL: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0014>

3 bremer forum frauen*gesundheit (2024). „Standards für geschlechterresponsive quartiersnahe Gesundheitsangebote“ (unveröffentlichtes Arbeitspapier)

4 vgl. Jahn, I. (2016). Gender Transformative Health Promotion: Ein Ansatz für geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung nach dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz In: Gesundheitswesen 78. URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0036-1586610>, letzter Zugriff: 08.05.2025

5 vgl. Altgeld, T. & Klärs, G. (2024). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. URL: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i022-2.0>

6 vgl. Brand, T., Gencer, H. & Jahn, I. (2019)

7 vgl. Frauengesundheit in Tenever (2025): Programmheft Sommer 2025. Bremen

8 vgl. Brand, T., Gencer, H. & Jahn, I. (2019); Jahn, I. (2016)

chen von Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheit ab. Dabei gilt es z.B. verfestigte Geschlechterstereotype aufzubrechen und abzubauen.

Damit beziehen wir uns auf die Vorgaben des Präventionsgesetzes, nach denen Leistungen der Krankenkassen den geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung tragen (§2b) bzw. geschlechtergerecht sein (§25) sollen und Gesundheitsförderung und Prävention zur Verminderung sozialer und geschlechtsbezogener Ungleichheit beitragen (§20) sollen.

Passgenaue Gesundheitsförderung

Der Begriff „**passgenaue** Gesundheitsförderung“ beschreibt eine Ausgestaltung von Gesundheitsförderungsprozessen und Maßnahmen, die an den Bedürfnissen und Bedarfen der jeweiligen Zielgruppe ausgerichtet ist. In dieser Handreichung bezieht sich die Bezeichnung „passgenaue Gesundheitsförderung“ auf die Zielgruppe alleinerziehender Frauen*. In diesem Zusammenhang bedeutet dies: Die Angebote werden konkret so maßgeschneidert, dass sie möglichst **genau** zu den Bedürfnissen und Bedarfen alleinerziehender Frauen* **passen**. Dies betrifft sowohl organisatorische Fragen (vor allem bzgl. Zeit, Kosten, Kinderbetreuung) wie auch inhaltliche Aspekte (z.B. Auswahl der Bewegungs-, Sport-, Medien- und Ernährungsangebote, Übungsleitung). Ziel ist, dass möglichst viele Frauen*, die dies möchten, an den Maßnahmen teilnehmen können. Alleinerziehende teilen eine Reihe von Gemeinsamkeiten, sie sind jedoch keine homogene Gruppe, sondern haben z.B. je nach Anzahl, Alter und Entwicklung der Kinder, sozialer Lage, Zuwanderungsgeschichte, Gesundheitszustand etc. unterschiedliche Bedürfnisse und Bedarfe, die ebenfalls einbezogen werden müssen. Angebote sollen deshalb diversitäts- und kultursensibel sein und genau diese heterogenen Bedarfe, Lebenslagen und Ressourcen der Frauen* mit in den Blick nehmen (siehe auch Abschnitt 2.4 unter „Allgemeine Kriterien“). Passgenaue Gesundheitsförderung bedeutet im Kontext unserer Arbeit immer auch eine frauen*- und geschlechtergerechte Ausgestaltung von Gesundheitsförderung.

Partnerschaftliche Partizipation und Mitgestaltung

Partnerschaftliche Partizipation im Sinne dieser Handreichung meint, dass alle potentiell Beteiligten (Frauen*, Anbieter*innen von Gesundheitsförderung und weitere Einrichtungen im Quartier) von Anfang an und kontinuierlich in den Gesundheitsförderungsprozess einbezogen werden. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten „auf Augenhöhe“ und der respektvolle und offene Umgang mit unterschiedlichen Sichtweisen, Bedürfnissen und Bedarfen ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass es gelingt, nachhaltig passgenaue Gesundheitsförderungsangebote in den verschiedenen Handlungsfeldern für die Zielgruppe der Alleinerziehenden zu schaffen.

Partnerschaftliche Partizipation lebt vom Prinzip der „Mitgestaltung“, welches in den unterschiedlichen Projektzusammenhängen verschiedene Formen, z.B. als „Mitgestaltungsworkshops“, angenommen hat. Projektschwerpunkte und die örtlichen Strukturen bestimmen die jeweiligen Formate. Mitgestaltung als Prozess findet auf verschiedenen Ebenen der Vernetzung (Quartier, Stadtteil) und kontinuierlich in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses statt. Mitgestaltung erweist sich letztendlich als ein fortlaufender, zirkulärer Prozess im stetigen Austausch zwischen allen Projektbeteiligten. Die sich in der Praxis dann zeigenden und artikulierten Wünsche und Bedarfe aller Projektteilnehmenden werden aufgenommen und in die weitere Projektarbeit integriert.

2. Worauf basiert die Handreichung?

2.1 Situation und Herausforderungen alleinerziehender Frauen* in Bremen-Tenever

Im Ortsteil Tenever des Bremer Stadtteils Osterholz leben etwa 10.000 Menschen, davon rund 70 Prozent eingewanderte Menschen aus 90 verschiedenen Herkunftsländern.⁹ Tenever ist einer der kinderreichsten Ortsteile in Bremen, viele Frauen* haben drei und mehr Kinder. Sie sind im Alltag stark gefordert: jeden Tag müssen sie meist mit sehr wenig Geld ihre Familien versorgen.

Nach den Armuts- und Reichtumsberichten des Landes Bremen gilt die Großsiedlung Tenever – trotz einiger positiver Entwicklungen – nach wie vor als Ortsteil mit überdurchschnittlichen sozialen Problemlagen und sozialer Benachteiligung.¹⁰

Der Landesgesundheitsbericht 2024 zeigt insbesondere das weiter bestehende soziale Gefälle in der Betrachtung der Gesundheit von Bremer*innen: „Wer in sozial weniger gut ausgestatteten Stadtteilen lebt, trägt eine höhere Krankheitslast und hat eine geringere Lebenserwartung. Heißt: Menschen in weniger gut ausgestatteten Stadtteilen haben oft einen schlechteren Zugang zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens, haben weniger Gesundheitskompetenzen und sind in ihrem Gesundheitsverhalten auch deshalb oft eher mit Risiken behaftet, was verhaltensbedingte Erkrankungen fördert.“¹¹

In Tenever waren 2023 (Stichtag 31.12.) 33,1% aller Privathaushalte mit Kindern Alleinerziehenden-Haushalte (zum Vergleich: Stadt Bremen 27,4%) mit leicht ansteigender Tendenz seit 2020.¹² Das Land Bremen weist im Ländervergleich sowohl die geringste Frauen- und Alleinerziehenden-Beschäftigungsquote¹³ als auch mit Abstand die höchste Armutsquote auf.¹⁴ In Bremen sind Familien und Alleinerziehende nach wie vor besonders armutsgefährdet.¹⁵ Das Armutsgefährdungsrisiko für Alleinerziehende lag 2023 in Bremen mit 55,1% höher als in allen anderen Stadtstaaten und im bundesweiten Vergleich.¹⁶ Alleinerziehende nehmen überproportional Hilfeleistungen des

9 vgl. Freie Hansestadt Bremen. Fördergebiete der sozialen Stadtentwicklung. Tenever. URL: <https://www.sozia-lestadt.bremen.de/gebiete/tenever-20852>, letzter Zugriff: 15.04.2025

10 vgl. SSJFI - Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport (Hg.) (2015). Lebenslagen im Land Bremen. Armuts- und Reichtumsbericht des Senats der Freien Hansestadt Bremen. Bremen. URL: <https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Zweiter%20ARB%20Oktober%202015.pdf>, letzter Zugriff: 12.06.2025

SSJIS - Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport (Hg.) (2021). Lebenslagen im Land Bremen. 3. Bericht des Senats der Freien Hansestadt Bremen. Bremen. URL: <https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Dritter%20Lebenslagenbericht%20Land%20Bremen.pdf>, letzter Zugriff: 12.06.2025

11 SGFV - Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (Hg.) Landesgesundheitsbericht Bremen 2024. Bremen: 2024, S. 3 URL: https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Landesgesundheitsbericht%202024_FINAL.pdf, letzter Zugriff: 12.06.2025

12 vgl. Statistisches Landesamt Bremen (2025). Bremer Ortsteilatl. URL: <https://www.statistik-bremen.de/tabellen/kleinraum/ortsteilatl/atlas.html>, letzter Zugriff: 15.04.2025

13 vgl. SSJIS (2021, S. 186)

14 vgl. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V. (Hg.) (2024). Armut in der Inflation. Paritätischer Armutsbericht 2024. Der Paritätische: Berlin URL: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/img/Paritaetischer_Armutsbericht_2024.pdf, letzter Zugriff: 12.06.2025

15 vgl. SSJIS (2021, S. 64)

16 vgl. Böhme, R. & Kramer L. (2024). „Bilanz und Perspektiven der Förderprogramme für Alleinerziehende im Land Bremen“ In: Institut Arbeit Wirtschaft (iaw) Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) Arbeit und Wirtschaft, Jg. 47. URL: https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Familie_Soziales/Studie_Alleinerziehende_Bilanz_der_F%C3%B6rderprogramme_web.pdf, letzter Zugriff: 16.04.2025

Sozialsystems (Transferleistungen, Erziehungsberatung) in Anspruch.¹⁷ In Tenever ist der Anteil an Alleinerziehenden, die Leistungen nach dem SGB II beziehen, im Vergleich der Ortsteile mit 76,2% überdurchschnittlich hoch.¹⁸

Trotz der strukturellen Herausforderungen gelingt es alleinerziehenden Frauen* durchaus, ihre Kinder gut aufwachsen zu lassen und Teilhabe-Möglichkeiten zu nutzen. Sie sind, wie unsere Projekt-Erfahrungen zeigen, bisweilen außerordentlich kreativ dabei. Uns hat besonders beeindruckt, dass die Frauen* oft eigene pragmatische Lösungen gefunden haben, um an unseren Angeboten teilzunehmen. Insbesondere Frauen* mit vielen Kindern mussten die unterschiedlichen Bedürfnisse der Kinder mit ihren eigenen Wünschen in Einklang bringen. So wurden beispielsweise Babies bei der Gartenarbeit im Tragetuch getragen, um gleichzeitig körperlich aktiv und nah beim Kind zu sein. Auch entlasteten sich die alleinerziehenden Frauen* über den Kontakt im Projekt gegenseitig, z.B. beim abwechselnden Abholen der Kinder.

Gleichwohl sind Alleinerziehende häufig starken psychischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt. Sie benötigen dringend Entlastung und Unterstützung, um ihre eigene Gesundheit zu erhalten. Nach der „Befragung von Alleinerziehenden erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im Land Bremen“ ist „Alleinerziehend und Gesundheit“ ein zentrales Handlungsfeld. Alleinerziehende sind zu 94 % Frauen, etwa die Hälfte berichten „oft am Limit“ zu sein. Bedeutsame gesundheitliche Beeinträchtigungen beinhalten Stress (67,1%), Schlafmangel (43,4%) und Zeitprobleme/dauerhafte Verfügbarkeit (36,9%), Schmerzen und Migräne (34,4%). „Kostenfreie Freizeitangebote“ sind mit 56% der am häufigsten genannte Wunsch zur besseren Unterstützung.¹⁹

Die Pandemie, die damit verbundenen Beschränkungen des öffentlichen und privaten Lebens, und deren Folgen haben für zusätzliche Belastungen für alleinerziehende Frauen* (Bsp. „Home Schooling“) gesorgt. Soziale Isolation, Unsicherheit und Ängste haben in dieser Zeit zugenommen und neue Anforderungen zum Beispiel im Umgang mit digitalen Angeboten sind entstanden und bestehen weiterhin. Der ohnehin schon bestehende Mangel an sozialen Unterstützungsnetzwerken bei Alleinerziehenden hat sich durch die pandemische Lage zusätzlich verschärft.²⁰ Die Erreichbarkeit von alleinerziehenden Frauen* für Angebote der Gesundheitsförderung ist insgesamt recht schwierig und war in dieser Zeit eine noch größeren Herausforderung.

Aus diesen Gründen gehören im Land Bremen Alleinerziehende zu den gesundheitlich verletzlichen Personengruppen, die von zielgruppenspezifischen gesundheitsfördernden Maßnahmen auf kommunaler Ebene besonders profitieren sollen.²¹

Ein verbesserter Zugang zu und die Förderung von passgenauen preisgünstigen Gesundheitsförderungsangeboten sind eine Notwendigkeit und ein Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheit von Alleinerziehenden.

¹⁷ vgl. SSJFI (2015)

¹⁸ vgl. Böhme, R. & Kramer L. (2024, S. 21)

¹⁹ vgl. Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2017). Alleinerziehend – ein Kaleidoskop von Lebens- und Arbeitssituationen. URL: https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Familie_Soziales/Alleinerziehend_Ein_Kaleidoskop_2017-09_web.pdf, letzter Zugriff: 18.01.2021

²⁰ vgl. Böhme, R. & Kramer L. (2024, S. 52)

²¹ GKV-Spitzenverband (Hg.) (2021). Kommunales Förderprogramm in Bremen <https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/wir-in-den-laendern/bremen/projektfoerderung/>, letzter Zugriff: 21.4.2021

2.2 Erfahrungen von Frauengesundheit in Tenever (FGT) in mehr als 35 Jahren Gesundheitsförderung mit Frauen*

Seit 1989 praktiziert Frauengesundheit in Tenever (FGT) Gesundheitsförderung speziell für und mit Frauen* im Quartier. Frauen* können sich zu Gesundheitsthemen informieren und austauschen, Neues ausprobieren und Entlastung im Alltag erfahren. Niederschwellige Angebote bringen Frauen* in all ihrer Unterschiedlichkeit (Alter, Herkunft, Lebenslage usw.) zusammen.

Ziele von FGT

Ziel ist es, die Bewohnerinnen* des Stadtteils zu Eigenverantwortung und Selbstbewusstsein zu ermutigen, ihre Kenntnisse zu erweitern und ihre Stärken zu fördern.

Mit den Handlungsfeldern – „befähigen und ermöglichen“, „vermitteln und vernetzen“, „Interessen vertreten“ sowie „gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“ – setzt FGT die Grundideen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 in die Praxis um. Diese Leitideen werden durch feministische Gesichtspunkte ergänzt, d.h. Erfahrungen und Lebenssituationen der Frauen* aufzugreifen und Frauen* in ihrer Selbstachtung, Autonomie und Kompetenz zu stärken. Dabei werden unterschiedliche kulturelle Herkunft und persönliche Biografien berücksichtigt.

Diese Ziele werden u.a. erreicht, in dem Frauen* sowohl in ihren aktuellen Lebenszusammenhängen angesprochen werden als auch durch die Möglichkeit des niedrigschwelligen Zugangs zum Begegnungs- und Beratungsangebot. Frauengesundheit in Tenever verfolgt einen stadtteilbezogenen Arbeitsansatz und bietet Nutzerinnen* auch muttersprachliche Angebote. Vorhandene gesundheitsfördernde Kompetenzen der Nutzerinnen* wie z.B. eigene Selbsthilfepotentiale oder Kontaktfähigkeit werden gestärkt. Im Fokus der Arbeit steht die Orientierung an Ressourcen anstelle von Defiziten. Mithilfe gemeinsamer praktischer Erfahrungen können den Nutzerinnen* Handlungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung aufgezeigt werden.

Für die konkrete Arbeit mit den Nutzerinnen* bedeutet dies, dass sie in psychosozialen Krisensituationen Unterstützung erhalten. Außerdem werden sie dazu ermutigt, ihre eigenen Stärken und Fähigkeiten herauszufinden und zu vertiefen. Der Ansatz ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ wird in der alltäglichen Arbeit von Frauengesundheit in Tenever praktiziert. Nutzerinnen* können durch gemeinsames Handeln neue Erfahrungen gewinnen. Wichtiger Bestandteil der Arbeit ist die Parteilichkeit für Frauen*. Die Frauen* werden unterstützt, ihre Interessen wahrzunehmen und es werden Ungerechtigkeits- und Ausgrenzungserfahrungen gegenüber zuständigen Stellen benannt, um strukturelle Verbesserungen zu erreichen. Diese Gesundheitsförderung zielt auf die individuelle sowie strukturelle Ebene im Sinne von Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Gesundheitsverständnis

Die Arbeit des FGT orientiert sich an folgendem Verständnis von Gesundheit: Gesundheit bedeutet, sich wohl zu fühlen, Verantwortung für sich zu übernehmen und in sozialen Beziehungen eingebunden zu sein. Frauen* selbst sind Expertinnen* ihrer eigenen Gesundheit und ihres Lebensalltags. Die Mitarbeiterinnen des FGT begleiten die Nutzerinnen* darin, gesundheitsbewusstes Handeln auf der Grundlage des Salutogenese Konzepts zu entwickeln. Lebenswelten spielen eine zentrale Rolle für die Gesundheit, daher steht das Engagement für eine Verbesserung der strukturellen Lebensbedingungen der Frauen* im Mittelpunkt.

Partizipation und Empowerment – wohlwollende Unterstützung als Grundprinzip

Ein wesentlicher Grundsatz der Arbeit des FGT ist die Partizipation. Das bedeutet, dass von Beginn an Frauen* und Mädchen* zur aktiven Beteiligung und Mitarbeit bei vielen Aktivitäten und Angeboten ermuntert werden. Zentraler Ort dafür ist – und war von Anfang an – ein sogenanntes Programm-Plenum. In diesem werden die Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzerinnen* wahr- und ernstgenommen, erfragt und passende Angebote hierzu eingerichtet. Die Frauen* werden motiviert, sich selbst zu engagieren und sich für ihre Interessen einzusetzen. Nutzerinnen*, die nicht am Plenum teilnehmen, werden von den Mitarbeiterinnen angesprochen und befragt.

Ein zentrales Element der Arbeit des FGT sind die Kontakt- und Beziehungsgespräche mit den Nutzerinnen*. Hierüber wird Vertrauen aufgebaut und Bindung hergestellt. Beratungen basieren auf Grundlage einer parteilichen und handlungsorientierten Grundlage mit dem Ziel, das Selbstwertgefühl und die Kompetenzen der Frauen* zu mobilisieren.

Vernetzung im Stadtteil

Frauengesundheit in Tenever ist mit vielen Akteur*innen im Stadtteil und auch übergreifend in Bremen vernetzt.

FGT ist in unterschiedlichen Gremien wie z.B. im bremer forum frauen*gesundheit, in verschiedenen Arbeitskreisen und der Stadtteilgruppe vertreten, u.a. um sich für die Themenbereiche Frauen*gesundheit, Frauen*rechte und Selbstbestimmung einzusetzen. Neben der Netzwerkarbeit organisiert FGT gemeinsam mit anderen Akteur*innen im Stadtteil vielfältige Veranstaltungen, Aktionen und Feste.

Um gesunde Lebensverhältnisse für alle zu schaffen, bringt sich FGT aktiv in die Politik ein. FGT steht mit Politiker*innen aller Parteien sowie den jeweiligen Gesundheitssenator*innen in Kontakt. Im Austausch wird die Arbeit des FGT vorgestellt und die Bedarfe aus dem Stadtteil sowie strukturelle Notwendigkeiten vorgetragen und thematisiert.

Langjähriger, erfolgreicher Zugang zu Frauen* verschiedener Herkunft und Altersgruppen

FGT begleitet Mädchen* und Frauen* in allen Lebensphasen. Neben dem eigenen Körper und der seelischen Befindlichkeit werden auch soziale Ungleichheiten in den Geschlechterrollen und Geschlechterbildern sowie Diskriminierungserfahrungen aufgrund von Geschlecht, kultureller und sozialer Herkunft thematisiert. Wichtige Themen sind auch die eigene Lebensplanung, berufliche Orientierung sowie Probleme im Erwerbsleben, bei der Jobsuche oder mit Transferleistungen.

FGT bietet ein breites Angebot an Veranstaltungen wie Bewegungskurse, Schwimm- und Radfahrkurse, Badezeiten nur für Frauen*, Alphabetisierungs- und Integrationskurse, Kreativkurse und vieles mehr.

Durch regelmäßige Gruppenangebote wie z.B. offene Treffen, Frauen*-Frühstück, Veranstaltungen wie das „Gastmahl bei Freundinnen – Internationale Suppen“, Ausflüge und Feste, werden seit Jahrzehnten Frauen* im Quartier zusammengebracht. Für die teilnehmenden Frauen* entsteht ein Zusammengehörigkeitsgefühl, welches sie sehr stärkt und ihnen Kraft und Zuversicht gibt. Im Rahmen der Begegnungsangebote können fröhliche, aber auch traurige Erlebnisse miteinander geteilt werden.

Ein wichtiges Anliegen des FGT ist es, Frauen* in einfacher Sprache den Zugang zu gesundheitsbezogenen Themen zu ermöglichen. In Gesprächsrunden können sich die Nutzerinnen* mit ihren Erfahrungen austauschen, hierdurch wird ihre Kompetenz im Bereich Gesundheit gestärkt. Es werden auch Referent*innen zu von den Nutzerinnen* gewünschten Themen eingeladen, die interessierten Frauen* möglichst in einfacher Sprache neues Wissen und Erkenntnisse nahebringen. Hierbei kommen auch muttersprachliche Referentinnen* und/oder Übersetzerinnen* zum Einsatz. Die Einrichtung ist barrierefrei und somit für alle Frauen* zugänglich.

2.3 Erfahrungen und Ergebnisse der nach §20a SGB V geförderten Projekte

2.3.1 Erfahrungen und Ergebnisse des Präventionsprojekts „Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen*“ (2019-2020)

Das Projekt wurde 2019 – 2020 als eines von drei Leuchtturmprojekten in der ersten Förderperiode im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) nach §20 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen im Land Bremen gefördert.

Ziel des Projektes war es, den Zugang zu und die Beteiligung an – insbesondere bewegungs- und entspannungsbezogenen – Gesundheitsförderungsangeboten für alleinerziehende Frauen* zu verbessern.

Das Projekt „Neue Wege ...“ richtete sich an die Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen* mit und ohne Migrationshintergrund. Die Heterogenität dieser Gruppe sollte hinsichtlich der kulturellen Hintergründe, Anzahl von Kindern, Erwerbstätigkeit möglichst gut abgebildet sein. Auch geflüchtete alleinerziehende Frauen* wurden im Rahmen des Projektes angesprochen.

Herangehensweise und Methoden des Projekts „Neue Wege ...“ entsprachen der grundlegenden Haltung und dem partizipativen Konzept von FGT als auch den Vorgaben der Krankenkassen. Die Bedarfe und Bedürfnisse der Frauen* wurden in den Mittelpunkt gestellt.

Im Projekt wurden 107 Frauen* nach ihren Erfahrungen, Wünschen Bedürfnissen, Teilnahmehindernissen bzgl. Sport und Bewegung befragt. Die Bedarfserhebung fand in den meisten Fällen in Gruppengesprächen statt. Außerdem wurden kurze strukturierte Befragungen in Form von persönlichen Interviews durchgeführt, um auch diejenigen Frauen* zu erreichen, die wenig Deutsch sprechen und/oder nicht lesen und schreiben können. Auf diese Weise wurde eine vielfältige, heterogene Gruppe hinsichtlich Lebenssituation, kulturellem Hintergrund, Anzahl der Kinder, Erwerbstätigkeit etc. erreicht.

Zum Kennenlernen bzw. Ausprobieren von Bewegungsangeboten fanden zwei Aktionstage mit verschiedenen Schnupperangeboten und Kinderbetreuung statt. Entsprechend der Wünsche der Frauen* beinhalteten diese Angebote im Schwimmbad u.a. Wassergymnastik, Aqua-Cycling, Wassergewöhnung und Schwimmen lernen für Anfängerinnen* und Fortgeschrittene sowie in der Gymnastikhalle u.a. verschiedene Angebote zu Entspannung und Stressbewältigung, Tanz und Bewegung, Massagen.

Parallel zu den o.g. Aktivitäten mit alleinerziehenden Frauen* wurden Anbieter*innen von Gesundheitsförderangeboten in Tenever befragt sowie weitere Akteur*innen (soziale Einrichtungen, Quartiersmanagement) informiert und einbezogen. Für die Gespräche

mit Anbieter*innen wurde ein Leitfaden entwickelt (vgl. Anhang 4). Damit verbunden war zugleich eine erste Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Bedarfe der Frauen*, damit zukünftig eine strukturelle, nachhaltige Veränderung in der Gesundheitsförderung erreicht werden kann und der Zugang auch für alleinerziehende Frauen* sichergestellt wird.

In Tenever gibt es eine langjährig gewachsene gute Vernetzung sozialer Einrichtungen, die sich die Verbesserung der Lebensverhältnisse der Bewohner*innen im Quartier auf die Fahnen geschrieben haben. Das erleichtert es, mit Akteur*innen ins Gespräch zu kommen und Kooperationen zu vereinbaren.

Im Anschluss an diese hier kurz beschriebene Analysephase wurden alle Akteur*innen zu einem Mitgestaltungsworkshop eingeladen. Hier wurden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme vorgestellt und gemeinsam Ideen für neue Angebote bzw. für die Modifizierung bestehender Angebote entwickelt und deren Umsetzung verabredet.

Dies beinhaltete u.a. Verabredungen mit dem Projekt „Sport interkulturell“ des Landessportbundes Bremen für die Erprobung von Lauftreffs mit und ohne Kinderwagen sowie mit dem OTe-Bad / Bremer Bäder für die Erprobung von zwei offenen Schwimmern- und Wassergewöhnungsangeboten.

Aufgrund der Corona-Pandemie konnte diese Erprobungsphase nur eingeschränkt realisiert werden. Die Angebote wurden – soweit es Pandemie und Verordnungen erlaubten – im Frühjahr, Sommer und Herbst 2020 umgesetzt. Ebenfalls konnte der geplante zweite Mitgestaltungsworkshop zur Auswertung nicht stattfinden. Ersatzweise wurden Auswertungsgespräche mit den Anbieter*innen geführt und verabredet, die Maßnahmen nach dem Lockdown weiterzuführen.

Die wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse aus dem Projekt „Neue Wege ...“ sind:

- Die Faktoren Zeit, Kinderbetreuung und Kosten sind wesentlich für alleinerziehende Frauen*. Das hat sich aus den Bedarfsabfragen deutlich ergeben und ist nicht sehr überraschend. Es ist also wichtig für die Frauen*, wann ein Angebot stattfindet, ob eine Kinderbetreuung angeboten wird und was das Angebot kostet bzw. wie die Kosten erhoben werden.
- Die geäußerten Interessen der Frauen* waren außerordentlich vielfältig. Folgende Sportarten haben die Frauen* in ihrer Vergangenheit, zum Teil in ihren Herkunftsländern, ausgeübt und sie zeigten Interesse in Zukunft an entsprechenden Angeboten teilzunehmen. Angegeben wurden Gymnastik, Tanz- und Fitnesserfahrungen sowie Wassergymnastik und Schwimmen, aber auch Handball, Fußball, Volleyball und Basketball. Hier ist ein breites Spektrum von Interessen der Frauen* deutlich geworden und es zeigt sich, wie wichtig eine offene Herangehensweise ist, um nicht in das Fahrwasser von Geschlechterstereotypen zu geraten.
- Die Frauen* wünschen sich Angebote am Vormittag, wenn die Kinder in der Kita oder Schule betreut werden, oder am Nachmittag mit Kinderbetreuung und auch gemeinsame Kurse mit ihren Kindern.
- Bezogen auf die Kosten wünschen sich die meisten Frauen* offene Angebote, die sie nur bezahlen, wenn sie auch teilnehmen. Alleinerziehende Frauen* haben öfter durch ihre Alltagsbelastungen nicht die Möglichkeit, regelmäßig an Kursen teilzunehmen

und möchten nicht noch zusätzliche Verpflichtungen eingehen. Zudem müssen viele Alleinerziehende sparsam mit ihren geringen Einkünften umgehen.

- Manche Frauen* benötigen eine Unterstützung für den „ersten Schritt“. Besonders neu zugewanderte, geflüchtete und auch wenig sportaffine Frauen* haben es schwer, den Zugang zu Gesundheitsförderungs- und Bewegungsangeboten zu erreichen. Hier hilft es, wenn vertraute Menschen wie Bekannte und Nachbar*innen, aber auch Kita-Mitarbeitende oder Sozialarbeiter*innen, die Frauen* bei der Anmeldung und den ersten Terminen begleiten.
- Auf der Anbieter*innen-Seite war festzustellen, dass einige Angebote in Tenever den erforderlichen strukturellen Kriterien bereits entsprachen, wie z.B. ein offenes Frauengymnastikangebot. Zudem hat sich gezeigt, dass es häufig nur kleiner Veränderungen bedarf, wie z.B. die Anpassung von Beginn und Ende von Kursterminen an die Bring- und Abholzeiten der Kitas.
- Beim Mitgestaltungsworkshop waren die Anbieter*innen sehr motiviert, ihre Angebotspalette anzupassen und auch Neues auszuprobieren oder Schnupperangebote anzubieten. Es war schnell klar, dass es eine Win-win-Situation ist, wenn die Angebote bedarfsgerecht ausgestaltet sind.
- Das praktische Ergebnis des Workshops bestand darin, bestehende Angebote entsprechend den Bedürfnissen alleinerziehender Frauen* so weit wie möglich anzupassen und neue Angebote zu entwickeln (siehe Abschnitt 3.2.3 Maßnahmenplanung).

2.3.2 Erfahrungen und Ergebnisse des Präventionsprojekts „Digital Empowerment - Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen*“ (2021-2024)

Das Projekt „Digital Empowerment ...“ wurde 2021– 2024 im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG, §20 SGB V) von den gesetzlichen Krankenkassen im Land Bremen gefördert.

Hauptziel des Projektes war die partizipative Förderung digitaler Gesundheitskompetenzen für alleinerziehende Frauen* im Hinblick auf die Handlungsfelder gesundheitsförderliche Ernährung und Medienkompetenzen.

Wie bereits im Projekt „Neue Wege ...“ adressierten die „Digital Empowerment ...“ Angebote erneut die heterogene Zielgruppe alleinerziehender Frauen* im Bremer Stadtteil Osterholz, insbesondere im Ortsteil Tenever. Der Bedarf und die Notwendigkeit der Förderung digitaler Gesundheitskompetenzen war im Zuge der Corona-Pandemie besonders deutlich geworden: **Fake News und Desinformationen** zu COVID 19 und entsprechenden gesundheitlichen Maßnahmen überschwemmten das Internet. Sie sorgten neben den vielen Unbekannten im Laufe der pandemischen Lage für zusätzliche Verunsicherung in der Bevölkerung. Gleichzeitig waren aufgrund von Hygiene-Schutzmaßnahmen viele Angebote der Gesundheitsförderung entfallen oder häufig nur noch über neue digitale Formate zugänglich, die einerseits technische Ausstattung aber auch **digitales Know-How** voraussetzten. Die Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF) stellte in Bezug auf das Bremer Hilfesystem zusätzlich fest: „Die Corona-Krise verstärkt den Digital Gender Gap. Die Verlagerung von Angeboten auf digitale Medien setzt den Zugang zu und die Kompetenz im Umgang mit diesen voraus. Diese Voraussetzung ist bei den Zielgruppen der Frauenberatungs-

und Unterstützungseinrichtungen häufig nicht gegeben. Der Zugang zur Zielgruppe ist in der Frauenhilfeinfrastruktur ohne den persönlichen Kontakt eine besondere Herausforderung. (...)“²²

Dass die sozioökonomische Lage und die Aneignung von Wissen/Informationen über (digitale) Medientechnologien sich bedingen und soziale Ungleichheiten mitprägen, ist wissenschaftlich als zentrale Hypothese im Forschungsfeld zur so genannten „Wissenskluft“ oder „digital divide“ festgehalten.²³ Das Projekt „Digital Empowerment“ gab uns die Möglichkeit, die Bedürfnisse und Bedarfe von Frauen* in einem sozial benachteiligten Stadtteil in Hinblick auf digitale Gesundheitskompetenzen zu erheben sowie zu prüfen, ob und wie sich eine „digital divide“ in der Gesundheitsförderung und im Alltag der Frauen* in Tenever zeigt und dieser entsprechend entgegenzuwirken.

Trotz pandemischer Lage zu Projektbeginn 2021 konnten wir im Projektverlauf 98 Frauen* persönlich und online erreichen, um mehr über ihren Medienalltag, ihre Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten sowie ihre diesbezüglichen Bedarfe und Hürden zu erfahren. Dafür nutzten wir einen multi-methodischen Ansatz, der Gruppengespräche, Online-Befragung und teilnehmende Beobachtung kombinierte. Schnell war klar, das Smartphone ist als ständiger Begleiter und entscheidendes digitales Endgerät für das Alltagsmanagement der Frauen* etabliert. Digitale Gesundheitsangebote und -apps wurden allerdings bis zu diesem Zeitpunkt wenig genutzt. Die Hürden hierfür sind vielfältig: von fehlendem Wissen über die Angebote, Unsicherheiten, sich neue Anwendungen anzueignen, Hochschwelligkeit der Angebote bis zu fehlender Kinderbetreuung, Zeit-Knappheit, geringer (digitaler) Literalität²⁴ oder schlechter Internetverbindung in einem digital unzureichend ausgebauten und zugleich dicht besiedeltem Wohngebiet.

In Hinblick auf das Handlungsfeld Ernährung gab es einige Anknüpfungspunkte zum Thema Digitalisierung, denn viele der befragten Frauen* hatten bereits Erfahrungen mit Kochvideos auf Sozialen Medien. Das Handlungsfeld Ernährung wurde auch gewählt, da bereits im Projekt „Neue Wege ...“ die Zielgruppe der Frauen* den Bedarf geäußert hatte, mehr über Ernährung erfahren zu wollen.

Entsprechend der FGT-Ansätze von Partizipation²⁵, Empowerment und Niedrigschwelligkeit wurden auf Grundlage der Bedarfsabfrage zahlreiche Maßnahmen im Projekt entwickelt und umgesetzt: Workshop-Formate zu den Themen Desinformationen und fake news, Medienerziehung sowie Online-Anmeldeverfahren für verschiedene Plattformen (z.B. „Kita-Portal“). Weitere Angebote umfassten Urban-Gardening, gesunde

22 ZGF - Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hg.) (2020). Frauen in der COVID-19-Pandemie, Bremerhaven im Blick. Ergebnisse der ZGF-Digitalkonferenz vom 17.06.2020. URL: https://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/media.php/13/20200702_Frauen_und_Corono-Ein_Blick_auf_BHV_Booklet_zur_Digitaltalko.pdf, letzter Zugriff 15.05.2025

23 aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive, siehe z.B. auch Brand T., Herrera-Espejel P., Müllmann S., Wiersing R. & Busse H. (2024). Soziale Ungleichheit im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen: Digitale Spaltungen in den Bereichen Zugang, Nutzung, Wirksamkeit und Privatsphäre. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 67(3), S. 268-276. URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03832-6>

24 vgl. ebenda

25 Für eine genauere Beschreibung und Beispiele zur Umsetzung von Partizipation im „Digital Empowerment...“-Projekt siehe auch: Sanko C., Jahn I. & Flerlage J.: Digital Empowerment – Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen. Schwerpunkt Partizipation. Vortrag, 4. Bremer Präventionskonferenz, Bremen, 7. September 2022. URL: https://www.praevention-bremen-bremerhaven.de/fileadmin/redaktion/praevention_bremen_bremerhaven_de/Dokumente/Konferenzen/2022/2022_Praesentation_FGT.pdf, letzter Zugriff 17.04.2025

Frühstücke, Lauffreie, ein „Digital Helpdesk“, vertiefende Medienkompetenz-Schulungen in der Hightech-Werkstatt FabLab, Produktion von eigenen Kochvideos, Blog- und Social-Media-Beiträge. Im Zuge der Umsetzung des Projektes wurden neue Kommunikationsstrukturen geschaffen (Projekt-Blog, Instagram-Konto, Messenger „Signal“, Datenschutz- und Social-Media-Konzept).

Die Angebote adressierten eine Bandbreite an Bedarfen und Fördermöglichkeiten (digitaler) Gesundheitskompetenzen. Dazu zählen beispielsweise technische, rezeptive, kreative und kritisch-reflexive Medienkompetenzen²⁶, Lese- und Sprachkompetenzen, Navigations-, Informations-, Recherche-, und Ernährungskompetenzen.²⁷ Bei der Bewerbung und Ausgestaltung der Angebote wurden folgende Aspekte besonders berücksichtigt:

- die Themen setzen an der Lebensrealität der Frauen* an
- im Kompetenzerwerb wird ein subjektiver Mehrwert gesehen
- das Vorwissen und bestehende Fähigkeiten der Frauen* werden berücksichtigt
- die Kinderbetreuungsfrage ist geklärt
- es gibt einen offenen WLAN-Zugang
- es wird auf eine ungezwungene Atmosphäre geachtet
- es werden Erfolgserlebnisse bzw. ein Ergebnis erzielt
- das Format ist interaktiv-spielerisch
- eine Beziehungs-/Vertrauensperson ist ggfs. mit anwesend

Durch die über 30-jährige Verankerung des FGT im Stadtteil sowie die zuvor gesammelten Projekterfahrungen und etablierten Netzwerkstrukturen konnte „Digital Empowerment ...“ rasch in die Umsetzung starten. Das zeigt den Vorteil und die Bedeutsamkeit von personeller Kontinuität und langfristigen Förderstrukturen für Gesundheitsförderung in den Quartieren. Bestehende Vernetzungsstrukturen konnten genutzt, an einigen Stellen vertieft und auch über Stadtteilgrenzen hinaus ausgebaut werden. So konnten auch stadtteilübergreifend wirkende Organisationen wie das Digital Impact Lab²⁸ und das FabLab Bremen e.V.²⁹ für medienpädagogische Arbeit in Tenever im Rahmen des Projektes als Kooperationspartner gewonnen werden. Neu und konstruktiv war auch die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsfachkräften im Quartier.³⁰

Das im Projekt „Neue Wege ...“ ausgearbeitete Prinzip der Mitgestaltung wurde im Projekt „Digital Empowerment ...“ nicht in einem singulären Workshop-Format, sondern prozessbegleitend realisiert: im Rahmen von Projekt- und Stadtteilgremien (Steuerungsgremium, Arbeitskreis Tenever) sowie fortlaufend im Austausch und durch Reflexion mit Fachkräften und Teilnehmerinnen* der einzelnen Angebote. Dies war auch dem Umstand geschuldet, dass es nicht wie bei „Neue Wege ...“ zentrale Anbieter*innen für spezifische medienpädagogische bzw. digitale Bildungsangebote für Frauen* im Stadtteil gab.

26 vgl. Baacke, D. (2007). Medienpädagogik. Tübingen: Niemeyer.

27 vgl. Dratva, J., Schaeffer, D. & Zeeb, H. (2024). Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 67(3), S. 277-284. URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03841-5>

28 URL: <https://impact-lab.eu/>

29 URL: <https://fablab-bremen.org/>

30 URL: <https://www.gesundheitsfachkraefte-im-quartier.de>

Die wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse aus dem Projekt „Digital Empowerment ...“ sind:

- Das Smartphone ist zur wichtigsten digitalen Ressource im Alltag alleinerziehender Frauen* avanciert. Die vielfältigen Anwendungen dienen vielen im täglichen Management der Sorgearbeit, der Alltagsbewältigung, der Pflege sozialer Kontakte, der eigenen Kreativität und Unterhaltung sowie als Zugang zu unterschiedlichsten Informationen.
Die Aneignung von Medienkompetenzen im Allgemeinen und digitalen Gesundheitskompetenzen im Besonderen sind jedoch Voraussetzung, um digitale Anwendungen bzw. Angebote zielgerichtet, bedarfsorientiert und ressourcenstärkend zu nutzen. Ein grundlegendes Set an Kompetenzen, einschließlich technisches Grundverständnis, Sprachkompetenzen, digitales Datenmanagement- und Datenschutzkompetenz, ist notwendig, um Selbstwirksamkeit durch digitales Handeln zu erfahren.
Ein Grundbedürfnis vieler alleinerziehender Frauen* ist die Entlastung im Alltag und in der Sorgearbeit. Sie nutzen digitale Anwendungen und damit verschiedene Smartphone-gestützte eigene Strategien gesundheitsfördernd, wenn sie dadurch eine subjektive Alltagserleichterung und Wohlbefinden verspüren. Dies gelingt zum Beispiel über die Verwendung von Übersetzungs-Apps, mit Hilfe derer Sprachbarrieren überwunden und im interkulturellen Kontext ein besserer Zugang zu Hilfs- bzw. Unterstützungsangeboten geschaffen werden kann.
- Bei der Zielgruppe besteht generell eine große Offenheit und Interesse an neuen Apps und digitalen Anwendungen. Das ist eine Chance für die Gesundheitsförderung. Zum Zeitpunkt der Bedarfsabfrage nutzten jedoch die wenigsten Frauen* digitale Gesundheits-Apps mit Ausnahme von Schrittzählern oder sehr vereinzelt der Corona-Warn-App. Ernährung ist das prominenteste gemeinsame Gesundheitsthema bei der Online-Nutzung der Frauen*, insbesondere auf Social Media-Plattformen. Wenn es um Gesundheitsinformationen geht, verlassen sich die meisten auf das Wissen in ihrem sozialen Nahbereich und von medizinischem Fachpersonal. Die Hürden für die Nutzung von digitalen Anwendungen der Gesundheitsförderung liegt u.a. am Mangel an Zeit und Ruhe, sich neben der Sorgearbeit allein in neue Anwendungen einzuarbeiten, fehlende Kinderbetreuung für die Teilnahme an Online- oder Hybrid-Veranstaltungen, Grenzen der technischen Ausstattung (Speicherplatz, mobiles Datenvolumen, WLAN), sprachliche Barrieren, geringe (digitale) Literalität, Unsicherheiten bzw. Angst vor Fehlern und fehlende Kenntnis über digitale Angebote.

Infobox 1: (Digitale) Literalität und Gesundheit

Schätzungen zufolge verfügen rund 12,6 Millionen Erwachsene in Deutschland über eine geringe Literalität. Das bedeutet, dass sie zwar kurze Texte mit einfachen Sätzen in deutscher Sprache lesen können, dabei jedoch Schwierigkeiten haben, den Inhalt vollständig zu erfassen. Die fortschreitende Digitalisierung eröffnet im Bereich der Gesundheitsförderung einerseits neue Chancen – etwa durch Übersetzungsfunktionen oder audiovisuelle Darstellungen –, birgt andererseits aber auch das Risiko, ohnehin benachteiligte Personengruppen weiter auszuschließen. Vor diesem Hintergrund verfolgte die Liter@te-Studie³¹ das Ziel, das digitale Nutzungsverhalten sowie die digitale Gesundheitskompetenz von Personen mit geringer Literalität zu untersuchen. Die Liter@te Studie bestand aus einer standardisierten Befragung, an der 96 Personen mit geringer Literalität aus Bremen teilnahmen, und interaktiven Fokusgruppensitzungen (39 Teilnehmende).

*Die Ergebnisse zeigen: Personen mit geringer Literalität nutzen vor allem Smartphones oder Tablets und greifen deutlich seltener auf einen klassischen PC zurück (77% vs. 20%). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung machen sie seltener von digitalen Gesundheitsangeboten Gebrauch – insbesondere digitale Kommunikationsmöglichkeiten (per E-Mail, App oder als Videosprechstunde) mit Gesundheitsanbieter*innen werden nur wenig genutzt. Zudem ist der Anteil der Nichtnutzer*innen in dieser Gruppe mit 38 % deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung (4 %).*

Ursachen für die geringere Nutzung sind unter anderem eine unzureichende technische Ausstattung sowie Schwierigkeiten in der Bewertung, ob eine digitale Gesundheitsinformation vertrauenswürdig ist. Wenig überraschend berichten Personen mit geringer Literalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auch über eine insgesamt niedrigere digitale Gesundheitskompetenz.

Innerhalb dieser Personengruppe zeigen sich jedoch weitere Unterschiede: Besonders niedrig ausgeprägt ist die digitale Gesundheitskompetenz bei Menschen, die sowohl in deutscher Sprache als auch in ihrer Erstsprache über eingeschränkte Lese- und Schreibfähigkeiten verfügen. In interaktiven Workshops, die im Rahmen der Studie durchgeführt wurden, wurde deutlich, wie herausfordernd die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote aufgrund technischer und sprachlicher Hürden ist.

Insgesamt unterstreicht die Studie den dringenden Bedarf an gezielten, persönlich durchgeführten Schulungen zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenz bei Menschen mit geringer Literalität.

- Wenn alleinerziehende Frauen* von öffentlichen Stellen mit neuen digitalen Anwendungen bzw. Plattformen ohne Schulungsmöglichkeit (Bsp. Home Schooling, „Kita-Portal Bremen“) konfrontiert werden, entsteht eine Form von Digitalisierungsdruck, der Stress erzeugt und soziale Benachteiligung nach sich ziehen kann. Hieraus entstanden in Tenever während der Projektlaufzeit zusätzliche Unterstützungsbedarfe für digitalen Kompetenzerwerb. Weitere Bedarfe der Frauen* bezogen sich auf die Themen Medienerziehung, Kinder- und Jugendmedienschutz, Verbraucherschutz – also jene Anwendungsfelder von Online-Nutzung, die gesundheitliche, soziale oder ökonomische Risiken bergen. Außerdem wünschten sich die Teilnehmerinnen* mehr

31 siehe auch <https://www.gesundheitswerkstatt-osterholz.de/projekte/literate.html>

Mutter*-Kind-Angebote. Um weitere Bedarfe im Projektverlauf zu erheben und in die Angebots- und Maßnahmengestaltung mit einfließen zu lassen, bewährten sich methodisch teilnehmende Beobachtung und regelmäßige Feedback- und Reflexionsgespräche mit den Teilnehmerinnen*.

Für die Entwicklung frauen*gerechter Gesundheitsförderungsangebote im Sinne eines „Digital Empowerments“ ist es wichtig, die zuvor genannten Bedarfe und Hürden zu berücksichtigen.

- Weitere Lernergebnisse aus dem Projekt sind: digital ist die Zielgruppe besser über Messenger (statt E-Mail) zu erreichen; Verbindlichkeit und Teilhabe an Gesundheitsförderangeboten steigt bei gleichzeitig stattfindenden, kostenfreien Bildungs-/ Bewegungsangeboten für die Kinder der Alleinerziehenden (Entlastung), bei erlebten Erfolgserlebnissen (Selbstwirksamkeit), kurzfristigen Teilnahme-Remindern per Nachricht, durch intensive Vernetzungs-, beziehungs- und zusammenarbeitsorientierte Herangehensweise aller Beteiligten (Projektteam, Kooperationspartner*innen, Multiplikator*innen und Zielgruppe), aufsuchende Arbeit sowie die Verschränkung von Online- und Offline-Aktivitäten.
- Offenheit, Flexibilität, Kostenfreiheit, Regelmäßigkeit und ein partizipativer Charakter der Angebotsformate tragen zu einer besseren Erreichbarkeit und Teilnahme der Zielgruppe bei. Reine Online-Veranstaltungsformate hingegen passten nicht zu den Bedarfen bzw. Lebensrealitäten der Frauen*. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass auch bei Teilnahme an Online-Angeboten, abhängig von den Wohnverhältnissen und vom Alter und den Bedarfen der Kinder, eine Kinderbetreuung notwendig sein kann, die dann individuell organisiert werden muss.
- (Digitale) Medienbildung lässt sich als Querschnittsthema methodisch und/oder inhaltlich in Gesundheitsförderangebote integrieren, (z.B. einen QR-Code zu einer Webseite scannen). Grundlegende Medienkompetenzen wie Online-Konten erstellen oder sichere Passwörter vergeben, lassen sich am besten anhand eines konkreten Alltagsbedarfes vermitteln. Die Bedarfe bezogen sich jedoch häufiger auf öffentliche (z.B. „Kita-Portal Bremen“) oder kommerzielle (z.B. ebay Kleinanzeigen, Paypal) Plattformen und nicht auf Apps oder Anwendungen im Gesundheitsbereich.
- Das „Lernen im Tun“ war eine der erfolgreichsten pädagogischen Strategien, sei es beim Gemüse-Anbau im Gemeinschaftsgarten oder beim digitalen Experimentieren im Fab Lab Bremen. Nicht selten traten erst in der Anwendung digitaler Technologien, des Gärtnerns oder der Lebensmittelzubereitung weitere Bedarfe zu Tage. Erst in der Auseinandersetzung und Konfrontation mit den Schwerpunkten Medien und Ernährung des Projektes wurden gewisse Bedarfe erfahrbar und artikulierbar, zum Bsp. „Wie bediene ich eine Computermouse?“
- Der Einsatz von Social Media in der Gesundheitsförderung ist für kleine Organisationen besonders in der Aufbau- und Etablierungsphase stark ressourcenbindend. Der Einsatz sollte gut abgewogen werden in Hinblick auf Ressourcen, Datenschutz und Reichweite innerhalb der Zielgruppe. Letzteres ist schwer messbar.

Infobox 2: Social Media in der Gesundheitsförderung

Die Nutzung von Social Media als Kommunikationskanal in der Gesundheitsförderung ist ein vergleichsweise neues Feld. Entsprechend liegen bislang nur begrenzte, wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zu deren Wirkungen sowie zu geeigneten Bewertungsstandards vor. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Social Media in der Gesundheitsförderung und im Bereich Public Health zu sehr unterschiedlichen Zwecken eingesetzt wird. Dazu gehören unter anderem:

- die Verbreitung von Projektergebnissen und Forschungserkenntnissen,
- die Sensibilisierung für gesundheitliche Themen,
- das Teilen von Gesundheitswissen und -einstellungen,
- die Bewerbung von Gesundheitsangeboten sowie
- die Unterstützung von gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen.

Ein wesentlicher Vorteil von Social Media liegt in der Möglichkeit, eine große und diverse Zielgruppe zu erreichen – insbesondere vor dem Hintergrund, dass etwa 78 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland Social Media nutzen.³² Social Media kann insbesondere auch Bevölkerungsgruppen ansprechen, die klassische Medien wie Zeitungen, Radio oder Fernsehen nur eingeschränkt nutzen.

*Eine weitere Besonderheit von Social Media ist die soziale Dimension: Ziel ist es nicht nur, Informationen zu verbreiten, sondern auch Reaktionen hervorzurufen und in einen Dialog mit den Nutzer*innen zu treten. Genau hierin liegt jedoch auch eine Herausforderung: Angesichts der Vielzahl an Kanälen und Inhalten ist es schwierig, nachhaltige Aufmerksamkeit zu erzielen und sich als vertrauenswürdige Quelle zu etablieren – insbesondere im Spannungsfeld zwischen kommerziellen Interessen von Plattformbetreiber*innen und Influencer*innen sowie gezielter Desinformation.*

Darüber hinaus erfordert die erfolgreiche Nutzung von Social Media kontinuierliche Pflege: Regelmäßige Beiträge und Interaktionen sind essenziell, um Reichweite und Engagement aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Entscheidet sich ein Projekt in der Gesundheitsförderung für den Einsatz von Social Media, sollte zu Beginn klar definiert werden, welches Ziel mit den Aktivitäten verfolgt wird. Darauf aufbauend kann eine passgenaue Strategie entwickelt werden.

Zur Erfolgskontrolle stellen die meisten Plattformen bereits eine Reihe von Analyseinstrumenten bereit. Zentrale Indikatoren sind:

- **Reichweite:** Anzahl der Follower, demografische Merkmale der Zielgruppe, sowie die Anzahl der erreichten Konten pro Beitrag.
- **Interaktionen:** Anzahl von Likes, Shares und Kommentaren sowie die Interaktionsrate (Verhältnis zwischen Reaktionen und Reichweite); optional kann auch eine inhaltsanalytische Auswertung der Kommentare erfolgen.
- **Call to Action – Handlungsaufforderung:** Ob ein Beitrag Nutzer*innen tatsächlich zur Teilnahme an einer bestimmten Aktivität motiviert hat, lässt sich meist nur außerhalb der Plattform erheben, z. B. durch eine Befragung der Teilnehmenden zur Quelle ihrer Information.

Erfahrungen aus verschiedenen vom BIPS umgesetzten oder evaluierten Gesundheitsförderungsprojekten zeigen, dass Social Media bisher nur in Einzelfällen erfolgreich zur Gewinnung von Teilnehmenden für (offline) Veranstaltungen beigetragen hat.

32 Statista (2025). Anteil der aktiven Social-Media-Nutzer an der Bevölkerung in ausgewählten Ländern in Europa im Februar 2025. Statista. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/209186/umfrage/zugriff-auf-social-media-via-mobiler-endgeraete-in-ausgewaehlten-laendern/>, letzter Zugriff: 27.03.2025

- Die Gewinnung von ehrenamtlichen Multiplikatorinnen* aus der Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen* ist im Projekt zwar gelungen, ist jedoch in Anbetracht der knappen Ressourcen der Mütter* generell sehr herausfordernd. Besonders wichtig für FGT war eine monetäre Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Tätigkeiten, um das Prekariat unbezahlter Sorgearbeit nicht zu verstärken.
- Nicht zuletzt ist die Heterogenität der Zielgruppe bei der Maßnahmen-Planung wie Umsetzung zu berücksichtigen. Eine entsprechende Angebotsvielfalt und regelmäßig stattfindende Formate (monatlich oder wöchentlich) erleichtern den Zugang und die Teilhabe von alleinerziehenden Frauen* an gesundheitsförderlichen Veranstaltungen.

2.4. Kriterien für passgenaue Gesundheitsförderungsangebote für (alleinerziehende) Frauen*

Zusammenfassend formulieren wir im Folgenden ein Set von Kriterien, die aus unserer Sicht besonders bedeutsam sind für eine erfolgreiche passgenaue, frauen*gerechte Gesundheitsförderung für (alleinerziehende) Frauen* unterschiedlicher Herkunft, Altersgruppen und sozialer Lagen. Die allgemeinen Kriterien beinhalten eher Handlungsmaximen für die Planung und Durchführung der Gesundheitsförderung, während in den spezifischen Kriterien bereits konkretere Handlungsschritte angesprochen werden. Wie die konkrete Umsetzung aussehen kann, wird in Abschnitt 3 am Beispiel der Projekte „Neue Wege ...“ und „Digital Empowerment ...“ ausführlich dargestellt.

Allgemeine Kriterien

- Eine wichtige ethische Grundlage frauen*gerechter, diversitäts- und kultursensibler Gesundheitsförderung bildet der reflektierte Umgang mit dem Wissen über strukturelle Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen von Frauen*. Das bedeutet, Klischees, Zuschreibungen und Diskriminierungen zu erkennen, zu thematisieren sowie diesen entgegenzuwirken. Für die konkrete Arbeit heißt das, Frauen* einerseits in ihrer individuellen Unterschiedlichkeit entsprechend ihrer Lebensbiografie zu betrachten, andererseits Gemeinsamkeiten hervorzuheben, um Zugehörigkeit und Solidarität herzustellen.
- Initiativen bzw. Projekte mit dem Ziel passgenauer Gestaltung von Gesundheitsförderung sollten planvoll und strukturiert vorgehen. Ein Modell dazu sind die „Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses“, die für Projekte nach § 20 PrävG im Leitfaden Prävention³³ vorgegeben sind.
- Alle potentiell Beteiligten (Frauen*, Anbieter*innen von Gesundheitsförderung, kommunalpolitische Akteur*innen und weitere Einrichtungen im Quartier und ggfs. darüber hinaus) werden von Anfang an und kontinuierlich in den Gesundheitsförderungsprozess einbezogen. Hierzu können bestehende Vernetzungsstrukturen im Quartier genutzt werden. In dieser Handreichung bezeichnen wir dies als Partnerschaftliche Partizipation / Mitgestaltung in allen Phasen.

33 GKV-Spitzenverband (Hg.) (2024). Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Ausgabe 2024. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19_GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf, letzter Zugriff: 10.03.2025

Wie sich die einzelnen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses in den praktischen Projektzusammenhängen von FGT darstellen, ist unter Punkt 3 der Handreichung ausführlich dargelegt.

- Die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten „auf Augenhöhe“ und der respektvolle und offene Umgang mit unterschiedlichen Sichtweisen, Bedürfnissen und Bedarfen ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass es gelingt, nachhaltig passgenaue Gesundheitsförderungsangebote in den verschiedenen Handlungsfeldern für die Zielgruppe der Alleinerziehenden zu schaffen.
- Die Inhalte der Angebote reflektieren die erhobenen Bedürfnisse und Bedarfe der Frauen*. Um die Akzeptanz des Angebotes zu erhöhen, ist es sinnvoll, die Frauen* in die Angebotsplanung partizipativ mit einzubeziehen. Dazu gehört auch eine Bedarfsabfrage.
- Die Projekterfahrungen bei FGT haben gezeigt, dass nach Möglichkeit und Ressourcen ein multimethodischer Zugang am ehesten die Vielfalt der Bedarfe und Bedürfnisse abbilden kann. Insbesondere die Methode der Teilnehmenden Beobachtung hat den Vorteil, über Sprachbarrieren hinweg Bedarfe zu erheben, die in Gruppenbefragungen oder -kontexten verbal nicht artikuliert werden konnten. Sprachkompetenzen sind allerdings nicht der einzige Grund für die Schwierigkeit, Bedarfe zu verbalisieren. Kein Kontakt mit oder wenig Wissen über das entsprechende Handlungsfeld, wie z.B. digitale Medien, können ebenso dazu führen, dass Bedarfe unartikuliert bleiben. Wenn eine Person beispielsweise nie einen eigenen Computer besessen hat und im Alltag ausschließlich ein Smartphone mit den persönlichen Apps verwendet, so ist es unwahrscheinlicher, dass ein Bedarf an Passwort-Management oder Umgang mit PC-Tastatur oder -Maus genannt wird. Es ist außerdem zu beachten, dass gerade in Gruppenkontexten, das Äußern oder Zeigen von Bedarfen auch schambehaftet sein kann (geringe Literalität, keine mobilen Daten aufgrund finanzieller Nöte). Hier können Einzelinterviews oder die teilnehmende Beobachtung einen alternativen Zugang bieten.

Spezifische Kriterien

- Die Bedarfsanalyse wird offen erhoben, d.h. es erfolgt keine stereotypisierende Einschränkung auf vermeintlich von Frauen* gewünschte Bewegungsformen oder Medienanwendungen. Alleinerziehende Frauen* werden ermutigt, ihre Bedürfnisse und Wünsche in das Projekt einzubringen sowie Hürden, die eine Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten behindern, zu benennen.
- Es wird Gelegenheit geboten, neue Bewegungs-, Ernährungs- und Medienangebote z.B. in Form von Schnupperangeboten oder alltagsnahen Workshop-Formaten kennenzulernen.
- In den Gesundheitsförderungsprozess werden von Anfang an auch die Anbieter*innen von Gesundheitsförderung sowie weitere potentiell relevante Akteur*innen einbezogen. Das bedeutet, deren Angebote sowie auch deren Bedürfnisse und Bedarfe in Bezug auf eine Weiterentwicklung werden erhoben.
- Im Bereich Bewegung gibt es bereits eine Vielzahl von Angeboten, die etabliert sind und von vielen Frauen* genutzt werden, allerdings auf Grund der Kriterien wie Zeit, Kosten und Kinderbetreuung von Alleinerziehenden nicht in gleicher Weise wahrgenommen werden können. Es ist daher nicht immer notwendig, neue Angebote zu entwickeln. Sinnvoll ist es, etablierte Angebote so weiterzuentwickeln, dass sie auch zu den Bedürfnissen und Bedarfen von alleinerziehenden Frauen* passen.

- Medienbildungsangebote für Frauen* sind sehr viel weniger verbreitet und finden häufig nur punktuell und unter berufsqualifizierenden Vorgaben statt. Medienkompetenzen sind jedoch sehr vielschichtig und Vorwissen wie Nutzungsgewohnheiten alleinerziehender Frauen* sind sehr unterschiedlich. Neben der Vermittlung von medientechnischen Kompetenzen gilt es allerdings auch, kreative, kritisch-reflexive und medienkundliche Kompetenzen³⁴ in die Angebote mit einzubeziehen und an individuellen Kenntnissen und Ressourcen der Frauen* anzuknüpfen. Standardisierte pädagogische Gruppenangebote greifen hier nicht immer. Individualisierte, alltagsnahe Lernanlässe –auch gemeinsam mit den Kindern – fördern die Erreichbarkeit alleinerziehender Frauen* für Medienbildungsangebote, zum Bsp. beim gemeinsamen Bauen batterie-betriebener Roboter oder Drehen von Kochvideos. Da Medienkompetenzen als Querschnittskompetenzen zu verstehen sind, bieten sich viele alltagsnahe Anwendungsfelder für medienpädagogische Interventionen an, die auch gemeinsam mit den Frauen* entwickelt werden können.
- Transparenz und Partizipationsprozesse gilt es zu organisieren, wobei je nach Struktur des Feldes unterschiedliche Formate zur Verfügung stehen. So waren im Projekt „Neue Wege ...“ Mitgestaltungsworkshops unter Beteiligung aller Akteur*innen ein passendes Format. Im Projekt „Digital Empowerment ...“ wurde Mitgestaltung anlassbezogen in verschiedenen Formaten mit Frauen*gruppen und innerhalb der projekt- und stadtteilrelevanten Gremien realisiert. Mittels einer guten Vernetzung, viel Kommunikation und Transparenz sowie einer grundlegenden Umsetzung von Mitgestaltung durch alle Beteiligten im Quartier werden die Möglichkeiten, Ideen und Vorstellungen ausgetauscht und gemeinsam maßgeschneiderte Angebote entwickelt.
- Im Bereich Bewegung ermöglichen Kooperationen zwischen klassischen Sport- und Bewegungsanbieter*innen und Einrichtungen der sozialen Arbeit einen niedrigschwelligen Zugang zu alleinerziehenden Frauen* und erleichtern die Ansprache der Zielgruppe.³⁵ Dies bestätigen auch die langjährigen Erfahrungen von Frauengesundheit in Tenever mit Kooperationspartner*innen wie z.B. dem OTe Bad/Bremer Bäder, Volkshochschule Bremen Regionalstelle Ost und dem Landessportbund Bremen.
- Im Bereich Medienbildung sind schon aufgrund technologischer Ausstattung kleine Organisationen bzw. Vereine auf die Kooperation mit anderen Anbieter*innen und Einrichtungen angewiesen. Im Stadtteil Osterholz war das im Projekt „Digital Empowerment ...“ vor allem das Computer-Lab „E@tside Internetcafé“ des Mütterzentrums Osterholz-Tenever e.V. Um eine breitere Palette an Medientechnologien zu erproben, waren allerdings auch Kooperationen mit bremenweit agierenden Anbieter*innen notwendig, z.B. FabLab Bremen e.V. oder Digital Impact Lab.

34 vgl. Baacke, D. (2007). Medienpädagogik. Tübingen: Niemeyer.

35 vgl. auch die Beschreibung der „Lotsen-Funktion“ von sozialpädagogischen Fachkräften in Böhme R. & Kramer L. (2024, S. 52)

3. Entwicklung passgenauer Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen* nach dem Gesundheitsförderungsprozess

3.1 Einleitung und Übersicht über den Gesundheitsförderungsprozess

Der Gesundheitsförderungsprozess beschreibt, wie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten Schritt für Schritt wirksam und nachhaltig umgesetzt werden können. Es sollen nicht nur individuelle Verhaltensweisen, sondern auch die strukturellen Lebensverhältnisse verändert und gesundheitsförderlich verbessert werden (Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention in der Gesundheitsförderung im Quartier).

Nach Vorgabe der Krankenkassen und entsprechend dem Leitfaden Prävention des GKV-Bündnisses³⁶ wird der Gesundheitsförderungsprozess in sechs Phasen unterteilt: Vorbereitung, Nutzung und Aufbau von Strukturen, Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation. (Siehe ausführlich in Abschnitt 3.2)

Dieser Prozess ist anhand der Projekte „Neue Wege...“ und „Digital Empowerment...“ hier beispielhaft dargestellt.

In der Realität sind die Phasen nicht so hart abgrenzbar. Häufig handelt es sich um parallele und zyklische Prozesse, wie auch in der folgenden Abbildung und den Zeitplänen der Projekte³⁷ dargestellt.

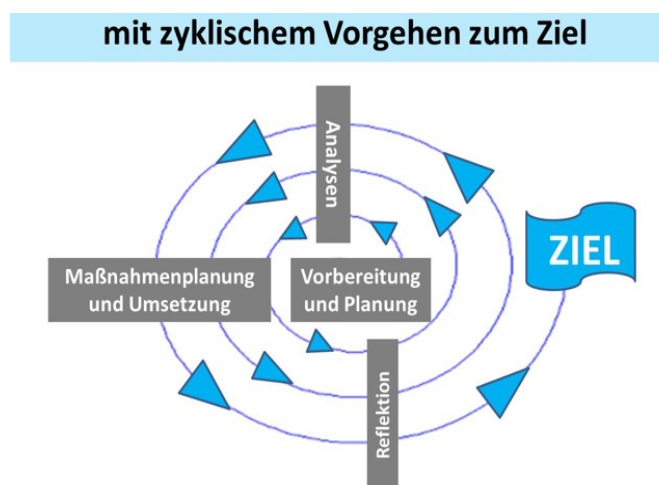


Abbildung 1: Die Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses als zyklisches Modell nach Jahn (o.J.)

³⁶ verfügbar unter URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19_GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf, letzter Zugriff 10.03.2025

³⁷ Siehe Anhang 1 und 2: Zeitplan der Projekte „Neue Wege...“ und „Digital Empowerment“



Abbildung 2: Die Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses

3.2 Erfahrungen, Erkenntnisse und Empfehlungen nach den Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses

3.2.1 Vorbereitung / Nutzung und Aufbau von Strukturen

3.2.1.1 Ziel und Zweck

In der Vorbereitungsphase werden die grundsätzlichen Entscheidungen für die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten getroffen. Hierzu werden die relevanten Akteur*innen in der Kommune adäquat einbezogen und zugleich entschieden, wie das Umsetzungsteam aussehen soll. Diese Phase liegt vor allem in der Phase der Antragstellung. Ist ein Projekt bewilligt, können finanzrelevante Aktivitäten beginnen (z.B. Einstellung von Personen, Zusammenstellung des Steuerungsgremiums, Informationen im Quartier).

Das Steuerungsgremium ist das übergeordnete Entscheidungsgremium im Projekt. Hier sollten aus allen relevanten Bereichen Akteur*innen beteiligt werden. Die relevanten Perspektiven und Akteur*innen in den beiden Projekten „Neue Wege ...“ und „Digital Empowerment ...“ sind in folgender Tabelle aufgeführt.

Tabelle 1: Zusammensetzung des Steuerungsgremiums in den Projekten „Neue Wege ...“ und „Digital Empowerment ...“

Perspektiven	Teilnehmer*innen im Projekt „Neue Wege ...“	Teilnehmer*innen im Projekt „Digital Empowerment ...“
Projektteam	Projektleiterin, Projektkoordinatorin	Projektleiterin, Projektkoordinatorin, Medienpädagogin
Vertretung der gesetzlichen Krankenkassen als Projektförderer	Vertreterin der AOK Bremen/Bremerhaven	Vertreter des Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Bremen
Vertretung der Zielgruppe/ Teilnehmer*innen (ggf. Fürsprecherin)	Koordinatorin aus der Kita Kinderhafen (als Fürsprecherin)	zwei alleinerziehende Frauen aus der Zielgruppe
Vertretung der Anbieter*innen-Perspektive	Leiter des OTe Bad Koordinatorin Projekt „Vielfalt im Sportverein“, LSB Bremen	Ernährungsexpertin und Pädagogin Koordinatorin Projekt „Vielfalt im Sportverein“, LSB Bremen
Vertretung weiterer Kooperationspartner*innen, z.B. für den Zugang zu Teilnehmerinnen oder für spezielle Angebote		Eltern-Koordination einer Kita
Vertretung der Quartiersperspektive	Quartiersmanagement in Tenever	Quartiersmanagement in Tenever
Fach-Expert*innen	Expertin für frauen*gerechte Gesundheitsförderung als wissenschaftliche Beraterin	Expertin für frauen*gerechte Gesundheitsförderung als wissenschaftliche Beraterin
Gäst*innen		Externe Evaluation Vertreterin SGFV

3.2.1.2 Planung und Umsetzung in den Projekten „Neue Wege ...“ und „Digital Empowerment...“

In den Projekten „Neue Wege ...“ und „Digital Empowerment...“ konnte in dieser Phase auf die bestehenden langjährigen und stabilen Vernetzungsstrukturen im Quartier aufgebaut werden. Eine Schlüsselfunktion für Themen der Quartiersentwicklung in Tenever hat der sog. „Arbeitskreis Tenever“, dessen Mitglied FGT ist. Des Weiteren waren bestehende Kooperationsbeziehungen des FGT wichtige Anknüpfungspunkte, sowohl bezogen auf die Erreichung der Zielgruppe Alleinerziehende Frauen* (z.B. Kindertagesstätten) als auch die Einbeziehung von Anbieter*innen von Bewegungsförderung (z.B. lokales OTe Bad/Bremer Bäder), Ernährungsinformationen (z.B. Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie BIPS) oder Medienangeboten (z.B. E@stside Internetcafé des Mütterzentrums Osterholz Tenever e.V.).³⁸ Im Feld der digitalen bzw. Medienbildung fiel die Zahl der Anbieter*innen im Stadtteil allerdings weitaus geringer aus als in den Handlungsfeldern Bewegung und Ernährung, v.a. in Bezug auf die Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen*. Es wurde deutlich, dass Medienbildung im Quartier vor allem an die Qualifikation und das Engagement einzelner Akteur*innen und somit personeller Ressourcen geknüpft, aber noch nicht strukturell für Frauen* verankert war. Zu Projektbeginn 2021 war das E@stside Internetcafé des Mütterzentrums Osterholz Tenever e.V. der einzige öffentliche Ort, an dem Frauen* technische Unterstützung bei Medien-Fragen hätten bekommen können. Das Angebot konzentrierte sich aber stärker auf den Zugang zu technischer Infrastruktur ohne medienpädagogische Begleitung. Weitere Medienpädagog*innen für den Bereich der Erwachsenenbildung waren im Projektzeitraum in anderen Einrichtungen in Tenever nicht tätig, was die Kooperation mit Medienbildungsorganisationen (Digital Impact Lab, FabLab) außerhalb des Stadtteils motivierte.

3.2.1.3 Empfehlungen für Quartiere und Anbieter*innen

Wie gelingt das Erreichen der Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen?*

Alleinerziehende Frauen* sind über Kinder- und Familieneinrichtungen wie Krippen, Kindergärten bzw. Kinder- und Familienzentren, Schulen sowie über verschiedene Frauen*gruppen und Gesprächskreise in sozialen Einrichtungen erreichbar.

Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, bestehende Frauen*gruppen aus verschiedenen Einrichtungen im Stadtteil mit einzubeziehen und Frauen* dort über das Projekt zu informieren. In Tenever sind dies, neben unseren eigenen Gruppen, das Haus der Familie, einige Kindertagesstätten, das Mütterzentrum Osterholz-Tenever, die Begegnungsstätte „Arbeit Leben Zukunft“ der Evangelischen Kirche und weitere Einrichtungen, die Angebote für Frauen* und Familien organisieren. In den Einrichtungen wurden bestehende Gruppen, wie z.B. Gesprächskreise, Integrationskurse, Frauenfrühstücke oder Eltern-Kind-Gruppen besucht.

Im Rahmen eines umfassenden Partizipationsverständnisses (im Sinne von Mitgestaltung) geht es in dieser Phase auch darum, soweit möglich bereits Frauen* aus der Zielgruppe zu gewinnen, die sich an Planungsprozessen (z.B. Mitarbeit im Steuerungsgremium) oder als Multiplikatorin* im Projekt beteiligen.

³⁸ vgl. Sanko C., Jahn I. & Flerlage J. (2022, S. 8-9)

Die persönliche Beteiligung der Alleinerziehenden an übergreifenden Projektaktivitäten (Steuerungsgruppe, Mitgestaltungsworkshop) erwies sich in den Projekten besonders in der Anfangsphase als Herausforderung. Alleinerziehende Frauen* haben häufig wenig Zeit und Energie für zusätzliche Aufgaben. Dies war nicht überraschend und entspricht unseren langjährigen Erfahrungen. Deshalb arbeiten wir in solchen Fällen mit einem Doppelkonzept: (1) versuchen wir im gesamten Projektprozess, Frauen* aus der Zielgruppe immer wieder anzusprechen und zu beteiligen; (2) nutzen wir Fürsprecherinnen*. Das bedeutet, wir beziehen Gruppenleiterinnen* von Frauen*-Gesprächskreisen oder auch Sozialarbeiterinnen*, die in engem, vertrauensvollem Kontakt zu der Zielgruppe stehen und aus erster Hand die Problemlagen kennen, als Fürsprecherinnen* ein.

Im Projekt „Digital Empowerment...“, welches mit mehr personellen Ressourcen und einer längeren Laufzeit ausgestattet war, konnten neben Fürsprecherinnen* aus anderen Einrichtungen/Vereinen auch alleinerziehende Frauen* aus der Zielgruppe als Ehrenamtliche und Multiplikatorinnen* gewonnen werden. Das Engagement und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit fußt auf der Beziehungsarbeit zwischen Projektteam und der Zielgruppe der Frauen*, der Qualität der Angebote, der entgegengebrachten Wertschätzung (sozial, aber auch monetär in Form von Aufwandsentschädigungen/ Ehrenamtszuschüssen) und subjektiv empfundener Selbstwirksamkeit beim ehrenamtlichen Handeln.

Zur Vorbereitung der Kontaktaufnahme mit interessierten Frauen* wurde ein sog. Kontaktbogen inkl. Datenschutzerklärung entwickelt, dessen Einsatz sich im Projekt bewährt hat. Im Rahmen des „Digital Empowerment...“-Projektes wurden die Datenschutz-Formulare mit professioneller Unterstützung durch „Das Strategiebüro“³⁹ in Osterholz überarbeitet und aktualisiert.⁴⁰

Wir empfehlen, bei der aktiven Einbeziehung von Frauen*, Geduld zu haben und dies immer wieder zu versuchen und ggfs. ein angepasstes Fürsprecherinnen*-Konzept zu verwenden. Grundfrage ist dabei, wie kann gewährleistet werden, dass die Interessen der Zielgruppe angemessen im Projekt berücksichtigt werden.

Wie können die Anbieter*innen zur Teilnahme motiviert werden?

Die Anbieter*innen sollten schriftlich über das Vorhaben informiert und dann in persönlichen Gesprächen zur Beteiligung motiviert werden. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass insbesondere durch den persönlichen Kontakt die Anbieter*innen für das Projekt gewonnen werden konnten (siehe dazu auch folgender Pkt. 3.2.2).

Wie können Akteure im Quartier einbezogen werden?

Sie sollten Ihr Vorhaben und die Vorteile, die das Projekt für den Stadtteil bringt in verschiedenen Arbeitskreisen und -gruppen vorstellen. Es ist empfehlenswert, sich zu überlegen, welche Win-Win-Situation sich für die Akteur*innen ergibt und diese zu erläutern.

39 Das Strategiebüro ist eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), die Organisationen bei Planungsprozessen und Strategieentwicklung unterstützt. URL: www.das-strategiebureau.de

40 Siehe Anhang 3: Datenschutzformular für interessierte Frauen*

- Welche Netzwerke und Einrichtungen gibt es im Stadtteil?
- Welche Kommunikationsstrukturen bestehen bereits?
- Gibt es Arbeitskreise im Stadtteil, in denen relevante Akteur*innen vertreten sind?
- Gibt es thematisch relevante Akteur*innen, die bereit sind, ins Quartier zu kommen?

3.2.2 Analyse

3.2.2.1 Ziel und Zweck

Wenn ich nicht weiß, welche Bedürfnisse es gibt, wie ich sie artikuliere oder erspüre, können sie auch nicht befriedigt werden. Angebote werden ggf. nicht angenommen, weil es keinen Bedarf dafür gibt. In Gesundheitsförderungsprojekten ist es wichtig, die Bedarfe und Bedürfnisse nicht nur der Zielgruppe, sondern aller Beteiligten zu kennen: In den Projekten „Neue Wege ...“ und „Digital Empowerment...“ waren dies neben der Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen* je nach Projektkontext die Anbieter*innen von Bewegungs- und Entspannungsangeboten bzw. von Ernährungs- und Medienangeboten.

3.2.2.2 Planung und Umsetzung im Projekt „Neue Wege ...“

*Alleinerziehende Frauen**

Die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse erfolgte in strukturierten Gruppen- und Einzelinterviews. Hier ging es insbesondere darum, die Sport- und Bewegungserfahrungen, Teilhabehindernisse und Hürden, Bedarfe, Wünsche und Ideen zu erheben. In dieser Phase wurden auch Gelegenheiten geschaffen, in Schnupperangeboten Neues zum Ausprobieren kennenzulernen, um Interessen zu wecken und zu ermutigen, Neues zu wagen. Diese Aktionstage bzw. Schnupperangebote wurden gemeinsam mit Anbieter*innen durchgeführt. Weiterhin wurde die Bedarfsanalyse offen erhoben, d.h. es erfolgte keine stereotypisierende Einschränkung auf vermeintlich von Frauen* gewünschte Bewegungsformen.

Die Gespräche wurden in verschiedenen Kontexten geführt, z.B. Gruppeninterviews in bestehenden Frauen*gruppen, Einzelinterviews zu verschiedenen Anlässen (Aktionstage, Stadtteilstadt, Spontangespräche). Einzelne Gruppen- und Einzelinterviews fanden mehrsprachig mit Unterstützung von Sprachmittlerinnen* statt.

Die Befragungen fanden in persönlichen Interviews (face-to-face) statt und die Dokumentation erfolgte durch die Interviewerin. Damit wurde gesichert, dass auch Frauen*, die wenig Deutsch sprechen und/oder nicht lesen und schreiben können, für das Projekt erreicht wurden.

Die Dokumentation erfolgte jeweils schriftlich, bei Einzelinterviews mittels Notizen im Erhebungsbogen. Gruppeninterviews fanden in Form kleiner moderierter Workshops statt, bei denen die Frauen* sich auch austauschen konnten. Die Dokumentation erfolgte durch die Moderatorin/Interviewerin auf Flipcharts.

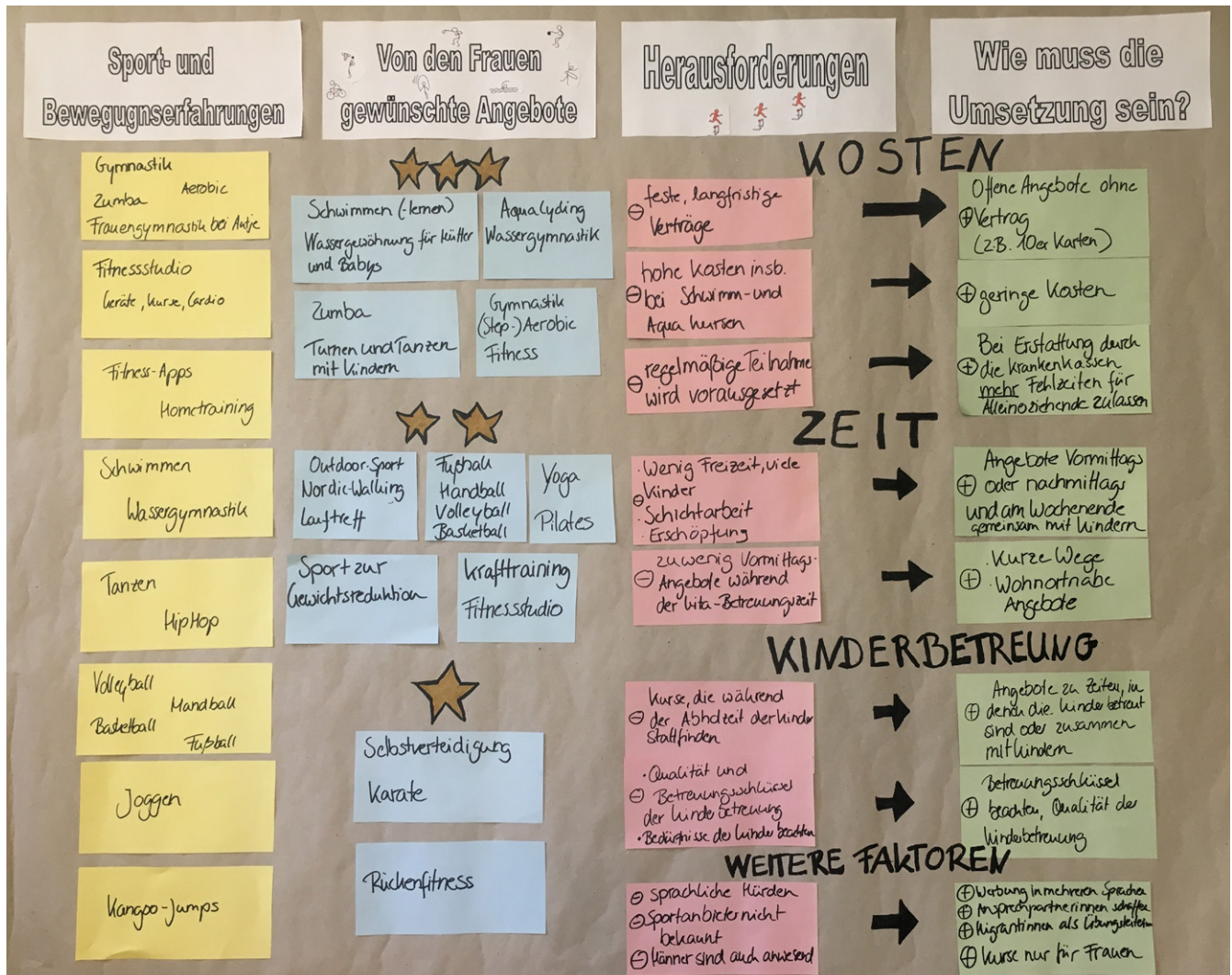


Abbildung 3: Zusammenfassung der Ergebnisse der Bedürfnis- und Bedarfserhebung im Projekt „Neue Wege ...“

Die Ergebnisse der Befragung der alleinerziehenden Frauen* zeigte, dass die Frauen* sich für viele verschiedene Bewegungsangebote interessieren. Die befragten Frauen* wünschten sich neben Tanz, Gymnastik und Fitnessangeboten auch Ballsportangebote, die sie vor allem aus ihrer Schulzeit kannten. Genannt wurde Fußball, Basketball, Handball und Volleyball. Diese Angebote würden sie auch gerne gemeinsam mit ihren (älteren) Kindern nutzen. Besonders großes Interesse gab es in unserem Projekt an Angeboten zum Schwimmen lernen und AquaCycling sowie Wassergymnastik. Da viele zugewanderte Frauen* nicht schwimmen können und auch Ängste in Bezug auf Wasser haben, benötigen sie zunächst eine Wassergewöhnung. Viele Frauen* wünschen sich auch Schwimm- und Wassergewöhnungskurse, die sie gemeinsam mit ihren Kindern und Babys nutzen können. Mütter*, die nicht schwimmen können, können an den üblichen Wassergewöhnungskursen für Babys nicht teilnehmen. Auch hier müssen neue Formate entwickelt werden, die es diesen Frauen* ermöglichen, die Kurse zu belegen, damit auch Alleinerziehende und ihre Kinder schwimmen lernen können. Ein

wichtiges Ergebnis dieser Analyse, welches auch mit der Angebotsstruktur in Tenever zusammenhängt, war es, dass die Frauen* nicht nur auf klassische Anbieter*innen von Bewegungsangeboten (wie z.B. Sportvereine, Schwimmbäder oder Fitnessstudios) eingingen, sondern sowohl selbstorganisierte Bewegungsaktivitäten (z.B. zu Hause mit Videoanleitung oder Outdoor-Individualsport) als auch die Teilnahme an Bewegungsangeboten von Einrichtungen der sozialen Arbeit (z.B. Mütterzentrum, ALZ, Haus der Familie) nannten.

Anbieter*innen

Wir gingen zu Beginn des Projektes davon aus, dass uns noch nicht alle potentiell einbeziehenden Anbieter*innen von Gesundheitsförderung im Stadtteil bekannt sind. Deshalb wurde zu Beginn des Projektes eine aktuelle Liste zu beteiligender Anbieter*innen erstellt. Die Anbieter*innen wurden dann schriftlich über das Projekt informiert und im Anschluss persönlich oder telefonisch kontaktiert. Das Projekt wurde den Anbieter*innen vorgestellt und diese wurden motiviert, sich am Projekt zu beteiligen, am Mitgestaltungsworkshop teilzunehmen und auch Schnupperangebote durchzuführen.

Für die Gespräche mit den Anbieter*innen wurde ein Gesprächsleitfaden⁴¹ erstellt, die Befragung fand in persönlichen und telefonischen Interviews durch die Projektkoordinatorin statt, die die Ergebnisse dokumentierte.

Die Auswertungen der Analyse zeigten, dass es in Tenever viele Anbieter*innen gibt, die keine klassischen Anbieter*innen im Bereich Sport und Gesundheit sind, sondern Einrichtungen, die soziale Arbeit leisten und in diesem Rahmen auch Sport- und Bewegungsangebote durchführen. Die meisten Angebote werden kostenfrei oder -günstig und als offene Treffen, d.h. ohne vertragliche Bindung veranstaltet. Hier sind ausnahmslos Angebote nur für Frauen* erfasst. Oft bestehen die Angebote schon länger und zahlreiche Teilnehmerinnen* nehmen schon lange und sehr regelmäßig teil.

Durch das Projekt stellte sich heraus, dass besonders die Anbieter*innen, die im Stadtteil bereits viele Erfahrungen mit der Zielgruppe haben, großes Interesse an einer Zusammenarbeit und der (Weiter-)Entwicklung ihrer Angebote haben.

Es gibt mit vielen Anbieter*innen bereits langjährige, funktionierende Kooperationen mit FGT. Diese Kooperationen waren eine wichtige Grundlage für das Projekt. So war zum Beispiel das OTe Bad von Beginn an äußerst interessiert und motiviert, seine Angebote zu modifizieren, um auch die Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen* zu erreichen.

Wir haben aber auch die Erfahrung gemacht, im vom Projekt vorgegebenen Zeitraum nicht mit allen potentiellen Anbieter*innen zusammenarbeiten zu können. Wichtig ist uns, zu betonen, dass dies nicht auf fehlendes Interesse zurückzuführen ist. So haben beispielsweise Anbieter*innen, deren Arbeit in höherem Maße ehrenamtlich erfolgt, nicht immer die notwendigen Ressourcen für zusätzliche Arbeit in Projektkooperationen.

41 Siehe Anhang 4: Gesprächsleitfaden Anbieter*innen

Quartier

Im Projekt „Neue Wege...“ war keine weitere Analyse im Quartier erforderlich (siehe Abschnitt 3.2.1 zu Vorbereitung/Nutzung/Aufbau von Strukturen). Bei anderen Bedingungen (weniger etablierte Vernetzungsstrukturen etc.) kann es empfehlenswert sein, in dieser Phase auch im Quartier weitere Bedarfs- und Bedürfnisanalysen vorzunehmen.

3.2.2.3 Planung und Umsetzung im Projekt „Digital Empowerment...“

Alleinerziehende Frauen*

Die Bedarfsanalyse erfolgte multimethodisch in strukturierten Gruppeninterviews, per standardisierter Online-Befragung, teilnehmender Beobachtung und Reflexionsrunden in laufenden Angeboten. Hier ging es insbesondere darum, den Medienalltag von Frauen*, ihre Nutzungsgewohnheiten und ihre Interessen an digitalen Medien kennenzulernen sowie Überschneidungen mit Gesundheitsthemen zu identifizieren. Des Weiteren sollte die Analyse Erkenntnisse zu Teilhabehindernissen und Hürden, Bedarfen, Wünschen und Ideen liefern. In dieser Phase wurden auch vereinzelt Schnuppertage, z.B. für Urban Gardening auf der Gemeinschaftsgartenfläche „Querbeet“ (TNU e. V.) in Kooperation mit Anbieter*innen veranstaltet. Solche Aktionstage dienen dazu Neues auszuprobieren, (un-)bekannte Interessen zu wecken und Gesprächsanlässe zur Artikulation von Bedarfen und Hürden zu schaffen.

Die leitfaden-gestützten Gruppeninterviews fanden vorwiegend in bestehenden Frauen*gruppen (Sprachgruppen, Integrations- und Berufsorientierungskurse) und persönlich (face-to-face) statt. Einige konnten dank der Unterstützung von Sprachmittlerinnen* auch mehrsprachig durchgeführt werden. Damit wurde gesichert, dass auch Frauen*, die wenig Deutsch sprechen und/oder nicht lesen und schreiben können, für das Projekt erreicht wurden.

Die Dokumentation erfolgte jeweils schriftlich durch das Projektteam mittels Notizen im Leitfaden und auf für jedes Treffen vorbereiteten Flipcharts.

Durch die Pandemie und die damit einhergehenden Hygiene-Schutz-Maßnahmen war der Zugang zunächst erschwert. Der Zugang zu Kindertagesstätten war beispielsweise für Externe im ersten Projektjahr gar nicht möglich. Um den pandemie-bedingten Zugangsbeschränkungen entgegenzuwirken, wurde – aus FGT-Sicht erstmals – eine standardisierte, anonyme Online-Befragung als Erhebungsinstrumentarium für eine Bedarfsanalyse erprobt. Als Plattform für die Befragung diente die kostenfreie Version von „Limesurvey“⁴². Der Link zur Befragung wurde per E-Mail an alle Akteur*innen im Stadtteil zur Weiterverbreitung versendet und als QR-Code auf FGT-Flyer, Programmheften und Aushängen platziert. Die Möglichkeit zur Umfrage wurde außerdem auf allen von FGT betriebenen Webseiten (FGT Homepage, Projekt-Blog) und sozialen Medienprofilen (Instagram) veröffentlicht. Trotz starker Verbreitung und den noch bestehenden Kontaktbeschränkungen zu Beginn der Projektlaufzeit, war die Rücklauf-Quote sehr gering, sodass die Online-Befragung nur als eine Ergänzung im Methodenkoffer der Bedarfsanalyse fungierte. Einige Vor- und Nachteile der Methode sind im Folgenden kurz gelistet:

42 URL: <https://www.limesurvey.org/de>

Tabelle 2: Vor- und Nachteile von Online-Befragungen (hier: Limesurvey) zur Erhebung von Bedarfen und Bedürfnissen im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojektes „Digital Empowerment ...“

Vorteile	Nachteile
▪ Schnelle und leichte Verbreitung des Links ▪ Ausgabe und Analyse der Ergebnisse in Excel möglich und dadurch schnellere Erstellung von Auswertungsgrafiken ▪ Offene Antworten können in der Muttersprache beantwortet werden ▪ Digitale Texte können mit digitalen Übersetzungstools und Sprachausgabe-Tools verwendet und Sprachbarrieren ggf. gesenkt werden ▪ Ressourcenschonend ▪ Kann über die gesamte Projektlaufzeit online bleiben und als laufendes Tool genutzt werden	▪ Geringe Teilnahmezahl bzw. Rücklaufquote ▪ Einarbeitung in Befragungsplattform/-software (z.B. Limesurvey) notwendig ▪ Technisch voraussetzungsreich (Internetverbindung, internetfähiges Endgerät, Medienkompetenz)

INFOBOX 3: Erhebungsmethoden für Bedarfsanalyse

Bei Bedarfsanalysen ist es wichtig, zwischen zwei Arten von Bedarfen zu unterscheiden:

- *objektiven Gesundheitsbedarfen: gemessene oder erfragte Erkrankungssymptome, gesundheitsschädliche Verhaltensweisen oder schädliche Expositionen im beruflichen oder häuslichen Kontext*
- *und subjektiv wahrgenommenen Gesundheitsbedarfen: wahrgenommene Gesundheitsbeschwerden, Wünsche nach Behandlung oder Gesundheitsförderungsangeboten*

Bei den subjektiven Bedarfen wird zwischen den geäußerten Bedarfen (Nachfrage nach Gesundheits- und Unterstützungsangeboten) und den nicht geäußerten Bedarfen (Wünschen) unterschieden. Abbildung 4 veranschaulicht das Zusammenspiel von Angebot, Nachfrage und Bedarf. Im Idealzustand decken sich diese drei Bereiche. Aufgabe in einer Bedarfsanalyse ist es, mögliche Diskrepanzen zwischen Bedarf, Angebot und Nachfrage zu identifizieren und zu verstehen.

Bisher nicht geäußerte Bedarfe, aber auch objektiv erfassbare Bedarfe, die allerdings nicht subjektiv wahrgenommen werden, zu verstehen, ist eine besondere Herausforderung. Interaktive und kreative Methoden können helfen, diese Bedarfe zu erfassen, indem sie Erzählanlässe schaffen und Alltagswissen und -orientierungen ansprechen.

Beispiele für interaktive oder kreative Methoden sind:

Lebensbaum – Thema: Lebensziele und (Gesundheits-)Ressourcen; Form: Gruppenarbeit. Die Moderator*innen skizzieren die Silhouette eines Baumes. Die Teilnehmer*innen haben die Aufgabe auf die Blätter ihre Alltagsziele (das, was ihnen Freude oder ihnen Zufriedenheit verschafft) zu schreiben und auf die Wurzeln ihre Ressourcen (das, was sie brauchen, um ihre Ziele zu erreichen). Anschließend wird diskutiert, welche Ressourcen fehlen, um die eigenen Ziele zu verwirklichen.⁴³

43 Siehe auch https://www.gesundheitswerkstatt-osterholz.de/fileadmin/lsc-diph/downloads/3_Foresight_Mannual_Modul1.pdf

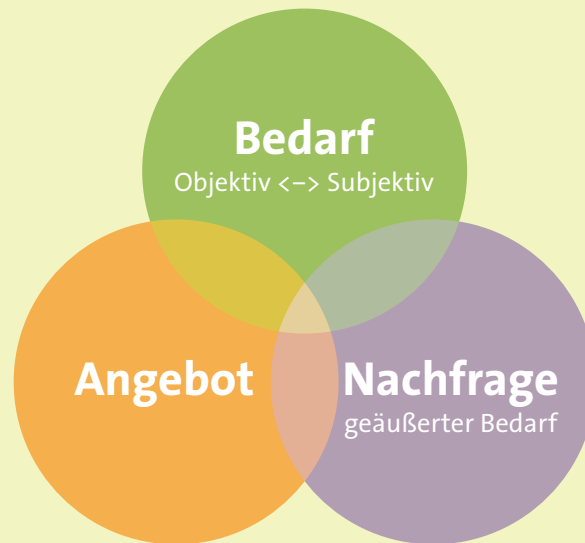


Abbildung 4: Zusammenspiel von Gesundheitsbedarf, Nachfrage nach Gesundheitsangeboten und existierendem Angebot

Concept Mapping – Thema: Gemeinsames Verständnis von (Gesundheits-)Begriffen und verschiedene Sichtweise der Beteiligten sichtbar machen; Form: ein oder mehrere Workshops. Concept Mapping kann folgendermaßen umgesetzt werden:

1. Frage stellen: Zuerst wird eine zentrale Frage oder ein Thema formuliert, z. B. „Was braucht es für eine gesunde Ernährung in Ein-Eltern-Familien?“
2. Ideen sammeln: Alle Teilnehmenden bringen ihre Ideen und Erfahrungen ein. Diese werden gesammelt, beispielsweise auf Moderationskarten.
3. Ideen sortieren: Die gesammelten Ideen werden gruppiert – also ähnliche Themen werden zusammengefasst.
4. Beziehungen darstellen: Die Themen werden in einer Art Karte (Map) gezeichnet und mit gerichteten oder ungerichteten Pfeilen miteinander in Beziehung gesetzt, sofern ein Zusammenhang von den Teilnehmenden wahrgenommen wird.
5. Bedeutung verstehen: Die Karte wird gemeinsam besprochen, um besser zu verstehen, wie Zusammenhänge gemeint sind, und um Ansatzpunkte für Maßnahme zu identifizieren.

Es ist lohnenswert, dass Concept Mapping getrennt mit der Adressat*innengruppe und den Stadtteilakteur*innen durchzuführen, um mögliche Unterschiede in den Sichtweisen zu erfassen.

- **Gesundheitsquiz** – Thema: Gesundheitskompetenz / Wissen über das deutsche Gesundheitssystem. Form: Gruppenveranstaltung. Es wird eine Quizrunde durchgeführt, um spielerisch herauszufinden, wie gut sich die Teilnehmenden im deutschen Gesundheitssystem (oder mit anderen Gesundheitsaspekten) auskennen.
- **Interaktive Fokusgruppe** – Thema: digitale Gesundheitskompetenz. Form: Gruppenarbeit. Die Teilnehmenden bekommen die Aufgabe, an ihren eigenen Endgeräten eine digitale Gesundheitsanwendung oder -information (z.B. Gesundheitswebseite, Gesundheits-App, Social Media Inhalt) aufzurufen und erhalten weitere spezifische Aufgaben, um mit der Anwendung oder den Inhalten zu arbeiten. Die Moderator*innen beobachten den Prozess und diskutieren im Anschluss mit den Teilnehmenden, welche technischen oder inhaltlichen Schwierigkeiten bestehen.

Mit zunehmender Bekanntheit des Projektes im Quartier wurden außerdem auch immer wieder Bedarfe in Einzelgesprächen mit Fachkräften, Multiplikator*innen und Frauen* der Zielgruppe an das Projektteam herangetragen.

Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass die meisten Frauen* zwar ein internetfähiges Smartphone besitzen und damit maßgeblich ihren Alltag organisieren, aber kaum digitale Angebote zur Gesundheitsförderung nutzen oder bislang an Online-Veranstaltungen teilgenommen hatten.

Das Smartphone dient den Frauen* vor allem der sozialen Kommunikation, also der Vernetzung mit anderen sowie der Kontakt- und Beziehungspflege. Die Kommunikation über Messenger-Apps wie WhatsApp ist für die Mehrheit selbstverständlich. Messenger-Apps bieten eine niedrigschwellige und schnelle Möglichkeit des Austausches von Bildern und Informationen per Text, Sprachnachricht oder (Video-)Telefonie. E-Mail-Apps und -Konten werden hingegen sehr viel weniger genutzt und gepflegt. Erreichbarkeit und Zugang zu den alleinerziehenden Frauen* sind deshalb über Messenger und Telefon sehr viel besser als über E-Mail.

Die Bedarfsabfrage zeigte außerdem, dass die Frauen* mit dem Smartphone nach alltagsrelevanten Informationen und Produkten (z.B. Wohnungssuche, Kleidung) recherchieren. Zur Informationssuche, auch in Bezug auf Gesundheitsthemen, war die Google-Suche ein weit verbreitetes Rechercheinstrument unter den Befragten. Neben Google-Apps spielen Übersetzungs-Apps eine zentrale Rolle beim Spracherwerb, für berufliche Weiterqualifizierung, im Beratungskontext sowie zur Orientierung und Verständigung im Alltag.

ote oder -Apps wurden – mit Ausnahme digitaler Schrittzähler – von den Befragten kaum genutzt. Digitale Ernährungsangebote hingegen waren sehr vielen Frauen* bekannt. Vor allem Koch-Videos auf YouTube und anderen Social-Media-Plattformen erfreuten sich großer Beliebtheit. Nur sehr vereinzelt waren Kalorienzähl-Apps, Zyklus-Apps oder Krankenkassen-Apps bekannt oder verwendet worden. Im Zuge der Pandemie wurden nach und nach vermehrt Corona-Apps verwendet.

Die Bedarfsanalyse in den Gruppeninterviews offenbarte zunächst folgende Problemfelder bei der Mediennutzung der Frauen* in Tenever: Verbraucher*innen-Themen wie Betroffenheit von Online-Kriminalität, Kostenfallen, Spam; Probleme mit der technischen Infrastruktur und Ausstattung wie Internetverbindung oder Speicherkapazitäten der Endgeräte; Medienkonsum der Kinder; Zeit-Knappheit, sich in die Funktionalität bestimmter Medienanwendungen einzuarbeiten (z.B. im Kontext von „Home Schooling“ während der Pandemie).

Vor diesem Hintergrund wurden folgende Bedarfe seitens der Frauen* geschildert: Wunsch nach mehr Informationen zu Mutter*-Kind-Angeboten sowie Gesundheitsangeboten, iPad-Schulung („its-learning“), Verbraucher*innenschutz und -infos (z.B. Sparangebote online), Informationen zu (Medien-)Erziehung und Jugendschutz sowie zu digitalem Alltagsmanagement in Bezug auf Banking und Behörden.

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung während laufender Maßnahmen und Situationen praktischer Medienanwendung offenbarte schließlich noch weitere Bedarfe in den Bereichen technische Medienkompetenzen wie Passwort-Management und Captcha-Tests, E-Mail-Kommunikation, QR-Codes scannen, Online-Konten/Profile erstellen, digitales Daten-Management und -Pflege sowie kritisch-reflexive Medienkompetenzen wie Desinformationen und Datenschutzrisiken erkennen, gezielte App-Auswahl und Reflexion des eigenen Medienkonsums.

Entgegen den Erwartungen des Projektteams wurde das Problemfeld „digitale Gewalt“, (geschlechtsspezifische) Hassrede oder Diskriminierung im Internet in der Bedarfsabfrage nicht von den befragten Frauen* thematisiert. Gründe hierfür können auch in der hohen Sensibilität des Themas liegen.

Anbieter*innen

Im Projekt „Digital Empowerment...“ war im Gegensatz zum Projekt „Neue Wege ...“ keine tiefergehende Analyse von Anbieter*innen möglich, weil relativ schnell ersichtlich war, dass es für die betreffende Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen* zu Beginn des Projektes keine spezifischen Angebote zur Medienbildung und insbesondere zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenzen gab. FGT kam in diesem Fall eine Pionierinnen-Rolle zu. Deshalb war es wichtig, die medienpädagogische Kompetenz im Projektteam fachlich zu verankern. Arbeitskreise zum Thema Medien und Digitalisierung oder andere medienpädagogische Stellen in Bereich Erwachsenenbildung existierten zum Zeitpunkt der Analyse-Phase im Quartier noch nicht.⁴⁴ Das E@stside Internetcafé konnte wegen Umbauarbeiten zu Beginn des Projektes nicht genutzt werden. Viele Einrichtungen waren zudem pandemie-bedingt zunächst nicht zugänglich und Fachkräfte sehr von wechselnden Herausforderungen des Pandemie-Managements eingespannt. Erst mit Lockerung der Hygiene-Schutzmaßnahmen konnte der Kontakt zu den Einrichtungen und Fachkräften wieder intensiviert werden. Der regelmäßige, konstruktive Austausch mit Koordinatorinnen* der Kinder- und Familienzentren, Multiplikatorinnen* und Beraterinnen* von Einrichtungen wie Haus der Familie und Mütterzentrum Osterholz-Tenever e.V. brachte weitere Bedarfe zutage oder bestätigten zuvor geäußerte Bedarfe bzw. Stressoren wie z.B. nicht altersgerechter Medienkonsum bei Kindern (z.B. „Squid Game“) oder die zahlreichen Herausforderungen bei der Online-Anmeldung zur Vergabe der Kita-Plätze über das von der Senatorischen Behörde für Kinder und Bildung neu eingeführte „Kitaportal Bremen“. Dieser Austausch bestätigte zugleich die wertvolle Rolle dieser Einrichtungen als Fürsprecherinnen* der Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen*.

Quartier

Im Projekt „Digital Empowerment ...“ war keine weitere Analyse im Quartier erforderlich (siehe Abschnitt 3.2.1 zu Vorbereitung/Nutzung/Aufbau von Strukturen). Bei anderen Bedingungen (weniger etablierte Vernetzungsstrukturen etc.) kann es empfehlenswert sein, in dieser Phase auch im Quartier weitere Bedarfs- und Bedürfnisanalysen vorzunehmen.

3.2.2.4 Empfehlungen für Quartiere und Anbieter*innen

Wichtig ist, zunächst mit der Befragung der Frauen* zu beginnen, deren spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe sowie Erfahrungen und Wünsche Ausgangspunkt für die Entwicklung passgenauer Angebote sind. Diese Vorgehensweise bietet zugleich den Vorteil, dass das Wissen z.B. über Bewegungs- oder Medienaktivitäten der Frauen* bereits in die Gespräche mit den Anbieter*innen einfließen kann.

⁴⁴ Inzwischen wurde im Stadtteil Osterholz ein Arbeitskreis Medien etabliert. Beteiligt sind u.a. Gesundheitsfachkräfte im Quartier, das Quartiersmanagement im Schweizer Viertel und im Ortsteil Tenever sowie das Quartiersbildungszentrum im Ortsteil Blockdiek.

Für die Gespräche mit den Anbieter*innen empfehlen wir einen strukturierten Gesprächsleitfaden zu erstellen mit folgenden Themenbereichen zu möglichen Angeboten:

- Welche Angebote gibt es für Frauen*
- Wann und Wo finden die Angebote statt?
- Wie hoch sind die Kosten?
- Müssen Frauen* sich vertraglich binden? (Vereinsmitgliedschaft, Kursbuchung)
- Gibt es Kinderbetreuung oder die Bereitschaft diese einzurichten?
- Kann das Angebot gemeinsam mit Kindern genutzt werden?
- Besteht Interesse, ein Schnupperangebot stattfinden zu lassen?
- Können Bewegungsangebote in nicht einsehbaren Räumen und mit weiblichen Kursleitungen angeboten werden? (wichtig in Tenever mit einem hohen Anteil muslimischer Frauen*)

Weiterhin wird das Interesse an einer möglichen Kooperation im Projekt erhoben, z.B. Bereitschaft zur Beteiligung an Mitgestaltungsformaten oder Aktionstagen. Für die Kooperation mit Anbieter*innen sollte eingeplant werden, dass diese nicht alle sofort einbezogen werden können oder wollen. Wenn wenig themenrelevante Anbieter*innen im Stadtteil aktiv sind wie im Fall „Digital Empowerment ...“ empfiehlt es sich, auch mit Anbieter*innen aus anderen Quartieren zu kooperieren und diese nach Möglichkeit mit ihren Angeboten in den Stadtteil zu holen. Es kann im Verlauf von Projekten außerdem sinnvoll sein, sukzessive weitere Anbieter*innen einzubeziehen. Ein Projektstart bzw. eine erste Analysephase mit wenigen, spontan interessierten und motivierten Anbieter*innen kann sich sehr günstig erweisen, wenn relativ schnell positive Ergebnisse in Bezug auf Verbesserungen bezüglich Passgenauigkeit von Angeboten erreicht werden können. Dies ist nicht nur im Sinne der Verbesserung der Zugangswege für Frauen*, sondern kann weitere Anbieter*innen motivieren, sich anzuschließen.

3.2.3 Maßnahmenplanung

3.2.3.1 Ziel und Zweck

Die Phase der Maßnahmenplanung hat das Ziel, konkrete Verbesserungen der Gesundheitsförderangebote für alleinerziehende Frauen* im Quartier zu entwickeln und zumindest erste Ansätze der Umsetzung in Form neuer oder modifizierter Angebote zu verabreden.

3.2.3.2 Planung und Umsetzung im Projekt „Neue Wege ...“

Im Projekt „Neue Wege ...“ erfolgte die Maßnahmenplanung in einem ersten Mitgestaltungsworkshop, zu dem alle relevanten Projekt- bzw. Quartiersakteur*innen eingeladen wurden (Frauengesundheit in Tenever, alleinerziehende Frauen*/Fürsprecherinnen*, Anbieter*innen). Der Workshop hatte das Ziel, in einem partnerschaftlichen Partizipationsprozess die Perspektiven der Hauptakteur*innen sichtbar zu machen und – so weit möglich – in Einklang zu bringen, um wichtige Schritte für eine Verbesserung der Gesundheitsförderangebote für alleinerziehende Frauen* in Tenever zu verabreden. Ausgangspunkt waren die Wünsche und Bedürfnisse der Frauen*, die im Rahmen der Analysephase festgestellt wurden. Diese sollten mit den Quartiersakteur*innen kommuniziert werden, mit dem Ziel, Umsetzungsschritte für die nächste Projektphase zu

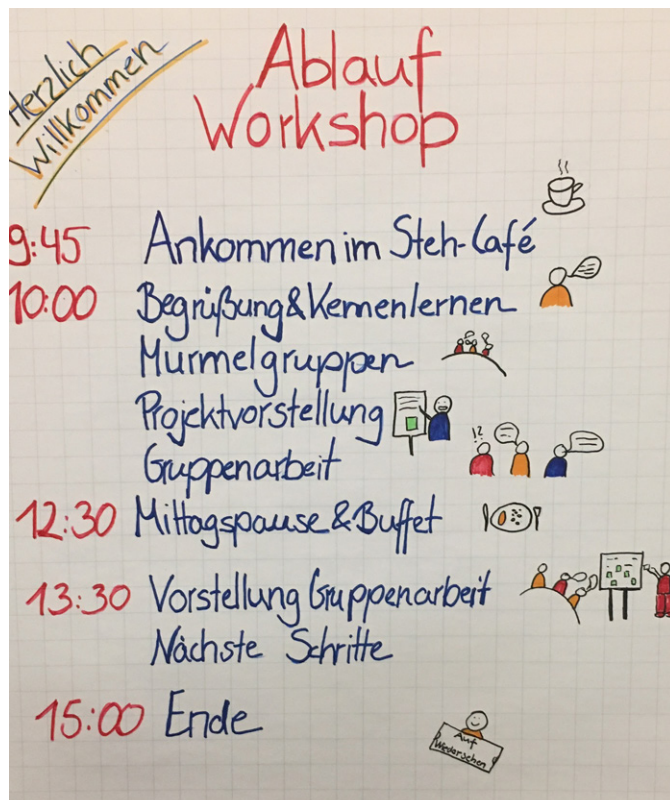


Abbildung 5: Ablauf 1. Mitgestaltungsworkshop im Projekt „Neue Wege ...“

vereinbaren. Am Ende des Tages sollten die Teilnehmer*innen sensibilisiert sein für die Bedürfnisse und Bedarfe alleinerziehender Frauen*.

Im Ergebnis wurden auf diesem Workshop fünf Angebotsideen entwickelt, welche zunächst in Kooperation von Anbieter*innen und FGT im Rahmen des Projekts „Neue Wege ...“ erprobt werden sollten: zwei Lauftreffs für Frauen* mit/ohne Kinderwagen des Landessportbundes, zwei niedrigschwellige Angebote des OTe Bads sowie die Modifizierung eines Angebotes des Mütterzentrums.

Die Ergebnisse der Erprobungsphase – so war geplant – sollten auf einem 2. Mitgestaltungsworkshop ausgetauscht und bewertet werden. Sowohl die Erprobung als auch die Bewertung konnten – bedingt durch die Corona-Pandemie – leider nur in sehr eingeschränkter Form erfolgen.

3.2.3.3 Planung und Umsetzung im Projekt „Digital Empowerment ...“:

Die Maßnahmenplanung im Projekt „Digital Empowerment ...“ erfolgte teils im Prozess der Antragsstellung sowie in verschiedenen Mitgestaltungsformaten während des Projektverlaufs.

Die Vernetzungs- und Umsetzungspraxis in den ersten anderthalb Projektjahren hatte gezeigt, dass es in Tenever selbst kaum explizite Anbieter*innen in den Bereichen Ernährung und Medienkompetenz für die Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen* gab, die entsprechende Adressat*innen für einen Mitgestaltungsworkshop gewesen wären. Die Notwendigkeit bestand also vielmehr darin, mit den im Stadtteil fest verankerten

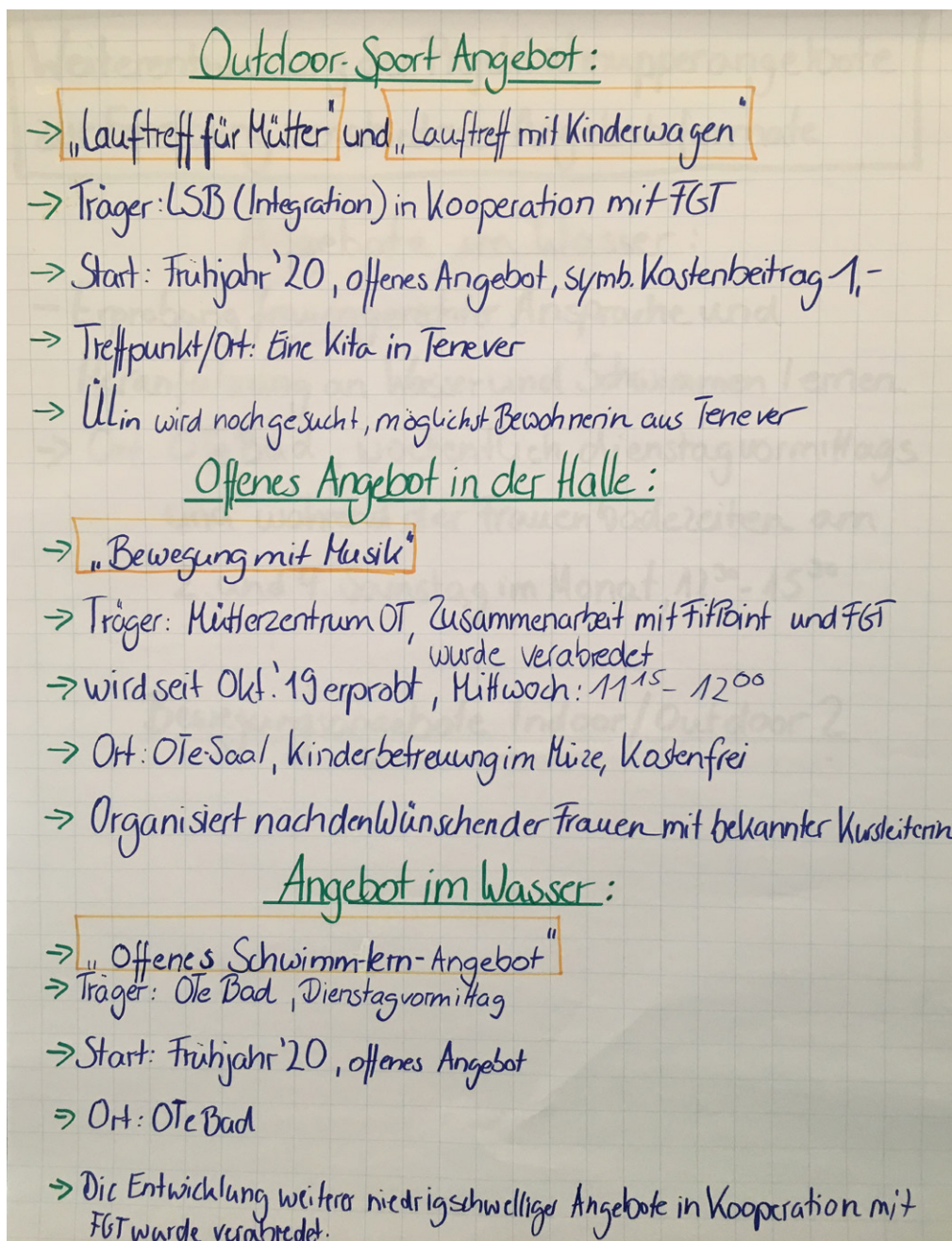


Abbildung 6: Auf dem ersten Mitgestaltungsworkshop im Projekt „Neue Wege ...“ entwickelte Angebote für die Erprobungsphase

Akteur*innen, Multiplikator*innen und Betroffenen Ergebnisse der Bedarfsanalyse zu teilen, zu diskutieren und darauf aufbauend weitere Anpassungen und Maßnahmen für das Projekt und die Angebote im Sinne von Mitgestaltung im Quartier vorzunehmen. Dieses Vorhaben wurden in den zentralen Gremien für das Projekt (Steuerungsgremium) und für den Stadtteil (AK Tenever) umgesetzt. Innerhalb beider Gremien gab es Raum für Betroffene, Einrichtungen und Akteur*innen im Quartier, Stellung zu den Ergebnissen der Bedarfsabfrage zu beziehen, ihre eigenen Anliegen und Bedarfe zu formulieren und gemeinsam Ideen für weitere Maßnahmen und Angebote organisations-

Anbieter*innen sollten die Möglichkeit bekommen, neue oder modifizierte Angebote (die z.B. im Mitgestaltungsworkshop entwickelt wurden) zu erproben. Dabei ist es sinnvoll nicht nur das „Sportangebot“ zu erproben, sondern auch die Organisationsform (offene oder geschlossene Gruppe, Ort, Uhrzeit, Kosten, Kinderbetreuung etc.).

Die Projekterfahrungen aus „Digital Empowerment ...“ hingegen haben gezeigt, dass nicht immer themenrelevante Anbieter*innen oder Angebote im Stadtteil schon vertreten sind. In diesem Fall wurde deutlich, dass Mitgestaltung im Projekt auch als Prozess zu verstehen ist, der auf verschiedenen Ebenen der Vernetzung (auch über den Stadtteil hinaus) und kontinuierlich im Rahmen der Umsetzung der Module (Maßnahmen) stattfindet und sich nicht immer auf ein Veranstaltungsformat reduzieren lässt. Vielmehr bestimmen die Projektschwerpunkte und die örtlichen Strukturen die Formate. Auch hier haben wir gute Erfahrungen in Bezug auf Beteiligung gemacht, wenn bestehende Vernetzungsstrukturen im Stadtteil und Projekt für den Austausch genutzt wurden. Mitgestaltung erweist sich letztendlich als ein fortlaufender, zirkulärer Prozess im stetigen Austausch zwischen Anbieter*innen, Akteur*innen, Multiplikator*innen, Bewohner*innen im Stadtteil und Projektmitarbeiter*innen. Die sich in der Praxis dann zeigenden und artikulierten Wünsche und Bedarfe aller Projektteilnehmenden werden aufgenommen und in die weitere Projektarbeit integriert.

3.2.4 Umsetzung

3.2.4.1 Ziel und Zweck

Ziel des Projektes „Neue Wege ...“ war es, dass im Quartier am Ende des Projektes 2-3 passgenaue und frauen*gerechte Angebote für alleinerziehende Frauen* nachhaltig zur Verfügung stehen.

Ziel im Projekt „Digital Empowerment ...“ war die partizipative Förderung digitaler Gesundheitskompetenzen für alleinerziehende Frauen* im Hinblick auf die Handlungsfelder gesundheitsförderliche Ernährung und Medienkompetenz. Um dieses Ziel zu erreichen, sollte einerseits der Zugang zu digitalen Angeboten der Gesundheitsförderung für die Zielgruppe alleinerziehender Frauen* verbessert und andererseits passgenaue, frauen*gerechte Angebotsformate partizipativ entwickelt und umgesetzt werden.

3.2.4.2 Planung und Umsetzung im Projekt „Neue Wege ...“

Das Projekt konnte aufgrund der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie nicht in vollem Umfang plangemäß verlaufen (s.o. zu Maßnahmenplanung). Insbesondere die Erprobungsphase der neuen Angebote konnte durch die Kontaktbeschränkungen nur für kurze Zeit realisiert werden. Folgende Angebote konnten im Frühjahr und Sommer 2020 für einen kurzen Zeitraum erprobt werden:

- Ein niedrigschwelliger Lauftreff für Frauen*, der am Vormittag direkt an einer Kita nach „Abgabe“ der Kinder begann (LSB Bremen)
- Ein Lauftreff mit Kinderwagen, Treffpunkt war ebenfalls morgens an der Kita (LSB Bremen)
- Ein Angebot „Wassergewöhnung“ für Frauen*, die nicht schwimmen können und Ängste im Wasser überwinden möchten (OTe-Bad)

- Ein offenes Schwimmtraining während der Frauenbadezeiten (OTe-Bad in Kooperation mit FGT)

Aufgrund der Corona-Beschränkungen entfiel auch der 2. Mitgestaltungsworkshop zur Reflektion, Bewertung und ggf. strukturellen Modifikation der Angebote. Dennoch kann hier berichtet werden, dass zu Projektende die Anbieter*innen signalisiert haben, dass sie die Angebote – sobald dies wieder möglich ist – weiter umsetzen möchten.

3.2.4.3 Planung und Umsetzung im Projekt „Digital Empowerment ...“

Trotz großer Herausforderungen während der Corona-Pandemie, wie wechselnde Hygieneschutzmaßnahmen und Zugangsbeschränkungen zu Veranstaltungen oder Einrichtungen, die die Erreichbarkeit zur Zielgruppe in den ersten Projektjahren maßgeblich erschwerten, konnten im Projekt „Digital Empowerment ...“ alle geplanten Maßnahmen umgesetzt und neue Maßnahmen entwickelt werden:

Die einzelnen Maßnahmen wurden fortlaufend in Feedback-Gesprächen mit allen Projektteilnehmenden sowie in der internen Evaluation vom Projektteam stetig eruiert und bei Bedarf angepasst oder erweitert. Dies ging zum Teil über die im Projekt möglichen Aktivitäten hinaus. Beispielsweise hatten sich Teilnehmerinnen* des Urban-Gardening-Moduls mehr Gartenaktivitäten auf der Fläche für ihre Kinder gewünscht und einige Kinder waren sehr am Gärtnern interessiert. Dafür konnte 2022 über die zusätzliche Akquise von WiN-Mitteln (Wohnen in Nachbarschaften) ein umweltpädagogisches Begleitprogramm für die Kinder der Teilnehmerinnen* des Urban-Gardening-Moduls geschaffen werden. Das zusätzliche Umweltprogramm für die Kinder schuf nicht nur Entlastung für die Mütter und mehr Freiraum für die pädagogische Arbeit mit ihnen, sondern verankerte Umweltbildung und Nachhaltigkeitsgedanken in der Kernfamilie als solche. Das zusätzliche Kinder-Programm wurde von allen Beteiligten als Mehrwert empfunden und steigerte die Beteiligung und Zufriedenheit der teilnehmenden alleinerziehenden Frauen*.

In dieser Projektphase fand Mitgestaltung fortlaufend in verschiedenen Formaten statt (siehe Abschnitt 3.2.3 zu Maßnahmenplanung).

3.2.4.4 Empfehlungen für Quartiere und Anbieter*innen

Die Flexibilität der Projekt- und Förderstruktur bei „Digital Empowerment ...“ ermöglichte es, auch mit ungewohnten Situationen wie der Pandemie konstruktiv umzugehen und Maßnahmen umzusetzen. Neben Flexibilität ist auch Offenheit aller Projektbeteiligten gefragt, um gemeinsam passgenaue, frauen*gerechte Angebote zu gestalten und durchzuführen. Es ist zu berücksichtigen, dass es sich bei alleinerziehenden Frauen* nicht um eine homogene oder starre Gruppe handelt. Interessen, Bedarfe und Motivationen zur Teilnahme an Angeboten können verschieden gelagert sein und sich im Projektverlauf auch verändern. Hier lohnt es sich, sofern die Ressourcen es zulassen, im Gespräch mit den einzelnen Frauen* zu bleiben, die Beziehungen zu pflegen und gemeinsame Reflexionsrunden als Teil der Maßnahmen einzuplanen und diese im Projektverlauf ggf. erneut zu modifizieren.

Es braucht die Anerkennung, dass Mitgestaltung langsam anfängt. Aus Sicht der Praxiserfahrungen des FGT ist es z.B. sinnvoll, die Teilnehmerinnen*anzahl von Workshops langsam zu steigern und gerade zu Beginn auch mit kleinen Gruppen in die Umsetzung zu kommen. Insbesondere in Quartieren wie Tenever müssen andere Maßstäbe an die

Tabelle 3: Maßnahmen im Projekt „Digital Empowerment ...“

Angebot	Kurzbeschreibung	Kooperationspartner*innen
Gesundes Frühstück für Mütter*	Gemeinsam mit Gesundheits- und Ernährungsexpertinnen bereiten die Teilnehmerinnen* Speisen zum Frühstück zu und probieren neue Rezepte aus. Im Anschluss wird gemeinsam an einer großen Frühstückstafel gegessen. Die Expertinnen beantworten Fragen rund um die Themen Ernährung, Gesundheit und Nachhaltigkeit.	Brigitte Bücking und Gesundheitsfachkräfte im Quartier, LVG & AFS Nds. HB e.V.
Regie und Produktion von Kochvideos	Frauen* aus dem Quartier produzieren gemeinsam mit dem FGT-Team Koch-Videos. Die Rezepte stammen von den Frauen* selbst. Beim Drehen der Videos können die Teilnehmerinnen* ihr Ernährungswissen teilen und gleichzeitig ihre Medienkompetenzen erweitern. Die Rezepte und Videos werden von Ernährungsexpertinnen kommentiert und auf dem FGT-Blog veröffentlicht.	
Gärtnern im Gemeinschaftsgarten „Querbeet“	Frauen* aus dem Stadtteil erfahren im Gemeinschaftsgarten „Querbeet“, wie sie saisonales Gemüse anbauen, ernten und für gesunde Gerichte verwenden können. Auch die Kinder der Teilnehmerinnen* profitieren von einem spezifisch für sie ausgelegten umweltpädagogischen Begleitprogramm. Das Garten-Angebot behandelt praxisnah die Themen Ernährung, Klimawandel sowie Nachhaltigkeit und dient dem seelischen Ausgleich.	Treffpunkt Natur und Umwelt e.V.
Workshop – e-Health: „Wie gut ist Dr. Google?“ – Gesundheit im Internet	Interaktiver Workshop zur Recherche von Gesundheitsinformationen und -angeboten im Internet sowie zur Sensibilisierung und Erkennung von Falschnachrichten und Desinformation.	Gesundheitsfachkräfte im Quartier, LVG & AFS Nds. HB e.V.
Workshop - Medienerziehung: „Kinder und Medien im digitalen Zeitalter“	Interaktiver Workshop zur Mediennutzung und -wirkungen bei Kindern, inklusive alltagspraktischer Tipps zur Medienerziehung und Sensibilisierung zum Thema Schutz persönlicher Daten.	
Workshop – Kitaportal Bremen	Praktischer Workshop zu Basiswissen über Online-Portale, E-Mail und Passwort-Management.	Mütterzentrum Osterholz-Tenever e.V., Kita Bremen, Petri & Eichen gGmbH, Trinitatisgemeinde Bremen
„Digital Helpdesk“: Antworten zu Smartphone, Tablet & Co.	Praxis-Workshop zu Grundwissen in der alltäglichen Anwendung digitaler Medien an den eigenen Endgeräten und mit individuellen Anwendungsbeispielen.	Digital Impact Lab Bremen und Mütterzentrum Osterholz-Tenever e.V.
Medienkompetenz-Schulungen im FabLab Bremen	Praktische Schulungen in der Anwendung digitaler Technologien wie zum Beispiel 3D-Drucker, Laser-Cutter oder Micro-Controller.	FabLab Bremen e.V.

Teilnehmendenanzahl gesetzt werden. In Ortsteilen wie Tenever mit einer sehr hohen Bewohner*innenschaft, die eingewandert ist und überdurchschnittlich viele Menschen von Transferleistungen oder geringen Einkommen leben, stehen die unmittelbar existenziellen Fragen im Vordergrund. Die Erfahrung ist daher, dass viele Frauen* ihre Gesundheitsbelange hinten anstellen und auch den Zugang zu Gesundheitsförderung schwer erreichen. Ein Aushang oder eine Pressemitteilung reichen hier nicht aus. Die Frauen* müssen für neue Angebote persönlich angesprochen und oftmals für einen ersten Zugang begleitet werden. Diese Motivationsarbeit bleibt in der Regel unsichtbar und kostet viel Zeit. Sie ist aber ein wesentlicher Faktor für den Erfolg von Maßnahmen. Dazu zählen auch Erinnerungsnachrichten oder -telefonate, die die Beteiligung an Angeboten noch einmal erhöhen und vermeiden, dass Frauen* in akuten Stresssituationen ihr Angebot versäumen. Digitale Tools wie Messenger oder Sprachnachrichten können dabei unterstützend sein. Wir empfehlen, dabei auf datenschutzsensible Apps wie „Signal“ oder SMS zurückzugreifen. Digitale Werkzeuge können allerdings den Erstkontakt face-to-face nicht ersetzen. In der Regel braucht es „ein Gesicht“ zum Angebot bzw. zur Maßnahme, um Vertrauen aufzubauen und den Grundstein für eine regelmäßige Teilnahme zu legen. Bei sehr gut nachgefragten Angeboten empfiehlt sich eine Überbuchung der Angebote um 1-2 Personen, um die Kapazitäten optimal zu nutzen. Durch Krankheit, Betreuungsengpässe in Kitas oder Arzttermine kam es auch immer wieder zu kurzfristigen Absagen oder Nicht-Erscheinen.

Für eine gute Einbindung, Beteiligung und Erreichbarkeit der Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen* ist eine umfassende Kinderbetreuung unabdingbar. Unsere Erfahrung zeigt, dass Angebote deutlich besser angenommen werden, wenn entweder eine Kinderbetreuung, ein parallel zum Frauen*angebot stattfindendes Kinderprogramm am gleichen Ort oder eine Mutter*-Kind-Veranstaltung angeboten wird. Um einen besseren Zugang zu den im Projekt entwickelten Maßnahmen zu gewährleisten, haben wir außerdem aufsuchend in dem Sinne gearbeitet, dass wir mit unseren Medien-Workshops in verschiedenen Einrichtungen im Stadtteil zu Gast gewesen sind. Die Frauen* dort aufzusuchen, wo sie oder ihre Kinder bereits Angebote wahrnehmen, schont ihre knappen zeitlichen Ressourcen. Persönliche Treffen und Präsenz-Veranstaltungen bleiben auch bzw. gerade in einer post-Covid und digitalen Gesellschaft unersetzlich.

Auch die medienpädagogischen Angebote lebten vom gemeinsamen Erproben und Erleben von digitalen Anwendungen und Technologien in Präsenz-Settings. „Lernen im Tun“ wurde zu einem der zentralen pädagogischen Grundsätze während der Umsetzung der Maßnahmen. FGT plädiert deshalb für eine Verschränkung von praxis- und lebensweltnahen Online- und Offline-Formaten, so wie es beispielsweise bei der Kochvideo-Produktion der Fall war. Die Zielgruppe der alleinerziehenden Frauen* wird dabei immer mit ihrem Wissen und ihren Ressourcen als Expertinnen* ihrer eigenen Lebenswelt ernst genommen. Damit Sorgearbeit, Erwerbstätigkeit oder Weiterqualifizierung der Frauen* und ehrenamtliches Engagement im Vereinskontext besser möglich, vereinbar und gewertschätzt werden, empfehlen wir eine Aufwandsentschädigung für bspw. freiwillige Gremien- und Organisationsarbeit.

Bereits im Projekt „Neue Wege ...“ gab es auch eine intensive Zusammenarbeit mit Fürsprecherinnen* und Multiplikatorinnen*. Das Konzept basiert auf der langjährigen Erfahrung und dem konzeptionellen Ansatz von FGT mit Laienhelferinnen* zu arbeiten und diese so zu motivieren und in ihrem Selbstbewusstsein zu stärken.

3.2.5 (Externe) Evaluation

Für Projekte der „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V“ bestehen folgende Vorgaben zur Evaluation:

„6. Evaluation: Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass zu den erfolgten Maßnahmen eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation, auch unter dem Gesichtspunkt der Verstärkung und Nachhaltigkeit, durchgeführt wird. Die Evaluation umfasst die regelmäßige Dokumentation und Reflexion der Umsetzung von Interventionen anhand festgelegter Routinen mittels wissenschaftlicher Methoden und Instrumente. Die Evaluationsergebnisse können für die Bestimmung des Handlungsbedarfs im folgenden Zyklus genutzt werden.“⁴⁵

In den Projekten „Neue Wege ...“ und „Digital Empowerment ...“ erfolgte eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation als Selbstevaluation. Wesentliche Elemente waren eine Rollende Planung, die vollständige Dokumentation der Aktivitäten, die regelmäßige Berichterstattung und Reflexion im Projektteam, in der Steuerungsgruppe sowie in (Zwischen-)Berichten.

Regelmäßig (monatlich oder wöchentlich) stattfindende Angebote wurden im Zuge des internen Evaluationsprozesses als besonders nachhaltig bewertet. Eine regelmäßige Teilnahme an Maßnahmen über einen längeren Zeitraum steigert zudem das Wirkungspotenzial des Angebotes und der zu vermittelnden Inhalte und Fähigkeiten.

Externe Evaluation im Projekt „Digital Empowerment ...“

Mit dem Zuwendungsbescheid vom Dezember 2022 wurde das Bremer Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) vom GKV-Bündnis für Gesundheit im Land Bremen mit der **externen Evaluation** des Projektes beauftragt. Mit Jahresbeginn 2023 begann die konkrete Umsetzung der externen Evaluation:

Im Rahmen der externen Evaluation fanden zwei Beteiligungs-Workshops mit dem Fokus „Ernährung und digitale Gesundheitskompetenz – Ansatzpunkte für alleinerziehende Frauen“ statt. Der erste Workshop im Februar 2022 richtete sich an Teilnehmerinnen* des Projektes und hatte zum Ziel, Kompetenzen und Bedarfe sowie Kontextfaktoren der Förderung von (digitalen) Gesundheitskompetenzen zu erheben. Ein zweiter Workshop im Mai 2023 nahm die aufgearbeiteten Ergebnisse des ersten Workshops zur Grundlage für eine Gesprächsrunde mit Kooperationspartner*innen und wichtigen Akteur*innen im Feld Gesundheitsförderung. Vertreten waren neben dem BIPS, die senatorische Behörde für Gesundheit, das GKV-Bündnis für Gesundheit, das Projektteam und die Haupt-Kooperationspartnerin für den Bereich Ernährung im Projekt. Rückblickend wurden innerhalb dieser Runde geäußerte Bedarfe der bisherigen Projektteilnehmer*innen, entsprechende Projektaktivitäten und Ansatzpunkte für Weiterentwicklungen des Projekts diskutiert.

Folgende weitere Projektangebote wurden seitens des BIPS mittels teilnehmender Beobachtung und Befragung evaluiert: vertiefende Medienkompetenzworkshops in Kooperation mit dem FabLab Bremen e.V., gesunde Frühstücke für alleinerziehende Mütter* und das Urban-Gardening-Angebot.

45 GKV-Spitzenverband (Hg.) (2024). Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Ausgabe 2024. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19_GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf, letzter Zugriff: 10.03.2025



Abbildungen 9 und 10: Externe Evaluationsrunde im Garten und „Ballon der Wünsche“

Ein Zwischenbericht der externen Evaluation gab „eine sehr hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden mit den Angeboten und einen sehr guten subjektiven Lernzuwachs“ an.

Die externe Evaluation nahm zum Projektabschluss vor allem noch einmal das Urban-Gardening-Angebot in den Blick. Zum Abschlusstermin im Garten am 30.10.2024 wurde eine Gruppenbefragung mit den Projektverantwortlichen von TNU e.V. und FGT durchgeführt. Außerdem wurde mit den teilnehmenden Frauen* und Kindern ein „Ballon der Wünsche“ als kreative und partizipative Methode zur Bewertung des Gartenangebots angefertigt.

Die dabei geführten Begleitgespräche flossen ebenfalls in die Auswertung mit ein. In ihren Wünschen und Danksagungen in verschiedenen Sprachen hoben die Teilnehmerinnen* die positiven Erlebnisse, Emotionen und sozialen Begegnungen im Garten hervor. Der „Ballon der Wünsche“ wurde auch noch einmal intern gemeinsam mit TNU e.V.-Verantwortlichen, Projektteilnehmerinnen der Zielgruppe und FGT ausgewertet.

Neben der abschließenden Datenerhebung im Garten lieferte das FGT-Projektteam dem Evaluationsteam kontinuierlich weitere Evaluationsfragebögen von Teilnehmerinnen* der gesunden Frühstücke und des „Dr. Google-Workshops“. Außerdem wurden dem Evaluationsteam monatlich Statistiken zu Blog-Klickzahlen und „Instagram Insights“ zur Verfügung gestellt.

Infobox 4: Kernergebnisse der Evaluation

Die extern durchgeführte Evaluation des Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS unter Leitung von Dr. Tilman Brand basiert auf der Auswertung von Feedbackbögen, teilnehmenden Beobachtungen sowie Gruppendiskussionen mit den teilnehmenden Frauen* und dem Projektteam. Daraus lassen sich folgende zentrale Ergebnisse ableiten:

Digitale Kompetenzen

- Die Teilnehmerinnen* bewerteten ihren persönlichen Wissenszuwachs sowie die Anwendbarkeit des Gelernten im Alltag sehr positiv. Der durchschnittliche Wert lag bei 4,8 (SD = 0,4) bzw. 4,7 (SD = 0,6) auf einer Skala von 1 (sehr gering) bis 5 (sehr hoch); n = 79.
- Als zentrale Erfolgsfaktoren erwiesen sich:
 - die bedarfsgerechte Anpassung der Inhalte an lebensweltlich relevante Themen (z. B. Unterstützung bei der Anmeldung im „Kita-Portal“)
 - die niedrigschwellige, kooperative Umsetzung der Angebote innerhalb bestehender Gruppen und Kursstrukturen (z. B. Sprachkurse)

Ernährungskompetenz

- Auch im Bereich Ernährung berichteten die Frauen* von einem deutlichen Wissenszuwachs, insbesondere in den Themenfeldern Obst- und Gemüseanbau, Nähr- und Inhaltsstoffe sowie der Zubereitung frischer Lebensmittel.
- Darüber hinaus wurden positive Erfahrungen in Bezug auf Selbstwirksamkeit, Stressreduktion und Bewegung in der Natur durch die Gartenarbeit hervorgehoben.
- Ein wesentlicher Erfolgsfaktor war hier das begleitende umweltpädagogische Kinderprogramm.

Partizipation und Empowerment

- **Förderung der Eigenaktivität:** Die Teilnehmerinnen* wurden aktiv in kreative und technische Prozesse eingebunden, z. B. durch das Erstellen von Social-Media-Beiträgen oder den Einsatz von Mikrocontrollern.
- **Stärkung der Entscheidungskompetenz:** Die Gruppe traf eigenverantwortlich Entscheidungen über die Auswahl der angebauten Gemüsesorten und die Arbeitsverteilung.
- **Übernahme von Verantwortung:** Die Frauen* verwalteten eigenständig den Zugang zum Garten und übernahmen Verantwortung für dessen Pflege (Ordnung, Sauberkeit).

Strukturelle Wirkung: Der Gemeinschaftsgarten etablierte sich als „dritter Ort“ – neben Zuhause und Arbeitsplatz – und förderte nachhaltig den sozialen Zusammenhalt und die Vernetzung unter den Frauen*.

Infobox 5: Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten

Evaluationen von Gesundheitsförderungsprojekten, die durch externe (Forschungs-) Einrichtungen durchgeführt werden, sind in der Regel prozessorientiert. Im Mittelpunkt stehen dabei Fragen zur Qualität der Angebotskonzepte, zur Erreichbarkeit der Zielgruppe, zur Zufriedenheit der Teilnehmenden sowie zu förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Umsetzung. Strenge Wirksamkeitsnachweise auf Basis kontrollierter Studiendesigns – wie sie in forschungsmotivierten Projekten üblich sind – werden hingegen aus praktischen Gründen meist nicht angestrebt.

*Ein externer Blick kann jedoch wertvolle Impulse für die Umsetzungspraxis geben und die Wirkungsorientierung in der Maßnahmenplanung stärken. Ein zentraler erster Schritt ist dabei die gemeinsame Festlegung von Evaluationszielen und vermuteten Wirkungspfaden – in Abstimmung zwischen Fördermittelgeber*innen, Projektteam, gegebenenfalls weiteren Stakeholdern sowie der Zielgruppe. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Evaluation praxisrelevante und angemessene Ergebnisse liefert.*

*Im Projekt „Digital Empowerment...“ wurden daher Concept Mapping Workshops eingesetzt, um gemeinsam mit der Zielgruppe, dem Projektteam und beteiligten Akteur*innen zu erarbeiten, wie der Zusammenhang zwischen Ernährungskompetenz und Digitalisierung wahrgenommen wird und welche Aspekte in diesem Kontext als besonders relevant gelten.*

Damit eine externe Evaluation mehr ist als eine abschließende Bewertung, braucht es einen kontinuierlichen Austausch zwischen Evaluationsteam und Praxis. Dieser konnte im Projekt „Digital Empowerment...“ erfolgreich umgesetzt werden. Ein solcher Dialog fördert den Vertrauensaufbau – eine wichtige Voraussetzung dafür, dass auch über Herausforderungen und Umsetzungsprobleme offen gesprochen werden kann.

Insbesondere bei Projekten, die mit Menschen in benachteiligten Lebenslagen arbeiten, ist ein sensibles und respektvolles Vorgehen der Evaluierenden erforderlich. Nur so lässt sich vermeiden, dass die Projektarbeit durch die Evaluation gestört wird. Im Projekt „Digital Empowerment...“ wurde dies durch die räumliche Nähe zwischen Projekt und Evaluationsteam erleichtert. Sie ermöglichte niedrigschwellige Formen der Begleitung, wie etwa teilnehmende Beobachtungen oder das persönliche Kennenlernen der Zielgruppe.

Aus übergeordneter Perspektive erscheint es für zukünftige Maßnahmen im Rahmen des Präventionsgesetzes (PrävG) sinnvoll, nicht nur Einzelprojekte extern evaluieren zu lassen. Stattdessen könnten bundesweit ähnliche Projekte innerhalb eines Handlungsfeldes oder Settings gemeinsam evaluiert werden. Dies würde den Erfahrungsaustausch und das wechselseitige Lernen zwischen den Projekten systematisch fördern.

Empfehlung

Projekte sollten mindestens eine Selbstevaluation von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen durchführen. Je nach Projektbedingungen ist ggfs. auch eine externe Evaluation erforderlich.

4. Zusammenfassung: Checkliste für passgenaue Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen*

Als Zusammenfassung stellen wir eine Übersicht von Einflussfaktoren, zentralen Herausforderungen und Hürden sowie Konsequenzen und Lösungsmöglichkeiten für frauen*gerechte und passgenaue Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen* zur Verfügung.

Tabelle 4: Checkliste für passgenaue Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen* im Bereich Bewegung, Entspannung, Ernährung und Medienbildung

Einflussfaktoren	Herausforderungen/Hürden	Konsequenzen/Lösungsmöglichkeiten
Kosten	Als Herausforderung sehen alleinerziehende Frauen* langfristige Verträge, an die sie sich fest binden müssen.	☐ Niedrigschwellige, offene Angebote ohne feste Verträge ☐ Bei jedem Termin wird ein kleiner Beitrag eingesammelt ☐ 10er Karten, die in einem bestimmten Zeitraum eingelöst werden können.
	Angebote mit Vorauszahlung, individueller Rückerstattung auf Antrag bei den Krankenkassen und hoher regelmäßiger Teilnahme bilden ein Hindernis für Alleinerziehende, vor allem für diejenigen mit geringen Einkünften, die bildungsfern sind und sprachliche Hürden haben.	☐ Für Frauen*, die nicht die finanziellen Möglichkeiten haben, den gesamten Kursbeitrag im Voraus zu zahlen, sollten zusätzlich Möglichkeiten geschaffen werden, zu Beginn nur 50% zu zahlen und nach der Hälfte der Einheiten die zweiten 50%. ☐ Höhere Fehlquoten für Alleinerziehende (z.B. 60% für Alleinerziehende) ☐ Flexiblere Regelungen der Teilnahmequoten, z.B. über offene Kursangebote bei denen Frauen* die Möglichkeiten haben, über einen längeren Zeitraum an den 10 oder für die Erstattung notwendigen 8 Kurseinheiten teilzunehmen. ☐ Präventionsangebote die über den Kursträger statt individuell per Antrag abgerechnet werden.

Tabelle 4 (Forts.): Checkliste für passgenaue Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen* im Bereich Bewegung, Entspannung, Ernährung und Medienbildung

Einflussfaktoren	Herausforderungen/Hürden	Konsequenzen/Lösungsmöglichkeiten
Zeit	■ Alleinerziehende Frauen* haben wenig Freizeit für eigene Aktivitäten, insbesondere wenn sie mehrere und/oder jüngere Kinder haben. ■ Die Belastungen von alleinerziehenden Frauen* erschweren auch bei hoher Motivation eine regelmäßige Teilnahme. ■ Alleinerziehende Frauen* haben das Bedürfnis nach Zeitflexibilität und Spontaneität. ■ Mütter* vergessen in Stresssituationen abzusagen ■ Verbindlichkeit der Zielgruppe: Aufgrund der vielseitigen Verpflichtungen und vielen Unwägbarkeiten (bspw. Krankheit oder Betreuungsausfall) im Alltag der Frauen*, scheuen sich einige Mütter* bei Anmeldeverfahren verbindlich zu- oder abzusagen. Dieser Umstand erschwert die Planbarkeit von Angeboten und des Veranstaltungsprogramms	☐ Flexible Zeiten, wenn die Teilnehmer*innen auch noch im Laufe der Veranstaltung dazu kommen können, nimmt das den Frauen* den Druck entweder pünktlich oder gar nicht teilnehmen zu können. ☐ Angebote zu verschiedenen Tageszeiten ☐ Zur Verabredung von Workshops mit Kooperationspartner*innen, die Teilnehmer*innen vorab nach gewünschten Terminen, vor- oder nachmittags, benötigter Kinderbetreuung etc. fragen und dies dann auch möglich machen. ☐ Wohnortnahe Angebote ☐ Regelmäßige Angebote: ☐ Frauen*, die regelmäßig mit dem Projekt in Kontakt stehen, nehmen auch andere Angebote wahr, bringen Freundinnen* mit, engagieren sich ehrenamtlich, ☐ knüpfen Freundschaften, unterstützen sich gegenseitig bei der Kinderbetreuung oder in schwierigen Situationen. ☐ die Beziehung zwischen pädagogischem Personal und Zielgruppe wird gestärkt ☐ erlerntes Wissen wird wiederaufgefrischt und vertieft. ☐ Projekte im Stadtteil-Setting als längerfristige Prozesse planen, um ein vertrauensvolles Verhältnis zur Zielgruppe aufzubauen. ☐ Angebote „überbelegen“ oder mit Wartelisten arbeiten und kurzfristige Absagen „mitdenken /kompensieren“ ☐ Nachfrage, ob Teilnahme klappt und Erinnerung am Tag vor der Veranstaltung

Tabelle 4 (Forts.): Checkliste für passgenaue Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen* im Bereich Bewegung, Entspannung, Ernährung und Medienbildung

Einflussfaktoren	Herausforderungen/Hürden	Konsequenzen/Lösungsmöglichkeiten
Kinderbetreuung	■ Kursangebote, die eigentlich gut zu den Bedürfnissen und Bedarfen von alleinerziehenden Frauen* passen, werden zum Teil aufgrund fehlender Kinderbetreuungsmöglichkeiten nicht wahrgenommen. ■ Angebote mit Kinderbetreuung haben die Herausforderung zu bewältigen, Kinder unterschiedlichen Alters und mit unterschiedlichen Bedürfnissen zu beaufsichtigen und den Betreuungsschlüssel zu beachten. ■ Mütter* von Babys und Kleinkindern befürchten, dass diese nicht bei einer fremden Betreuungsperson bleiben.	☐ Träger von Angeboten am Nachmittag sollten prüfen, ob und wie sie eine Kinderbetreuung organisieren können. ☐ Angebote am Vormittag planen, welche die Frauen* nutzen können, während die Kinder durch Kita oder Schule betreut sind. ☐ Angebote für Frauen*, die sie gemeinsam mit ihren Babys nutzen können. (Beispiel Fitness/Walking mit Kinderwagen/Frühstücke). ☐ Angebote, die Kinderbetreuung anbieten, sollten im Vorfeld erfragen, wie viele Kinder teilnehmen und welche Altersgruppen dabei sind. So kann auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Kinder eingegangen und der Betreuungsschlüssel entsprechend berücksichtigt werden. ☐ Für eine bessere Erreichbarkeit der Alleinerziehenden wird empfohlen ein Kinderbegleitprogramm mitzudenken und zu planen oder Mutter*-Kind- bzw. Familienangebote zu schaffen.

Tabelle 4 (Forts.): Checkliste für passgenaue Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen* im Bereich Bewegung, Entspannung, Ernährung und Medienbildung

Einflussfaktoren	Herausforderungen/Hürden	Konsequenzen/Lösungsmöglichkeiten
Zugang zur Zielgruppe/ Gewinnung von Teilnehmerinnen*	■ Aushänge, Flyer oder Werbung werden aufgrund sprachlicher Hürden nicht von allen potentiellen Teilnehmerinnen* gelesen oder verstanden. ■ Angebote sind nicht bekannt oder Werbung für neue Angebote erreicht die Zielgruppe nicht. ■ Die Hürde, sich zu Veranstaltungen anzumelden und sich allein in einen nicht bekannten Gruppenkontext zu begeben, ist für einige Frauen* enorm hoch. ■ Einige Frauen* haben Unsicherheiten und Ängste, sich über Teilnahmebedingungen zu erkundigen, wenn sie die Träger der Angebote nicht kennen. ■ Geringe digitale Kompetenzen (z.B. wenig Email-Kommunikation) ■ Digitale Infrastruktur/ unterschiedliche Endgeräte	☐ Mehrsprachige, leichte Sprache bei Flyern, Aushängen, Plakaten und Beiträgen in Sozialen Medien ☐ Persönliche Ansprache (z.B. durch Multiplikator*innen), Motivationsarbeit der Fachkräfte als Zeitfaktor fest einplanen. ☐ Begleitung der Frauen* durch Bezugsperson (z.B. Multiplikatorinnen* in Schule und Kita) zu neuem Angebot. ☐ Im Stadtteil bereits bekannte Kursleiter*innen erleichtern den Zugang zu neuen Angeboten. ☐ Regelmäßiger Kontakt (auch über Messenger-Dienste und Telefon). ☐ Interkulturelle Kompetenz der Übungsleiter*innen stärken (z.B. durch spezielle ÜL*innen Aus- und Fortbildungen) ☐ Auf Diversität achten, insbesondere auch eingewanderte Frauen* als Übungs- und Kursleiter*innen ausbilden und einstellen. ☐ Kooperationen zwischen Einrichtungen der Sozialen Arbeit und anderen Angeboten, wie z.B. Sportanbieter*innen wie Vereinen oder Fitnessstudios. ☐ Die Erreichbarkeit und der Zugang der Teilnehmerinnen* wird durch die Nutzung von Chats und Messenger (z.B. Signal) sowie durch Übersetzungs-Apps und Sprachnachrichten erleichtert. ☐ Vertrauensverhältnis zu Personen innerhalb der Zielgruppe durch Bekanntheit der Fachkräfte erhöht den Zugang, die Erreichbarkeit die Motivation zur Teilnahme an Angeboten. ☐ Aufsuchende und stete Beziehungsarbeit

Tabelle 4 (Forts.): Checkliste für passgenaue Gesundheitsförderungsangebote für alleinerziehende Frauen* im Bereich Bewegung, Entspannung, Ernährung und Medienbildung

Einflussfaktoren	Herausforderungen/Hürden	Konsequenzen/Lösungsmöglichkeiten
Partizipation	■ Wandel von Bedarfslagen und Heterogenität der Zielgruppe. (Diskrepanz zwischen den zuvor angenommen und den sich in der Praxis zeigenden Bedarfen) ■ Diversität der Zielgruppe in Bezug auf Vorwissen und bereits erlernte Kompetenzen. ■ In der Medienarbeit: unterschiedliche Ausstattung (verschiedene Endgeräte, Betriebssysteme, Apps)	☐ Die Teilnehmerinnen* in allen Phasen der Entwicklung, Umsetzung und Digitalisierung partizipativ mit einbeziehen. ☐ Regelmäßige Reflexions- und Feedbackgespräche mit der Zielgruppe. ☐ Einzelne Maßnahmen wie Smartphone-Workshops an aktuelle Alltagsprobleme und Lebenslagen anpassen. ☐ Mehrere anleitende Personen, die mit den Frauen* direkt an den Endgeräten arbeiten, sofern keine Schulungsgeräte zur Verfügung stehen oder zur Verfügung gestellt werden. ☐ Ehrenamtliche Beteiligung und Wertschätzung der Frauen* ☐ Mitgestaltung fängt langsam an, daher ist es sinnvoll, die Teilnehmerinnen*anzahl von Workshops langsam zu steigern und grade zu Beginn auch mit kleinen Gruppen in die Umsetzung zu kommen.

5. Anhang

Anhang 1: Zeitplan des Projekts „Neue Wege ...“

Projektzeitraum: 01.01.2019 – 31.12.2020

Projektmonate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Projektphasen / Meilensteine																								
Vorbereitung			M*																					
Nutzung/Aufbau von Strukturen						M																		
Analyse					M			M			M			M										
Maßnahmeplanung														M										
Umsetzung																				M				
Evaluation																								
<i>Sommer-Ferien</i>							4.7.- 14.8.																	
<i>Ramadan</i>					6.5.- 3.6.											24.4.- 23.5.								
<i>SARS -CoV-2-Pandemie</i>																								

* = Meilenstein

Jahr	Jahr 1												Jahr 2												Jahr 3												Jahr 4											
	I			II			III			IV			I			II			III			IV			I			II			III			IV														
Quartal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
Ziel 01: Nutzung/Aufbau von Strukturen und Netzwerken ist identifiziert und werden genutzt; ein Steuerungsgremium ist aufgebaut und relevante Akteure sind eingebunden; Maßnahmen zur Verstärkung sind definiert und gesichert.																																																
Modul 1 Vernetzung von Akteur*innen																																																
Modul 2 Aufbau Steuerungsgremium																																																
Modul 3 Entwicklung Social-Media-Strategie																																																
Modul 4 Erstellung Datenschutzkonzept																																																
Modul 5 Einrichtung Blog und Social-Media-Kanäle																																																
Modul 6 Umsetzung des Mitgestaltungskonzepts (1. Mitgestaltungsworkshop)																																																
Ziel 02: Analyse: Die Bedarfsanalyse ist abgeschlossen und belegt einen erkennbaren Bedarf; Ressourcen sind analysiert und identifiziert; die Bedarfsanalyse wird in regelmäßigen Abständen wiederholt, sodass eine kontinuierliche Überprüfung der Bedarfe erfolgt.																																																
Modul 7 Bedarfsanalyse																																																
Ziel 03: Maßnahmenplanung: Basierend auf der Bedarfslage sind Ziele, Handlungsschwerpunkte und Maßnahmen definiert; die Bedürfnisse der Zielgruppen sind bei der Planung maßgeblich berücksichtigt.																																																
Modul 8 Planung und Umsetzung 2. Mitgestaltungsworkshop																																																
Ziel 04: Umsetzung: Maßnahmen, die geeignet sind, die Lebenswelt gesundheitsfördernd zu verändern, sind eingeleitet und werden umgesetzt, ebenso gesundheitsfördernde Maßnahmen, die auf das individuelle Verhalten der Menschen im Setting zielen; die Personen im Setting sind in allen Phasen der Umsetzung eingebunden.																																																
Modul 9 Schulung von Multiplikatorinnen sowie Grundlagen-Workshops																																																
Modul 10 Vertiefender Kompetenzerwerb im Umgang mit digitalen Medien																																																
Modul 11 Umsetzung eines Blogs / Digitale Medienkompetenz erproben																																																
Modul 12 Bewegung und gesunde Ernährung																																																
Modul 13 Videos über gesunde Ernährung herstellen																																																
Modul 14 Gärtnern für die eigene Lebensmittelproduktion und den gezielten Ausgleich																																																
Modul 15 Multiplikatorinnen-Konzept „Ernährung“																																																
Modul 16 Planung und Umsetzung 3. Mitgestaltungsworkshop																																																
Ziel 05: Evaluation: Eine Struktur-, Prozess- und Ergebnis-evaluation – auch unter dem Gesichtspunkt der Verstärkung und Nachhaltigkeit – wird durchgeführt.																																																
Modul 17 Evaluation																																																

Anhang 3: Datenschutzformular für interessierte Frauen* „Digital Empowerment...“



Frauengesundheit in Tenever (FGT)
Frauen und Gesundheit e.V.

Interessentinnen*-Liste
für Angebote von Frauengesundheit in Tenever (FGT) Stand: März 2023

Nachname	Vorname	Adresse	Telefonnummer oder E-Mail-Adresse	Info-Post ok?	Unterschrift zur Zustimmung zur Erhebung und Speicherung der genannten Daten

Sie stimmen mit Ihrer Unterschrift der Erhebung und Speicherung der genannten Daten zu.
Alle Daten werden vertraulich und entsprechend der EU-Datenschutzverordnung (DS-GVO) vom 25.05.2018 behandelt.
Sie können jederzeit Ihre Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung von Daten zurückziehen, die wir nicht aufgrund rechtlich er Verpflichtungen speichern müssen. Diese Daten werden dann unverzüglich gelöscht.
Weitere Informationen, wie wir Ihre Daten speichern und verarbeiten, finden Sie auf unserer Homepage im Menüpunkt „Impressum und Datenschutzerklärung“:
<https://frauengesundheitintenever.de/impressum>.

Frauengesundheit in Tenever
Frauen und Gesundheit e.V.
Koblenzer Straße 3a
28325 Bremen

Anhang 4: Gesprächsleitfaden Anbieter*innen „Neue Wege...“

Gespräche mit Anbieter*innen

Datum:

Anbieter*in:

Ansprechperson:

Telefonnummer:

Informationen zum Projekt:

- Alleinerziehende Frauen* werden bisher, trotz hoher Gesundheitsrisiken, durch bestehende Angebote zur Gesundheitsförderung kaum erreicht.
- Durch unser Projekt möchten wir den Zugang zu und die Beteiligung an, insbesondere bewegungs- und entspannungsbezogenen, Gesundheitsförderungsangeboten für alleinerziehende Frauen* verbessern.
- Wir möchten überlegen, wie es gelingen kann, passende Angebote für alleinerziehende Frauen* zu schaffen oder bestehende Angebote für die Zielgruppe besser zugänglich zu machen.
- Entstehen soll aber in jedem Fall eine Win-Win Situation. Wir möchten Anbieter*innen dabei unterstützen passende Angebote für alleinerziehende Frauen* zu schaffen oder bestehende Angebote besser zugänglich zu machen. Anbieter*innen können dadurch eine bisher weniger erreichte Zielgruppe für ihr Sportangebot gewinnen und Ihre Ideen und Anregungen, zur strukturellen Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen*, im Quartier einbringen.

Themen und Wünsche

1. Welche Sportangebote für Frauen* gibt es bereits? Sind dort noch Plätze frei?

2. Gibt es eine weibliche Kursleiterin?

3. Sind die Zeiten flexible oder zu welcher Tageszeit kann das Angebot stattfinden?

4. Was kostet das Angebot? Müssen die Frauen* sich vertraglich fest binden?

5. Gibt es Kinderbetreuung oder die Möglichkeit diese einzurichten?

6. Kann das Angebot auch gemeinsam mit Kindern genutzt werden?

7. Wo findet das Angebot statt?

8. Gibt es die Möglichkeit ein Schnupperangebot durchzuführen?

9. Besteht Interesse zur Teilnahme an Aktionstagen, wenn ja, mit welchem (Schnupper-) Angebot?

10. Besteht Interesse zur Teilnahme am Mitgestaltungsworkshops?

Sonstiges

Anhang 5: Leitfaden Bedarfsanalyse „Digital Empowerment“

Einstieg/ Vorstellung

Interviewerin vorstellen:

Mein Name ist ... ich arbeite bei FGT seit... und mache da...

Informationen zum Projekt:

Frauengesundheit in Tenever hat seit diesem Jahr ein neues Projekt. Wir möchten Müttern aus Tenever/Euch zeigen, wie ihr gut mit dem Internet, Smartphone, Tablets, Computer und Programmen sowie Apps arbeiten könnt und Angebote zur Gesundheit online nutzen könnt. Damit meinen wir zum Beispiel, gute Internetseiten, die euch im Alltag helfen können und wo ihr Informationen zum Thema Gesundheit (Beispiel...) und Gesunde Ernährung (Rezepte etc.) bekommt.

Wenn ihr euch schon gut auskennt, könnt ihr mit uns zusammen anderen Frauen zeigen wie sie das Internet und Smartphone benutzen können.

Themenschwerpunkt A: Zugang/technische Ausstattung:

Um unsere Kurse zu planen, möchten wir gerne von Euch wissen, welche technischen Geräte ihr mit dem Internet benutzt.

1. Wie geht ihr/geht Du ins Internet? (Mit welchem Gerät?)

Ggf. Nachfragen falls nicht von selbst angesprochen:

- 1.1. Benutzt du /Ihr ein Smartphone?
- 1.2. Hast du /habt ihr einen Computer/Tablet zuhause?
- 1.3. Habt ihr/du WLAN zuhause?

Themenschwerpunkt B: Mediennutzung/Anwendungen

1. Wir möchten Euch in den Schulungen Hilfe für Apps und Programme geben, die ihr selbst benutzt. Daher möchten wir gerne wissen, welche Apps und Programme ihr benutzt. Wobei braucht ihr Hilfe und Informationen? Welche Apps/Programme benutzt Du oft?

- 2. Was machst Du mit diesen Apps/Programmen?
- 3. Was findest du an Ihnen besonders hilfreich?

Ggf. Nachfragen falls nicht von selbst angesprochen

- 1.1. kennst du/ihr auch: Instagram, WhatsApp, Facebook, YouTube? >2. Und 3.
- 1.2. oder andere Apps z.B. von Krankenkassen, Ernährungsapps, Fitnessapps, Zyklusapps etc.) > 2. und 3.
- 1.3. Benutzt Ihr/Sie Videokonferenz-Plattformen wie zoom oder skype?

1.4. Habt ihr schon mal an einem Kurs, z.B. Sportkurs über Video teilgenommen, könnt ihr euch das in Zukunft vorstellen?

Themenschwerpunkt C: Digitale Gesundheitskompetenz

Uns interessiert auch, wie Ihr Euch im Internet zu Gesundheitsthemen informiert. Wir möchten Euch in den Schulungen informieren, wo ihr gute Informationen und Angebote im Internet bekommt. Daher möchten wir heute gern erfahren, welche Internetseiten Ihr schon kennt (und in welchen Situationen ihr diese besucht).

4. Nutzt Du/Ihr das Internet/Smartphone, wenn Ihr einmal krank seid oder Fragen zur Gesundheit habt? Wenn ja, wie?

Ggf. Nachfragen falls nicht von selbst angesprochen

1.1 Gibt es bestimmte Internetseiten (wie z.B. Gesundheitsinformation.de), die ihr bei Fragen aufruft?

1.2 Suchst Du/Suchen Sie bei Google? (Offene Suche bei Dr. Google?)

1.3 Bei Krankheit der Kinder?

1.4 Ist/war das hilfreich? Was war (nicht) hilfreich?

5. Hilft Euch/Dir das Internet/Smartphone, etwas über Gesundheit oder Essen und Trinken zu lernen/erfahren? Wenn ja, was und wie?

5.1. Welche Angebote/Seiten besucht Ihr/besuchst Du?

5.2. Auf welcher Sprache?

5.3. Habt ihr schon einmal im Internet nach Rezepten gesucht? Wenn ja auf welchen Seiten?

5.4. Wir stellen gerade kurze Videos übers Kochen auf unseren Blog. (zeigen) Wie finden Sie/findest du das? Was können wir noch online oder offline anbieten Ihrer/Deiner Meinung nach?

Themenschwerpunkt D: Probleme & Bedarfe

Jetzt haben wir ja bereits viel von Euch erfahren (Resümee).

Für unsere Planung möchten wir abschließend noch wissen, was Eure größten Probleme und Wünsche bei der Internet-Nutzung und mit der Technik / dem Smartphone sind.

Wir möchten Euch gerne unterstützen. Deshalb interessiert uns auch, was ihr macht, wenn Ihr Probleme habt. (Wen fragt ihr z.B. nach Hilfe?)

1. Hattet ihr/hattest Du schon einmal Probleme mit dem Internet/Smartphone? Wenn ja, welche?

2. Wen fragt ihr nach Hilfe?

3. Was findet Ihr/findest Du schwierig, wenn Du Deine Apps/Programme benutzt?

4. Auf was sollten Frauen* Deiner Meinung nach achten, wenn Sie das Internet/Smartphone benutzen?

Themenschwerpunkt E: Schulungen/Workshops

Wir planen neue kostenfreie Medien- und Smartphone Kurse. Wir würden uns über zahlreiche Teilnehmerinnen freuen. Ihr könnt Euch heute direkt anmelden und auch gerne Freundinnen von unserem Angebot erzählen.

4. Welche Themen möchtet Ihr in unseren Workshops besprechen?

- Allgemeine Medien-/Internetnutzung:
- Soziale Medien:
- Gesundheitsinformationen im Internet:
- Ernährungsinformationen:

Organisatorisches:

4.1. Braucht ihr Kinderbetreuung, um an einem solchen Kurs teilnehmen zu können?

4.2. Welche Tageszeit würde Euch passen?

4.3. wie viele Stunden?

5. Habt Ihr/Hast Du noch weitere Fragen, Themen, Interessen?

Interessentinnen/Teilnehmerinnenliste und Datenschutzformular ausfüllen

Erläuterung, dass wir die Daten benötigen, wenn die Frauen über das Projekt weiter informiert werden möchten. (OneDrive > Team > Datenschutz)

Danksagung und Verabschiedung

Anhang 6: Fragebogen der Online-Befragung „Digital Empowerment...“**A: Zugang/technische Ausstattung**

1. Mit welchem Gerät geht ihr/geht Du ins Internet?

Smartphone

- ☐ Tablet
- ☐ Laptop/Computer
- ☐ öffentlicher Computer (z.B. in der Bibliothek)
- ☐ Ich habe kein internetfähiges Gerät.

2. Habt ihr/hast du WLAN zuhause?

- ☐ ja _____
- ☐ nein

B: Mediennutzung/Anwendungen

1. Welche Apps/Programme benutzt Du oft?

- ☐ WhatsApp
- ☐ Viber
- ☐ iMessage
- ☐ Snapchat
- ☐ Telegram
- ☐ Signal
- ☐ Zoom
- ☐ Skype

- ☐ Facebook
- ☐ Instagram
- ☐ Youtube
- ☐ TikTok
- ☐ Google

- ☐ Kamera und Foto-Apps
- ☐ Kalender-App
- ☐ E-Mail Apps
- ☐ Gesundheits- und Fitness-Apps
- ☐ Sprach- und Übersetzungs-Apps

- ☐ andere Welche? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

2. Habt Sie schon einmal an einem Online-Kurs teilgenommen?

- ☐ ja _____
- ☐ nein

3. Sind Sie an einem Online-Kurs zum Thema Gesundheit und Ernährung interessiert?

- ☐ ja _____
- ☐ nein

C: Mediennutzung und Gesundheit

4. Hilft Ihnen das Internet/Smartphone, wenn Sie einmal krank sind?

- ☐ a _____
- ☐ nein

5. Benutzen Sie Gesundheits- oder Fitness-Apps?

- ☐ ja _____
- ☐ nein

5.1. Welche Gesundheits- oder Fitness-Apps benutzen Sie?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

6. Welche Seiten im Internet besuchen Sie, wenn Sie sich über Gesundheit und Ernährung informieren möchten? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

D: Probleme & Wünsche

1. Hattet Ihr/hattest Du schon einmal Probleme mit dem Internet/Smartphone?

- ☐ ja _____
- ☐ nein

2. Welche Probleme waren das? Bitte kurz nennen.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3. Auf was sollten Frauen* achten, wenn Sie das Internet/Smartphone benutzen?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

4. Wir planen einen neuen Medien-/Smartphonekurs. Was möchten Sie gern noch über das Internet/Smartphone und Gesundheit lernen?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

4.1. Welche Tageszeit würde Euch passen?

- ☐ morgens _____
- ☐ nachmittags _____
- ☐ abends

5. Haben Sie noch weitere Fragen, Themen, Interessen? Schreiben Sie sie uns gern hier auf.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vielen Dank für die Teilnahme an der Befragung!

Wenn Du an unseren neuen Kursen und Angeboten interessiert bist, kontaktiere uns gern:

Telefon: 0421 / 40 17 28

Mobil: 0151 / 745 24 905

Mail: kontakt@frauengesundheitintenever.de oder

schaue auf unseren Blog: <https://blog.frauengesundheitintenever.de/> (<https://blog.frauengesundheitintenever.de/>)

oder besuche uns auf Instagram: @frauengesundheitintenever (<https://www.instagram.com/frauengesundheitintenever/>)

6. Quellenverzeichnis

- Altgeld, T. & Klärs, G. (2024). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. URL: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i022-2.0>
- Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2017). Alleinerziehend – ein Kaleidoskop von Lebens- und Arbeitssituationen. URL: https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Familie_Soziales/Alleinerziehend_Ein_Kaleidoskop_2017-09_web.pdf, letzter Zugriff: 18.01.2021
- Baacke, D. (2007). Medienpädagogik. Tübingen: Niemeyer.
- Böhme, R. & Kramer L. (2024). „Bilanz und Perspektiven der Förderprogramme für Alleinerziehende im Land Bremen“ In: Institut Arbeit Wirtschaft (iaw) Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) Arbeit und Wirtschaft, 47. URL: https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Familie_Soziales/Studie_Alleinerziehende_Bilanz_der_F%C3%B6rderprogramme_web.pdf, letzter Zugriff: 16.04.2025
- Brand, T., Gencer, H. & Jahn, I. (2019). Gendertransformative Prävention und Gesundheitsförderung. In: Public Health Forum 27(2), S. 126-128. URL: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0014>
- Brand T., Herrera-Espejel P., Müllmann S., Wiersing R. & Busse H. (2024). Soziale Ungleichheit im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen: Digitale Spaltungen in den Bereichen Zugang, Nutzung, Wirksamkeit und Privatsphäre. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 67(3), S. 268-276. URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03832-6>
- bremer forum frauen*gesundheit (2024). Arbeitspapier „Standards für geschlechterresponsive quartiersnahe Gesundheitsangebote“ (unveröffentlichtes Arbeitspapier)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V. (Hg.) (2024). Armut in der Inflation.
- Paritätischer Armutsbericht 2024. Der Paritätische: Berlin URL: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/img/Paritaetischer_Armutsbericht_2024.pdf, letzter Zugriff: 12.06.2025
- Dratva, J., Schaeffer, D. & Zeeb, H. (2024). Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 67(3), S. 277-284. URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03841-5>
- Frauengesundheit in Tenever (2025): Programmheft Sommer 2025. Bremen
- Freie Hansestadt Bremen (2025). Fördergebiete der sozialen Stadtentwicklung. Tenever. URL: <https://www.sozialestadt.bremen.de/gebiete/tenever-20852>, letzter Zugriff: 15.04.2025

GKV-Spitzenverband (Hg.) (2024). Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Ausgabe 2024. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19_GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf, letzter Zugriff: 10.03.2025

GKV-Spitzenverband (Hg.) (2021). Kommunales Förderprogramm in Bremen <https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/wir-in-den-laendern/bremen/projektfoerderung/>, letzter Zugriff: 21.4.2021

Jahn, I. (2016). Gender Transformative Health Promotion: Ein Ansatz für geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung nach dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz In: Gesundheitswesen 78. URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0036-1586610>, letzter Zugriff: 08.05.2025

Jahn, I. (o.J.). Die Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses als zyklisches Modell. (unveröffentlicht, von Verfasserin zur Verfügung gestellt)

Sanko C., Jahn I. & Flerlage J. (2022). Digital Empowerment – Neue Wege in der Gesundheitsförderung für alleinerziehende Frauen. Schwerpunkt Partizipation. Vortrag auf der 4. Bremer Präventionskonferenz, Bremen, 7. September 2022, URL: https://www.praevention-bremen-bremerhaven.de/fileadmin/redaktion/praevention_bremen-bremerhaven_de/Dokumente/Konferenzen/2022/2022_Praesentation_FGT.pdf, letzter Zugriff: 17.04.2025

SGFV - Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (Hg.) (2024). Landesgesundheitsbericht

Bremen 2024. Bremen URL: https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Landesgesundheitsbericht%202024_FINAL.pdf, letzter Zugriff: 12.06.2025.

SSJIS - Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport (Hg.) (2021). Lebenslagen im Land Bremen. 3. Bericht des Senats der Freien Hansestadt Bremen. Bremen. URL: <https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Dritter%20Lebenslagenbericht%20Land%20Bremen.pdf>, letzter Zugriff: 12.06.2025

SSJFIS - Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport (Hg.) (2015). Lebenslagen im Land Bremen. Armuts- und Reichtumsbericht des Senats der Freien Hansestadt Bremen. Bremen. URL: <https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Zweiter%20ARB%20Oktober%202015.pdf>, letzter Zugriff: 12.06.2025

Statistisches Landesamt Bremen (2025). Bremer Ortsteilatlant. URL: <https://www.statistik-bremen.de/tabellen/kleinraum/ortsteilatlant/atlas.html>, letzter Zugriff: 15.05.2025

Statista (2025). Anteil der aktiven Social-Media-Nutzer an der Bevölkerung in ausgewählten Ländern in Europa im Februar 2025. Statista. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/209186/umfrage/zugriff-auf-social-media-via-mobiler-endgeraete-in-ausgewaehlten-laendern/>, letzter Zugriff: 27.03.2025

ZGF - Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hg.) (2020). Frauen in der COVID-19-Pandemie, Bremerhaven im Blick. Ergebnisse der ZGF-Digitalkonferenz vom 17.06.2020. URL: https://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/media.php/13/20200702_Frauen_und_Corono-Ein_Blick_auf_BHV_Booklet_zur_Digitalko.pdf, letzter Zugriff: 15.05.2025

Koblenzer Straße 3A
28325 Bremen
Tel. 0421 – 40 17 28
kontakt@frauengesundheitintenever.de



www.frauengesundheitintenever.de



www.blog.frauengesundheitintenever.de



www.instagram/frauengesundheitintenever