

Zwischen Ansprüchen und Praxis – Forschung im Aufbau eines solidarischen Stadtteilgesundheitszentrums

Das Gesundheitskollektiv Bonn (Geko Bonn) ist Teil der wachsenden Bewegung des Poliklinik Syndikats. In dem Dachverband arbeiten verschiedene Vereine an mehr als fünfzehn Standorten in Deutschland daran, solidarische Stadtteilgesundheitszentren (SGZ) aufzubauen und zu betreiben. Diese SGZ (auch Primärversorgungszentren, Sorgezentren oder Polikliniken genannt) sollen eine solidarische und ganzheitliche Gesundheitsversorgung ermöglichen. Als Orte der Begegnung verankern sie Teilhabe, Partizipation und Gemeinwesenarbeit als feste Grundsätze in ihrer Arbeit. Ziel ist es, ausgehend von einer medizinischen Primärversorgung, auch transformative Prozesse im Stadtteil und darüber hinaus anzustoßen und zu begleiten.

Das Konzept der SGZ beruht auf drei grundlegenden Säulen, die sich an Konzepten wie „community-based primary healthcare“ oder „community-oriented primary care“ orientieren (vgl. POLIKLINIK SYNDIKAT E. V. & COMMUNIA E. V. 2026). Diese Säulen sind:

1. eine integrierte bio-psycho-soziale direkte Versorgung,
2. strukturelle Transformationsarbeit durch Vernetzung und Basisarbeit und
3. Forschung und Evaluation, die den Aufbau und den Betrieb der Zentren entlang aller Entwicklungsstufen begleiten.

Als Forschungspraxis werden partizipative, transdisziplinäre und interventionsgeleitete Ansätze angestrebt. In der Umsetzung sind die Ansätze der Säule „Forschung und Evaluation“ heterogen und stellen eines von vielen Aktionsfeldern dar, in dem sich Spannungen zwischen Visionen, Pragmatismus, Kapazitäten und Prioritäten zeigen.

Dieser Beitrag ist eine Reflexion der Säule „Forschung und Entwicklung“ auf Basis verschiedener Ideen, Diskussionen und Ansätze, denen ich als Teil des Geko Bonn in den letzten Jahren begegnet bin. Manche dieser Ansätze habe ich mitgestaltet, andere wurden mit mir während Events und Workshops geteilt. Dieser Beitrag ist also weder eine Konzeptvorstellung noch kann er die Perspektive des gesamten Geko Bonn oder gar anderer Mitglieder des Poliklinik Syndikats widerspiegeln. Stattdessen möchte ich dazu einladen, über die Möglichkeiten und Herausforderungen von (Forschungs-)Arbeit in Visionen und Praxis innerhalb von und in Zusammenarbeit mit entstehenden SGZ-Initiativen nachzudenken.

Zunächst stellt der Beitrag das Geko Bonn vor. Anschließend greife ich verschiedene Beispiele für die Verschränkung von Forschung und der Arbeit verschiedener Gesundheitskollektive auf. Die Ansätze gliedern sich grob danach, was Visionen und Vorbilder sind und was für kleine Initiativen wie das Geko Bonn aktuell möglich ist.

Abschließend gehe ich am Beispiel einer Podiumsdiskussion bei der Community Health Konferenz 2025 in Bochum auf die Herausforderungen und Grenzen ein.

Das Gesundheitskollektiv Bonn

Das Gesundheitskollektiv Bonn ist seit Juni 2024 ein eingetragener, gemeinnütziger Verein und seit Mai 2026 Vollmitglied im Poliklinik Syndikat. Vorbilder sind bereits aufgebaute SGZ, in zum Beispiel Berlin und Hamburg. Diesen folgend, wollen wir auch in Bonn ein SGZ dort aufbauen, wo der Bedarf aufgrund der Belastungs- und (Unter-)Versorgungssituation am größten ist. Aktuelle Projekte des Geko Bonn beschäftigen sich mit der Entwicklung einer Strategie zur Versorgungs- und Trägerschaftsorganisation, dem Aufbau einer gemeinschaftlichen und belastbaren Entscheidungsstruktur sowie einer Veranstaltungsreihe zu Gesundheitsthemen.

Die Veranstaltungsreihe ist ein Beispiel dafür, wie auch Projekte, die noch am Anfang stehen, die verschiedenen konzeptionellen Säulen und Prinzipien aufgreifen. Beispielsweise war ein Thema dieser Reihe „Arbeitsbezogener Schmerz – Wenn Arbeit krank macht?“. Die Veranstaltung fand in Kooperation mit zwei Nachbarschaftszentren statt und richtete sich primär an Menschen, die in Bereichen wie Hauswirtschaft, Pflege, Einzelhandel oder Lager arbeiten. Sie informierte auf individueller Ebene über die strukturellen Ursachen und die eigenständigen Präventionsmöglichkeiten von arbeitsbezogenen Rückenschmerzen. Auf Community- oder Stadtteilebene konnte durch die Veranstaltung zudem der Aufbau von Netzwerken gefördert werden. So konnten wir Kontakte zu den Nachbarschaftszentren knüpfen und dort noch unterrepräsentierte strukturelle Gesundheitsthemen aufgreifen.

Die Säule „Forschung und Evaluation“

Die Prämisse der Säule „Forschung und Evaluation“ ist, dass nur so „relevante strukturelle Aspekte der individuellen Problemlagen erkannt werden“ und „die Ausrichtung der Versorgung und Prävention bedarfsgerecht erfolgen“ kann (POLIKLINIK SYNDIKAT E. V. & COMMUNIA E. V. 2026: 11). Dabei werden verschiedene wissenschaftliche Fragestellungen verfolgt. Zu diesen zählen beispielsweise:

1. Wie kann Gesundheitsversorgung praktisch neu ausgerichtet und hinsichtlich einer solidarischen und ganzheitlichen Versorgung transformiert werden? Wie kann dies gemeinwohlorientiert und in multiprofessioneller Zusammenarbeit in Deutschland gelingen?
2. Wie sind individuelle (gesundheitliche) Problemlagen in strukturelle Zusammenhänge eingebettet? Wie beeinflussen sich Lebenssituationen und Gesundheitszustände?

3. Wie können partizipative und transformative Forschungsansätze und -methoden weiterentwickelt werden?

Die Ziele und Fragestellungen der Forschungsinitiativen rund um solidarische SGZ entwickeln sich mit dem Aufbau der Zentren weiter und nehmen je nach Ortskonzept unterschiedliche Bedeutungen ein. Besonders am Anfang spielen Bedarfs- und Sozialraumanalysen eine entscheidende Rolle, um Standorte auszuwählen und angepasste Konzepte zu entwickeln (z. B. GRUBE et al. 2017, SOLIMED KÖLN 2026). Hierzu ist vor allem kleinräumiges Wissen und angewandte Forschung notwendig. Zudem erfordert der Anspruch einer kollektiven Gestaltung ein kontinuierliches Lernen von und mit den Menschen im Stadtteil (vgl. FALGE & BETSCHER 2024, POLIKLINIK VEDDEL o.J.).

Lokale Forschung ist jedoch auch für politische Stadtteilarbeit von zentraler Bedeutung. Verhältnisprävention und Gemeinwesenarbeit erfordern politisches Engagement, das über die Gesundheitspolitik hinaus, die Sozial-, Wohn- und Umweltpolitik einbezieht. Forschungsarbeiten zur Kritischen Stadtgeographie und Urbanen Gesundheitsgeographie befassen sich beispielsweise mit der politischen und ökonomischen Verhandlung krankmachender, aber auch gesundheitsfördernder, Stadträume und Versorgungsstrukturen. Immer wieder werden hierbei die unter dem Dach des Poliklinik Syndikats vereinten Kollektive als alternative, raumwirksame Gesundheitsinitiativen einbezogen (z. B. DZUDZEK & STRÜVER 2020, BŮŽEK et al. 2022).

Außerdem spielt Forschung während aller Entwicklungsstufen eine entscheidende Rolle bei der Legitimierung und bei Finanzierungsstrategien. Sie kann Bedarfe belegen, Umsetzbarkeit aufzeigen und Potenziale hervorheben. Zudem kann so die Vernetzung mit Kostenträger*innen und Akteur*innen aus den Bereichen öffentliche Gesundheit, Politik und Wissenschaft gefördert werden. Beispielsweise erproben die bestehenden Primärversorgungszentren Geko Berlin (Berlin-Neukölln) und Poliklinik Veddel (Hamburg) aktuell im Rahmen des Innovationsfondsprojekts NAVIGATION ihr Versorgungsmodell. Die Ergebnisse sollen zur Formulierung tragfähiger Modelle für die Regelversorgung beitragen (GESUNDHEITSKOLLEKTIV BERLIN E.V. o.J.).

Sowohl für die interne Arbeit als auch für die Öffentlichkeit, werden Erfahrungen und erhobene Daten genutzt, um Leitlinien einer zeitgemäßen Gesundheitsversorgung zu fördern (POLIKLINIK VEDDEL o.J.). Gleichzeitig bestehen nicht nur Visionen für sondern auch hohe Ansprüche an die zu verbessernde Versorgungssituation der Nutzer*innen sowie an die eigene Arbeit im SGZ (vgl. MAIR 2026).

Als methodischer Schwerpunkt befasst sich der Bereich „Forschung und Evaluation“ mit der Frage, wie Forschung, Lernen und Aktion bzw. Intervention trotz bestehender Machtunterschiede und Diskriminierungsstrukturen gemeinschaftlich gelingen können.

Besonders wird dieser Frage mit einem interventionsgeleiteten Community-Forschungs- und Organizing-Ansatz in Stadtteillaboren nachgegangen. Das Stadtteillabor Bochum-Hustadt unter Leitung von Prof. Christiane Falge (HS Bochum) untersucht aus postmigrantischer und diversitätssensibler Perspektive Gesundheitsbedarfe und -ausschlüsse. Seit 2022 ist es zudem an der Gründung eines SGZ beteiligt (FALGE & BETSCHER 2024, FALGE et al. 2025). Daran anknüpfend entstand das Community Health Labor Veddel als Kooperationsprojekt der Poliklinik Veddel mit Prof. Silke Betscher an der HAW Hamburg (HAW HAMBURG o.J.). Die Stadtteillabore schaffen langfristige Strukturen für partizipative Forschung zu urbaner Gesundheit und Versorgung. Dabei arbeiten Stadtteilibewohner*innen, Stadtteolforscher*innen, Studierende und Wissenschaftler*innen eng und reflektierend zusammen. Ziel ist es, Forschungsvorhaben wie Community Health Surveys kollektiv zu entwickeln, durchzuführen und voneinander zu lernen (FALGE et al. 2025). Zudem sollen konkrete Lösungen entstehen, die in der Poliklinik Veddel sowie beim Aufbau eines Zentrums in Bochum-Querenburg berücksichtigt werden (BETSCHER et al. 2025).

Ganz am Anfang: (Forschungs-)Ansätze im Aufbauprozess

Den Aufbau eines solidarischen SGZ von Beginn an mit Forschung zu begleiten, ist schwer, besonders mit Ansprüchen an partizipative, transdisziplinäre und interventionsgeleitete Forschungspraxis. Projekte wie in Bochum und Hamburg haben zwar eine Vorbildfunktion, sind jedoch kaum realisierbar. Dennoch werden immer wieder Projekte angestoßen, Kooperationen gebildet und nach kreativen Möglichkeiten für neue Forschungsansätze gesucht.

Studentische Arbeiten als Möglichkeit für kleinräumige Forschung

Als Möglichkeit zur Erhebung von lokalen Bedarfslagen (Bedarfs- und Sozialraumanalysen) haben sich kleinere Kooperationen mit Universitäten und Hochschulen im Rahmen von Lehrveranstaltungen erwiesen. Inspiriert von Vorgängerprojekten in anderen Städten, konnten wir als Geko Bonn in den letzten Jahren zwei dieser Projekte umsetzen.

Im Rahmen eines zweisemestrigen Lehrforschungsprojektes hat sich ein erstes Projekt, vermittelt über den Sozialwissenschaftsladen der Ev. Hochschule Bochum, mit den Chancen und Herausforderungen für den Aufbau eines SGZ in Bonn befasst. Mithilfe leitfadengestützter Interviews wurden lokale multidisziplinäre Stakeholder zu aktuellen Versorgungslücken und den Potenzialen eines SGZ befragt (vgl. TEUTEMACHER et al. 2026). Während die Studentinnen der EvH Bochum die Interviews geführt und ausgewertet haben, war es für uns möglich die Fragestellungen mitzugestalten und relevante

Interviewpartner*innen zu vermitteln. Durch dieses Vorgehen konnte die Praxisrelevanz des Projekts und wissenschaftliche Auswertung gefördert werden.

Als zweites Projekt entstand der „Gesundheitsatlas Bonn“ in einem Bachelor-Projektseminar am Geographischen Institut der Universität Bonn im Rahmen von „Service Learning“ (BUTSCH & SCHOCH-BAUMANN 2025). Unter der Leitung von Prof. Carsten Butsch und Dr. Anna Schoch-Baumann beschäftigte sich das Seminar mit der ungleichen (räumlichen) Verteilung von Gesundheit und Krankheit in Bonn. Der Gesundheitsatlas Bonn ist das öffentlich zugängliche und aufgearbeitete Produkt der einzelnen studentischen Beiträge. Zu Beginn des Sommersemesters 2025 durften wir als Geko Bonn unsere Initiative und das SGZ-Konzept vorstellen und für uns interessante Forschungsthemen vorschlagen. Im Semesterverlauf wurden wir zu den Projektpräsentationen eingeladen und konnten so Rückfragen und Anmerkungen zu den einzelnen Projekten einbringen. Besonders interessant war hierbei der interdisziplinäre Austausch, da von uns Personen mit Hintergründen in Medizin, Psychologie, Pflege und Geographie teilnahmen. Auch im Sommersemester 2026 fand das Seminar wieder in Kooperation mit uns und anderen Projektpartnern statt. Neben den kleinräumigen Erkenntnissen durch die studentischen Arbeiten in Bonn ermöglicht die Publikation des Gesundheitsatlas einen Open-Access-Zugang zu den Forschungsergebnissen.

Haustürgespräche als Forschungsansatz?

Andere Kollektive, insbesondere solche, die bereits einen Standort für den Aufbau eines SGZ haben, bauen auch auf andere Ansätze. Während diese nicht unbedingt unter dem Begriff Forschung gehandhabt werden, setzten sie verschiedene Elemente der Bedarfserhebung, Beziehungs- und Vernetzungsarbeit und partizipative Mitgestaltung um. So hat das Geko Köln beispielsweise bei einem Gesamttreffen des Poliklinik Syndikats im Mai 2026 Haustürgespräche als Tool für Stadtteil-Organizing vorgestellt. Neben der Erarbeitung und Diskussion praktischer Leitfäden ging es in dem Workshop auch darum, welche Möglichkeiten und Kenntnisse durch die Gespräche gewonnen werden können.

Haustürgespräche sind spätestens seit dem letzten Bundestagswahlkampf der Linkspartei als Methode sozialer Bewegungen weitreichend bekannt. Die Haustürgespräche, wie sie durch das Geko Köln umgesetzt wurden, folgen einem systematischen Ansatz. In Zweiertteams werden Häuser rund um die Räumlichkeiten des Kollektivs besucht. Nach dem Einverständnis der Bewohner*innen stellen sich die Teams und das SGZ-Konzept kurz vor. Anschließend werden anhand eines semi-strukturierten Gesprächsleitfadens circa drei Fragen gestellt, die sich mit dem Empfinden der Gesundheitsversorgung im Viertel, stressauslösenden Faktoren in der Nachbarschaft und Wünschen für gesundheitliche

Angebote befassen. Abschließend werden Infomaterialien verteilt und bei Interesse werden Kontaktmöglichkeiten für kommende Angebote ausgetauscht. Während eine Person das Gespräch führt, werden aufkommende Themen von der zweiten Person notiert. Diese Ergebnisse werden nach Abschluss der Aktion gemeinsam mit den anderen Teams diskutiert und bilden die Datenbasis für die Entwicklung von Angeboten.

Tür-zu-Tür-Ansätze und informelle Kurzinterviews in Kombination mit Beobachtungstechniken sind typische Elemente ethnografischer Forschung (vgl. DAVIES 2011). Der Ansatz der Haustürgespräche kombiniert diese Methoden mit der Vorstellung des SGZ-Projekts. Jedoch werden nicht nur Angebote beworben, sondern auch aktiv und persönlich zur Teilnahme und Mitwirkung eingeladen. Insgesamt bietet dieser Ansatz somit nicht nur lokale Einblicke, sondern auch einen niedrigschwelligen Einstieg in Forschungstätigkeiten und Beziehungsaufbau.

Zwischen Visionen, Ansprüchen, Herausforderungen und Grenzen

Während Visionen und erste Projekte bestehen, führen diverse Umstände in der Arbeit der SGZ-Initiativen sowie in den gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Rahmenbedingungen zu Herausforderungen partizipativer Forschungsansätze. Auch die Reflexion dieser ist Teil unserer Bemühungen. Beispielsweise haben wir – als Vertreter*innen von vier Initiativen (Anonymer Krankenschein Bonn e. V. (AKS), Community Health Labor Veddel, Solidarisches Stadtteilgesundheitszentrum Tübingen e. V. und Gesundheitskollektiv Bonn e. V.) – diese bei einer Podiumsdiskussion im Rahmen der 8. Community Health Konferenz an der Hochschule Bochum im November 2025 aufgegriffen. Moderiert durch das Stadtteilgesundheitszentrum Querenburg e. V., haben wir anschließend an eine Session der beiden Stadtteillabore aus Bochum und Hamburg über unsere Erfahrungen und Perspektiven als Vereine bzw. Stadtteelforscher*innen gesprochen. Dabei wurden besonders drei Themenfelder aufgegriffen: die kritische Reflexion der Idee einer Mitwirkung, die fehlenden Ressourcen für eine anspruchsgerechte Umsetzung und mögliche Konsequenzen der Datenerhebung. Die Ergebnisse der jeweiligen Themenfelder stelle ich nachfolgend mit Verweisen auf das Gesundheitskollektiv Bonn vor.

Die Idee der Mitwirkung: Doppelrollen, berechtigtes Misstrauen und weiße Akademiker*innen

*„Die Menschen kommen mit gesundheitlichen Anliegen zu uns. Sie verstehen sich als Ratsuchende oder Patient*innen und nicht als Teilnehmer*innen in einem Forschungsprojekt. (...) Wir wollen auf keinen Fall den Eindruck erzeugen, dass sie etwas*

*„leisten“ müssen, um unser Angebot in Anspruch zu nehmen. Sie sollen einfach nur „Patient*innen“ sein dürfen und nicht unbedingt „Patient*innen und Co-Forschende“.*
(Angelika, Anonymer Krankenschein Bonn e. V.)

Während die Mitgestaltung durch Nutzer*innen und Stadtteilm Bewohner*innen fester Bestandteil des Konzepts der SGZ ist, zeigen die Erfahrungen aus dem AKS Bonn die Herausforderungen in der Verschränkung von Versorgung und Forschung. Aufgrund der Machtdynamiken zwischen Hilfesuchenden und Anbietenden stellt sich die Frage nach einer freiwilligen und unbeeinflussten Teilnahme. Viele der (potenziellen) Nutzer*innen werden aus dem Regelversorgungssystem ausgeschlossen. Wie Angelika hervorhebt, darf eine Teilnahme an Forschung oder ein aktives Einbringen jedoch weder Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Angebote sein, noch so wahrgenommen werden.

Zudem haben viele Personen in den Stadtteilen bisher nur wenige Berührungspunkte mit Forschung und wenn doch, dann häufig nur als „Beforschte“. Für die partizipative Mitwirkung stellt dies Herausforderungen an die Vermittlung von Möglichkeiten, Zielen und realistischen Erwartungen. Oft kommen erschwerend Sprachbarrieren dazu. Ein Ansatz, diesen Herausforderungen gerecht zu werden, ist die Beteiligung von Stadtteelforscher*innen. Stadtteelforscher*innen sind von Wissenschaftler*innen geschulte und für ihre Tätigkeiten bezahlte Stadtteilm Bewohner*innen, die Forschungsprojekte mitgestalten und als Vermittler*innen agieren. In ihrer Position als selbst potenzielle Adressat*innen des SGZ und als Ansprechpartner*innen bzw. Sprecher*innen für andere Anwohnende nehmen sie jedoch eine herausfordernde Doppelrolle ein.

*„Sie [Stadtteelforscher*innen] sind persönlich betroffen von den Themen, über die geforscht wird. Die Forschung zu sozialen Determinanten der Gesundheit wirkt nicht immer nur als Empowerment. Vor allem dann nicht, wenn persönliche Belastungen in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext gesetzt werden.“* (Ebou, Community Health Labor Veddel)

Partizipative Forschung kann durch Stadtteelforscher*innen zugänglicher gestaltet werden. Gleichzeitig ist dies auch nur eine Methode, deren Qualität sich durch die tatsächliche Umsetzung auszeichnet. Dazu zählt auch die Wertschätzung der aktiven Entscheidung von Bewohner*innen, nicht an Co-Forschung teilzunehmen.

„Oft werden Co-Forschende in ein schon feststehendes Setting eingeladen. Methoden und Themen sind schon gesetzt und die Rollen der Co-Forschenden stehen schon fest. In Forschung findet auch häufig eine Reproduktion von Klassismus statt, zum Beispiel in Kleidung, auf Konferenzen, in der Sprache und Wertschätzung von Wissen. Auch wird Forschung häufig von weißen Personen aus weißen Institutionen mit weißen Methoden

durchgeführt. Darauf haben dann Personen mit Rassismuserfahrungen vielleicht auch einfach weniger Lust.“ (Ebou, Community Health Labor Veddel)

Viele Personen, die in Gesundheitskollektiven aktiv sind, sind *weiß*, akademisch und wohnen in der Regel nicht in den Stadtteilen, in denen die SGZ aufgebaut werden. Das ist auch in Bonn so. Während dies teilweise auf die Entstehung der Kollektive zurückzuführen ist (die häufig aus studentischen und damit strukturell privilegierten Gruppen gewachsen sind), ist die tatsächliche Vernetzung und Integration in die Stadtteile eine zentrale Aufgabe im Aufbau. Leider führt diese Aufgabe bisher überwiegend zu nicht zufriedenstellenden Ergebnissen und trägt zu Spannungen zwischen Visionen, tatsächlichem Handeln und kollektiver Praxis bei.

Kollektive und individuelle Ressourcen als Voraussetzung

Als Gesundheitskollektiv Bonn sind wir eine kleine Initiative, die überwiegend ehrenamtlich arbeitet. Zeitliche Ressourcen sind neben Studium, (Lohn-)Arbeit, Familie und sonstigem Leben begrenzt. Auch finanzielle Ressourcen gibt es in der Regel kaum. Vielen anderen Ortsgruppen geht es in den Anfängen ähnlich.

„Für die meisten Ortsgruppen ist die Vereinsgründung ein großer Schritt, der im Vorfeld viel Organisation und bürokratische Hürden bedeutet. Die Vereinsgründung eröffnet den Zugang zu lokaler und regionaler Förderung und neue Möglichkeiten für Kontakte, Vernetzungen, Sichtbarkeit und das Ernstgenommenwerden.“ (Ulli, Solidarisches Stadtteilgesundheitszentrum Tübingen e. V.)

Ulli weist hier auf das notwendige soziale Kapital und Wissen hin, das für den Aufbau erster Strukturen erforderlich ist. Erst mit diesem werden Förderungen (bzw. zumindest die Möglichkeit, sich auf diese zu bewerben) möglich. Dabei konkurrieren die bestehenden kollektiven Ressourcen jedoch miteinander, gerade auch in Bezug auf die Frage, welche der drei konzeptionellen Säulen in welcher Intensität bearbeitet werden sollen. Zudem sind viele Beziehungen im Stadtteil, aber auch zu anderen Akteur*innen und zu Hochschulen, personenabhängig. Diese Beziehungen führen nicht nur zu Herausforderungen durch Wissenshierarchien und mangelnder Transparenz. Sie bergen auch die Gefahr des Abbruchs und des Verlusts von Wissen, wenn einzelne Personen aus verschiedensten Gründen weniger oder nicht mehr aktiv sein können.

„Bei wachsenden Vernetzungen und Kontakten in den Stadtteil und den damit einhergehenden neuen Aufgabengebieten stößt die ehrenamtliche Struktur sehr bald auch an ihre Grenzen. (...) In der ehrenamtlichen Struktur ist es somit oftmals schwer, Kontinuität und Verlässlichkeit zu sichern.“ (Ulli, Solidarisches Stadtteilgesundheitszentrum Tübingen e. V.)

Viele Ideen scheitern auch an den notwendigen zeitlichen und finanziellen Ressourcen aller Beteiligten. Zwar begeistern Vorbilder, wie die Stadtteilstudien in Bochum und Hamburg, aber sie zeigen auch die Notwendigkeit von (trotzdem sehr knappen) Ressourcen und institutioneller Integration. Zudem sind einzelne Projekte auch von den wissenschaftlichen Kenntnissen und Kapazitäten der einzelnen Personen – innerhalb und außerhalb der SGZ-Initiativen – abhängig. Fehlende Erfahrungen mit partizipativer Forschung können nicht nur zu Problemen bei der Qualität führen, sondern auch zu einer Unterschätzung des Zeit- und Ressourcenaufwands. Doch nicht nur Kollektivmitglieder und potenzielle Projektpartner*innen benötigen bestimmte Ressourcen und Fähigkeiten. Trotz der Ideale der partizipativen Forschungspraxis, sind auch diese Ansätze häufig von Zugangsbarrieren und -ausschlüssen geprägt.

*„In der Realität ist das Stadtteilstudien*innen-Dasein natürlich voraussetzungsvoll. Bei uns müssen Stadtteilstudierende Deutsch sprechen und lesen können. Ein weiteres Ausschlusskriterium ist die Zeit. Wir treffen uns in Präsenz und häufig auch zu Zeiten, in denen Menschen lohnarbeiten. Aber auch Fragen von Kinderbetreuung und wer überhaupt mentale Kapazitäten hat, um Stadtteilstudien zu betreiben, sorgen immer wieder dafür, dass interessierte Personen absagen.“* (Ebou, Community Health Labor Veddel)

Daten sind Macht

Der dritte, in der Podiumsdiskussion thematisierte Aspekt, adressierte die organisatorische Ebene und die Macht, die sich aus der Erhebung von Daten über marginalisierte und vulnerable Gruppen ergibt.

*„Wir sind mit der Finanzierung durch die Kommune dazu verpflichtet, monatliche Statistiken an die Stadt zu übermitteln, die trotz Anonymität Auskunft über viele Merkmale unserer Patient*innen wie Geschlecht, Alter, Herkunft und Aufenthaltsstatus liefern. Ob Daten über ihre Situation hilfreich zur Teilhabe und Verbesserung der Lebensumstände sind, hängt stark vom politischen Willen ab.“* (Angelika, Anonymer Krankenschein Bonn e. V.)

Förderungen sind häufig mit Auskunftspflichten verbunden. Forschungsprojekte in Initiativen ohne institutionelle Anbindung (und Kontrolle) – aber auch in studentischen Projekten – können aus verschiedensten Gründen methodische, ethische oder Datenschutzstandards nicht immer sicherstellen. Die erhobenen Daten bedeuten jedoch Macht und eine missliche Publikation oder (unbeabsichtigte) Verwendung kann missbraucht werden.

„Im aktuellen politischen Klima würde ich schon die Frage stellen, ob mehr Datenerhebung, auch partizipativ, unbedingt einen Vorteil für die Communities bedeutet.“ (Angelika, Anonymer Krankenschein Bonn e. V.)

Abschluss

Mit diesem Beitrag habe ich eingeladen über die visionären und praktischen Möglichkeiten und Herausforderungen von (Forschungs-)Arbeit innerhalb und in Zusammenarbeit mit sich im Aufbau befindenden (SGZ-)Initiativen nachzudenken. Was sich zeigt, ist die Frage nach der Rolle, der Priorisierung und den Grenzen von Forschung im Aufbauprozess von SGZ. Während bestimmte Aufgaben, wie eine (kontinuierliche) Bedarfs- und Sozialraumanalyse, fester Bestandteil des Entwicklungs- und Aufbauprozesses sind, fällt die Umsetzung entsprechend den kollektiven Situationen, Interessen und Ressourcen heterogen aus.

Bei der Priorisierung stellt sich insbesondere die Frage: Sind es die großen Visionen oder die praktische Arbeit im Kleinen, die uns unserem Ziel einer Primärversorgung, die sich an den drei konzeptionellen Säulen orientiert, näherbringen? Auch im Geko Bonn ist diese Frage präsent. Eine Person sagte neulich zu mir: „Wir brauchen einen praktischen Nutzen in unserem nächsten Schritt. Die Metaebene (Visionen, Forschung etc.) ist spannend und gut, bringt uns aber nicht direkt voran.“ Ich denke, in dieser Aussage steckt auch der Reiz und der Kern der Motivation vieler Personen, die sich im Poliklinik Syndikat und den Ortsgruppen engagieren. Unser Ziel ist es, unsere Vision einer alternativ organisierten Gesundheitsversorgung in die Tat umzusetzen. Forschung und Evaluation spielen dabei eine relevante Rolle. Die Umsetzung ist jedoch dynamisch und hängt von der projektübergreifenden Entwicklung, den lokalen Prozessen und der situativen Ausrichtung ab.

Was wir in Projekte mit wissenschaftlichen Partner*innen einbringen, ist die Motivation, etwas praktisch zu verändern, sowie ein inzwischen erprobtes Konzept, das dies auch vermag. Gleichzeitig bietet unsere Arbeit die Freiheit, neue und kreative Ideen auszuprobieren – egal, ob es um Versorgungsansätze, den Beziehungsaufbau in marginalisierten Stadtteilen oder die Forschungsarbeit geht. Während dies im größeren Stil erst ab einer bestimmten Entwicklungsstufe der Projekte möglich und sinnvoll ist, bieten auch kleine Initiativen bereits vielfältige Möglichkeiten der Zusammenarbeit und Erprobung. Für beides sind wir jedoch auf das Interesse und das Mitdenken von Wissenschaftler*innen angewiesen. Gleichzeitig bedarf es in einem so von Machtstrukturen durchzogenen Feld einer hohen Reflexions- und Austauschbereitschaft. Ein Teil davon ist auch der ehrliche Austausch über die realistischen Möglichkeiten und (eigenen) Kapazitäten aller Beteiligten. Denn unsere Ideen sind mehr als nur Projekte: Sie sollen Teil einer transformativen Bewegung sein, die Forschung und Evaluation in ihrer Basis berücksichtigt.

Beitrag erstellt von Finja Hinrichs (f.hinrichs@uni-bonn.de)

Danksagung:

Danke an alle, deren Gedanken und Gespräche zur Entstehung dieses Beitrags beigetragen haben. Vielen Dank besonders an das GeKo Bonn und Angelika, Ebou, Ulli und Emma für die Podiumsdiskussion und die Möglichkeit, unseren Austausch hier aufzugreifen.

Quellennachweise:

BETSCHER, S., FALGE, C., AHMAD, I., AHMED, N., AMIN, D., HUSSEIN, I., ISMAIL, D., KOLOBA, S., SHARIF, B., YOUSSEF, E. & AREF, J. (2025): Intervention-linked Community Research – An underestimated method of community organizing? Insights from the City Lab Bochum-Hustadt. In: Community Organizing Journal 1, 1. DOI: 10.71057/s1h6f482.

BUTSCH, C. & SCHOCH-BAUMANN, A. (2025): Gesundheitsatlas Bonn. o.O.

BŮŽEK, R., DZUDZEK, I., HÜBL, S. & KAMPHAUS, L. (2022): Wenn die Verhältnisse unter die Haut gehen: Urbane Gesundheit relational gedacht. In: sub\urban. zeitschrift für kritische stadtforschung 10, 1/2. DOI: 10.36900/suburban.v10i1/2.702.

DAVIES, K. (2011): Knocking on doors: recruitment and enrichment in a qualitative interview-based study. In: International Journal of Social Research Methodology 14, 4. S. 289-300.

DZUDZEK, I. & STRÜVER, A. (2020): Urbane Gesundheitsgerechtigkeit: Öko-sozialepidemiologische Forschungsperspektiven für eine Kritische Stadtgeographie verkörperter Ungleichheiten. In: Geographische Zeitschrift 108, 4. S. 249.

FALGE, C. & BETSCHER, S. (2024): Gesundheitliche Verhältnisse verändern durch Community Forschung im Bochumer Stadtteillabor. In: Public Health Forum 32, 1. S. 43-45.

FALGE, C., BETSCHER, S., GELDERMANN, A. & JÜNGER, S. (2025): Die Rede von der Schwererreichbarkeit dekonstruieren: Die digitale Diversitätslücke bei Gesundheitsinformationen als Hürde für Prävention und Gesundheitsförderung. In: FISCHER, F. & WRONA, K. J. (Hrsg.): Technologiegestützte Ansätze in der Community-basierten Prävention und Gesundheitsförderung. (Springer Berlin Heidelberg) o.O. S. 223-239.

GESUNDHEITSKOLLEKTIV BERLIN E.V. (o.J.): NAVIGATION – Nachhaltig versorgt im gemeindenahen Gesundheitszentrum – Gesundheit im Zentrum. [Website]. [Zugriff am: 13.08.2026]. Verfügbar unter: <https://navigation-im-pvz.de>

GRUBE, M., HÄNEL, P., HECK, V. & KÜHNE, A. (2017): Gesundheitskollektiv Berlin e.V.: Sozialraum- und Bedarfsanalyse Rollberg und Flughafenkiez. [Online-Publikation].

HAW HAMBURG (o.J.): Community-Health-Labor Veddel. [Website]. [Zugriff am: 02.11.2025]. Verfügbar unter: <https://www.haw-hamburg.de/forschung/forschungsprojekte-detail/project/project/show/community-health-labor-veddel/>

MAIR, L. (2026): Contagious Counter-Worlds: On the Idea of an Alternative in German Primary Healthcare. In: Culture, Medicine, and Psychiatry 50, 1. S. 10.

POLIKLINIK SYNDIKAT E. V. & COMMUNIA E. V. (2026): Gemeingut Gesundheit. Konzept einer vergesellschafteten Primärversorgung. [Online-Publikation]. [Zugriff am: 13.08.2026]. Verfügbar unter: <https://poliklinik-syndikat.org/publikationen/gemeingut-gesundheit-konzept-einer-vergesellschafteten-primaerversorgung-35>

POLIKLINIK VEDDEL (o.J.): Konzept / Vision. [Website]. [Zugriff am: 02.11.2025]. Verfügbar unter: <https://poliklinik1.org/konzeptvision>

SOLIMED KÖLN (2026): Gesundheitsatlas Köln. [Online-Publikation]. Verfügbar unter: https://solimed-koeln.de/wp-content/uploads/2026/01/Solimed_Gesundheitsatlas_Version_01-2026-2.pdf

TEUTEMACHER, M., LEISNER, L., SCHUBERT, N. & PETER, F. (2026): Bedarfsanalyse für ein Stadtteilgesundheitszentrum im Raum Bonn. [Online-Publikation]. [Zugriff am: 13.08.2026]. Verfügbar unter: <https://www.evh-bochum.de/science-shop.html?file=files/Dateiablage/transfer/sowila/pdf/Bedarfsanalyse-eines-Stadtteilgesundheitszentrums.pdf&cid=11485>