

Stichwortartige Wiedergabe der Beiträge auf dem 8. Kooperationsstreffen "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" erstellt von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

am 8. September 2010
im Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin (WZB)

AG 3: Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen

Moderation: Ulrike Gebelein (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.)

Fachlicher Input: Prof. Heiner Keupp

Zusammenfassung

- „Jugendliche“ sind eine vernachlässigte Zielgruppe der Gesundheitsförderung – dies ist ein Defizit angesichts der umfassenden Entwicklungsaufgaben und Weichenstellungen in dieser Lebensphase.
- Die gesundheitsfördernden Angebote für Jugendliche sind zu stark von der Anbieterperspektive geprägt. Damit die Angebote zielgruppen- und bedarfsgerecht entwickelt und umgesetzt werden, müssen die Jugendlichen in Planung, Umsetzung und Bewertung der Maßnahmen einbezogen werden (Partizipation).
- Gesundheitsfördernde Strukturen in den Lebenswelten der Jugendlichen (insbesondere Schule, Ausbildung, Freizeit) müssen aufgebaut und handlungsfeld-übergreifend die relevanten Akteure einbezogen werden. Hierbei sind – wie vom 13. Kinder- und Jugendbericht gefordert – besonders die Schnittstellen zwischen Gesundheitsbereich und Jugendhilfe zu entwickeln.

8. Kooperationsstreffen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, 8. September 2010

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören aktuell 53 Partnerorganisationen an.

Diskussion

Jugendliche - die schwer erreichbare Zielgruppe?

- Erfahrungen mit Schulungsprogrammen, z.B. zum Umgang mit Neurodermitis zeigen, dass Jugendliche nur schwer zur kontinuierlichen Teilnahme zu motivieren sind. Die Erfahrungen können auch auf andere Programme übertragen werden: Jugendliche sind insgesamt schwer aktivierbar.
- Die Gründe hierfür können sein, dass viele präventive oder gesundheitsfördernde Maßnahmen zu stark auf Verbote und Reglementierungen (z.B. in der Suchtprävention) fokussieren. Die Perspektive der Jugendlichen wird zu wenig berücksichtigt. Die Vielfalt der Lebenswelten Jugendlicher muss in den Blick genommen werden. Dies ist wichtiges Thema (auch) für Bildungspolitik.
- Die Erfahrungen aus dem Programm „BodyGuard“ des Internationalen Bundes zeigen, dass Angebote dann angenommen werden, wenn Jugendliche sich ernst genommen fühlen. Die Ansprechpersonen müssen „echt“ sein, längerfristige Beziehungsarbeit ist wichtig.
- Die Zielgruppe „Jugendliche“ ist wesentlich differenzierter als es das vereinheitlichende Label abbildet. Jugend-Kultur(en) sind in schnellem und kontinuierlichem Wandel: Die gesundheitsfördernden Angebote müssen entsprechend kontinuierlich angepasst und aktualisiert werden um Werten, Einstellungen und Lebensformen gerecht zu werden.
- Auch die „neuen Lebenswelten“ Jugendlicher wie das Web 2.0 müssen für erfolgreiche Gesundheitsförderung berücksichtigt werden.

Gesundheit in den Lebenswelten Jugendlicher stärken

- „Gesundheit“ ist insgesamt ein schwieriges Thema in dieser Altersgruppe. „Die beste Gesundheit ist dort, wo Gesundheit nicht drauf steht.“ Denn die auf Ernährung und Bewegung verkürzte Gesundheitsförderung wird der Vielzahl und Komplexität der Einflussfaktoren nicht gerecht. „Gesundheit“ muss in die Themen einfließen, die die Jugendlichen interessieren.
- Die Schaffung gesunder Lebenswelten (Setting-Entwicklung) ist entscheidend, in allen Elementen und auf allen Ebenen der Institutionen (Bsp. Schulen). Verkürzte Angebote werden nicht angenommen.
- Die Settings müssen sich den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen anpassen, nicht umgekehrt: Die ADHS-Debatte beispielsweise verschiebt die Diskussion von „Passung“ des Schulsystems auf die Medikalisierung einer „Erkrankung“.
- Gesundheitsförderung ist gegenüber den Lobbygruppen der Industrie relativ schwach, so ist z.B. die ADHS-Diskussion stark durch eine medikalisierte Perspektive geprägt.
- Psychosoziale Faktoren spielen in dieser Entwicklungsphase eine zentrale Rolle. Wichtig ist auch, geschlechter-sensibel zu arbeiten: Jungen definieren sich z.B. weniger über ihre Körper als Mädchen.
- Öffentliche Programme werden z.T. „ausgeschüttet“, oft parallel zu bereits bestehenden Strukturen. Gesundheitsförderung muss als Querschnittsaufgabe verstanden und umgesetzt werden, nicht in vereinzelt Programmen.
- Die Schule ist ein wichtiger Lebensbereich, aber nicht einziges relevantes Setting. Jugendarbeit, Sportvereine etc. spielen eine zentrale Rolle, insbesondere bei sozial benachteiligten Jugendlichen. Pfadfinder und kirchliche Jugendarbeit leisten wichtige Beiträge, sind aber noch zum Teil zu mittelschichtorientiert.

8. Kooperationstreffen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, 8. September 2010

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören aktuell 53 Partnerorganisationen an.

- In einigen Schulgesetzen ist die Gesundheitsförderung aufgenommen, aber es mangelt z.T. noch an der Umsetzung. Das Thema „Schulkultur“ hat eine große Bedeutung. In diesem Feld muss eng mit den Kultusministerien zusammen gearbeitet werden. Beispiel: Kooperation der Gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen des Programms „Gute und gesunde Schule“.

Was ist für gelingende Gesundheitsförderung in den Lebenswelten notwendig?

- In der Praxis besteht die Schwierigkeit, dass die gesetzliche Krankenkassen vor Ort zu wenig kooperieren, obwohl der Leitfaden zur Umsetzung des § 20 SGB V ein gemeinsames Vorgehen empfiehlt. Forderung: Die Finanzierungspraxis vor Ort muss besser koordiniert werden.
- Vorschlag, lokale Gesundheitskonferenzen unter aktiver Beteiligung der Jugendhilfe, da sie über die erforderlichen Kompetenzen verfügt, und der GKV durchzuführen und gemeinsame Projekte auf den Weg zu bringen. Es fehlen die verbindlichen Strukturen für gemeinsame Wahrnehmung von Verantwortung.
- Einwand: Die GKV ist nicht primär für den Aufbau und die Stärkung für die Strukturen der Gesundheitsförderung zuständig. Die Einbindung der anderen verantwortlichen Politikbereiche gelingt erfahrungsgemäß nicht ausreichend.
- Was kann aus Erfahrungen mit Frühen Hilfen für Jugendbereich gelernt, was genutzt werden? Beispiel Rheinland-Pfalz: Hier wurden Konferenzen durchgeführt – dies gelingt nur unter Beteiligung von Jugendlichen!
- Präventionsgesetz bzw. Gesundheitsförderungsgesetz wird gebraucht, um Angebote und Leistungsanbieter zu verzahnen und nachhaltige Strukturen zu schaffen.
- Man sollte das Thema sektorenübergreifender Kooperation aber auch nicht zu naiv und harmonistisch herangehen: Institutionelle (Teil-) Logiken sind Teil gesellschaftlicher und politischer Realität.
- Die Diskussion noch zu stark von der Angebotsseite geprägt, ein Perspektivwechsel ist notwendig. Ein Beispiel aus Quartieren Soziale Stadt: Das Projekt „Jugendliche für Jugendliche“ muss selbst von Jugendlichen entwickelt und umgesetzt werden (Honorar steht zur Verfügung). Erfolgreich im Berliner Brunnenviertel umgesetzt.
- Damit solche Projekte gelingen, braucht es Strukturen vor Ort, die diese Prozesse organisieren. Hier sollte die GKV aktiver werden. Insbesondere die Bereiche Gesundheit und Jugendhilfe sollten so verklammert werden, dass verbindliche Strukturen geschaffen werden. Die Praxis vor Ort zeigt allerdings auch, dass die Versäulung insbesondere zwischen Jugend- und Gesundheitsamt sehr hartnäckig ist. Dies kostet Zeit und Energie. Ziel sollte eine selbstverständliche Zusammenarbeit zwischen diesen Bereichen sein.
- Die Bereiche wissen oft viel zu wenig von einander. Netzwerkstrukturen, die dies ändern, sollten finanziell unterstützt werden, auch werden Standards für gute Netzwerkarbeit gebraucht.
- Einwand: „Projektitis“ ist nicht nur schlecht, solange belegte Wirksamkeiten gesundheitsfördernder Interventionen noch zu wenig verfügbar sind. Durch gute Evaluationen von Projekten können Kriterien identifiziert werden, die anschließend ausgerollt werden. Noch besteht kein belastbares Wissen darüber, welche Interventionsformen erfolgreich sind.
Einwand: Die Erfahrung zeigt, dass Projekte i.d.R. keine Ressourcen für aussagekräftige Evaluationen haben und damit keine validen Ergebnisse zu Wirksamkeit oder Übertragbarkeit erbringen können.

- Es gibt bereits viele gute Beispiele, die aber noch viel zu wenig bekannt sind. Dies liegt oft daran, weil auch bei den Akteuren der Gesundheitsförderung „jeder nur seinen eigenen Kram liest“: Ignoranz beginnt in den eigenen Reihen.

8. Kooperationstreffen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, 8. September 2010

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören aktuell 53 Partnerorganisationen an.