

Vierte Landesgesundheitskonferenz Berlin Dokumentation des öffentlichen Teils

13. Juni 2007

im Wissenschaftszentrum
Berlin für Sozialforschung

Programm der 4. Landesgesundheitskonferenz Berlin

KATRIN LOMPSCHER, Senatorin der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Begrüßung und Einführung	5
DR. MARKUS ZIEGLER, Ärztekammer Berlin Gesundheitsziele für Berlin - Vorgehen und Ergebnis im Gesundheitszieleprozess	7
DR. SUSANNE BETTGE, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Gesundheitsziele für Kinder - abgeleitet aus der Gesundheitsberichterstattung Berlins <ul style="list-style-type: none">• <i>Methodik der Zielformulierung und Arbeitsschritte</i>• <i>Gesundheitsziele im Handlungsfeld Ernährung</i>• <i>Gesundheitsziele im Handlungsfeld Bewegung</i>• <i>Gesundheitsziele im Handlungsfeld Sprache</i>• <i>Sozialräume mit Handlungsbedarf</i>	10
PROF. DR. THEDA BORDE, Alice-Salomon-Fachhochschule Migrationssensible Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention <ul style="list-style-type: none">• <i>Migrationsspezifische Analysen</i>• <i>Migrationssensible Gesundheitsberichterstattung</i>• <i>Querschnittsziele und Strategien</i>• <i>Verbesserung der Strukturen und Partizipation</i>• <i>Zielgruppenspezifik</i>• <i>Good practice Modelle</i>	18
STEFAN POSPIECH, Gesundheit Berlin e.V. Berliner Projekte für Kinder von 0 - 6 Jahren in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung und Sprachentwicklung <ul style="list-style-type: none">• <i>Datensammlungen</i>• <i>Adressverteiler</i>• <i>Ergebnisse</i>	23
Diskussion	27
ELISABETH MÜLLER-HECK, Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft u. Forschung Das Landesprogramm Gute Gesunde Schule und Kita <ul style="list-style-type: none">• <i>Setting Schule</i>• <i>Selbstevaluation in Schulen</i>• <i>Ziele und Zielgruppen des Landesprogramms</i>• <i>Themenschwerpunkte</i>• <i>Ressourcen und Steuerung</i>	33
TOBIAS PREY, Bezirksamt Mitte, Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination Kleinräumige Schwerpunktsetzung für Maßnahmen der Gesundheitsförderung <ul style="list-style-type: none">• <i>Raummodelle</i>• <i>Datenquellen</i>• <i>Auswahlverfahren</i>• <i>Lebensweltorientierte Räume</i>	40

Redaktion

Christian Hecklau & Brigitte Law

Herausgeber

Senatsverwaltung für Gesundheit,
Umwelt und Verbraucherschutz
Geschäftsstelle Landesgesundheitskonferenz
Oranienstr. 106
10969 Berlin

Fachliche Auskünfte

Christian Hecklau & Brigitte Law
Telefon: 030 9028 - 1325 / -1334
Telefax: 030 9028 - 2094
E-Mail: lgk@senguv.verwalt-berlin.de

Eröffnung

KATRIN LOMPSCHER,

Senatorin der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Sehr geehrte Damen und Herren, da wir uns heute in diesem wunderschönen akademischen Gebäude des WZB befinden, ist es wohl in Ordnung, dass wir das akademische Viertel eingehalten haben. Ich begrüße Sie recht herzlich zur 4. Landesgesundheitskonferenz. Ich freue mich, dass Sie so zahlreich hier sind und, so weit ich das übersehe, ist es mir jedoch nicht möglich, alle Honoratioren persönlich zu begrüßen. Ich freue mich, dass Vertreterinnen anderer Senatsverwaltungen hier sind, dass Abgeordnete aus dem Abgeordnetenhaus anwesend sind, dass Vertreterinnen und Vertreter von Bezirken und weiteren Akteuren der Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik in Berlin so zahlreich heute hierher gekommen sind.

Es ist inzwischen die 4. Landesgesundheitskonferenz und die erste, die unter meiner Leitung stattfindet. Insofern bin ich sehr gespannt auf die heutige Diskussion und erhoffe mir wichtige Anregungen für die Gesundheitspolitik in Berlin und auch für die Zukunft der Landesgesundheitskonferenz, die wir ja als leistungsfähiges Gremium fortentwickeln wollen.

In der Landesgesundheitskonferenz sind wesentliche Akteure der Berliner Gesundheitsversorgung vertreten. Seit der letzten Landesgesundheitskonferenz, die ja dokumentiert ist und Ihnen sicher allen vorliegt, haben die dort eingesetzten Arbeitsgruppen intensiv an der Umsetzung der seinerzeit gefassten Beschlüsse gearbeitet. Die Ergebnisse werden zu großen Teilen heute vorgestellt und diskutiert. Sie werden, so hoffe ich, auf großes Interesse stoßen und auch die Grundlage für unsere weitere Beschlussfassung und Arbeit sein. Deshalb möchte ich zunächst allen, die daran aktiv mitgewirkt haben, meinen ausdrücklichen Dank aussprechen.

Rückschau und Ausblick

Meine Damen und Herren, als für Gesundheit zuständige Senatorin Berlins habe ich selbstverständlich ein großes Interesse daran, dass

die Landesgesundheitskonferenz ein kompetentes und akzeptiertes Fachgremium ist und vorhandene Qualitäten in Zukunft ausbaut. Natürlich gibt es auch Defizite und Mängel, das ist nach drei Jahren der Aufbau- und Experimentierzeit auch nicht verwunderlich. Bei der weiteren Entwicklung und Profilierung der Landesgesundheitskonferenz muss man sich damit auch offensiv auseinandersetzen und die Gesundheitskonferenz entsprechend fortentwickeln. Ich halte es für normal, dass man in einer Aufbauphase Erfahrungen macht, die nicht in jedem Fall positiv sind. Probleme und Kritik, die am Status geäußert wurden, müssen konstruktiv aufgegriffen werden und die verschiedenen Positionen und Interessen der vielen Akteure, die sich hier treffen, müssen zu einer Verständigung zusammengebracht werden, damit man tatsächlich gemeinsame Ziele und gemeinsame Aktivitäten nicht nur bespricht, sondern dann auch tätig wird.

Veränderte Rahmenbedingungen

Es haben sich in den letzten drei Jahren durchaus erhebliche Veränderungen an den Rahmenbedingungen ergeben, nicht zuletzt die jüngste Gesundheitsreform, die die Kassen und viele weitere Akteure im Gesundheitssystem weiterhin beschäftigt und deren Folgen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abschließend abzuschätzen sind. Die öffentliche Hand in Berlin muss weiterhin große finanzielle Probleme lösen. Und die bundesweite Diskussion über ein Präventionsgesetz ist leider immer noch nicht abgeschlossen, was uns hier in Berlin vor zusätzliche Probleme stellt; denn, wie Sie wissen, ist es für uns nicht leicht, freiwillige Aufgaben mit Haushaltsmitteln zu finanzieren. Bei den Überlegungen zur Zukunft und Weiterentwicklung der Landesgesundheitskonferenz ist aus meiner Sicht auch die Rolle des Senats kritisch zu überprüfen. Wir beabsichtigen die Geschäftsstelle der Landesgesundheitskonferenz künftig auszuschreiben, folgen damit einer Beschlussfassung der Koalition und

gehen natürlich davon aus, dass wir damit eine Optimierung der Abläufe hinbekommen und uns selbst im eigenen Haus auch entlasten und uns auf staatliche Kernaufgaben im Bereich Public Health konzentrieren.

Gesundheitsforum

Aktuell evaluieren wir Projekte, die im Integrierten Gesundheitsvertrag gefördert werden mit dem Ziel, künftig einen Innovationsfonds zu schaffen. Mit diesen Ressourcen soll die Umsetzung von Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz ermöglicht werden. Da wir die Ressourcen aber nicht erweitern können, wird es zu problematischen Diskussionen kommen. Wir sind uns sicher alle einig, dass eine breitere öffentliche Debatte über wesentliche gesundheitspolitische Anliegen in Berlin wünschenswert ist. Die Landesgesundheitskonferenz als kompetentes Fachgremium ist in ihrer öffentlichen Ausstrahlung naturgemäß begrenzt. Deshalb schlage ich vor, dass ein Gesundheitsforum als öffentliche Veranstaltungsform und Kommunikationsplattform der Akteure der Landesgesundheitskonferenz ins Leben gerufen wird und dass dort Fragen, die mit den Alltagsproblemen der Menschen intensiv zu tun haben, öffentlich, prägnant

und auch kontrovers zur Diskussion gestellt werden.

Ich freue mich, dass wir heute Diskussionspapiere, Beschlussvorschläge und Arbeitsergebnisse vorliegen haben und darüber debattieren können. Und allein darin wird ja auch deutlich, welche Leistungsfähigkeit in dieser Landesgesundheitskonferenz steckt. Und insofern bin ich überzeugt, dass wir große Chancen haben, sie auch in Zukunft weiterzuführen. Ich wünsche der heutigen Veranstaltung ein gutes Gelingen, hoffe auf eine lebhaftige Beteiligung Ihrerseits und möchte zum Schluss dem Wissenschaftszentrum Berlin danken, dass es uns diesen wunderbaren Tagungsort zur Verfügung gestellt hat. Vielen Dank.

Wir haben heute im ersten Block zwei Themenfelder. Wir wollen uns zunächst über Gesundheitsziele für Berlin verständigen und danach Berliner Projekte für Kinder von null bis sechs Jahren vorstellen und darüber diskutieren. Zunächst wird das Vorgehen und das Ergebnis im Gesundheitszielprozess von Herrn Ziegler von der Ärztekammer Berlin dargestellt. Dann haben Sie jetzt das Wort.

Gesundheitsziele für Berlin

Vorgehen und Ergebnis

DR. MARKUS ZIEGLER, Ärztekammer Berlin

Sehr geehrte Frau Senatorin Lompscher, sehr geehrter Herr Staatssekretär Hoff, sehr geehrte Damen und Herren.

Ich bin gebeten worden, Ihnen hier von der Arbeit zu berichten, die sich ja schon einige Zeit hinzieht. Ich möchte berichten, wie die Ergebnisse, die wir erzielt haben, zu Stande gekommen sind und einige Schlussfolgerungen daraus ziehen. Natürlich gibt es einen großen Kreis von Personen und ich gebe hier nur meine persönliche Meinung wieder, mit der ich, so glaube ich, nicht ganz alleine stehe. Aber es gibt auch abweichende Meinungen, das ist natürlich bei solchen Prozessen. Trotzdem möchte ich die Gelegenheit nutzen, einige zusammenfassende Wertungen zu treffen.

Zusammensetzung der Arbeitsgruppen

Die drei Arbeitsgruppen „Gesundheitsziele und Gesundheitsmonitoring, Qualitätssicherung, Evaluation“, „Migration und Gesundheit“ und die Gruppe „Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ haben vor zwei Jahren mit ihrer Arbeit begonnen. Die Arbeitsgruppen-Mitglieder sind von den Organisationen, die an der Landesgesundheitskonferenz beteiligt sind, entsandt worden. Somit haben wir einen Expertenkreis von über 60 Personen beieinander. Zwischen der Landesgesundheitskonferenz, den engeren Beschlussgremien und diesen Arbeitsgruppen sollte ein Vorbereitender Ausschuss vermitteln und koordinieren. Sie sehen, dass das thematisch verschiedene Ebenen waren, die sich zum Teil überschneiden. Zum Beispiel ergibt sich bei „Gesundheitszielen und Monitoring“ die Frage, wie Ergebnisse evaluiert werden. Migration und Gesundheit befasst sich möglicherweise auch, aber nicht so intensiv mit diesem Thema. Migrantenkinder sind nun eigentlich ein Thema in allen drei Gruppen. Nicht immer sind die Ansätze der Gruppen gleich gewesen, so dass es am Ende gewisse Probleme gab, diese in den Gruppen erarbeiteten Inhalte zu koordinieren und wieder einen Handlungsstrang daraus zu machen. Möglicherweise war bei der Konzeption der

Landesgesundheitskonferenz daran gedacht worden, das vom Vorbereitenden Ausschuss tun zu lassen. Das hat sich in der Praxis als nicht durchführbar erwiesen.

Es gibt gewisse Sitzungsfrequenzen, die mit einer kontinuierlichen der Gruppenarbeit nicht übereingestimmt haben. Bestimmte Tagesordnungspunkte, müssen vier Wochen vorher feststehen. Außerdem sehe ich die Zielrichtung des Vorbereitenden Ausschusses eigentlich eher auf der politischen Ebene, die Landesgesundheitskonferenz vorzubereiten. Eine Koordination durch den Vorbereitende Ausschuss hat sich nicht durchsetzen können.

Trotzdem standen wir in den Arbeitsgruppen vor der Frage, wie konsolidieren wir die Ergebnisse und führen sie zusammen. Es gab Gott sei Dank ein Moderationsangebot, das wir wahrnehmen konnten, wo wir uns unter externer, neutraler Moderation in Workshops getroffen haben. Das ist manchmal sehr hilfreich, wenn man die geleistete sehr gute Vorarbeit in eine einheitliche Linie bringen muss.

Es bestand dann Frage, wie geht's weiter? Wir haben - vielleicht in einer Grauzone der Geschäftsordnung der Landesgesundheitskonferenz - eine Koordinierungsgruppe ins Leben gerufen, die diese Arbeit dann zusammengetragen hat. Ich komme noch darauf zurück.

Also mit den Erfahrungen aus der Gruppenarbeit in der Vergangenheit, war es sicher nicht falsch, so anzufangen. Es ist jedoch schwierig, diese Ergebnisse nachträglich zu koordinieren. Je spezieller die Themen werden, desto mehr Teilnehmer, die einmal entsandt worden sind, fühlen sich dann im täglichen Leben nicht angesprochen, daran teilzunehmen. Was dort besprochen wird, ist aber - abhängig von den Teilnehmern - auch immer spezieller. Und so werden die Gruppen dann immer kleiner. Nur so am Rande erwähnt, habe ich beobachtet, dass im Vorbereitenden Ausschuss Ergebnisse kritisiert wurden von Vertretern von Organisationen,

deren Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe nicht anwesend waren, obwohl jeder zur rechten Zeit sein Votum hätte abgeben können. So ist es natürlich ein bisschen schwierig, wenn die Arbeit auf den verschiedenen Ebenen nicht klappt. Und je kleiner dann die beteiligten Kreise sind, desto größer ist auch die Gefahr, dass persönliche Interessen in den Vordergrund treten. Und das ist ja gerade das, was in der Landesgesundheitskonferenz nicht sein sollte.

Gesundheitsziele

Was haben wir letztendlich als konsolidiertes Ergebnis geschaffen? Wir haben eine Matrix für die Arbeit mit Gesundheitszielen erstellt. Zu Details wird heute hier noch berichtet werden. Worum es uns ging, ist, dass wir die Arbeit systematisiert haben wollten, um nicht für jedes Teilziel andere Vorgehensweisen zu etablieren. In den Arbeitsgruppen gab es ein starkes Votum dafür, eine Vereinheitlichung hinzubekommen. Wichtig war, dass keine Ziele verfolgt werden, deren Ergebnis man nicht messen kann. Gerade jetzt in der Anfangsphase, wo es notwendig ist, dass wir tatsächlichen Nutzen aus der Vorbereitung ziehen, muss dieser Nutzen auch evaluierbar sein. Projekte, die schön klingen, aber nachher einer Auswertung nicht zugänglich sind, wurden wieder gestrichen. Es sind Vorschläge, die sicher nicht alle zur Umsetzung kommen können.

Wir stellen es der Landesgesundheitskonferenz anheim zu schauen, welche Detailziele in der ersten Phase priorisiert werden. Wir hoffen sehr, dass bei Evaluationen von vornherein festgelegt wird, nach welchen Kriterien, mit welchen Hilfsmitteln gemessen wird. Wir empfehlen, Ziele zu bevorzugen, für die bereits Messverfahren existieren. Wir sehen zum Beispiel die Schuleingangsuntersuchung als ein sehr wertvolles Instrument an. Es macht Sinn, Ziele so auszurichten, dass man den Erfolg dort auch messen kann. Dann entsteht kein wesentlicher Zusatzaufwand. Und wir haben auch schon Daten aus der Vergangenheit.

Das Ziel ist banal, aber ich erwähne es hier noch mal. Es heißt, dass wir alle für die gesundheitsrelevanten Organisationen mit an den Tisch bekommen und dass sie mitwirken, diese Ziele, die aus der Vorschlagsliste festgelegt werden zu unterstützen. Vor einigen Tagen, hat hier noch ein Brief aus der für die Kindertagesstätten zuständigen Senatsverwaltung die Runde gemacht, der den einen

oder anderen irritiert hat. Es heißt dort, dass in den letzten Jahren alle Träger von Kindertagesstätten des Landes Berlin außerordentlich belastet waren mit strukturellen und inhaltlichen Veränderungen; mit der Bitte zwischen den Zeilen, „kommt jetzt nicht mit neuen Sachen“.

Ich weise deswegen noch einmal darauf hin, dass es uns gelingen muss, diese Missverständnisse auszuräumen. Die Landesgesundheitskonferenz ist nach Auffassung der Arbeitsgruppen nicht das Instrument, das 20 Parteien mit einer Peitsche dastehen und eine Senatsverwaltung vor sich her treiben, irgendwas besser zu machen, sondern es sollen ja gerade Mitstreiter gefunden werden, die die Last, voranzukommen, auf mehrere Schultern verteilt. Also die Empfehlung lautet, dieses Missverständnis noch deutlicher auszuräumen. Es soll hier nicht zu Lasten irgendeines Beteiligten irgendwas erreicht werden, sondern mit gemeinsamen Kräften. Gemeinsam lässt es sich sicher leichter erreichen.

Meine persönlichen Empfehlungen aus der Erfahrung der Arbeit sind folgende: Wir sollten einen Handlungsstrang verfolgen und die drei Arbeitsgruppen nicht weiter aufrechterhalten. Das muss formal geregelt werden. Meine Empfehlung wäre, den Expertenpool, den wir da haben, gezielter zu nutzen. Das heißt, themenabhängig einzuladen. Wir haben uns jetzt auf Ziele festgelegt, die das Kindesalter bis zu sechs Jahren betreffen. Und manche Versäumnisse in diesem Alter werden ja sehr viel später, zum Beispiel bei der Suche nach einer Lehrstelle deutlich. Wenn junge Menschen dann nicht geeignet sind, eine Lehrstelle zu übernehmen, weil zum Beispiel in der frühen Entwicklung bestimmte Bewegungskoordinationen nicht geübt wurden, ist es wichtig, dass diejenigen, die die Erfahrung mit einem 17-, 18-, 19-jährigen Menschen haben und die die Probleme kennen, sich einbringen können und die Frage klären, wie ich 0- bis 6-Jährige fördern muss, damit diese Defizite dann nachher nicht zu Tage treten. Und da sehen Sie, dass auch wir uns auf eine sehr lange Reise machen müssen, bis wir die Erfolge messen können. Aber die Chance der Landesgesundheitskonferenz besteht aus meiner Sicht gerade darin, solch einen langen Wege zu beschreiten.

Ausblick

Bedeutend war die Erfahrung, wie außerordentlich wichtig an einigen Punkten die Moderation ist. Die Zuarbeit, die Koordination, die jetzt die Geschäftsstelle in sehr schöner, neutraler, angenehmer Weise erledigt hat, wofür ich ihr ausdrücklich danken möchte - Sie dürfen gerne applaudieren - bitte ich bei der Ausschreibung einer Fachstelle auch

entsprechend zu berücksichtigen, damit keine Partikularinteressen dort hinein kommen und wir den Weg weitergehen können. Ich denke, dass wir viel Arbeit hinein gesteckt haben, auch Ziele und eine Vorgehensweise formulieren konnten. Die Umsetzungsphase wird jetzt noch mehr Anstrengung erfordern. Und ich hoffe, dass das in ein gutes Fahrwasser gerät. Schönen Dank.

Gesundheitsziele für Kinder abgeleitet aus der Gesundheitsberichterstattung Berlins

DR. SUSANNE BETTGE,

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Sehr geehrte Frau Senatorin, sehr geehrter Herr Staatssekretär, meine sehr geehrten Damen und Herren.

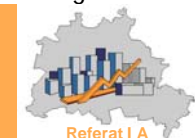
Ich werde heute etwas zu Gesundheitszielen für das Kindesalter sagen, die man aus Daten der Berliner Gesundheitsberichterstattung ableiten kann, hier aus den Berliner Einschulungsuntersuchungen. Zuerst hören Sie einige Gedanken und Bemerkungen zur methodischen Vorgehensweise bei der Ableitung von Gesundheitszielen.

Ich werde das Vorgehen in einzelnen Schritten beschreiben und dann konkret auf die inhaltlichen Gesundheitsziele in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und sprachliche Entwicklung eingehen. Daran schließen ein paar Bemerkungen zur Identifizierung von Sozialräumen an, in denen be-

sonderer Handlungsbedarf in diesen Handlungsfeldern besteht und beende meinen Vortrag mit einer Zusammenfassung.

Methodik der Zielformulierung

In der Literatur wird unterschieden zwischen Ergebniszielen, Prozesszielen und Strukturzielen. Ergebnisziele beziehen sich auf Messgrößen, mit denen man einen Gesundheitszustand oder ein angestrebtes Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung erfassen kann. Prozessziele dagegen beziehen sich auf das Vorgehen bei der Herstellung dieses Gesundheitszustandes. Strukturziele dagegen stellen sozusagen die Rahmenbedingungen, die Infrastruktur und vorhandene Angebote für Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt.



Ebenen der Zieldefinition (nach WHO)

- **Ergebnisziele:**
bezogen auf messbaren Indikator des Gesundheitszustands oder Gesundheitsverhaltens
z. B. Reduktion des Anteils übergewichtiger Einschüler/innen bis 2011 um 2 Prozentpunkte
differenzieren nach:
 - Zielgruppen
 - Sozialräumen
- **Prozessziele:**
bezogen auf Abläufe der „Produktion“ von Gesundheit
z. B. eine gesunde Ernährung ist integraler Bestandteil jeder Berliner Kita
- **Strukturziele:**
bezogen auf Infrastruktur und vorhandene Angebote
z. B. der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil (Schwerpunkt: Ernährung) ist erhöht

eigentliche Ziele

Wege zum (Ergebnis-) Ziel

Ich möchte darauf hinweisen, dass aus wissenschaftlicher Sicht die Ergebnisziele als die eigentlichen Ziele angesehen werden. Struktur- und Prozessziele sind als Wege hin zu diesem Ergebnisziel zu verstehen.

Wie auch Herr Dr. Ziegler bereits erwähnt hat, sind Struktur- und Prozessziele wünschenswert und auch wichtig zu berücksichtigen, aber ihre Erreichung garantiert noch nicht, dass sich als Ergebnis im Gesundheitszustand der Bevölkerung eine positive Veränderung ergibt.

Zur Formulierung von Gesundheitszielen sind sechs entscheidende Fragen zu beantworten: Zunächst muss man festlegen, was eigentlich genau das Ziel beinhaltet und welche Messgröße benötigt wird, um es zu erfassen. Dann muss, ausgehend von einem Basiszustand, eine Veränderung definiert werden, die erreicht werden soll. Es muss weiterhin festgelegt werden, wo prioritär Maßnahmen erforderlich sind, um dieses Ziel zu erreichen.

Diese Frage bezieht sich auf die Sozialräume innerhalb der Stadt, in denen besonderer Handlungsbedarf besteht. Eine begründete zeitliche Zielperspektive muss erstellt werden, bis wann das Ziel erreicht sein soll, um auch überprüfen zu können, ob das gelungen ist oder nicht. Die letzten beiden Fragen beziehen sich auf die Maßnahmenplanung und Umsetzung: Durch wen und wie sollen diese Ziele erreicht werden?

Dies ist weder ein rein wissenschaftlicher noch ein rein politischer Prozess, sondern diese Prozesse müssen Hand in Hand greifen. Durch wissenschaftliche Analysen können die Grundlagen dafür gelegt werden, dass die Planung und Umsetzung von Maßnahmen, die eher in den politischen Bereich fällt, dann auch von Erfolg gekrönt sein wird.

Arbeitsschritte

Ich werde jetzt die Arbeitsschritte beschreiben, die für die Ableitung konkreter Gesundheitsziele aus Daten der Einschulungsuntersuchungen zu vollziehen waren. Zum Ersten ging es darum, aus der Vielzahl der möglichen Gesundheitsziele, die die Akteure der Landesgesundheitskonferenz zusammengetragen haben, auszuwählen, welche Ziele sich davon mit Daten der Berliner Einschulungsuntersuchung überhaupt belegen und quantifizieren lassen. Dann ging es um die Festlegung eines **zeitlichen Bezugsrahmens**. Hierzu wurden die Einschulungsdaten der vergangenen Jahrgänge als Zeitreihe betrachtet, an Hand derer man ablesen kann, ob sich in einem Gesundheitsbereich starke Veränderungen in den letzten Jahren ergeben haben oder ob gleich bleibende Problemlagen zu beobachten sind. Als Ausgangswert oder Basiswert für die Zieldefinition wurden die Daten der Einschulungsuntersuchung 2005 gewählt, die jetzt ausgewertet vorliegen.

Für die Überprüfung der Zielerreichung wird vorgeschlagen, den Zeitraum bis zum Jahr 2011 heranzuziehen. Das ist eine relativ kurzfristige Perspektive: schon in vier Jahren sollen die Gesundheitsziele erreicht werden. Zur Begründung sei angeführt, dass eine eher kurze Zielperspektive am Anfang eines Gesundheitszieleprozesses sinnvoll erscheint, weil man dann recht kurzfristig betrachten kann, was schon erreicht ist und wo wir noch nicht so weit gekommen sind, wie wir es uns vorgenommen haben.

Dadurch wird ein eventuell notwendiges Nachsteuern erleichtert. Im Hinblick auf die laufende Legislaturperiode hätten wir dann bereits am Ende dieser Legislaturperiode die Möglichkeit, die Zielerreichung zu evaluieren.

Formulierung von Gesundheitszielen: sechs entscheidende Fragen

- **Was?**
exakte Definition des **Gesundheitsziels**, in Zahlen messbar
- **Um wie viel?**
begründete Festlegung einer prozentualen Veränderung
- **Wo?**
Bestimmung problematischer **Sozialräume** für prioritäre Durchführung von Maßnahmen
- **Bis wann?**
begründete zeitliche Zielperspektive
- **Durch wen?**
Verantwortliche, Akteure für die Umsetzung
- **Wie?**
Benennung konkreter Maßnahmen und ihrer Koordination

↓ ↓ ↓
wissenschaftlicher Prozess
↓ ↓ ↓
politischer Prozess

Zeitlicher Bezugsrahmen

- **Datenanalyse auf der Basis einer Zeitreihe**
 - Ausgangsbasis für die Zieldefinition:
Daten der Einschulungsuntersuchung 2005
- **Zeitraum für die Zielerreichung: bis 2011**
- **Begründung:**
 - kurzfristige Perspektive erleichtert Nachsteuern
 - laufende Legislaturperiode 2006-2011
- **sinnvoll:**
jährliche Zwischenkontrollen mit Daten der Einschulungsuntersuchungen (2006-2010)

Zusätzlich werden Zwischenkontrollen mit den Daten der folgenden Einschulungsuntersuchungen der Jahre 2006 bis 2010 für sinnvoll erachtet, um zu überprüfen, ob bereits eine Annäherung an die gesetzten Ziele stattfindet.

Der dritte Arbeitsschritt beinhaltet die konkrete Zieldefinition. Nachdem festgelegt wurde, mit welchen **Indikatoren oder Messgrößen** ein bestimmter Gesundheitszustand gemessen werden soll, wurde an Hand der Einschulungsdaten 2005 eine Beschreibung der jetzigen Ausgangslage im Gesundheitszustand der Kinder vorgenommen und ein Ziel für ganz Berlin formuliert.

Ich denke, es ist nicht sinnvoll, in der Formulierung von Gesundheitszielen nur den gesamten Bevölkerungsquerschnitt im Auge zu behalten, sondern man muss zum Abbau von Benachteiligung bestimmte Zielgruppen ins Auge fassen, die von gesundheitlicher Chancenungleichheit besonders betroffen sind, und dafür **Unterziele** formulieren. Dazu muss auch innerhalb der Stadt differenziert werden, in welchen Bereichen Ziele vielleicht bereits erreicht sind oder gar keine ehrgeizige Zielsetzung notwendig ist, weil der Gesundheitszustand gut ist, und wo wirklich **Handlungsbedarf** besteht.

Differenzierung der Gesundheitsziele

- **Formulierung von Unterzielen zum Abbau von Benachteiligung**
 - Reduzierung vorhandener Unterschiede zwischen Kindern der unteren im Vergleich zur mittleren und oberen sozialen Schicht
 - Reduzierung vorhandener Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund
- **Identifizierung von Sozialräumen mit Handlungsbedarf**
 - Betrachtung des Anteils der Kinder mit problematischem Befund in Berlin gesamt und der Abweichungen vom Durchschnitt
 - auf Bezirksebene
 - auf Ebene der Prognoseräume

© SenGestJahV 2007 Stand Oktober 07 Folie Nr. 10

Bei der Analyse der Einschulungsdaten stellen wir immer wieder fest, dass es zwei Zielgruppen gibt, die besonders von gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sind. Das sind zum einen Kinder der unteren sozialen Schicht oder in einer schwierigen sozialen Lage im Vergleich zu Kindern aus Familien der mittleren und oberen sozialen Schicht. Und zum anderen sind das Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern deutscher Herkunft. Diese zwei Zielgruppen

sind daher bei der Formulierung von Gesundheitszielen explizit zu berücksichtigen.

Zur Identifizierung von Sozialräumen mit Handlungsbedarf wurde zunächst zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage in der Stadt der Gesamtberliner Durchschnitt ermittelt. Dann wurde auf Bezirksebene und noch kleinräumiger auf der Ebene der 60 lebensweltlich orientierten Prognoseräume innerhalb der Stadt ausgewertet, wo sich Abweichungen von diesem Durchschnitt in positive oder negative Richtung ergeben.

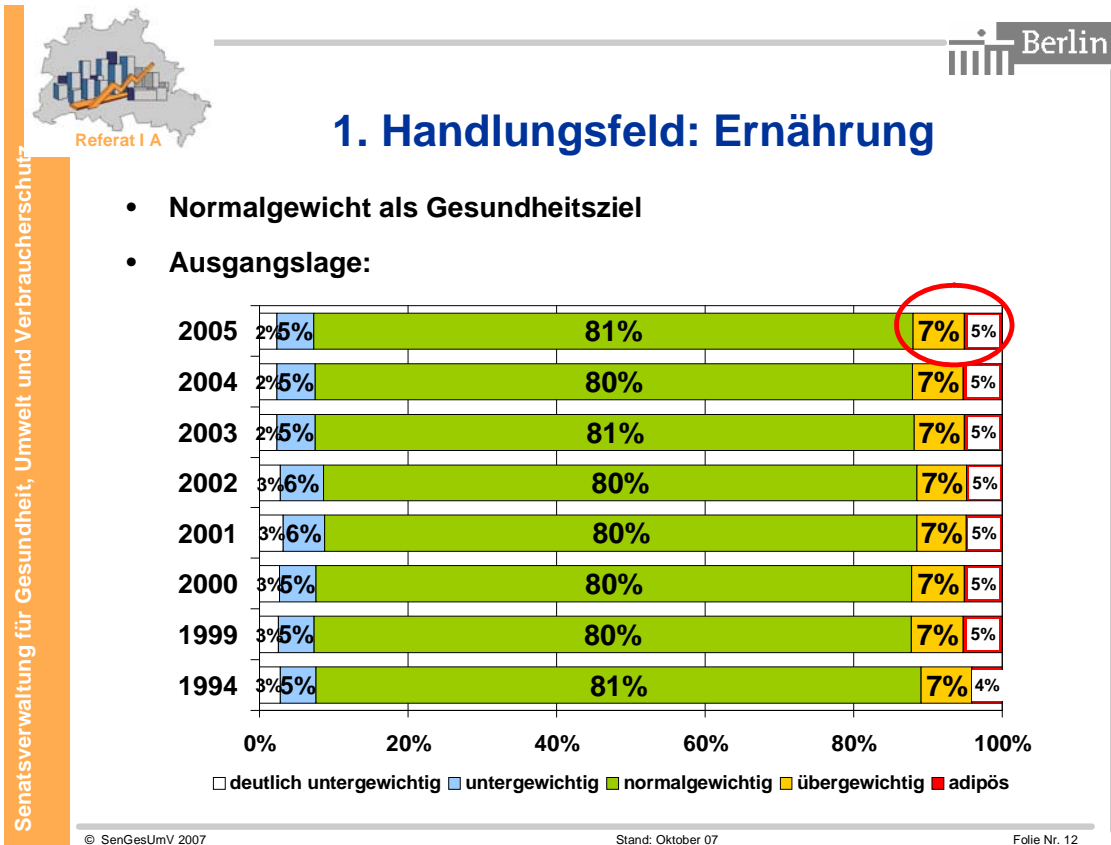
Gesundheitsziele im Handlungsfeld Ernährung

Ich komme jetzt zu den konkreten Gesundheitszielen in den drei Themenfeldern Ernährung, Bewegung und Sprache. Im Bereich Ernährung wird häufig auf den Gesundheitsindikator Übergewicht geschaut. Dabei muss man im Auge behalten, dass auch Fehl- und Mangelernährung im Kindesalter, die vielleicht eher zu Untergewicht führen können, ein Gesundheitsproblem darstellen, das sich auf das weitere Leben der Kinder auswirken wird. Die Daten der Berliner Einschulungsuntersuchungen zeigen sehr eindrücklich, dass sich in den vergangenen 10 Jahren an den Befunden zu Normalgewicht, Über- oder Untergewicht überhaupt nichts verändert hat.

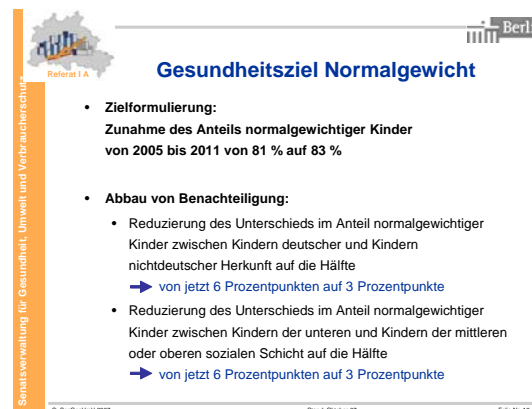
Die überwiegende Mehrheit von etwa 80 % der Kinder im Einschulungsalter ist normalgewichtig. Aus anderen Studien wie zum Beispiel der bundesweit repräsentativen KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert-Koch-Instituts wissen wir, dass im Schulalter ein dramatischer Anstieg des Anteils übergewichtiger Kinder stattfindet. Dies ist also in erster Linie ein Problem des späteren Kindesalters, der Jugend und des Erwachsenenalters. Das Gesundheitsziel im Kindesalter sollte daher lauten, das Normalgewicht möglichst beizubehalten. Man muss aber natürlich auch auf die 12 % Kinder schauen, die bereits im Einschulungsalter übergewichtig oder stark übergewichtig (adipös) sind. Dieser Anteil sollte reduziert werden. Betrachtet man, welche Ziele im Handlungsfeld Ernährung daraus abgeleitet werden können, so wird als Ziel formuliert, dass der Anteil normalgewichtiger Kinder von 81 % im Jahr 2005 auf 83 % im Jahr 2011 ansteigen soll. Das klingt erst einmal nicht sehr spek-

takulär und ehrgeizig. Aber wenn man die Zeitreihe der Einschulungsdaten betrachtet, muss man auch diese zwei Prozentpunkte erst einmal erreichen. Wichtiger ist es, die Unterziele zum Abbau von Benachteiligung ins Auge zu fassen. Man muss dazu wissen, dass Kinder aus nicht deutschen Herkunftsgruppen sehr viel häufiger von Übergewicht

betroffen sind als Kinder deutscher Herkunft. Ein Unterziel ist deswegen die Reduzierung des Unterschiedes im Anteil normalgewichtiger Kinder zwischen den Kindern, die aus deutschen Familien stammen, und solchen nicht deutscher Herkunft auf die Hälfte.



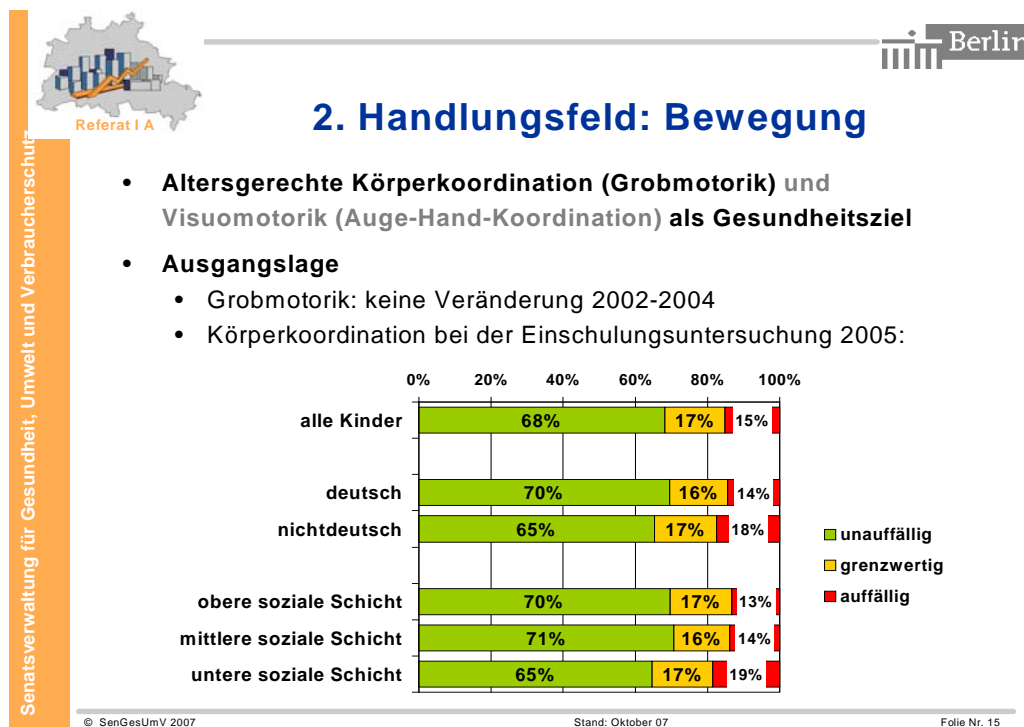
Zurzeit besteht noch ein Unterschied von sechs Prozentpunkten, der künftig auf drei Prozentpunkte zurückgefahren werden soll. Es scheint nämlich nicht realistisch, diese Unterschiede in einem kurzen Zeitraum völlig zu nivellieren, aber eine Reduzierung auf die Hälfte ist sicher ein Ziel, das sich zu verfolgen lohnt. Auch zwischen Kindern der unteren Sozialschicht und denen aus besseren sozialen Lagen beträgt der Unterschied im Anteil normalgewichtiger Kinder sechs Prozentpunkte. Daher wird hier ebenfalls das Ziel formuliert, diesen Abstand auf die Hälfte zu reduzieren.



Gesundheitsziele im Handlungsfeld Bewegung

Im Handlungsfeld Bewegung haben wir Einschulungsdaten zum einen zur Entwicklung der Körperkoordination bzw. Grobmotorik und zum anderen zur Visuomotorik oder Auge-Hand-Koordination. Ich werde mich exemplarisch auf die Grobmotorik beschränken.

In den Jahren 2002 bis 2004 haben sich keine Veränderungen in den grobmotorischen Einschulungsbefunden der Kinder gezeigt. Seit 2005 wird ein neues Verfahren angewendet, das in Nordrhein-Westfalen entwickelt und in einer großen Gruppe von Kindern geprüft, standardisiert und validiert wurde und das wir seither in den Einschulungsuntersuchungen zur Verfügung haben.



Insgesamt haben in Berlin gut zwei Drittel der Kinder unproblematische Befunde bei der Grobmotorik, d.h., sie bewältigen diesen Test gut. 17% haben grenzwertige grobmotorische Entwicklungsbefunde und 15% sind in ihrer Körperkoordination auffällig, d.h., hier liegt eine Entwicklungsverzögerung oder Störung vor. Wenn man die unterschiedlichen Subgruppen betrachtet, dann haben Kinder nicht deutscher Herkunft etwas häufiger Probleme in der Körperkoordination als Kinder deutscher Herkunft. Und genauso gilt dies für die Kinder der unteren sozialen Schicht im Vergleich zur mittleren und oberen sozialen Schicht. Hieraus wird als Gesundheitsziel abgeleitet, dass insgesamt in Berlin der Anteil von Kindern mit unauffälliger Körperkoordination von jetzt 68% auf 75% im Jahr 2011 ansteigen soll. Damit wäre dann genau der Referenzwert aus der nordrheinwestfälischen



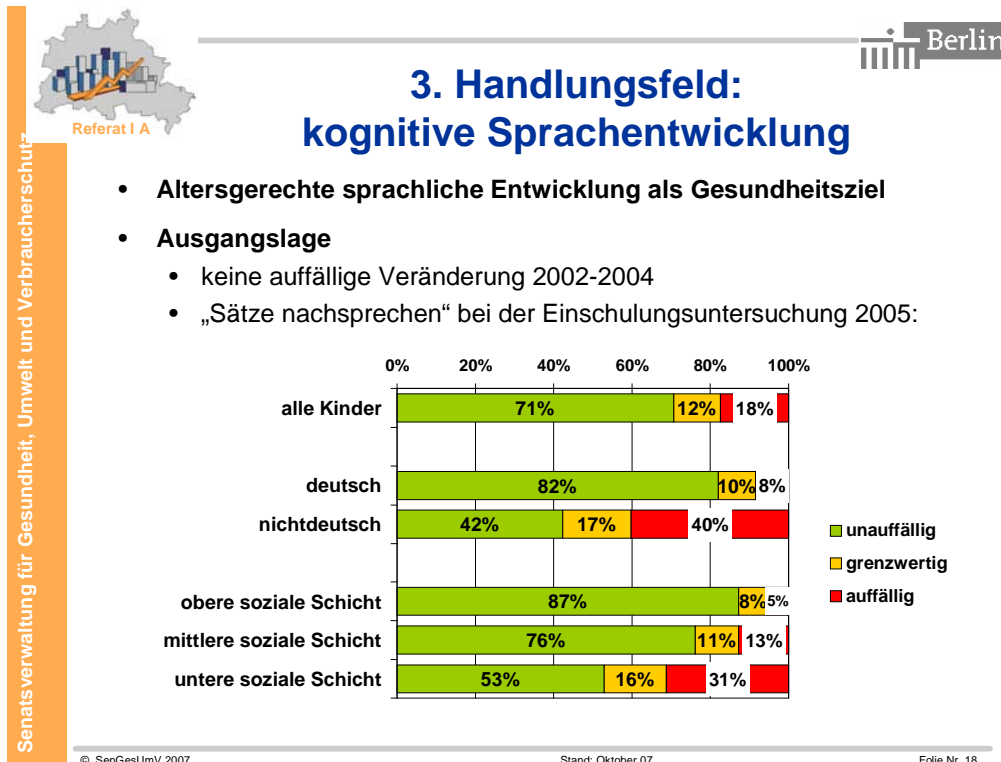
Normstichprobe erreicht, den die Kinder in Berlin jetzt noch recht deutlich verfehlen. Zum Abbau von Benachteiligung wird wieder eine Reduzierung der Unterschiede zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft sowie zwischen Kindern der unteren

und der mittleren oder oberen sozialen Schicht auf die Hälfte vorgeschlagen.

Gesundheitsziele im Handlungsfeld Sprache

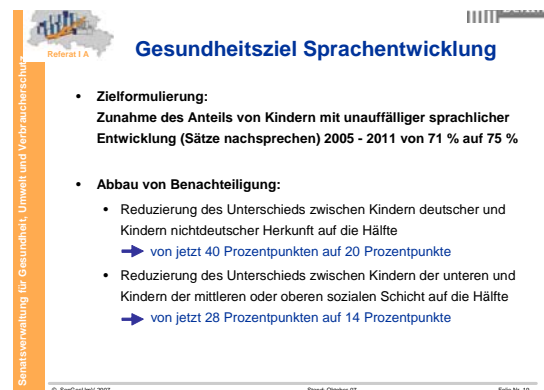
Lassen Sie mich noch etwas zum Thema Sprache als drittem Handlungsfeld sagen. Bei den Einschulungsuntersuchungen geht es um die Feststellung des sprachlichen Entwick-

lungsstandes der Kinder. Dies ist nicht zu verwechseln mit dem „Deutsch plus“-Test der Bildungsverwaltung. Das Gesundheitsziel bezieht sich also auf eine altersgerechte sprachliche Entwicklung, die es den Kindern ermöglicht, am Leben sozial teilzuhaben, in der Schule erfolgreich zu sein und in der Gruppe der Gleichaltrigen klarzukommen.



Wir haben in der Ausgangslage auch hier in den Jahren 2002 bis 2004 keine auffälligen Veränderungen festgestellt. Es werden mehrere sprachliche Subtests in den Einschulungsuntersuchungen durchgeführt, deren Befunde Schwankungen zeigen, die sich aber bisher nicht im Sinne eines eindeutigen Trends interpretieren lassen. Auch hier wurde 2005 das standardisierte, geprüfte Verfahren aus Nordrhein-Westfalen erstmalig eingesetzt.

Ich beschränke mich hier auf Ergebnisse zum Test „Sätze nachsprechen“. Die Kinder sind zu einem hohen Anteil, nämlich 71 %, in diesem Test unauffällig, das ist noch etwas häufiger als bei der Körperkoordination. Als grenzwertig werden 12 % eingestuft und immerhin 18 % als auffällig. Dies sind Kinder, die Probleme oder Störungen in der Sprachentwicklung aufweisen. Problematische Befunde treten bei Kindern nicht deutscher



Herkunft sehr viel häufiger auf als bei Kindern deutscher Herkunft. Zum einen liegt das an ihrer mangelnden Beherrschung der deutschen Sprache, zum anderen aber möglicherweise auch an kognitiven sprachlichen Entwicklungsverzögerungen.

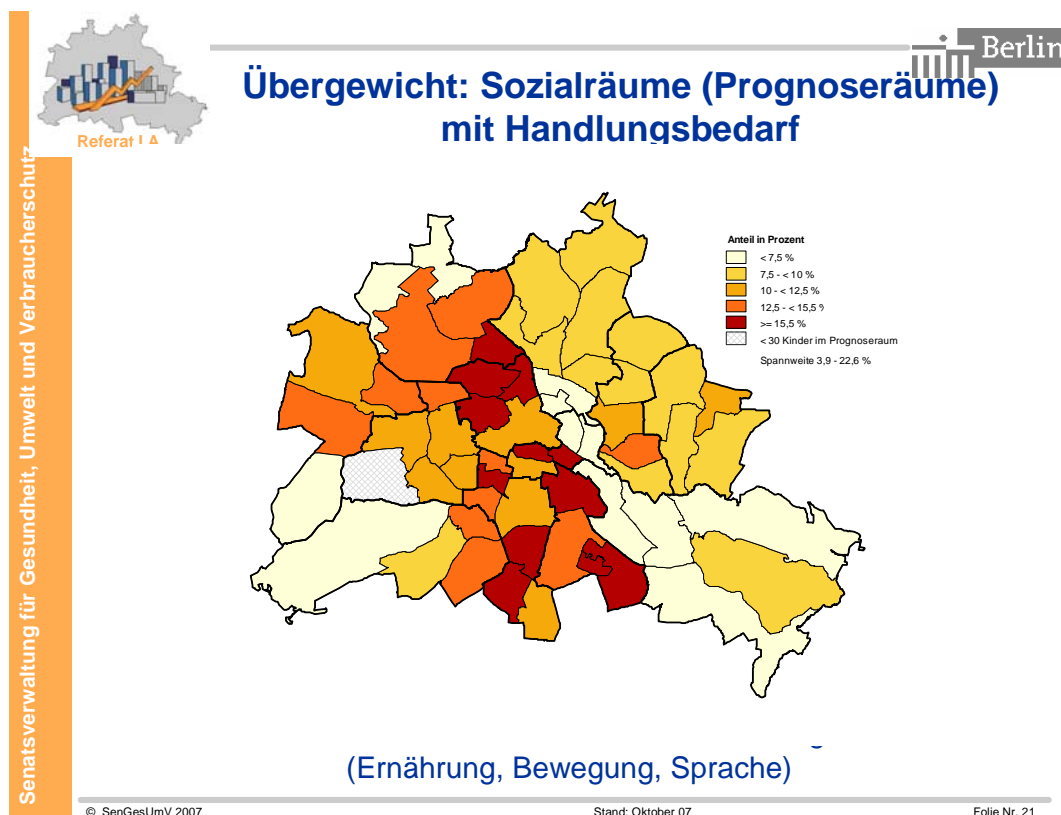
Wir sehen hier dramatische Unterschiede. Und auch bei Kindern der unteren sozialen Schicht sind auffällige Sprachbefunde sehr

viel häufiger als in der mittleren oder oberen sozialen Schicht.

Als Gesundheitsziel könnte man daraus ableiten, dass der Anteil von Kindern mit unauffälliger sprachlicher Entwicklung von jetzt 71 % auf den nordrhein-westfälischen Referenzwert steigt, der bei knapp 80 % liegt. Das erscheint aber unrealistisch, weil ein sehr deutlicher Abstand zwischen den Kindern in Berlin und in Nordrhein-Westfalen zu sehen ist. Deswegen habe ich mich auch auf die Halbierung dieses Abstandes - auf

75 % - beschränkt. Zum Abbau von Benachteiligung wird trotzdem an einer Reduzierung der vorhandenen Unterschiede auf die Hälfte festgehalten.

Sie sehen, dass die Unterschiede, jetzt in Prozentpunkten ausgedrückt, ganz gewaltig sind und dass da erhebliche Anstrengungen in diesen Zielgruppen nötig sein werden, um die sprachlichen Entwicklungsvoraussetzungen der Kinder bei Schuleintritt zu verbessern.



Sozialräume mit Handlungsbedarf


Zur Identifizierung von Sozialräumen mit Handlungsbedarf wurden die Einschulungsdaten auf der Ebene der Bezirke und dann kleinräumiger auf der Ebene der 60 stadtteilbezogenen Prognoseräume ausgewertet. Betrachtet man den Anteil übergewichtiger inklusive adipöser Kinder in den verschiedenen Sozialräumen, liegt in fast der Hälfte der Prognoseräume der Anteil übergewichtiger Kinder unter 10 %. In diesen Sozialräumen - vorwiegend im Ostteil der Stadt sowie im äußersten Südwesten (z. B. Zehlendorf, Kladow) und in Frohnau und Heiligensee - besteht kein dringender Handlungsbe-

darf, weil ja das angestrebte Gesundheitsziel bereits erreicht ist.

In den übrigen Sozialräumen werden die 10 % übergewichtiger Kinder überschritten. Vor allem in Gebieten mit mehr als 12,5 % übergewichtigen Kindern besteht Handlungsbedarf oder sogar dringender Handlungsbedarf, weil hier mehr Kinder als im Durchschnitt der Berliner Einschulungsuntersuchungen übergewichtig sind. Diese Gebiete mit einem erhöhten Anteil übergewichtiger Kinder befinden sich vorwiegend in den Bezirken Neukölln, Kreuzberg, Mitte und Tempelhof-Schöneberg, die Sie als sozialstrukturell schwächere Bezirke mit vielen gesundheitli-

chen Problemen kennen. Ich kann hinzufügen, dass sich ein ähnliches Muster ergibt, wenn man die Befunde der Einschulungsun-

tersuchungen aus den anderen Handlungsfeldern entsprechend sozialräumlich auswertet.



Referat I A

Zusammenfassung

- **Einschulungsuntersuchungen in Berlin sind wertvolle Datenquelle**
 - für die Formulierung von Gesundheitszielen für Kinder
 - für die Evaluation der Zielerreichung
- **Gesundheitsziele müssen zielgruppenspezifisch ausdifferenziert werden**
 - Einschulungsdaten sind hilfreich bei Abschätzung der Größe betroffener Gruppen
- **Identifikation von Sozialräumen mit (dringendem) Handlungsbedarf unterstützt Maßnahmenplanung**
- **Überschneidung der Problemfelder erfordert integrierte Maßnahmen**

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Berlin

© SenGesUmV 2007 Stand: Oktober 07 Folie Nr. 23

Zusammenfassung

Die Einschulungsuntersuchungen in Berlin stellen eine wertvolle Datenquelle für die Formulierung und Ausdifferenzierung von Gesundheitszielen für Kinder dar und auch für die Überprüfung, ob diese Ziele erreicht wurden. Ich halte es für dringend erforderlich, Gesundheitsziele zielgruppenspezifisch ausdifferenzieren, weil nur so die Zielgruppen für die Maßnahmenplanung transparent werden, an die sich gesundheitsfördernde Angebote in besonderer Weise wenden müssen. Die Einschulungsdaten können dazu dienen, eine Abschätzung der Größenordnung dieser betroffenen Gruppen vorzunehmen und zu planen, wie viele Maßnahmen erforderlich sind und wie viele Kapazitäten vorgehalten werden müssen.

Die Identifizierung und Benennung von Sozialräumen, in denen Handlungsbedarf besteht, unterstützt die Planung von Maßnah-

men, weil dadurch Hinweise geliefert werden, wo man auf die Bevölkerung zugehen muss und wo Infrastruktur angesiedelt werden muss. Zuletzt möchte ich darauf hinweisen, dass sich die dargestellten Problemfelder häufig überschneiden. Viele Kinder und auch einige Sozialräume sind von mehreren der dargestellten Probleme betroffen. Und dies erfordert, dass integrierte Maßnahmen, die die Gesundheitsthemen komplett und ganzheitlich ansprechen, entwickelt werden.

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, Sie auf unsere [Homepage](http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/) aufmerksam zu machen, auf der Sie weitere Informationen zur Berliner Gesundheitsberichterstattung bekommen und unsere Veröffentlichungen, ab sofort auch unseren neuen Bericht zu den Daten der Einschulungsuntersuchung 2005, herunterladen können. Vielen Dank.

Migrationssensible Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention

PROF. DR. THEDA BORDE, Alice-Salomon-Fachhochschule

Sehr geehrte Frau Senatorin Lompscher, sehr geehrter Herr Staatssekretär Hoff, sehr geehrte Damen und Herren!

Ich möchte mich den Vorträgen meiner beiden Vorredner anschließen, die einerseits die Prozesse in den Arbeitsgruppen dargestellt, aber auch auf die Notwendigkeit für die zielgruppenspezifischen Ansätze hingewiesen haben. Das Thema „Migrationssensible Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention“ bezieht sich ja nicht nur auf die Datenlage, sondern auch auf die Frage, wie die Gesundheitsziele erreicht werden können. Hier möchte ich insbesondere das von Frau Dr. Bettge vorgestellte Ziel der Reduzierung der Differenz in Bezug auf die gesundheitliche Lage zwischen deutschen Kindern und Jugendlichen und denen mit Migrationshintergrund betonen.

Belastungen und Ressourcen

Wenige migrationspezifische Analysen zur Gesundheit zeigen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien

- in allen Bereichen von Gesundheit und Lebensqualität schlechter gestellt sind u.
- weniger personale, soziale und familiäre Ressourcen haben, um mit diesen Belastungen aktiv umgehen zu können.

(KIGGS, Gesundheitsberichte d. Landes Berlin)

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

Risiken/Belastungen

- häufiger Unfälle
- Verhaltensauffälligkeiten
- Übergewicht
- schlechtere gesundheitl. Versorgung

Potenziale

- häufiger gestillt
- seltener Allergien

Migrationsspezifische Analysen

Ich komme zunächst auf die wenigen migrationspezifisch ausgerichteten Analysen zur gesundheitlichen Lage zurück. Hier sind vor allem die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert-Koch-Instituts, aber auch die Einschulungsuntersuchung des Landes Berlin hervorzuheben. Als vorbildlich betrachte ich auch den Gesundheitsbericht des Bezirksamtes Mitte, der den Migrationshintergrund der Kinder berücksichtigt und migrationsbezogene Ergebnisse zeigt. Wir können auf der Grundla-

ge dieser vorliegenden migrationspezifischen Analysen feststellen, dass der Faktor der sozialen Benachteiligung eine deutliche Rolle spielt. Gleichzeitig sehen wir aber auch, dass mit der sozialen Benachteiligung meist eine Reduzierung personaler sozialer und familiärer Ressourcen und damit geringere Möglichkeiten mit diesen Belastungen umgehen zu können, verbunden ist. Bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund belegen die Studien höhere Belastungen und spezifische Risiken in Bezug auf Unfallhäufigkeit, Verhaltensauffälligkeiten, Übergewicht. Ebenfalls wird eine schlechtere gesundheitliche Versorgung beobachtet. Doch aus der KIGGS Studie ist auch zu entnehmen, dass mit dem Migrationshintergrund auch spezifische Potenziale verbunden sind. So werden z.B. Kinder von Migrantinnen häufiger gestillt und sie leiden seltener unter Allergien. Diese beiden Aspekte sollten unseren Blick auch in die Richtung der Orientierung und Entwicklung dieser Ressourcen für die Gesundheit lenken.

Aktuelle Herausforderungen

- Spezifische Gesundheitsrisiken und -potenziale von Menschen mit Migrationshintergrund verstehen
 - sozioökonomisch, Migrations-/ Fluchterfahrung, Ausgrenzung,
 - Netzwerke, Beziehungen, Bedeutung von Sprache und Kultur...)
- Migrationssensible Gesundheitsberichterstattung und Forschung (AG 2)
- Wirksame Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für eine soziokulturell diverse Bevölkerung

Eine aktuelle Herausforderung für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen ist es, die spezifischen Gesundheitsrisiken und Potenziale von Familien mit Migrationshintergrund zu verstehen. Einerseits ist das sicherlich ein sozioökonomischer Aspekt bzw. der Faktor der sozialen Schichtzugehörigkeit. Hinzu kommen für Migrantinnen und Migranten spezifi-

sche Belastungsfaktoren wie Migrations- und Fluchterfahrung, Ausgrenzung und mangelnde Partizipationschancen. Andererseits haben sich in den Migrantengemeinschaften Netzwerke, Beziehungen und Unterstützungssysteme entwickelt, die auch in der Gesundheitsförderung als Ressource und Potenzial genutzt werden können.

Probleme bei der Gesundheitsförderung von Migranten/-innen

- Erreichbarkeit
- Annehmbarkeit der Angebote
- Qualität und Nachhaltigkeit
- Partizipation und Eigenverantwortlichkeit

- Soziokulturelle Differenz als „Problem“
- „Kulturalisierung“ sozialer Aspekte und struktureller Mängel
- eher Defizit- statt Ressourcenorientierung

Migrationsensible Gesundheitsberichterstattung

Das Thema „Migrationensible Gesundheitsberichterstattung“ haben wir in der Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ in der letzten Gesundheitskonferenz vorgestellt. Die migrationensible Berichterstattung ist eine wesentliche Basis dafür, dass der Zusammenhang von Migrationshintergrund und Gesundheit verstanden wird. Da ist inzwischen durch unsere Aktivitäten in der Landesgesundheitskonferenz einiges in Bewegung und es scheint inzwischen allgemein anerkannt, dass es darum geht, wirksame Strategien der Gesundheitsförderung für eine soziokulturell unterschiedliche Bevölkerung zu entwickeln.

Wir wissen, dass ungefähr 30 % der jungen Menschen in Berlin einen Migrationshintergrund haben und es ist klar, dass wirksame Strategien der Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Berlin eben die Familien und die Bevölkerung mit Migrationshintergrund einschließen und dafür angemessene und auch innovative Wege entwickelt werden müssen.

Erreichbarkeit, Annehmbarkeit, Qualität und Nachhaltigkeit der Angebote
Zentrale Faktoren, die bei den Strategien berücksichtigt werden müssen, sind zunächst die Erreichbarkeit (d.h. wie kommen wir

Strategien der Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen

- Anknüpfen an Querschnittsziele
(AG1 Basispapier für Gesundheitsziele)
- Bestehende Netzwerke der Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen und Integration von migrationssensiblen Ansätzen in Gesamtkonzepte
=> *Systematischer Einschluss von Migranten/innen (mainstreaming)*
- transdisziplinäre, transkulturelle und diversity-orientierte Ansätze
- Sensibilisierung für gesundheitliche und soziokulturelle Bedürfnisse multikultureller Bevölkerungen

eigentlich an diese Zielgruppen heran und beteiligen sie) und die Annehmbarkeit der Angebote und damit verbunden die Frage, ob die bisherigen Angebote für jeden annehmbar und akzeptabel oder so strukturiert sind, dass sie möglicherweise gerade die Gruppen abschrecken, die eine vorrangige Zielgruppe bei der Umsetzung der Gesundheitsziele darstellen?

Der Aspekt der Qualität umfasst auch die Überprüfung, ob ggf. unterschiedliche Maßstäbe angesetzt werden, wenn Gesundheitsversorgungs- und Gesundheitsförderungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden. Gerade im

Strategien auf verschiedenen Ebenen

- (1) gesamtgesellschaftlich, politisch
 - gesellschaftliche Benachteiligung abbauen
 - Förderung der Partizipation in allen Lebensbereichen
 - Gesundheitschancen für Kinder mit Migrationshintergrund erhöhen
- (2) Institutionen
- (3) Migranten/innen

Bereich der Gesundheitsförderung - die bisher vor allem über Projekte organisiert ist - stellt sich die Frage der Nachhaltigkeit, denn was passiert, wenn Projekte auslaufen und nicht weiter finanziert werden? Hier ist zu betonen, dass für die Nachhaltigkeit die Aktivierung, die Partizipation und Eigenverantwortung eine wichtige Rolle spielen und dass es für eine längerfristige Wirkung nötig ist, diese Aspekte in den Strategien zu verankern.

(2) Institutionen - Stärkung von Strukturen und Kompetenzen der Gesundheitsförderung

Strukturen / Kompetenzen:

- interkulturelle Öffnung, diversity management
- transdisziplinäre und überinstitutionelle Vernetzung
- Personal- und Organisationsentwicklung
- bedarfsgerechter Einsatz professioneller Dolmetscher/-innen
- kulturelle Kompetenz in Aus- und Weiterbildung
- „Lernen von den Zielgruppen“

Setting „Lebenswelten“

- Familie, Kita, Schule
- Sozialraum, Nachbarschaft,
- Migranteneinrichtungen / -communities
- Funktion von Multiplikatoren/innen

Im Kontext der genannten zentralen Faktoren sind drei weitere Punkte zu berücksichtigen, die einen wesentlichen Einfluss auf den Erfolg und Misserfolg von Strategien und Maßnahmen zur Erreichung der Gesundheitsziele haben können. Soziokulturelle Differenz oder ein Migrationshintergrund werden in verschiedenen Institutionen, die im direkten Kontakt mit den Zielgruppen arbeiten, häufig als eine „Problem“ und als abweichend von der Norm definiert. Sobald sprachliche und oder soziokulturelle Kommunikationsbarrieren auftreten, kommt es bisher meist eher zu Abwehrreaktionen, Abwertung, Ausgrenzung und einer Orientierung an Defiziten bei Migrantenfamilien anstelle von Inklusion und Ressourcenorientierung und damit verbunden der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten, Strukturen und Kompetenzen, die der soziokulturellen Vielfalt gerecht werden. Häufig kommt es in diesem Zusammenhang zu einer „Kulturalisierung“ sozialer Ungleichheiten, weil die Hintergründe und die Wirkfaktoren nicht ausreichend erschlossen werden. Es ist nötig genauer hinzusehen, um zu verstehen, an welcher Stelle die Sprache, die Kultur oder die soziale Lage oder die Bildung bedeutsam sind.

Querschnittsziele

Die Gesundheitsförderung von Migrantinnen und Migranten oder Kindern mit Migrationshintergrund muss an die von Herrn Ziegler vorgestellten Querschnittsziele für die Gesundheitsförderung anknüpfen. So sollten z.B. beim Ziel, „Netzwerke der Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen“ migrationsensible Ansätze in die Gesamtkonzepte integriert werden. Das heißt einen systematischen Einschluss von Migranten/innen, so wie wir es aus dem Gender Mainstreaming als „durchgängige Gleichstellungsorientie-

rung“ kennen. Es wird angesichts der demographischen Entwicklung und mit Blick auf die gesundheitliche Lage von Migrantinnen und Migranten in Zukunft immer bedeutsamer, diesen Ansatz kontinuierlich auch in Bezug auf die soziokulturelle Vielfalt zu verfolgen und den Blick bei jeder Maßnahme auch auf die Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu richten.

Wir brauchen transdisziplinäre, transkulturelle und diversity-orientierte (Akzeptanz der individuellen Verschiedenheit) Ansätze für diese Stadt und die Sensibilisierung für gesundheitliche, soziale, soziokulturelle Bedürfnisse der multikulturellen Bevölkerung unserer Stadt.

Qualitätsmanagement in Institutionen

=> *systematischer Einschluss von Migranten/-innen*

Leitlinien, Standards, Indikatoren für gute Praxis und Evaluation bzgl.

- Erreichbarkeit /Partizipation von Zielgruppen
- Annehmbarkeit der Angebote
- Qualität und Nachhaltigkeit

Strategien

Bei den Strategien zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist es notwendig, die gesamtgesellschaftliche und politische Ebene zu berücksichtigen. Hier bei der Landesgesundheitskonferenz sind wir meiner Meinung nach auf einem guten Weg, gesellschaftliche Benachteiligungen in allen Lebensbereichen zu betrachten und die Partizipation von Migrantinnen und Migranten zu fördern. Die Verbesserung der Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund beginnt bei der Verbesserung der Bildungschancen und einer deutlichen Verbesserung der Partizipation am Erwerbsleben. Zwei weitere Ebenen sind die Institutionen und dann auch die Migrantinnen und Migranten selbst.

(3) Migranten/-innen, Familien mit Migrationshintergrund

Zielgruppenorientierung

- Berücksichtigung v. Gesundheitswissen, Sprache, sozio-kultureller Aspekte nutzergerechte annehmbare Information(svermittlung)
- Nutzung existierender Kommunikationsstrukturen u. Netzwerke z.B. peer-education in Kinder-, Jungen-, Eltern-, Frauengruppen, Familien etc., Multiplikatorenansatz, „keypersons“

Ressourcenmobilisierung

- Beteiligung, Aktivierung, Beratung, Befähigung, Netzwerke
- gesundheitsbezogene Kompetenzen stärken

Verbesserung der Strukturen und Partizipation

Bei den Institutionen - und das ist auch ein Querschnittsziel, das wir gemeinsam formuliert haben mit allen Arbeitsgruppen - geht es vor allen Dingen um die Stärkung von Strukturen und Kompetenzen der Gesundheitsförderung. D. h. im Kontext Migration auch die konsequente Weiterführung einer interkulturellen Öffnung und damit der Ausrichtung der Strukturen und der Kompetenzen an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer. Um die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund“ erreichen, einschließen und beteiligen zu können ist eine transdisziplinäre und überinstitutionelle Vernetzung im Sinne von Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen nötig. In den Institutionen sind z.B. Fragen der Personal- und Organisationsentwicklung zu klären wie: Haben wir die richtigen Strukturen, das richtige Personal, die nötigen Mittel und ausreichende Kompetenzen, um an die Zielgruppe der Migranten/innen zu erreichen, die Angebote annehmbar zu gestalten, deren Qualität und Nachhaltigkeit zu sichern?

Probleme der sprachlichen Kommunikation mit Migrantinnen und Migranten sind bisher nicht angemessen gelöst, mit der Folge, dass die Partizipationschancen von Migranten/innen deutlich reduziert sind. Während einerseits die intensive Förderung der Kompetenzen von Migranten/innen in der deutschen Sprache vorangebracht werden muss, ist davon auszugehen, dass wir als Einwanderungsland immer wieder neue Migrantinnen und Migranten aus unterschiedlichsten Herkunftsländern aufnehmen werden, für die der systematische Einsatz professioneller Dolmetscher/innen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten bedeutsam ist. Vorhandene Strukturen, die in Berlin aufge-

baut wurden, sollten dazu weiter ausgebaut und vernetzt werden.

Der Settingansatz hat sich in der Gesundheitsförderung bewährt. Von der Familie, über Kindertagesstätten, Schule, aber darüber hinaus in Nachbarschaften und Sozialräumen existieren bereits Modelle guter Praxis. Eine Herausforderung stellt jedoch noch die Notwendigkeit dar, verschiedene Lebenswelten und soziokulturell unterschiedlich geprägten Milieus genauer zu betrachten und deren Kompetenzen und Potenziale gezielt einzubeziehen. Migrantengemeinschaften und Migranteneinrichtungen sowie Schlüsselpersonen aus diesen Gruppen nehmen hier eine wichtige Funktion als Multiplikatoren ein und sind für die Entwicklung innovativer Ansätze unverzichtbar.

Nicht nur bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen sondern auch bei der Evaluation bzw. im Qualitätsmanagement. In Institutionen sollten bei der Frage zur Erreichbarkeit und Partizipation der Zielgruppen, zur Annehmbarkeit und Nachhaltigkeit von Angeboten, Migrantinnen und Migranten systematisch einbezogen werden.

Zielgruppenspezifisch

Um die Partizipation von Migrantinnen und Migranten zu erreichen, sollten Aspekte der soziokulturellen Verschiedenheit akzeptiert und in der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. So sollten z.B. Kenntnisse über das Basiswissen in gesundheitsbezogenen Fragen in Erfahrung gebracht und darauf aufgebaut werden. Ist geringes gesundheitsrelevantes Wissen z.B. in Familien vorhanden, so beeinflusst dies die Gesundheit der Kinder. In Bezug auf die Sprache bedeutet dies herauszufinden, inwieweit die Materialien, Gespräche, Beratungssituationen verständlich sind und welche Bedeutung soziokulturelle Aspekte bei der Vermittlung und Akzeptanz von Information und bei der Beteiligung an Maßnahmen haben. Auch dazu ist es erforderlich, existierende Kommunikationsstrukturen und Netzwerke von Migranten zu nutzen und Ressourcen zu mobilisieren. Weitere Schlagworte sind: Aktivierung, Beratung, Befähigung und Netzwerkausbau, um gesundheitsbezogene Kompetenzen zu stärken.

Good practice Modelle

Ich möchte Ihnen zum Schluss ein paar Modelle guter Praxis vorstellen, bzw. auf Erreichtes hinweisen: z.B. den Aktionsschwerpunkt des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz zur Verbesserung der Ernährung von Kindern „Besser essen. Mehr bewegen. Kinderleicht“.

Erreichtes / Modelle guter Praxis



- Integrationslotsen
- Sprach- und Kulturmittlung
- Stadtteilmütter
- Quartiersmanagement
- Gesundheitsförderung rund um die Geburt

Wir haben verschiedene Einrichtungen in Berlin, die sich um das Thema Sprach- und Kulturmittlung verdient gemacht haben, wie z.B. die Projekte der Integrationslotsen, der Gemeindedolmetschdienst Berlin oder auch das Projekt der „Stadtteilmütter“ im Quartiersmanagement, das sozialraumorientiert ist und Gesundheitsaspekte einbezieht. Das Projekt „Gesundheitsförderung rund um die Geburt“ im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg möchte ich ebenfalls nennen, weil hier ein kommunales Netzwerk zur Gesund-

heitsförderung geschaffen wurde, in dem es darum geht, gesundheitliche und psychosoziale Situation von Schwangeren und jungen Familien insbesondere von sozial Benachteiligten und Migrantinnen zu verbessern.

Die vernetzten Strukturen und die transdisziplinären und institutionsübergreifenden Kooperationen schaffen besonders gute Voraussetzungen dafür, dass auch die Ziele erreicht werden können. In Kreuzberg beispielsweise haben etwa 50% der Mütter, die dort entbinden, einen Migrationshintergrund, so dass deutlich wird, dass es sich hier keinesfalls um ein randständiges Thema handelt.

Die Ziele orientieren sich an den Aspekten, die anfangs als Problembereiche aufgeführt wurden: Das sind Verbesserung der Zugangswege; Verbesserung der Kooperation; Stärkung der Elternkompetenz. Eine ganz besondere Relevanz hat das bei der Gesundheitsförderung von Kindern in der Altersgruppe von der Geburt an bis in's Grundschulalter. Aber auch darüber hinaus sollten Versorgungslücken identifiziert werden. Wir kommen zurück in den Bereich der Qualitätssicherung von Institutionen, wo es auch darum geht, Maßnahmen und Projekten für spezifische Bedarfe zu initiieren und durch eine Bündelung von Ressourcen Zielgruppen wirksam zu erreichen. Vielen Dank

Beispiel

Kommunales Netzwerk zur Gesundheitsförderung rund um die Geburt



Ziele

- Verbesserung der Zugangswege
- Verbesserung der Kooperation
- Stärkung der Elternkompetenz
- Identifizierung von Versorgungslücken
- Initiierung von Maßnahmen und Projekten
- Vermeidung von Doppelangeboten

Gesundheitliche und psychosoziale Situation von Schwangeren und jungen Familien, insbesondere sozial benachteiligten und Migrant(inn)en



Nachhaltigkeit sichern

= > folgende Lebensphasen

(Kleinkindalter, Kita, Grundschulalter, Pubertät ...)

Berliner Projekte für Kinder von 0 - 6 Jahren in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung und Sprachentwicklung

STEFAN POSPIECH, Gesundheit Berlin e.V.

Sehr geehrte Frau Senatorin, sehr geehrter Herr Staatssekretär, sehr geehrte Damen und Herren.

Ich habe die Aufgabe, über den Auftrag zur Zusammenführung von Datensammlungen gesundheitsfördernder Angebote für Kinder von 0 bis 6 Jahren in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Sprachentwicklung zu berichten. Ich kann passend anschließen an das, was Frau Dr. Bettge und Frau Professor Borde ausgeführt haben. Frau Dr. Bettge hat den Handlungsbedarf in diesen Handlungsfeldern deutlich dargelegt. Ergänzend hat Gesundheit Berlin im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz bestehende Datensammlungen gesundheitsfördernder Angebote zusammengeführt.

Ich möchte gleich vorweg sagen, das dies nur ein Ausschnitt aus der Gesamtheit der gesundheitsfördernden Angebote ist, die es in Berlin gibt. Dieses Feld ist sehr heterogen. Ich denke, wir haben einen ersten Schritt gemacht, um ein bisschen Licht in diese Heterogenität zu bringen. Dazu haben wir zum einen die Datenbank „www.gesundheitliche-chancengleichheit.de“ einbezogen, die Gesundheit Berlin im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufgebaut hat. Sie enthält mittlerweile 2.800 gesundheitsfördernde Angebote, die recherchierbar nach verschiedenen Handlungsfeldern und nach verschiedenen Zielgruppen sind. Gleichzeitig haben wir weitere Datensammlungen einbezogen, die ich Ihnen gleich vorstellen möchte, und diese dann anschließend deskriptiv ausgewertet.

Einbezogene Datensammlungen

Neben der Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ haben wir noch den Wegweiser „Rund ums Essen“ des Be-

zirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg einbezogen, ferner einen Bewegungswegweiser, den die MUT, Gesellschaft für Gesundheit, zusammengestellt hat.

→ → Ausgangslage

- Beauftragung durch die Senatsverwaltung Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
- Auswertung der Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- Einbeziehung weiterer Datensammlungen
- Deskriptive Auswertung

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin, 13.06.2007

Der Arbeitskreis Ernährung und Bewegung baut zurzeit eine Datenbank „Uebergewicht-Berlin.de“ auf. Obwohl diese Internetseite noch in der Entstehung ist, haben wir einige Fragebögen, die schon zurückgeschickt wurden, mit einbezogen.

Über die Beauftragung hinaus haben wir noch eine Anfrage beim Landessportbund gemacht, inwieweit Angebote oder Datensammlungen beim Landessportbund existieren.

Außerdem haben wir alle Organisationseinheiten „Qualitätsentwicklung, Planung und Koordinierung“ der Bezirke zur Frage kontaktiert, inwieweit bei ihnen Datensammlungen über gesundheitsfördernde Angebote für diese Zielgruppe und für diese Handlungsfelder vorliegen.

Ein Kriterium der Auswertung war zu schauen, ob die Angebote sich spezifisch an Kinder mit Migrationshintergrund richten.

Einbezogene Datensammlungen

Stand 15. Januar 2007

Datenquelle	Träger	Angebote gesamt	Mit Migra- tionshinter- grund	Ohne Migra- tionshinter- grund
Datenbank „Gesundheitsförderung bei soziale Benachteiligten“	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheit Berlin	51	26	25
„Rund ums Essen“	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg	18	4	14
Bewegungswegweiser	MUT, Gesellschaft für Gesundheit, gGmbH	34	1	33
Datenbank www.uebergewicht-berlin.de	Arbeitskreis Ernährung und Bewegung, Gesundheit Berlin	4	4	0
Sportjugend Berlin	Landessportbund Berlin	2	0	2
Angebote für werdende Mütter	Bezirksamt Spandau	35	0	35
Gesamtheit der Angebote		144	35	109

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin, 13.06.2007

Wir haben dazu insgesamt 144 Angebote in einem Adressverteiler zusammengeführt und haben diese Angebote dann nach verschiedenen Kriterien differenziert, soweit diese aus den Datensammlungen ersichtlich waren.

Die Logik der Fragebögen war sehr unterschiedlich: Das Kriterium Migrationshintergrund wurde nicht von allen Angeboten aufgeführt, daher war der Großteil in seiner Zielgruppenausrichtung eher unspezifisch. Von den 144 Angeboten konnten 35 identifiziert werden, die sich spezifisch an Kinder mit Migrationshintergrund wenden. Das haben wir zum Beispiel daran fest gemacht, ob die Angebote zweisprachig angeboten oder z.B. türkische Betreuer in dem Angebot aufgeführt werden.

Der Adressverteiler - ein erster Schritt zu mehr Transparenz

Da viele Datensammlungen zu dem Zeitpunkt der termingerechten Berichtsabgabe am 15. Januar 2007 noch in Planung waren, ist offensichtlich, dass der vorliegende Bericht kein abgeschlossener Adressverteiler sein kann.

So baut z.B. das Bezirksamt Mitte gerade eine Datenbank über Sport- und Bewegungsförderungsangebote auf. Die Rheuma-Liga Berlin hat ebenfalls Kontakt wegen vorliegender Datensammlungen aufgenommen. Das macht deutlich, dass dies ein erster Schritt in Richtung mehr Transparenz und Übersicht über die Angebote ist.

→ → weitere Datensammlungen

- Zurzeit der Berichterstattung noch in Planung

Datenquelle	Träger
„Kind in Reinickendorf-6 Jahre“ in Reinickendorf	Bezirksamt Reinickendorf
„Sport und Bewegungsförderungsangeboten Mitte“	Bezirksamt Mitte
„Kinder und Jugendbericht 2006 für Lichtenberg“	Bezirksamt Lichtenberg

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin, 13.06.2007

Die Adressverteiler haben wir dann nach folgendem Schema zusammengeführt. Ich habe jetzt hier als Beispiel mal den Zirkus Kabuwazi genommen, der ein kostenloses Angebot auch für Kinder mit Migrationshintergrund anbietet. Es geht hier um Bewegungsförderung, Feinmotorik und dergleichen.

chen. Das Angebot kann als niedrigschwellig bezeichnet werden.

Angebotsname: → → → → → → → → → → 47¶
 ¶
Kinderzirkus, Akrobatik, Einradfahren, Jonglage, Trampolinspringen, Inlineskating, Breakdance¶
 ¶
 Angebotsträger:¶
 ¶
Circus Cabuwazi (Kreuzberg)¶
 ¶
 Kurzbeschreibung:¶
 ¶
 Für Kinder, Jugendliche Familien¶
 ¶
 Aus einer Kreuzberger Einradgruppe entstandener Kinder- und Jugendzirkus. Heute trainieren rund 650 Kinder und Jugendliche verschiedenster Herkunft an den vier Standorten. Unter der Anleitung erfahrener Artisten, Pädagogen und Sozialpädagogen üben sie in etwa 80 Trainingsgruppen mehr als 30 verschiedene künstlerische Disziplinen – von klassischen wie Akrobatik, Jonglage, Seiltanz, Luftakrobatik bis zu modernen wie Breakdance und Inlineskating, aber auch Tanz, Pantomime, Musik gehören dazu.¶
 ¶
 Kosten¶
 Training ist kostenlos¶
 ¶
 Kontakt:¶
 ¶
 Circus Cabuwazi (Kreuzberg)¶
 ¶
 Wiener Str. 59h¶
 10999 Berlin¶
 ¶
 Tel.: 030 / 6119275¶
 Fax: 030 / 6111040¶


Nach diesem Schema haben wir den gesamten Adressverteiler aufgebaut, so dass auch Kontakt zu den jeweiligen Angeboten aufgenommen werden kann.

Anschließend haben wir den Verteiler deskriptiv ausgewertet. Ich sage bewusst deskriptiv, weil wir im Rahmen der Vereinbarung mit der Senatsverwaltung nicht überprüfen konnten, ob die Angebote noch bestehen. Wir haben das insofern sicherzustellen versucht, indem wir immer die aktualisierten Fassungen der Datensammlungen einbezogen haben. Allerdings konnten wir keine qualitativen Aussagen über die Angebote machen, wie Frau Prof. Borde das gerade mit den Best-Practice-Ansätzen dargestellt hat. Das war im Rahmen der Beauftragung nicht möglich.

Wir haben einerseits die räumliche Verteilung und andererseits die Aufteilung auf die verschiedenen Handlungsfelder dargestellt. Außerdem wurde differenziert nach Art des Angebotes: Ist es ein Kurs, ist es eine Fortbildung, ist es eine Beratung für Eltern, wie sie ihre Kinder fördern können.

Es wurde differenziert nach freien Trägern, nach Wohlfahrtsverbänden, nach Krankenkassen, nach Bezirksamtern, nach Kranken-

häusern. Wir haben die Altersgruppe nochmals spezifiziert, nämlich in Säuglinge, das heißt von 0 bis 1 Jahr, und in Vorschulkinder von 1 Jahr bis 5 Jahren und wie gesagt nach der spezifischen Ausrichtung des Angebotes auf Kinder mit Migrationshintergrund.




→ → **Beschreibung der Angebote**

- Nach räumlicher Verteilung (Bezirken),
- nach Handlungsfeldern,
- nach Angebotsart,
- nach Trägerschaft,
- nach Altersgruppen (Säuglinge/Vorschulkinder),
- nach spezifischer Ausrichtung auf Migrant/innen.

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin, 13.06.2007

Ergebnisse

Ich möchte nur zwei Ergebnisse aus dieser Fülle von Tabellen, die wir dabei erstellt haben, darstellen: Da ist einmal die Verteilung auf die Handlungsfelder.



→ → **Ergebnisse (1) (Mehrfachnennungen möglich)**

Handlungsfeld	N (%)
Bewegung	109 (75,7%)
Ernährung	53 (36,8%)
Sprache	18 (12,5%)

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin, 13.06.2007

Die höhere Gesamtzahl ergibt sich aus der Tatsache, dass sich viele Angebote in verschiedenen Handlungsfeldern verortet haben. Die Zahl geht daher über 144 Angebote hinaus. Es gab in den Datensammlungen, die wir ausgewertet haben, eine deutliche Priorität im Handlungsfeld Bewegung, gefolgt von Ernährung mit immer noch 53 Angeboten. Im Handlungsfeld Sprachentwicklung haben sich nur 18 Angebote verortet. Differenziert man das nochmals auf die spezifische Ausrichtung eines Migrationshintergrundes, wird deutlich, dass die meisten Angebote - soweit wir sie überprüfen konnten - nicht spezifisch eine interkulturelle Kompetenz innerhalb ihres Personals ausweisen. Beim Handlungsfeld Bewegung waren es

19 Angebote für Familien bzw. Kinder mit Migrationshintergrund, bei Ernährung 23. Im Feld der Sprachentwicklung richtet sich die Mehrzahl der Angebote spezifisch an Migranten.

 → → **Ergebnisse (2)** (Mehrfachnennungen möglich)

Handlungsfeld	mit Migrationshintergrund	ohne Migrationshintergrund
Bewegung	19	90
Ernährung	23	31
Sprache	15	3

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin, 13.06.2007

Resümee


Die Auswertungsergebnisse sind mit Vorsicht zu genießen, da die vorgefundenen Datensammlungen bestimmte inhaltliche und regionale Schwerpunkte auswiesen. Z.B. waren bei der Verteilung die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg, Spandau und Mitte deshalb immer an erster Stelle, weil aus diesen Bezirken die größten Datensammlungen einbezogen wurden. Das heißt natürlich nicht, dass in den anderen Bezirken keine Angebote existieren, sondern, dass wir aus diesen Bezirken keine Datensammlung vorliegen hatten. Es lässt sich also schlussfolgern, dass die Datenlage in den Bezirken stark variiert und die Daten in unterschiedlicher Form aufge-

arbeitet waren. Wir konnten sie in einer gewissen Weise vereinheitlichen.

Es sind ausdrücklich keine Aussagen zur Grundgesamtheit von Angeboten in Berlin möglich. Es ist aber ein erster Schritt und auch eine erste Erfahrung auf dem Weg, wie man eine solche Transparenz über gesundheitsfördernde Angebote darstellen könnte, so dass es auch für Außenstehende leichter ist, sich zu orientieren, wie man an solchen gesundheitsfördernden Angeboten teilnehmen kann.

Soweit zu dem Bericht, den Gesundheit Berlin erstellt. Er liegt auch aus. Wer an detaillierteren Ergebnissen aus dem Bericht interessiert ist, kann ihn einsehen.

Vielen Dank

 → → **Resümee der Adressauswertung**

- Auswertungsergebnisse sind von den vorgefundenen Datensammlungen und deren inhaltlichen und regionalen Schwerpunkten geprägt.
- Datenlage in den Bezirken variiert stark.
- Keine Aussagen zur Grundgesamtheit von Angeboten in Berlin möglich.
- Freie Träger dominieren als Anbieter.

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin, 13.06.2007

Diskussion

Senatorin Katrin Lompscher:

Vielen Dank, Herr Pospiech. Jetzt haben wir im heutigen Veranstaltungsplan die Diskussionszeit erreicht und es sind noch fünf Minuten übrig geblieben. Ich denke die werden wir etwas überziehen. So, ich bitte um Wortmeldungen. Und nicht vergessen, sich vorzustellen.

Dr. Frank Jochum, Ev. Waldkrankenhaus Spandau:

Mein Name ist Jochum, ich komme vom Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau. Vielen Dank für Ihren klaren Vortrag, Herr Pospiech. Ich habe eine Anmerkung. Vielleicht habe ich das auch falsch verstanden. Ich hatte den Eindruck, dass die Einrichtungen aus dem kinder-/und jugendmedizinischen Bereich in der Datenbank gar nicht erfasst sind an Hand der 144 Darstellungen in dem ersten Teil, den Sie gemacht haben. Können Sie das kommentieren?

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin e.V.:

Die Beauftragung sah eigentlich vor, nur die Datenbank [„www.gesundheitliche-chancengleichheit.de“](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de), die Datensammlung in Kreuzberg und die von MUT e. V. zusammenzuführen und auszuwerten. Wir haben dann darüber hinausgehend, so weit es uns im Rahmen dieser Beauftragung möglich war, Kontakt mit den bezirklichen Planungs- und Koordinierungsstellen aufgenommen. Wir haben aber viele Anbieter einfach nicht mehr selber erfassen können, weil dazu die Ressourcen nicht bereit gestellt waren, so dass davon auszugehen ist, dass auch die Kinder- und Jugendämter sicher noch Angebote haben, wir diese aber nicht mehr in diesen Adressverteiler einfügen konnten.

Dr. Frank Jochum, Ev. Waldkrankenhaus Spandau:

Ich denke, das macht Sinn, da noch mal zu gucken, weil an den Kinderkliniken bei verschiedenen Kinder- und Jugendmedizinern auch ganz qualifizierte Angebote vorgehalten werden, gerade zu den Bereichen, die Sie erfassen wollen. Ich glaube, da fehlt ein

wesentlicher Teil. Das wäre, glaube ich, eine Anregung.

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin e.V.:

Ja, vielen Dank für die Anregung. Ich denke, wir müssen dann auch mit der Senatsverwaltung überlegen, wie wir diesen Adressverteiler weiter voranbringen. Wir haben einige Rückmeldungen über Angebote von Krankenhäusern, aber es ist sehr aufwendig, für ganz Berlin zu gucken, was es für Angebote waren. Dazu wären deutlich mehr Ressourcen notwendig, als für diesen ersten Schritt bereitgestellt wurden.

Martina Schmidhofer, Bezirksstadträtin Charlottenburg-Wilmersdorf:

Martina Schmidhofer, ich bin Stadträtin für Gesundheit in Charlottenburg-Wilmersdorf, und ich wage jetzt mal eine Frage: Wie soll der Zusammenhang hergestellt werden zwischen den Angeboten, die sich in der Datenbank befinden, und den Gesundheitszielen? Ich sage das jetzt mal vor dem Hintergrund, dass mir beim Durchblättern aufgefallen ist, dass viele Angebote im Rahmen öffentlich geförderter Beschäftigung finanziert werden. Das ist für sich genommen überhaupt nichts Schlimmes, da stellt sich dann allerdings die Frage der Nachhaltigkeit.

Also es kann sein, dass das Angebot nach einem Jahr nicht mehr stattfindet oder dass die Gruppen sich immer wieder neu zusammenfinden müssen. Das ist zwar weniger das Problem, das größere Problem sehe ich in der Zugänglichkeit bzw. Akzeptanz, wir haben es ja auch bei der Zielvorstellung gesehen. Und ich weiß aus eigener Erfahrung im Bezirk, wenn man Angebote macht, ist das nicht so, dass die überrannt werden oder dass man nicht genug informiert, also dass man Zettel auslegt oder zu Kitas bzw. Schulen geht. Das Hauptproblem ist die Frage, was man tun kann, damit diejenigen, von denen man glaubt, dass sie zu den zwei Prozentpunkten gehören oder zu den 40 - je nach dem, welches Ziel man nimmt - diese Angebote annehmen bzw. so annehmen, dass die Ziele erreicht werden? Das treibt mich jeden Tag um, auch hier und heute.

Senatorin Katrin Lompscher:

Wer möchte die Frage beantworten? Vermutlich muss ich jetzt etwas zu sagen:

Also, ich wage mal eine Antwort. Wenn es so ist, dass wir in der Landesgesundheitskonferenz vielfältigste Akteure haben mit verschiedenen Zugängen zum Thema Gesundheit der Berlinerinnen und Berliner und wenn es als Zweites stimmt, dass wir hier Empfehlungen für prioritäre Gesundheitsziele geben, mit denen dann die Entscheider in ihrer Verantwortung umgehen sollen, dann helfen solche Übersichten natürlich, das Angebot gezielter auszurichten auf solche Ziele und Zielgruppen. Und dann helfen solche Übersichten auch, um die Defizite zu erkennen, was mit den eigenen Ressourcen verstärkt unternommen werden muss, so begrenzt sie auch sein mögen. Wir wissen alle, dass die Dinge nicht einfach sind. Aber natürlich gibt es ein Problem bei solchen Übersichten. Die Dinge verändern sich rasend schnell, also man muss sie irgendwie aktuell halten. Dieser Überblick ist ja nicht nur für die Adressaten wichtig, sondern der ist ja auch für die Entscheider wichtig. D.h. wenn ich mit der Botschaft zum Finanzsenator gehe: „Es gibt ganz viel, ich weiß aber nicht genau wie viel, aber wir brauchen auf jeden Fall mehr!“, da habe ich ganz schlechte Karten. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, diese Instrumente zu professionalisieren, damit man gut argumentieren und entscheiden kann.

Helga Walter, Landesseniorenbeirat:

Es mag verwundern, ich bin eigentlich Vertreterin der Senioren, aber ich war auch mal Stadträtin für Gesundheit in Köpenick. Es ist ein offenes Geheimnis, dass die Jugendgesundheitsdienste unterbesetzt sind. Ich denke, was Frau Schmidhofer meinte, dass man an die Menschen schlecht herankommt, die eigentlich die Hilfe brauchen, für die man die Angebote hat. Ein Punkt wäre, den Jugendgesundheitsdienst so auszustatten, dass er in der Lage ist, regelmäßig Kindergärten und die niederen Klassen in den Schulen zu besuchen; zu untersuchen, wie man an die Leute rankommt und auch an die Kinder rankommt. Gibt es denn da eine Chance, dass die Zahl der Ärzte in den Jugendgesundheitsdiensten wieder aufgestockt wird?

Ich weiß, der Finanzsenator sagt „Nein“. Es müsste aber Außeneinstellungen geben, weil

im Stellenpool keine Kinderärzte verfügbar sind. Aber gerade an dieser Stelle ist der Ansatz, um überhaupt an die Zielgruppe heranzukommen.

Senatorin Katrin Lompscher:

Also erlauben Sie mir auch hier eine ganz kurze Antwort.

Der Reformprozess des öffentlichen Gesundheitsdienstes befindet sich in der zweiten Phase, wenn man es so nennen will. Wir haben dieses Gesetz, ein gutes Gesetz. Wir haben unter anderem solche Institutionen, das ist auch eine gute Sache. Und wir haben noch offene Punkte, die gemeinsam mit den Bezirken zu klären sind, damit es zu einer Einigung kommt, auch über die Finanzierungsstrukturen. Diese Klärungen laufen derzeit. In dem Zusammenhang, auch weil es öfter angesprochen wurde, sage ich ganz deutlich, eine Übertragung der Schuleingangsuntersuchung in Gewährleistungsverantwortung kommt nicht in Frage, wird es nicht geben. Im Gegenteil, dies ist eine Kernaufgabe des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Vor diesem Hintergrund wird es auch notwendig sein, Nachbesetzungen im erforderlichen Umfang so schnell wie möglich hinzubekommen. Es gibt aber noch ein paar Hausaufgaben, die müssen noch erledigt werden. Und da kann ich einfach nur um gute Zusammenarbeit all derer bitten, die daran beteiligt sind.

Elfi Jantzen, Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:

Mein Beitrag geht in die gleiche Richtung. Das Problem mit diesen Übersichten, die es ja diverse Male gab, ist doch in der Tat, dass die Projekte kaum, dass sie drin sind, irgendwie schon wieder weg sind. Und gerade, wenn wir sozial benachteiligte Familien oder Kinder erreichen wollen, Kinder mit Migrationshintergrund und ihre Eltern, dann braucht man Kontinuität, weil die gucken nicht immer, wo ist jetzt was. Also „Stadtteilmütter“ ist ein gutes Beispiel, bei dem wirklich auf Nachhaltigkeit gesetzt wird, um in die Familien zu gehen. Aber das ist meines Wissens auch noch immer Modellprojekt und hat keine nachhaltige Finanzierung. Und deswegen ist die Frage, wie man in diese Richtung irgendwie weiterdenkt, z.B. konkrete Strukturen aus den unterschiedlichen Feldern zu schaffen, die auch miteinander

arbeiten. Ich fand am Schluss des Beitrags von Frau Bettge ganz gut, noch mal zu sagen, dass die Problemfelder sich überlappen und auch die Ursachen sich überlappen. Es ist natürlich wichtig, dass man die Ressourcen zusammenführt aus den unterschiedlichen Verwaltungen und den Akteuren. Es passiert mir aber in der Tat irgendwie noch zu wenig.

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin e.V.:

Ich möchte etwas zur Aktualisierung von solchen Angebotsübersichten sagen. Ich kann das am Beispiel der Datenbank, die wir zusammen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufgebaut haben, deutlich machen. Es ist ein Prozess, der sich über Jahre hingezogen hat, der sehr ressourcenaufwendig ist. Das bedeutet, man muss die Projekte anschreiben, man muss immer wieder Aktualisierungen durchführen und man muss natürlich auch diese Angebote so machen, dass die Leute auch leicht recherchieren können. Das bedeutet das Vorhandensein einer Eingabemaske, in der die Leute leicht das Angebot suchen können, das ihren Bedürfnissen entspricht. Wie die Nachhaltigkeit solcher Angebote gesichert werden kann, würde ich dann vielleicht Frau Lompscher fragen.

Senatorin Katrin Lompscher:

Ja, da verweise ich auf unseren anschließenden Themenblock und gebe jetzt Frau Gold das Wort.

Carola Gold, Gesundheit Berlin e.V.:

Ich würde auch gern noch einmal auf Elfi Jantzen eingehen. Also uns tat es auch Leid. Wir haben schon einmal eine Erhebung 2001 gemacht zu dem Kinderangebot hier in Berlin. Das ist ein Ausdruck davon, wie wenig es uns gelingt, zum einen dort eine Kontinuität hinzubekommen, aber auch zum anderen, das, was es an Ansätzen bereits gibt, zusammenzuführen. Also ich glaube, der Beitrag von Stefan Pospiech hat gezeigt, dass wir es noch nicht gut verstanden haben, beispielsweise die Potenziale aus den Bezirken mit dem Prozess der Landesgesundheitskonferenz zusammen zu bringen. Ich denke, vieles braucht natürlich Ressourcen, aber bei manchem ist eine Abstimmung auch schon

sehr viel hilfreich, wenn man sich auf Kriterien, auf Handlungsfelder verständigt und sagt, wir reden über dieses und jenes. Das ermöglicht es, die Dinge in die Kontinuität zu bringen. Ich hoffe, uns gelingt es, den Prozess der Landesgesundheitskonferenz in diesem Sinne weiterzuführen.

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff, Staatssekretär der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt u. Verbraucherschutz:

Also, mit einer Vielzahl von Ihnen habe ich in den letzten Monaten Gespräche geführt, auch in Vorbereitung der Landesgesundheitskonferenz, und dabei sind mir drei Sachen aufgefallen.

Es ist mir aufgefallen, dass es hier ganz viel Beifall gab bei der Forderung nach mehr Personal im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, was zweifellos eine richtige Forderung ist.

Ich denke, dass wir über drei verschiedene Problemlagen reden, die sich relativ einfach auf eine Formel zusammenfassen lassen: Wir brauchen mehr Personal. Ich glaube, dass es aber nicht ausreicht. Deshalb will ich zur Erinnerung einfach sagen, dass ich glaube, hier besteht bei Ihnen eine sehr große Einigkeit. Dieser Gesundheitszieldiskussionsprozess, den wir hier führen, dauert schon extrem lange und all die Menschen, die hier sitzen, würden mit großer Erleichterung zur Kenntnis nehmen, wenn wir mal sagen: „Darüber haben wir uns jetzt verständigt, und jetzt begeben wir uns neben der Diskussion von Gesundheitszielen auch an deren Umsetzung“.

Das hat mit der Frage, wie viel Personal im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oder im öffentlichen Gesundheitsdienst insgesamt vorhanden ist, erst mal nur bedingt etwas zu tun. Es geht vielmehr darum, dass man auch den Mut hat, einen Prozess abzuschließen, sich verbindlich auf etwas zu verständigen und bei der verbindlichen Verständigung zu bleiben, die man auch umsetzen möchte. Das, finde ich, gehört hier ganz wesentlich mit dazu. Wenn die Senatorin vorhin gesagt hat, dass wir heute einen solchen Schritt machen, indem wir sagen, wir haben einen Diskussionsprozess und wollen ihn zu Ende bringen und uns jetzt über die Frage Gedanken machen, in welcher Weise wir diese Gesundheitsziele praktisch werden lassen, so ist das schon mal ein ganz wichtiger Punkt.

Dabei bedenke ich, was Frau Schmidhofer und auch das, was Frau Jantzen gesagt haben, dass wir eine unglaublich vielfältige Trägerlandschaft haben. Davon gibt es ganz große Träger und es gibt ganz kleine Träger. Es gibt Initiativen, die nur sehr kurz, und Initiativen, die schon unheimlich lange dauern. Die ganz großen Träger oder die Projekte, die schon lange laufen, müssen nicht immer die sein, in denen durch Länge und der Größe des Projekts automatisch die höchste Qualität und auch Innovationsfähigkeit realisiert wird. Deshalb haben wir uns auch die Frage und die Aufgabe gestellt, zu schauen, was beispielsweise bei uns im Haus an Förderstrukturen stattfindet und diese Strukturen einer kritischen Überprüfung zu unterziehen.

Wir wollen die Innovationsfähigkeit erhöhen und schauen, was man gerade in kleinen, sonst möglicherweise nur kurzlebigen Projekten an Mitteln zur Verfügung stellen kann. Zurzeit besteht doch - das hat Frau Lomscher etwas verklausuliert ausgedrückt - die Rolle der Senatsverwaltung in dieser Landesgesundheitskonferenz in unserer aktiven Beteiligung. Ganz viele Blicke sind auf uns gerichtet, mal fordernd, mal bittend und bei dem, was wir politisch möchten, treten wir in der Regel vor allem an die Kassen heran und sagen, habt ihr Lust, aus eurem Budget mal ein bisschen was zu Verfügung zu stellen, was wir zurzeit nicht selber realisieren können.

Wir wollen in den nächsten Jahren dazu beitragen und erreichen, dass diese etwas eingeschränkte Form der politischen Souveränität überwunden wird und mal wieder praktisch werden. Wir wollen diese Vielfältigkeit, die es gibt, unterstützen, um mehr Dauerhaftigkeit und Verbindlichkeit zu realisieren. Dabei ist es mir wichtig mitzuteilen, dass ich viele getroffen habe, die mir im Vorfeld dieser Landesgesundheitskonferenz gesagt haben, wir haben hier viele Akteure mit unglaublich vielen Interessen, aber die Summe aller dieser vielfältigen Interessen ergibt nicht unbedingt einen qualitativen Sprung, sondern manche Interessen schließen sich aus.

Häufig wird ein Formelkompromiss gebildet und manchmal ist man auch nur hier, um zu gucken, ob der andere nicht einen Vorteil davon hat, dass er da ist - deshalb muss ich auch da sein. Das heißt also, wenn Sie über Vielfältigkeit sprechen, wenn Sie sagen, es gibt unglaublich viele Akteure, - manche

sind nur ganz kurz dabei - müssen wir uns auch anschauen, ob sich hier manche vielleicht auch im Prozess verabschiedet haben, weil es ihnen nicht schnell genug ging oder weil sie das Gefühl hatten, dass der Sinn dieser Landesgesundheitskonferenz nicht darin bestehe, sich auf etwas zu verständigen. Der Prozess hat nicht in allen Punkten dazu geführt, dass man am Ergebnis gemeinsam gearbeitet hat, sondern man hat diskutiert, aber ein paar haben ihren Stiefel einfach weiter fortgeführt wie bisher. Will sagen, die Zusammenfassung von Interessen und auch gemeinsam etwas zu erreichen, ist vielleicht etwas untergegangen.

Der dritte und letzte Punkt ist die Frage des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Da hat die Senatorin schon ganz deutlich gesagt, wir sind in einem heftigen Diskussionsprozess innerhalb des Senats. Wir sind in einer haushalterisch etwas besseren Situation und gleichzeitig in einer extremen Haushaltsnotlage. Und in diesem Spannungsverhältnis, welches der Regierende Bürgermeister nicht euphemistisch, sondern ernsthaft überschreibt mit „Konsolidieren und Gestalten“, ist unsere Aufforderung an die anderen Mitglieder des Senats - da sind wir uns in vielen Punkten auch mit der Bildungsverwaltung einig, die einen ähnlichen Ansatz für ihren Bereich pflegt - ihnen zu sagen, gestalten heißt in den Kernbereichen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und auch im Kinder-Jugend-Gesundheitsdienst, dass es ein Netzwerk Kinderschutz gibt. Dafür brauchen wir auch Personal, das muss auch adäquat ausgestattet sein. Es ist eine Diskussion, die sich extrem auf der Mühe der Ebene bewegt, aber da geht's uns ja nicht wesentlich besser als den Bezirken, wenn sie in Verhandlungen stehen. Insofern sind wir hier in gewisser Hinsicht eine Leidensgemeinschaft mit unterschiedlichen Fähigkeiten, das Leiden zu beenden.

Senatorin Katrin Lomscher:

Wir haben jetzt einen Einblick bekommen in unsere Arbeitsteilung. Zwei Wortmeldungen sehe ich noch in unserer überzogenen Diskussionszeit. Dann gebe ich Frau Schmidhofer das Wort, danach Frau Simon. Und danach beenden wir die Diskussion.

Martina Schmidhofer, Bezirksstadträtin Charlottenburg-Wilmersdorf:

Was Herr Staatssekretär gesagt hat, ist ja soweit einleuchtend, wobei ich glaube, die Rollen sollten schon noch getrennt werden. Also wir sitzen nicht alle in einem großen Topf und über uns der Finanzsenator. Da hat schon jeder auch ein unterschiedliches Päckchen zu tragen. Was mir fehlt bei dem, was verabschiedet werden soll, sind die Struktur- und Prozessziele. Frau Bettge hat ganz wunderbar ausgeführt, dass praktisch drei Parameter festzulegen sind, in denen man ein Ziel erreichen kann. Und gerade bei einem Prozessziel würde für mich dazugehören, festzulegen, welche Akteure die Angebote verknüpfen, die dankenswerterweise zusammengetragen wurden und wo es sicherlich Hinweise auf diejenigen gibt, die davon profitieren sollen. Denn die türkische Mutter geht nicht ins Internet und recherchiert, wo sie was tun kann, damit ihr Junge etwas beweglicher wird. Es geht vielmehr darum, dass es Leute gibt, die diesen Prozess übernehmen und beide verbinden. Und aus diesem Grund bitten wir auch ganz bescheiden darum, dass im öffentlichen Gesundheitsdienst diejenigen, die ausscheiden, ersetzt werden. Wir verlangen im Moment gar nicht neues Personal, das klingt immer nur so. Also ich finde, das ist nichts Unanständiges. Man kann ja nicht einfach sagen, die wollen ja immer nur Personal, vorher arbeiten die gar nicht. Wir wollen nur, dass wir genauso viel haben, wie Planstellen da sind. Wir haben sogar die Finanzierung. Auch da verlangen wir gar nichts, was man auch verlangen könnte. Wenn da nicht bald was klar ist, dann ist einfach der Unterschied, der zwischen denen, die vor Ort ja nun die Arbeit machen, und den Zielen so groß, dass es wirklich ein Problem ist, das ernsthaft zu verabschieden. Das ist wirklich meine Bitte.

Ingeborg Simon, Volkssolidarität Berlin:

Mein Name ist Ingeborg Simon, ich bin Vorstandsmitglied der Volkssolidarität Berlin und bin dort zuständig für Gesundheits- und Sozialpolitik. Ich möchte erst mal meinen ganz herzlichen Dank zum Ausdruck bringen, weil ich finde, dass das jetzt hier schon wieder in eine - sicherlich gut begründeten Debatte - über Defizite, damit in eine Einbahnstraße gerät. Ich finde - und ich habe an allen Landesgesundheitskonferenzen teilgenommen, auch an der Institutionalisierung

Anteil gehabt - dass das heute für mich in der Rückschau eine Zäsur ist. Eine Zäsur deswegen, weil wir heute zum ersten Mal neben einer sehr kritischen Bewertung des bisher Geleisteten eine ganz klare Strukturierung haben auf ganz konkrete Gesundheitsziele. Ich finde, das sollte man einfach mal positiv werten.

Ich möchte auch ganz deutlich sagen, wie sehr es jetzt darauf ankommt in dem nicht öffentlichen Teil der Landesgesundheitskonferenz, der hoffentlich Beschlüsse fasst, darüber zu diskutieren, dass diese Beschlüsse eine hohe Verbindlichkeit haben. Leider gibt das die bestehende Geschäftsordnung nach aufmerksamem Lesen aus meiner Sicht nicht her. Die Verbindlichkeit muss gewährleistet sein, dass alle ihren Teil da zu leisten. Denn da sitzen nicht zufällig irgendwelche Leute. Das ist die eine Frage, wie man diese Verbindlichkeit für alle gleichermaßen, jeweils natürlich mit Ihren Kompetenzen und Ihren Möglichkeiten, auf diese heute klar formulierten Ziele ausrichten kann.

Dann würde ich mir sehr wünschen, auch mit kritischem Blick auf die Vergangenheit, dass die bezirkliche Beteiligung in dieser Landesgesundheitskonferenz eine andere wird. Ich möchte daran die Frage anschließen, inwieweit man die Mitglieder in der Landesgesundheitskonferenz, so wie sie jetzt gefunden wurden, noch mal einer kritischen Überprüfung vor dem Hintergrund der Gesundheitsziele und klar orientierter Sozialraumorientierung unterzieht.

Außerdem wünsche ich mir eine gute Öffentlichkeitsarbeit. Was ich bisher vermisst habe, ist, dass, wenn diese Konferenz vorbei ist, dann ein paar Arbeitsgruppen tagen, ein Vorbereitender Ausschuss, ein Begleitender Ausschuss, und dann kommt man nach einem Jahr wieder zusammen, und wir hören wieder ein bisschen was. Ich glaube und hoffe und hätte es schön gefunden, dass mit der Idee, die die Senatorin eingebracht hat, vielleicht diejenigen, die heute im Geschäft der politischen Verbreitung solcher Ideen sind, sich noch mal dazu geäußert hätten; zum Gedanken eines verstetigten Gesundheitsforums als einer Diskussionsplattform, wo man sich mittelbar Einwirkung verschafft. Was wir gemeinsam anstreben wollen, ist ein dauernder Dialog Interessierter, die von der nicht öffentlichen Landesge-

sundheitskonferenz und ihren Beschlüssen ja zunächst ausgeschlossen sind. Ich wünsche mir eine weniger an Defiziten orientierte Diskussion. Ich fände es ganz schön, wenn

man endlich auch mal sagt, jetzt haben wir etwas erreicht, lass uns weiter daran arbeiten.

Das Landesprogramm „Gute gesunde Schule und Kita“

ELISABETH MÜLLER-HECK, Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung

Vielen Dank Frau Senatorin, Herr Staatssekretär, sehr geehrter Damen und Herren. Vor einem Jahr hat an dieser Stelle Herr Müller, der Vorstandsvorsitzende der AOK Berlin, das Projekt „Anschub.de“ vorgestellt, das wir gemeinsam, die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, mit der AOK Berlin und der Bertelsmann Stiftung seit drei Jahren in Berlin-Mitte an 13 unterschiedlichen Schulen und Schularten durchgeführt haben.

Kooperationspartner im Landesprogramm Gute gesunde Schule

- AOK – Berlin
- BarmerErsatzkasse
- BKK – Landesverband Ost
- DAK – Unternehmen Leben
- Gmünder Ersatzkasse
- HZK – DIE PROFIKRANKENKASSE
- IKK Brandenburg und Berlin
- Techniker Krankenkasse
- Unfallkasse Berlin
- Bertelsmann Stiftung
- Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung

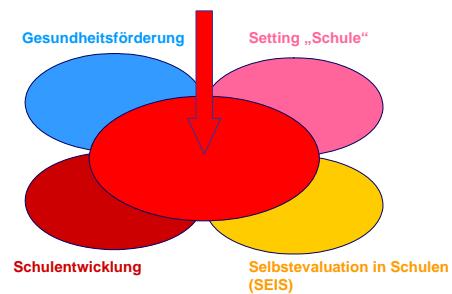
Dieses Programm hat in den Schulen Erfolge erzielt, die uns ermutigt haben, vor Abschluss des Programms, das wir noch bis zum nächsten Schuljahr in Berlin-Mitte durchführen werden, zu einer Ausweitung zu kommen, nämlich zu einem Landesprogramm „Gute gesunde Schule“.

Berliner Landesprogramm Gute gesunde Schule

<p>Der Ansatz Gute gesunde Schule</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setting „Schule“ • <u>S</u>elbstevaluation in <u>S</u>chulen (SEIS) • Schulentwicklung • Gesundheitsförderung 	<p>Rahmenbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppen • Ziele • Ausbaustufen • Unterstützungsangebote • Ressourcensicherung • Steuerungsmodell • Teilnahmebedingungen
--	---

An diesem Landesprogramm, das wir in diesem Jahr durch einen Kooperationsvertrag besiegeln konnten, beteiligen sich nun mittlerweile wesentlich mehr Kooperationspartner.

Der Ansatz - Gute gesunde Schule



Wir sind sehr glücklich darüber, dass uns neben der AOK Berlin jetzt auch viele andere, große und kleinere Krankenkassen aus dieser Stadt und selbstverständlich auch die Unfallkasse unterstützen. Die Bertelsmann Stiftung ist weiterhin Partner und ebenso natürlich wir als Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Wir finden, dass ein Programm mit so vielen Partnern schon eine recht zukunftsweisende Geschichte ist.

Ich möchte Ihnen im Rahmen dieses kurzen Statements einmal den Ansatz der „Guten gesunden Schule“ vorstellen und zum anderen auf die Rahmenbedingungen hinweisen. Der Ansatz der „Guten gesunden Schule“ bezieht sich im Wesentlichen auf das Setting Schule. Es hat einen ganz wichtigen Aspekt, nämlich die Selbstevaluation in Schulen. Wir möchten herausfinden, was eigentlich in den Schulen passiert, was sich dort verändert. Wir beraten die Schulen in der Schulentwicklung und last but not least besteht die Gesundheitsförderung aus ganz konkreten Angeboten, die in der Schule umgesetzt werden sollen.

SettingSchulé

gesamte Schule als Adressat von Interventionen

- Integration der Gesundheitsförderung in die Organisationskultur

auf das Verhalten und die Verhältnisse ausgerichtete Interventionen

- gezielte Gesundheitsprogramme
- Bearbeitung der informellen und formellen Strukturen und Muster / Aufgabenverteilung
- Verteilung der Ressourcen / Architektur und Einrichtung
- Beziehungen / Kontakte nach außen

Beteiligungs- und Wahlmöglichkeiten der einzelnen Zielgruppen

- aktive Gestaltung der Rahmenbedingungen
- Nutzung der unterschiedlichen Sichtweisen und Erfahrungen von Eltern, Lehrer/innen und Schüler/innen

➡ Schule als System ◀

Das Setting Schule

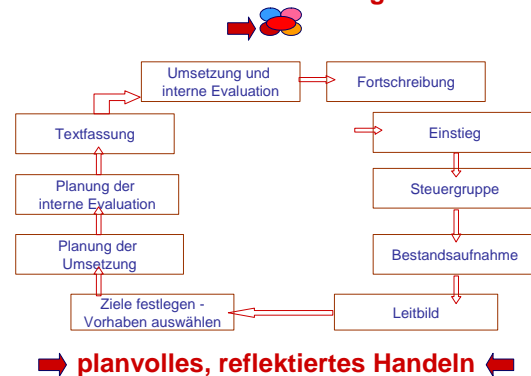
Das Setting an sich brauche ich hier in diesem Rahmen nicht zu erklären. Schule ist ein Setting, in dem Gesundheitsförderung stattfindet. Das heißt, die gesamte Schule wird als Adressat von Interventionen betrachtet. Die Gesundheitsförderung soll in die gesamte Organisationsstruktur von Schulen, die sich am Landesprogramm beteiligen, integriert werden. Wir richten unsere Intervention in den teilnehmenden Schulen auf das Verhalten und die Verhältnisse mit gezielten Gesundheitsprogrammen. Wir bearbeiten die Strukturen und Muster, die in einer Schule vorkommen. Wir gehen auf die Aufgabenverteilung ein und beachten Ressourcen und natürlich auch die Beziehungen der Schulen nach außen. Dann ist uns der Aspekt der Partizipation der einzelnen an Schule beteiligten Zielgruppen ganz wichtig.

Selbstevaluation in Schulen

Alle Berliner Schulen sind seit einiger Zeit aufgefordert, sich selbst zu evaluieren. Wir haben ja auch die Schulinspektion als ein Qualitätsinstrument in der Berliner Schule. Die Schulinspektion beachtet - und darauf sind wir doch einigermaßen stolz - auch den Aspekt von Gesundheit, Gesundheitsförderung als ein Qualitätsmerkmal guter Schulen. Das ist nicht in allen Bundesländern so. Insofern sind wir sehr froh, dass wir Bildung und Gesundheit an dieser wichtigen Stelle miteinander koppeln konnten.

Die Schulen im Projekt „Anschub.de“ ebenso wie die Schulen im Landesprogramm „Gute gesunde Schule“ verwenden ein einheitliches Evaluationsinstrumentarium, das von der Bertelsmann Stiftung entwickelt wurde und international lange erprobt wurde. Dieses Instrumentarium, SEIS genannt, wird neben den Schulen anderer Bundesländer, so auch allen Berliner Schulen, zur Verfügung gestellt. Schulen, die es in Anspruch nehmen, müssen es selber finanzieren. Die Schulen in unserem Landesprogramm können es kostenlos nutzen.

Schulentwicklung



Im Evaluationsinstrumentarium SEIS werden die Qualitätsbereiche von guten Schulen evaluiert. Es bezieht sich auf den Bildungs- und Erziehungsauftrag, auf Lernen und Lehren, Führung und Management, Schulklima und Schulkultur und auf die Zufriedenheit der an Schule beteiligten Personengruppen. All diese Qualitätsbereiche haben mittelbar oder unmittelbar etwas mit dem Thema Gesundheit zu tun und werden von den teilnehmenden Schulen auch unter diesem Aspekt bearbeitet. Zusätzlich gibt es dann für die Schulen im Landesprogramm noch 40 Fragen ganz speziell zum Thema Gesundheit, so dass wir am Ende doch auf einen guten Überblick hoffen, darauf, was die Schulen im Verlauf der Teilnahme am Landesprogramm bewegt haben.

Selbstevaluation in Schule (SEIS)



Bildungs- u. Erziehungsauftrag	Lernen und Lehren	Führung und Management	Schulklima und Schulkultur	Zufriedenheit
Fach- und Sachkompetenz	Lern- und Lehrstrategien	Leitbild und Entwicklungsvorstellungen	Schulklima	Erfüllung der Bedürfnisse der Schüler/innen
Lern- und Methodenkompetenz	Ausgewogener Unterricht	Entscheidungsfindung	Beziehungen innerhalb der Schule	Erfüllung der Bedürfnisse der Schüler/innen
Sozialkompetenz	Bewertung von Schülerleistungen	Kommunikation	Beziehungen der Schule nach außen	Zufriedenheit der Lehrer/innen
Selbstkompetenz & Fähigkeit zu kreativem Denken		Operatives Management	Förderung positiven Verhaltens	
Praktische Kompetenz		Motivation und Unterstützung	Unterstützung für Schüler/innen	
Erfüllung d. Anforderungen aufnehmender Schulen		Planung, Implementierung und Evaluation		
Erfüllung d. Anforderungen der Berufswelt		Personalentwicklung		

➡ Qualitätsentwicklung/-sicherung ←

Die Schulen werden in ihrem Schulentwicklungsprozess sehr qualifiziert beraten. Sie steigen ein, wenn sie sich für die Teilnahme entschieden haben. Sie bilden in jeder Schule eine Steuergruppe, die als Erstes eine Bestandsaufnahme macht, was in der Schule zum Beispiel bereits an gesundheitsförderlichen Maßnahmen durchgeführt wird. Denn wir können davon ausgehen, dass fast alle Schulen in dieser Stadt in einzelnen Teilen gesundheitsfördernde Aspekte berücksichtigen. Nur ist es so, dass dann mal ein kleines Projekt zur Ernährung durchgeführt wird oder der Aspekt Bewegung für eine kurze Zeit im Vordergrund steht. Wir wollen im Landesprogramm, dass diese Einzelaktivitäten gebündelt werden und in ein Leitbild einfließen, in dem die Schulen sich ganz definitiv auch zum Thema Gesundheitsförderung äußern. Sie legen dann Ziele fest, wählen Vorhaben aus, planen ihre Umsetzung, evaluieren das und sind nun bereits fast alle zu einer ersten Textfassung eines Schulprogramms gekommen, das man als eine Art Regiebuch einer Schule verstehen kann, in dem das bisher Erreichte, aber auch das, was in der nächsten Zukunft erreicht werden soll, festgeschrieben ist. Dieses Regiebuch begleitet einen Schulentwicklungsprozess.

D.h., es wird von den Schulen erwartet, dass sie das Schulprogramm ständig fortschreiben. Die Schulen also, die in der nächsten Zeit in das Landesprogramm einsteigen, haben sicherlich ihre Textfassung geschrieben, werden diese aber, wenn sie bei uns teilnehmen, unter dem Aspekt von Gesundheitsförderung fortschreiben und spezifizieren.

Gesundheitsförderung



Empowerment Partizipation

- Stärkung der Teilhabe der jeweiligen Personengruppen an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen

Salutogenese

- Förderung von Erfahrungen, die das Gefühl von Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit stärken

Gender

- Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenssituation und Interessen von Frauen und Männern, Mädchen und Jungen

Soziale Gleichheit

- Förderung der Chancengleichheit verschiedener sozialer Gruppen

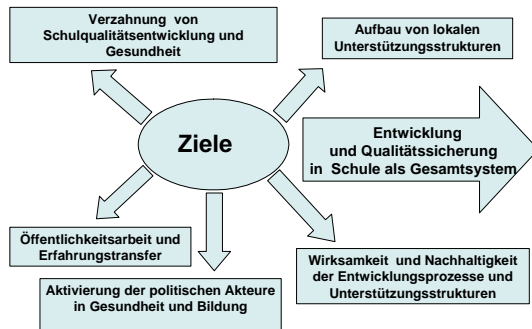
Vernetzung

- Aufbau und Pflege eines tragfähigen Netzwerkes von guten Beziehungen zu Personen und Organisationen

➡ Voraussetzung für Leistungsfähigkeit ←

Das Thema Gesundheitsförderung spielt in allen Phasen dieses Prozesses eine Rolle. Wir beachten dabei die Ihnen allen bekannten Grundsätze der Gesundheitsförderung. Die möchte ich jetzt im Einzelnen nicht mehr aufzählen. Für die Schulen sind diese Aspekte von Gesundheitsförderung allerdings häufig neu, so dass Sie hierfür viel Beratung,

Unterstützung und Fortbildung brauchen, die dann zum Teil unsere Partner im Landesprogramm den Schulen zukommen lassen.



Die Ziele des Landesprogramms

Sie beziehen sich ganz wesentlich auf die Entwicklung und Qualitätssicherung in Schule als gesamtem System. Also keine kleinen Einzelprojekte, sondern die gesamte Schule soll sich als eine gesunde Schule weiterentwickeln. Wir beachten dabei ganz entscheidend die Verzahnung von Schulqualität und Gesundheit, Bildung und Gesundheit als zwei Seiten einer Medaille, denn das Motto „Wer Bildung fordert, muss Gesundheit fördern“ ist uns in diesem Prozess ganz wichtig. Wir bauen in den einzelnen Bezirken lokale Unterstützungsstrukturen auf.

Wir versuchen, jeweils in den Bezirken die Akteure aus dem politischen Bereich, aus dem Gesundheitsbereich und dem Bildungsbereich auf der lokalen Ebene zusammenzubringen. Wir versuchen, eine gewisse Öffentlichkeitsarbeit und einen Erfahrungstransfer herzustellen. Und wir legen Wert darauf, dass die Nachhaltigkeit dieser Entwicklungsprozesse und Unterstützungsstrukturen in den Bezirken zum Beispiel durch die Bildung einer im Bezirk befindlichen lokalen Steuerungsgruppe gesichert wird.

Die Zielgruppen

Beim Setting-Begriff habe ich die Zielgruppen schon angesprochen. Dazu gehören Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer, die Eltern selbstverständlich, die Träger in den Bezirken, die Verantwortlichen in der Schulverwaltung ebenso wie diejenigen im Gesundheitssystem. Das Landesprogramm, das wir im letzten Jahr begonnen haben, hat verschiedene Ausbaustufen. Die

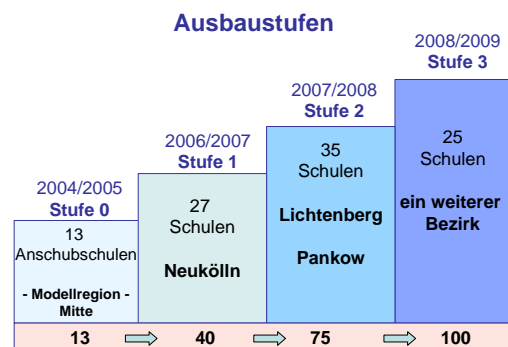
sog. Stufe Null ist das Pilotprojekt - an 13 Schulen im Bezirk Mitte als „Anschub.de“ bekannt. Dann haben wir im folgenden Jahr die Stufe 1 begonnen. Stufe 1 umfasst nun mittlerweile 27 Schulen im Bezirk Neukölln.

Zielgruppen

- Schülerinnen und Schüler
- Lehrerinnen und Lehrer
- Eltern
- Träger in den Bezirken
- Verantwortliche in der Schulverwaltung
- Verantwortliche im Gesundheitssystem

Das sind Schulen unterschiedlichster Schularten, überwiegend Grundschulen und Förderschulen, aber es ist auch ein Gymnasium, eine Gesamtschule und auch eine weiterführende Berufsschule dabei.

Die Stufe 2 planen wir für das Schuljahr 2007/2008, also das kommende Schuljahr. Im Bezirk Lichtenberg erwarten wir eine Teilnahme von 35 Schulen. Der Bezirk Pankow wird ebenfalls dazu kommen. 2008 bzw. 2009, im übernächsten Schuljahr also, wollen wir einen weiteren Bezirk in das Landesprogramm aufnehmen. Wir werden die Entscheidung, welcher Bezirk es denn sein wird, an den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung orientieren. Denn wir haben uns zum Ziel gesetzt, dass wir das Landesprogramm vorrangig in den Bezirken durchführen, in denen es schwierige soziale Verhältnisse gibt, in sozialen Brennpunktgebieten.



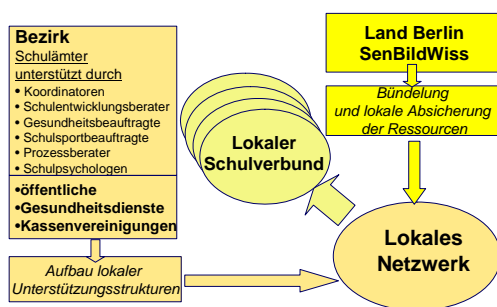
Die Schulen erhalten vielfältige Unterstützungsangebote, einmal, wie gesagt, die Evaluationsinstrumente. Dann sind im Projekt „Anschub.de“ in den letzten Jahren sehr viele Module erarbeitet worden. Das sind

Handreichungen, die von Lehrkräften für die Arbeit in der Schule verwendet werden können, aber die auch die Elternarbeit oder die Zusammenarbeit von Elternhaus und Schule aktivieren sollen. Module zur Schüler-Gesundheit, Lehrer-Gesundheit, zur Suchtprophylaxe, zur Bewegungserziehung in der Schule, zum Schul- und Gebäudemanagement. Denn auch das ist ja ein ganz wichtiger Aspekt bei „Gute gesunde Schule“, obwohl das sehr schwierig umzusetzen ist, da wir immer an finanzielle Grenzen stoßen, wenn wir mit den Schulträgern darüber verhandeln. Aber wir sind bemüht, das Gespräch mit den Schulträgern auch in dieser Hinsicht zu führen.

Themenschwerpunkte

Wir haben in der letzten Woche ein neues Modul vorgestellt, das ein ganz aktuelles Thema hat. Es beschäftigt sich mit der Prävention von Übergewicht und Adipositas in der Schule. Dieses Modul geht das Thema Übergewicht und Adipositas auch aus pädagogischer Sicht an und nicht nur aus medizinisch gesundheitlicher und ist so aufgearbeitet, dass es für die Hand des Lehrers eine Hilfe darstellt. Mit diesem Modell verbunden sind Lehrerfortbildungen und Schüleraktivitäten zuerst einmal im Bezirk Mitte. Wir hoffen, dass wir das dann auch später ins Landesprogramm einbauen können.

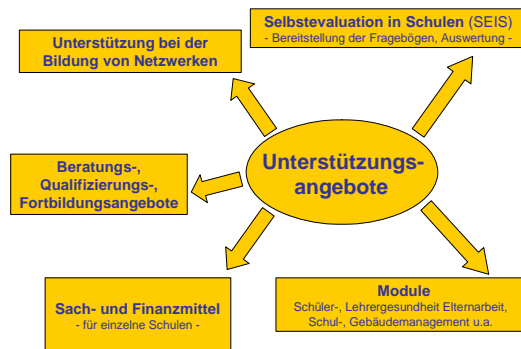
Ressourcenabsicherung



Ressourcen

Wir haben in ganz geringem Umfang Sach- und Finanzmittel für einzelne Schulen, die bestimmte gesundheitsförderliche Projekte durchführen, für die einfach eine kleine Finanzspritze nötig ist. Das ist leider sehr begrenzt, stellt aber ab und zu doch auch schon mal eine kleine Hilfe dar. Beratungs-, Qualifizierungs- und Fortbildungsangebote werden mit Hilfe unserer Partner den Schu-

len immer wieder angeboten und von den Schulen auch sehr stark nachgefragt. Wir sind sehr froh, dass wir aus eigenen Mitteln, also mit eigenem Personal, aber eben auch mit der Unterstützung unserer Partner im Landesprogramm einiges bieten können.



Nachhaltigkeit

Die Unterstützung bei der Bildung von Netzwerken halten wir unter dem Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit für außerordentlich wichtig. Wir möchten ja langfristig, dass die Landesprogramme dann auch in den Bezirken weiterarbeiten, in denen wir sie jetzt eingefädelt haben. Ganz konkrete Unterstützungsangebote beziehen sich zum Beispiel auf den Bereich Unterricht, das zentrale Element einer Schule. D.h., wir versuchen so gut wir können, mit dem Landesprogramm in der Schule Fuß zu fassen. Nun ist es so, dass die Berliner Schulen durch unsere Verwaltung aufgefordert sind, ein schulinternes Curriculum zu entwickeln, das ihrem Leitbild und ihrem Schulprogramm entspricht. Und wenn wir es hier mit Schulen zu tun haben, die Gesundheit als einen Schwerpunkt wählen - das ist nicht immer der einzige, aber ein wichtiger Schwerpunkt - dann werden sie selbstverständlich in ihr schuleigenes Curriculum auch Aspekte der Gesundheitsförderung einflechten. Die Unterstützungsangebote beziehen sich weiter auf den Bereich der Organisation.

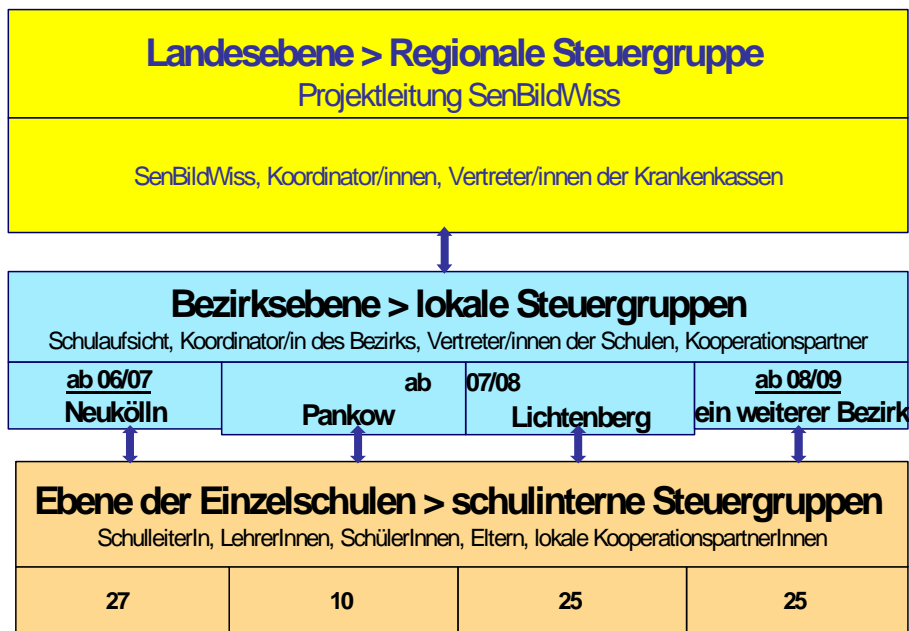
Steuerung

Die Steuergruppe habe ich eben schon erwähnt. Sehr wichtig ist aber auch die Beratung, die sich auf die innerschulische Zusammenarbeit der einzelnen Gruppen in der Schule bezieht, dann aber auch auf die Zusammenarbeit mit außerschulischen Partnern. Denn Schulen sind häufig nicht daran

gewöhnt, außerschulische Partner ganz gezielt in ihr Programm mit aufzunehmen. Ganz wichtig ist auch Personalentwicklung. Ein gesundheitsförderliches Schul-Management ist schon die halbe Miete für eine ge-

sunde Schule. Da benötigen die Leitungskräfte, aber auch die Kollegen erhebliche Unterstützung. Fortbildungen sind schon erwähnt worden.

Steuerung



Als ein weiterer Bereich sind Angebote für Schülerinnen, Lehrerinnen und Eltern zu nennen. Hier kommen die ganz konkreten Gesundheitsförderungsangebote, die uns auch von unseren Partnern angeboten werden, zum Tragen. Das Programm ist initiiert worden durch das Land Berlin. Hier werden die Ressourcen gebündelt. In jedem Bezirk wird ein lokales Netzwerk aufgebaut. In diesem Netzwerk sind die Schulämter, die Koordinatoren, die Schulentwicklungsberater, aber auch die Schulsportbeauftragten, die Schulpsychologie und andere vertreten. Wir laden auch immer den öffentlichen Gesundheitsdienst in den jeweiligen Bezirken dazu ein sowie Vertreter der Krankenkassen.

Die Steuerung geschieht durch eine regionale Steuergruppe, die zweimal jährlich tagt und in der die Partner im Landesprogramm vertreten sind. Auf Bezirksebene gibt es die lokalen Steuergruppen und innerhalb der Einzelschule die schulinterne Steuerungs-

gruppe. Wenn eine Schule an diesem Projekt teilnehmen will oder an dem Landesprogramm, muss sie sich mit jeweils 75 Prozent der Stimmen in allen Gremien für die Teilnahme entscheiden. Wir möchten nämlich nicht, dass es nur zwei, drei engagierte Kollegen sind, die sich dieses Themas annehmen, kurz darauf überfordert sind, die Arbeit nicht mehr bewältigen können und dann absolut nicht gesundheitsförderliche Beispiele darstellen. Die Schulen verpflichten sich vorher schriftlich, diese Teilnahmebedingungen zu erfüllen.

Nun haben wir über den Bereich Schule gesprochen. Wir haben aber am vorigen Freitag im Bezirk Mitte das zweite Teilprojekt eröffnet, und zwar auch zunächst als Pilotprojekt. Wir haben nämlich den Teil „Gesunde Kita“ aufgelegt. Der Bezirk Mitte wurde deshalb gewählt, weil das einerseits die Gesundheitsberichterstattung nahe legt. Andererseits haben wir genau die Kita's mit ein-

bezogen, die ihre Kinder in die Anschlag-Schulen schicken. Das sind jetzt 16 Kita's im Bezirk Mitte, die sich Gesundheitsförderung auf ihre Fahnen geschrieben haben. Es sind unterschiedliche Träger, die dann in ähnlicher Weise wie in diesem Landesprogramm,

im Laufe der nächsten Zeit Unterstützungsangebote erhalten.

Wenn sich diese Arbeit bewährt, werden wir hoffentlich im nächsten Jahr das Kita-Projekt ins Landesprogramm aufnehmen und auch in den anderen Bezirken anbieten können. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Teilnahmebedingungen

- **Zustimmung**
zur Teilnahme am Projekt mit jeweils 75% der Gesamtund Schulkonferenz
- **Bildung einer Steuergruppe**
bestehend aus Vertreter/innen aus Schüler-, Eltern-, Lehrerschaft und der Schulleitung
- **Bestandsaufnahme nach SEIS**
Durchführung der Befragung, Interpretation der Ergebnisse
- **Bearbeitung der Dimensionen der guten gesunden Schule**
schulinterne Festlegung, Umsetzung und Überprüfung der Entwicklungsziele und -vorhaben
- **Teilnahme an Fortbildungen**
z.B. schulinterne Evaluationsberater nach SEIS
- **Berichtslegung**
zur Überprüfung der selbst gewählten Zielvorgaben

Kleinräumige Schwerpunktsetzung für Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Raummodelle - Datenquellen - Auswahlverfahren

TOBIAS PREY, Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination im Bezirksamt Mitte

Meine sehr verehrten Damen und Herren!
Ich möchte Ihnen gesundheitsfördernde Maßnahmen mit kleinräumiger Schwerpunktsetzung im Bezirk Mitte darstellen. Wir haben schon viel über den Bereich der Gesundheitsberichterstattung gehört. Bei der Erhebung kleinräumiger Daten kann es aber nicht bleiben, sondern man muss sich natürlich auch bei der Umsetzung von Maßnahmen in den entsprechenden kleinräumigen Regionen bewegen.

Bezirksamt Mitte Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination

Warum kleinräumige Planungen?

- Stadtteile, Kieze, Quartiere lassen sich oft durch ihre soziale Struktur charakterisieren bzw. abgrenzen
- Gebot sozialkompensatorischen Handelns, z.B. in:
 - Ottawa-Charta,
 - Berliner Gesetz über den ÖGD,
 - Leitlinien für eine Gesunde Stadt Berlin,
 - Konzept für einen „Gesunden Bezirk Mitte“

Es gibt Stadtteile, die sich durch ihre spezifische soziale Struktur abgrenzen lassen. Auf Grund der Themenvielfalt, die wir grundsätzlich in der Gesundheitsförderung im Bezirk haben, sind wir gehalten, exemplarisch zu arbeiten, das heißt: Neben der Auswahl prioritärer Handlungsfelder brauchen wir auch die Auswahl prioritärer Einsatzorte, an denen wir schwerpunktmäßig handeln. Es wurde bereits auf das Gebot sozialkompensatorischen Handelns hingewiesen, das wir auf vielerlei Ebenen verankert haben, nämlich auf WHO-Ebene, aber auch im Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Das Land Berlin hat sich Leitlinien gegeben, die das ebenfalls ausdrücklich betonen. Auch auf

bezirklicher Ebene ist das im „Konzept für einen „Gesunden Bezirk Mitte““ festgeschrieben. Das klingt vielleicht trivial, aber die Verführung ist doch relativ groß, Projekte nicht gerade sozialkompensatorisch auszurichten. Man sollte sich das bei der Projektdurchführung auch mal wieder zur Überprüfung vorlegen.

Raummodelle

Sie kennen den Sozialstrukturatlas, Sie kennen auch bezirkliche Gesundheitsberichterstattung. Auch der Bezirk Mitte fertigt Gesundheitsberichte an. Wir haben verschiedene Modelle, die für eine räumliche Betrachtung geeignet sind, allen voran das regionale Bezugssystem vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Daneben gibt es weitere kleinräumige Zuschnitte, die sich aus anderen Erhebungen ergeben: Beispielsweise die Schuleinzugsgebiete, die sich auch eignen, wenn wir auf einer anderen Datenbasis keine Ergebnisse erhalten können; ferner noch die Postleitzahlbereiche. Wir haben in Mitte darüber hinaus für eine teilräumliche Betrachtung auch Gebiete, die durch die Quartiers- und Stadtteil-Managementgebiete definiert sind.

Bezirksamt Mitte Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination

Raummodelle

Flächendeckende Modelle:

- Regionales Bezugssystem (alt/neu)
- Schuleinzugsgebiete
- Postleitzahlbereiche

Teilräume:

- Quartiers- und Stadtteilmanagement-Gebiete

Regionales Bezugssystem (RBS)

Die alte, bisherige Gliederung des RBS bildet unterhalb der Bezirksebene die sog. Regionen mit den Statistischen Gebieten, die sich wiederum in Verkehrszellen und Teilverkehrszellen aufgliedern, also jeweils immer kleinräumiger werden. Diese überschneiden sich nicht, sondern sind jeweils echte Teilräume der darüberliegenden Ebene. Alles fußt auf der Ebene des Blocks.



Die so entstandenen Gebietszuschnitte sind zum Teil nicht mit den Sozialräumen verträglich. Wenn wir sozialraumorientiert arbeiten wollen, brauchen wir natürlich auch eine adäquate Datenbasis. Hierfür wurde das neue Gliederungssystem eingeführt, das sich nach den Prognoseräumen (=alt: Regionen) in Bezirksregionen und dann in Planungsräume gliedert. Das Problem sind zum Teil Überschneidungen zwischen der alten und der neuen Version. Während der Umstellung werden zumindest teilweise auch beide Verfahren geführt. Wir können jetzt zunehmend auch praktisch auf die sozialraumorientierten „Lebensweltorientierten Räume“ eingehen.

Lebensweltorientierte Räume (LOR)

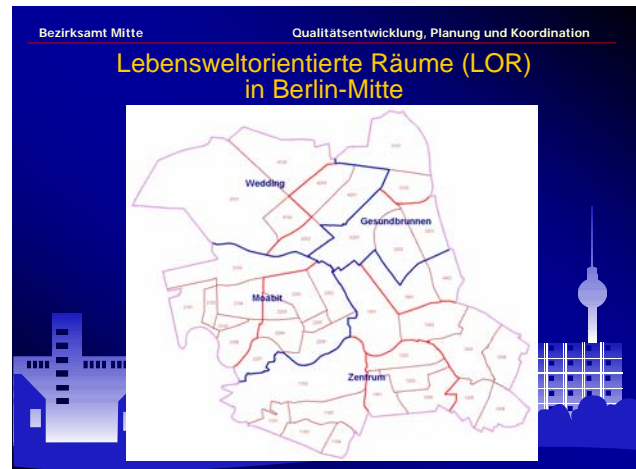
Wir sehen hier die Prognoseräume, die blauen Umrandungen, die über die Altbezirksgrenzen hinausgehen. Wenn man beispielsweise den Bereich Zentrum betrachtet, also Alt-Mitte und einen Teil von Tiergarten, so ist das jetzt eine eigene Region. Das ist sicherlich eine durchaus sinnvolle strukturelle

Betrachtung und eine wesentliche Datenbasis.

Es gibt auch andere Möglichkeiten, die sich zur Erfassung eignen bzw. geeignet haben. Wir können anhand der Schuleinzugsgebiete auf einer älteren Datenbasis der Einschulungsuntersuchungen erkennen, wo wir es im Bezirk verstärkt mit dem Thema Adipositas bei Schulanfängern zu tun haben.

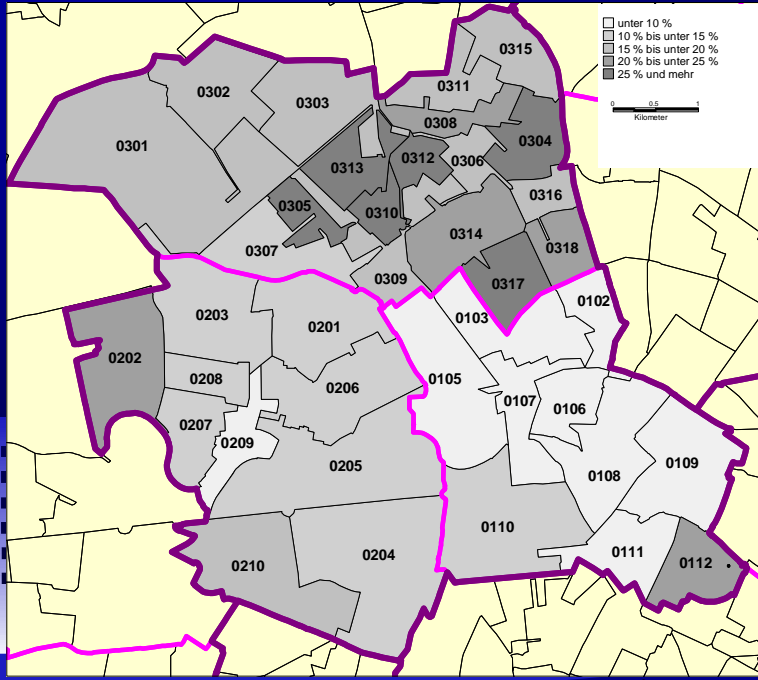
Hier sind Postleitzahlbereiche dargestellt. Man kann sehen, dass das eigentlich nur eine Behelfslösung bietet. Es gibt diverse Überschneidungen zu den Nachbarbezirken. Die Postleitzahlbereiche sind also in vielen Fällen nicht so recht geeignet, etwas besonders scharf darzustellen. Wenn man keine anderen Daten hat, dann ist das schon besser als gar nichts. So lässt sich z.B. im Rahmen der Auswertung der Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz die Situation der Zehnklässler erfassen und regional zuordnen. Der Bezirk Mitte hat in diesem Zusammenhang einen Gesundheitsbericht zu dieser Zielgruppe erstellt.

Sozialstrukturelle Schwerpunktgebiete kann man auch relativ gut an den Quartiers- und



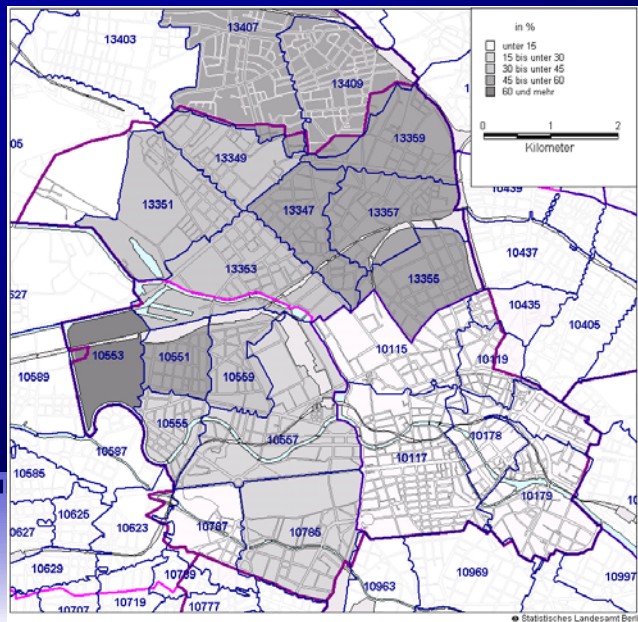
Stadtteil-Managementgebieten erkennen, mit denen der Bezirk Mitte relativ dicht bestückt ist. Insgesamt sind es sieben Gebiete, die sich wie ein Band durch den Bezirk ziehen und den unteren Bereich Tiergarten-Süd auch noch mit abdecken.

Adipöse Schulanfänger im Jahr 2001 nach Grundschul-Einzugsgebieten (alt)



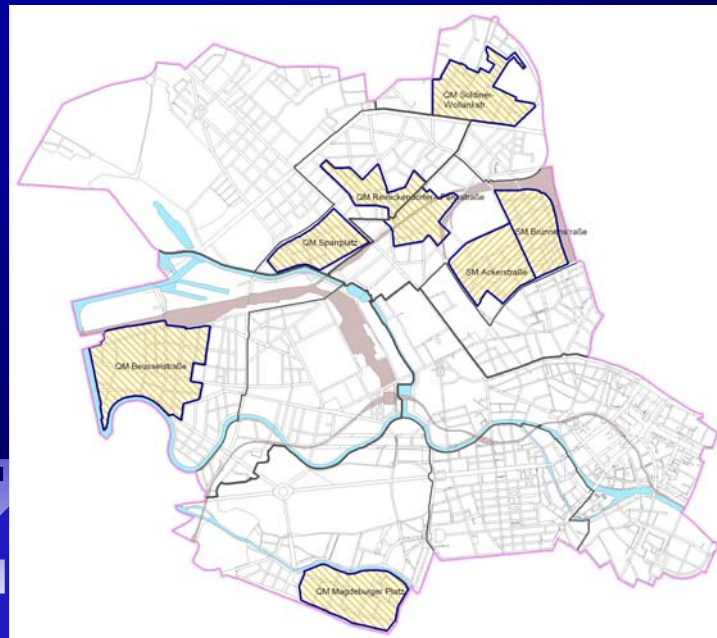
Beispiel:
Adipositas bei Schulanfängern nach Schuleinzugsgebieten (2001)

Postleitzahlbereiche



Beispiel:
Zehntklässler aus der unteren sozialen Schicht (nach Postleitzahlbereichen)

Quartiers- und Stadtteilmanagement-Gebiete in Berlin-Mitte



Datenquellen für die kleinräumige Analyse
Das Amt für Statistik ist natürlich der Hauptdatenlieferant. Die Senatsverwaltung erhebt selbst auch Daten und gibt als Aggregat dieser Daten den Sozialstrukturatlas heraus. Der Krebs-Atlas ist nahezu fertiggestellt.

lich sind auch die Untersuchungen durch den Zahnärztlichen Dienst in den Kita's und den Schulen zu erwähnen. Außerdem gibt es die Meldungen, die über das Infektionsschutzgesetz an den Bezirk weitergegeben werden. Die Polizei hat perspektivisch vor, die Kriminalitätsstatistik auf kleinräumiger Ebene herauszugeben. Das ist ein weiterer Aspekt, der sehr interessant ist und weiter zu verfolgen sein wird.

Bezirksamt Mitte Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination

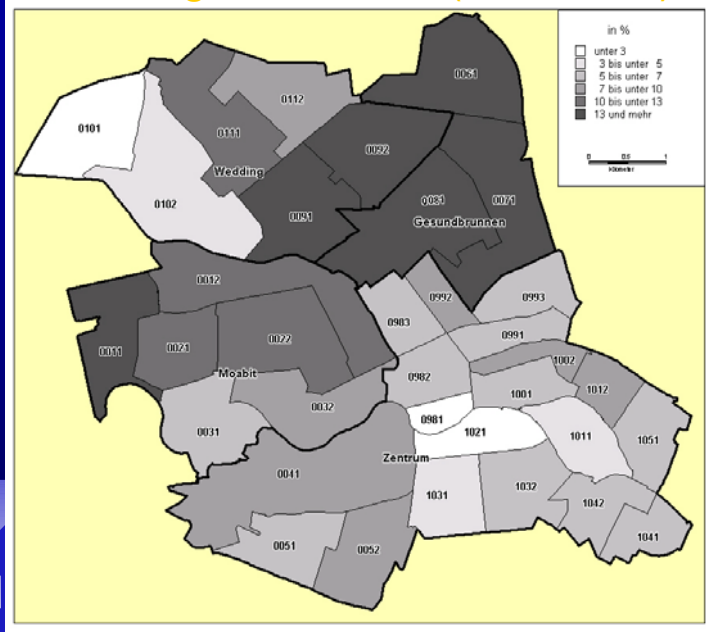
Datenquellen für die kleinräumige Analyse (u.a.)

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg:
 - Bevölkerungsstatistik (Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit),
 - Arbeitslosigkeit / ALG II
- Senatsverwaltung:
 - Krebsatlas
 - Sozialstrukturatlas
- Bezirk:
 - Einschulungsuntersuchungen
 - Untersuchungen nach dem JAG
 - Kita- und Schuluntersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes
 - Meldungen nach dem InfektionsschutzG
 - Polizei (perspektivisch):
 - Kriminalitätsstatistik

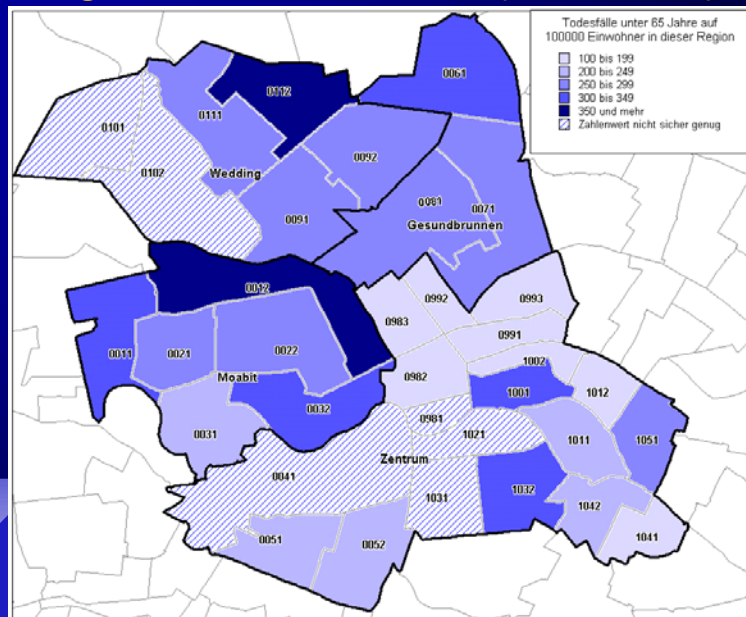
Auf bezirklicher Ebene haben wir eine ganze Reihe von Untersuchungen, die eine relativ wichtige und hilfreiche Datenbasis darstellen, angefangen mit den Einschulungsuntersuchungen, aber auch die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitschutzgesetz. Natur-

Das Dargestellte ist ein für unseren Bezirk typisches Ergebnis. Auf der Basis der Verkehrszellen, also der Ebene unterhalb der statistischen Gebiete, kann man erkennen, was für den Bezirk Mitte recht typisch ist: Ein Band, das sich von Gesundbrunnen oben im Nordosten hinüber nach Moabit West zieht. Im Fall der abgebildeten Arbeitslosigkeitsverteilung kann man nachvollziehen, dass der Bezirk auch bezüglich der Sozialstruktur deutlich auseinander fällt. Man kann hier auf der Karte z.B. den Altbezirk Mitte relativ gut erkennen. Wenn man zum Vergleich das Bild der vorzeitigen Mortalität betrachtet, wird dieses Band auch wieder sehr gut deutlich.

Arbeitslosigkeit in Mitte (nach VKZ)



Vorzeitige Mortalität in Mitte (nach VKZ)



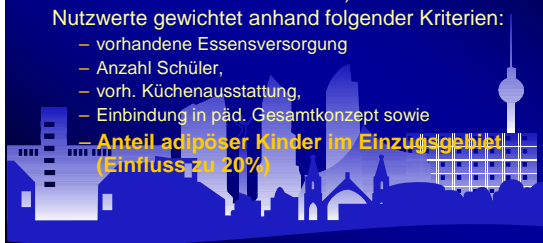
Bezirksamt Mitte Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination

Anwendungsbeispiel 1 - Auswahlverfahren

Projekt „Gesunder Schulkiosk“
(ABM-gestütztes Projekt für zunächst 5
Teilnehmerschulen im Bezirk)

Nutzwerte gewichtet anhand folgender Kriterien:

- vorhandene Essensversorgung
- Anzahl Schüler,
- vorh. Küchenausstattung,
- Einbindung in päd. Gesamtkonzept sowie
- Anteil adipöser Kinder im Einzugsgebiet (Einfluss zu 20%)



Bezirksamt Mitte Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination

Anwendungsbeispiel 2 - Auswahlverfahren

Bewegungsförderung in Kitas
Auswahlverfahren anhand zweier Kriterien
(gleichrangig gewichtet):

- Personal hat bereits an Workshops zur Bewegungserziehung teilgenommen
- Adipositasrate des zur Kita gehörigen Schuleinzugsgebietes



Auswahlverfahren für Projekte

Ich komme jetzt zum eigentlichen Thema, der Gesundheitsförderung und deren Umsetzung. Die Frage lautet: Wie machen wir aus diesen kleinräumigen Erkenntnissen Nägel mit Köpfen? Wir versuchen, die wenigen Ressourcen, die zur Verfügung stehen, in der Umsetzung von Gesundheitsförderung möglichst punktgenau, nämlich dort, wo es besonders notwendig ist, zu platzieren. Eine Notwendigkeit ergibt sich aus der gesundheitlichen und aus der sozialstrukturellen Lage. Wichtig ist aber auch beispielsweise das Vorhandensein geeigneter Einrichtungen, die so etwas transportieren können.

Zum Beispiel konnten mit dem ABM-gestützten Projekt „Gesunder Schulkiosk“, das sich um eine gesunde Pausenversorgung in den Schulen kümmert, fünf Schulen im Bezirk versorgt werden.

In die Auswahl der in Frage kommenden Schulen fließen unterschiedliche Faktoren ein: Hat die Schule überhaupt schon eine Essensversorgung? Hat sie eine Küche? Wie groß ist die Schule eigentlich? Wie stark verfolgt die Schule die gesunde Pausenversorgung auch im Rahmen ihres pädagogischen Gesamtkonzepts, oder ist das Projekt einfach nur ein Satellit? Darüber hinaus nehmen wir unsere kleinräumigen Daten zu Hilfe: Den Anteil der adipösen Kinder im Einzugsgebiet. Das ist mit ein entscheidender Faktor, der die Auswahl der Schulen bestimmt. Eine Auswahl war in diesem Fall notwendig, denn das Interesse an so einem Projekt war bei den Schulen relativ groß. Wir hätten es auch gerne für alle durchgeführt, aber das ging halt nicht.

Ähnlich gelagert ist ein Bewegungsförderungsprojekt zur Prävention von Übergewicht und Adipositas in den Kita's. Wir waren in der glücklichen Lage, dass der Träger die Finanzierung gesichert hatte. Es ist ja die Standardsituation, in der wir uns befinden, dass wir im bezirklichen Gesundheitsbereich keine eigenen Mittel haben, um gesundheitsfördernde Maßnahmen zu gestalten, sondern immer schauen müssen, wo Mittel verfügbar sind, die wir im Bezirk einsetzen können. Die Frage besteht natürlich immer, ob die Vergabe dieser Mittel auch den Kriterien unserer sozialräumlichen Bedarfslage entspricht. In diesem Fall konnten wir die Verteilung der Mittel nach unseren Wünschen mit gestalten. Es gab hier zwei Auswahlkriterien, die in diesem Fall relativ gleichrangig waren: Zum einen, ob das Personal sich bereits vorher auch mit dem Thema durch Teilnahme an Workshops zum Bereich Erziehung und Bewegung auseinandergesetzt hat und zum anderen die Übergewichts-/Adipositas-Rate für das Schuleinzugsgebiet, in dem sich die KiTa befindet. Das kann man im Rahmen der Evaluation der Einschulungsuntersuchung abbilden.

Gebietsauswahl

Wenn die Träger ihre Finanzierung mitbringen, so passt deren Schwerpunktsetzung nicht immer mit den sozialräumlichen Kriterien, die für uns ausschlaggebend sind, zusammen. In diesem Zusammenhang stellen sich die Quartiers- und Stadtteilmanagementgebiete als ganz entscheidende und wichtige Partner heraus, die im Rahmen von *Sozialer Stadt* ja ohnehin in vielen Fällen Aufgaben wahrnehmen, die im hohen Maße deckungsgleich sind mit dem Aufgabenspektrum der *Gesunden Stadt*. Insofern sind wir zum Teil implizit auch mit dem Thema der *Gesunden Stadt* gut vertreten. Aber auch

explizit ist es eben durchaus möglich, dass man weitere Projekte durchführt, die sich dort ausdrücklich dem Thema der Gesundheitsförderung für die Bevölkerung widmen. Auch hier stellt sich natürlich die Frage, wie man einen noch kleineren Bereich genauer lokalisieren kann.

Bezirksamt Mitte Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination

Anwendungsbeispiel 3 - Gebietsauswahl

Projekte in Quartiersmanagement-Gebieten:
 Ansiedlung von Gesundheitsförderungsprojekten für arabischstämmige Migranten in Gebieten mit entsprechend überdurchschnittlichem Anteil :
 - QM Magdeburger Platz (Tiergarten Süd)
 - QM Moabit West

Als Beispiel sei ein Projekt genannt, in dem es um Gesundheitsförderung für arabischstämmige Migranten ging, für dessen Förderung im Quartiersmanagement auch Interesse bestand. Es war erforderlich, einen hohen Anteil arabischstämmiger Migranten im Bezirk anhand der Datenlage zu lokalisieren. Es kamen daraufhin zwei Gebiete in Frage, nämlich Moabit West und der Magdeburger Platz in Tiergarten-Süd.

Ein sehr ambitioniertes Vorhaben besteht in dem Versuch, Gesundheitsförderung auf den gesamten Stadtteil zu beziehen. Und ich bin sehr gespannt, was auf der Grundlage des Stadtteil-Gesundheitsberichts herauskommt. Für das Gebiet des Stadtteilmanagements Brunnenviertel lassen sich - hier am Beispiel der Deutschkenntnisse dargestellt - die Daten aus der Einschulungsuntersuchung betrachten. Auf dieser Basis ist für das Stadtteilmanagementgebiet *Brunnenviertel* ein Projekt entwickelt worden, das einzelne Zielgruppen mit besonderem Handlungsbedarf identifiziert.

Die spannende Frage lautet natürlich, ob es dort auf Basis der vorliegenden Ergebnisse gelingt, die entsprechenden vorgeschlagenen Projektideen umzusetzen. Die Chancen dafür stehen im Quartiersmanagement immer recht gut, auch wenn das Thema Gesundheit - das muss man einfach auch sagen - nach wie vor kein Thema ist, das im Kontext des Quartiersmanagements Begeisterungstürme auslöst. Wir können immerhin sagen, dass es vielfach implizit mit behandelt wird. Das ist gut und dessen sollte man sich bewusst sein. Im Laufe der Jahre hat sich außerdem zwischen Gesundheitsbereich und Quartiersmanagement auch eine sehr gute und solide Basis der Zusammenarbeit entwickelt. Es bleibt aber nach wie vor notwendig, diese noch weiter auszubauen. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Bezirksamt Mitte Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination

Anwendungsbeispiel 4 – Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung

Deutschkenntnisse

Kategorie	Brunnenviertel	Mitte
nicht	~5%	~5%
radebrechend	~25%	~15%
flüssig mit Fehlern	~25%	~25%
(sehr) gut, aber Akzent	~20%	~25%
akzentfrei	~25%	~50%

Aus:
 „Brunnen:gesund!“
 – Gesundheitsförderung im Brunnenviertel

