

E&C-Fachforum

**Vernetzung – Macht – Gesundheit:
Kooperationen zwischen Jugend-
hilfe und Gesundheitswesen in so-
zialen Brennpunkten**

Dokumentation der Veranstaltung vom
30. Juni bis 1. Juli 2003 in Berlin

Impressum

Herausgeber:
Regiestelle E&C der Stiftung SPI
Sozialpädagogisches Institut Berlin
„Walter May“
Narzarethkirchstraße 51
13347 Berlin
Telefon 0 30. 457 986-0
Fax: 0 30. 457 986-50
Internet: <http://www.eundc.de>

Ansprechpartner:
Andreas Hemme
Rainer Schwarz

Layout:
MonteVideo Mediadesign

Redaktion:
Lisa Kuppler (Wels Productions)

Inhalt:

- 6 Vorwort**
Andreas Hemme, Rainer Schwarz,
Regiestelle E&C, Stiftung SPI
- 7 Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung**
Rosmarie Aplitz, BMGS
- 9 Gesundheit von benachteiligten Kindern und Jugendlichen – Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**
Dr. Elisabeth Pott, BZgA
- 14 Chancengleichheit für benachteiligte Kinder und Jugendliche: Daten – Fakten – Konsequenzen**
Dr. Andreas Mielck, GSF Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit
Rainer Schwarz, Andreas Hemme,
Regiestelle E&C, Stiftung SPI
- 29 Hindernisse und Möglichkeiten der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe – „ein Dialog“**
- Gesundheitsamt*
Ingrid Papies-Winkler, Bezirksamt
Friedrichshain-Kreuzberg (Berlin)
- Jugendamt*
Georg Horcher, Jugendamt Rostock
- Gesunde-Städte-Netzwerk*
Klaus-Peter Stender,
Gesunde-Städte-Netzwerk Hamburg
- 39 Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen – Projekte aus der Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Gesundheit Berlin e.V.**
Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V.
- 62 Kooperation ist ansteckend – zwei Vorhaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**
Dr. Monika von dem Knesebeck, BZgA
- 66 Visionen der Zusammenarbeit – Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen**
Klaus D. Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen

- 75 Gesundheitsförderung als ein wichtiger Bestandteil integrativer Stadtteilstrategien: Kooperationserfordernisse in sozialen Brennpunkten**
Hartwig Möbes, BMFSFJ
- 79 Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS-Studie)**
Heike Hölling, Robert-Koch-Institut, Berlin
- 82 Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS-Studie) unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation von Migranten und Migrantinnen**
Liane Schenk, Robert Koch-Institut, Berlin
- 86 Fachforum A**
- 87 Räumliche Sozialstrukturen und Ressourcensteuerung – Grundlagen lokaler Jugendhilfe und Gesundheitsplanung**
Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
- 88 Kooperationsvereinbarungen**
Lutz Wiederanders, Jugendamt Leipzig
- 96 Fachforum B**
- 97 Gesundheitsförderung – zentrales Handlungsfeld in sozialen Brennpunkten**
Dr. Heino Stöver, Universität Bremen
- 110 Gesunde Schule**
Karin Böhme, Regionalstelle für Suchtvorbeugung, Greifswald
- 113 Gesundheitsförderung – ein Schlüssel für Integration und Kooperation insbesondere in sozialen Brennpunkten**
Martina Kolbe, Landesvereinigung für Gesundheit, Land Sachsen-Anhalt
- 117 Gesunder Stadtteil**
Helene I. Luig-Art,
Büro für Stadtteilmanagement Flensburg

121 Fachforum C

- 122 Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe**
Karl-Heinz Struzyna (BMFSFJ)
- 124 „Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten!": Gesundheitsförderung für obdachlose Familien und Straßenkinder**
Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm Fachhochschule
- 130 Federführung versus Multiprofessionalität im Hilfeplanverfahren**
Jan Peters, Verband für soziale Projekte e.V.
- 132 Gesundheitsorientierte Soziale Arbeit und Fürsorge für junge Familien im sozialen Nahraum am Beispiel eines Familienhebammenprojekts**
Barbara Staschek, Kinder- und Familienzentrum Barmbek-Süd, Hamburg

134 Fachforum D

- 135 Armut macht krank – Gesundheit gemeinsam fördern!**
Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- 151 Synergiegewinne aus Kooperation**
Christiane Deneke, Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaft
- 155 Krankenkassenengagement in den Settings Kita, Schule und Sozialraum**
Karin Schreiner-Kürten, AOK Bundesverband
- 164 Projektmanagement und Umgang mit Drittmitteln**
Peter Stieglbauer, Stadt Karlsruhe

170 Literaturliste

178 Programm

180 Teilnehmer/innen

193 Referenten/innen

Vorwort

Werden Menschen nach ihren Wünschen für die Zukunft gefragt, taucht der Begriff Gesundheit unweigerlich auf und dies auch weitestgehend unabhängig von ihrem sozialen Status und von ihrer Herkunft.

Nach Erhebungen, die im Rahmen des Bundesländer-Programms: „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ durch das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) durchgeführt wurden, spielt das Thema „Gesundheit“ bezüglich der Handlungsfelder und ihrer Bedeutung für die Projektarbeit in den Quartieren eine eher untergeordnete Rolle. Ein Widerspruch? Auf den ersten Blick ja. Wenn man sich jedoch die Liste der am meisten genannten Handlungsfelder genauer ansieht, haben eine Vielzahl von Themenstellungen, wie z.B.:

- Wohnumfeld und öffentlicher Raum,
- Sport und Freizeit,
- soziale Aktivität und soziale Infrastruktur,
- Stadtteilkultur,
- Schulen und Bildung im Stadtteil,
- Verkehr,
- Umwelt usw.

einen Gesundheitsbezug und implizieren Entwicklungen in diesen Feldern auch bessere Förderung von Gesundheit.

Gelingt es, den (Stadtteil)-Akteuren diesen Zusammenhang bewusst werden zu lassen, können so gewonnene gesundheitsfördernde Sichtweisen dazu beitragen, diesen scheinbaren Widerspruch progressiv aufzuheben. Kooperative Gesundheitsförderung führt unterschiedliche Bereiche zusammen und vermittelt ein Verständnis über Gesundheit, das weitaus mehr ist, als das „Freisein“ von Krankheit. Gesundheit wird als soziopsychosomatisches Zusammenwirken verstanden, in dem sowohl die Bereiche Stadtteilentwicklung, Jugendhilfe und Gesundheitswesen ihren Platz finden, als auch Handlungsstrategien wie Lebenslagenorientierung, Partizipation, Empowerment und Ressourcenorientierung.

Insofern tragen wir mit dem Titel der Veranstaltung: „VERNETZUNG – MACHT – GESUNDHEIT“ dem in den letzten Jahren gewachsenen Verständnis von Gesundheitsförderung Rechnung und möchten moderne Strategien der Gesundheitsförderung auch für junge Menschen in sozialen Brennpunkten nutzbar machen. Dieses zweite Gesundheits-Fachforum ist auch gekennzeichnet durch die Vernetzungsebene der Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und

Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS), die sich in der gemeinsamen Ausrichtung durch die Regiestelle E&C und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) widerspiegelt. Diese Bemühungen, die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen zu verbessern gehen mit dieser Veranstaltung in die zweite Runde. Nachdem wir gemeinsam mit der BZgA im letzten Jahr unter dem Titel: „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“ das erste Fachforum erfolgreich durchführen konnten, möchten wir mit dieser Konferenz nach dem thematischen Einbringen des Themas in den E&C-Prozess nun den Leitgedanken von E&C, soziale Arbeit für und mit jungen Menschen als Koproduktion zu verstehen, einbeziehen. Vernetzung ist eine Grundlage von Koproduktion. Die sich ergänzenden, überschneidenden und teilweise deckungsgleichen Handlungsansätze von E&C, Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung bieten eine hervorragende Basis für gemeinsame intensive Zusammenarbeit.

Wir möchten mit diesem Fachforum die Akteure in benachteiligten Stadtteilen auffordern, ihre Kooperationen im Sinne einer Verbesserung der gesundheitlichen Chancen auszuweiten. Das Programm dieser Konferenz lädt alle Teilnehmer/innen herzlich dazu ein.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen Expertinnen und Experten, die in einer vorbereitenden Veranstaltung dieses Fachforum inhaltlich gestaltet haben, herzlich bedanken. Unser besonderer Dank gilt Frau Marsen-Storz und Frau Ennenbach von der BZgA für die gute Zusammenarbeit.

Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)

Die Fachtagung „Vernetzung – Macht – Gesundheit“ greift ein nicht nur für die Gesundheitspolitik wichtiges Thema auf. Alle, die politische Verantwortung tragen, stehen vor der großen Herausforderung, Lösungsansätze für das Problem sozialer Benachteiligung zu finden. Dies ist aber nicht nur die Aufgabe einzelner Politikbereiche wie z. B. der Gesundheitspolitik, es müssen hier vielmehr alle Politikbereiche in Bund, Ländern und Gemeinden an einem Strang ziehen.

Leider sind wir in Deutschland und in den meisten anderen Ländern noch weit von einer Chancengleichheit oder -gerechtigkeit entfernt. Eine der wesentlichen Ursachen sozialer Ungleichheit ist die ungleiche Verteilung von materiellen Gütern, die Auswirkungen auf die Wohnverhältnisse, den Zugang zu Bildung und Kultur, auf die Ernährung und das Gesundheitsverhalten hat. Eine zentrale Aufgabe ist daher die Reduzierung der Arbeitslosigkeit, wodurch auch die sozialen Hilfssysteme entlastet werden könnten.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Einkommen bzw. sozialer Schicht ist für Deutschland vielfach belegt. So ist z.B. nachgewiesen, dass die Lebenserwartung von Menschen mit geringem Einkommen um sieben Jahre geringer ist als die von Menschen mit höherem Einkommen. Besonders bedrückend ist, dass Kinder und Jugendliche in hoher Zahl zur Armutsbevölkerung gehören und damit erheblichen Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt sind. In Deutschland leben rund eine Million Kinder von der Sozialhilfe. Soziale Benachteiligungen wirken sich besonders nachhaltig auf die physische und psychische Gesundheit und Entwicklung dieser Kinder aus. Viele Eltern und Erziehungsberechtigte sind aufgrund vielfältiger belastender Faktoren nicht mehr imstande, gesundheitsfördernde Ziele sowohl für sich selbst als für ihre Kinder in ausreichendem Maße zu verfolgen. Die Kinder- und Jugendhilfe hat hier eine wichtige zusätzliche Aufgabe, sie muss die Gesundheitsförderung stärker als bisher in ihre Arbeitsfelder einbeziehen.

Trotz erheblicher Verbesserungen der Lebensbedingungen und der medizinischen Versorgung haben weniger privilegierte Kinder und Jugendliche immer noch große Gesundheitsprobleme. Das äußert sich u.a. in folgenden Tatsachen:

- die Säuglingssterblichkeit ist in Familien

- mit sozialen Benachteiligungen höher,
- die Zahl der untergewichtigen Neugeborenen ist höher,
- es sterben mehr Kinder an plötzlichem Kindstod,
- Kinder aus Familien mit sozialen Benachteiligungen nehmen seltener an Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen teil,
- sie nehmen weniger Präventionsangebote wahr,
- sie haben ein höheres Risiko, Ängste, Depressionen, Aggressionen, Süchte und körperliche Beschwerden zu entwickeln und von den Eltern vernachlässigt zu werden,
- sie weisen schlechtere Durchimpfungsraten auf,
- ihre Zahngesundheit ist schlechter,
- sie leiden häufiger an Übergewicht und betätigen sich weniger sportlich,
- sie rauchen mehr,
- sie haben ein höheres Unfallrisiko.

Diese Erkenntnisse lassen sich derzeit nur aus Einzelstudien z.B. der Länder ermitteln. Bisher gab es in Deutschland keine bundesweite repräsentative Untersuchung über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) hat deshalb gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) einen bundesweiten Survey für Kinder und Jugendliche initiiert, um Gesundheitsrisiken zu identifizieren und die Grundlagen für gezielte gesundheitspolitische – vor allem präventive – Maßnahmen zu verbessern. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Verknüpfung der Daten mit der sozialen Lage. Auch wird zum ersten Mal versucht, Menschen mit Migrationshintergrund in die Datenerhebung einzubeziehen. Nach einer Pilot-Phase werden jetzt vergleichbare umfassende Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen vom Robert Koch-Institut erhoben. Die Daten werden durch Befragung der Eltern, der Kinder und Jugendlichen, durch ein ärztliches Interview sowie durch körperliche Untersuchungen erfasst.

Wie der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geschaffene Überblick über nationale und internationale Projekte zur Gesundheitsförderung von benachteiligten Kindern und Jugendlichen zeigt, gibt es auch in Deutschland zahlreiche gute Ansätze und Projekte. Defizite bestehen hier jedoch insbesondere bei der Vernetzung, Koordinierung, bei der Qualitätssicherung und der Nachhaltigkeit. Diese Tagung trägt sicher dazu bei, dass Verbesserungen angestoßen werden.

Die geschilderten Probleme sozialer Benach-

teilung im Zusammenhang mit der Besorgnis erregenden demographischen Entwicklung, einer wachsenden Zahl chronischer Erkrankungen machen eine grundsätzliche Neuausrichtung des Gesundheitswesens und anderer gesellschaftlicher Bereiche erforderlich. Ein Paradigmenwechsel weg von der reinen „Reparaturmedizin“ hin zu einer ganzheitlichen Medizin mit Prävention und Gesundheitsförderung ist überfällig. Um das deutsche Gesundheitswesen auch im 21. Jahrhundert leistungsfähig zu halten, müssen deshalb Prävention und Gesundheitsförderung aufgewertet und ausgebaut werden, denn die kurative Medizin wird es nicht alleine schaffen, die zunehmende Krankheitslast zu bewältigen. Die Chancen, die die Prävention zur Erhaltung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten, insbesondere chronischen Erkrankungen, bietet, müssen genutzt werden, denn Präventions-, Gesundheitsschutz- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind Zukunftsinvestitionen in die Gesundheit unserer Bevölkerung.

Das nunmehr neu strukturierte Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung größte Bedeutung zugemessen und entwickelt Strategien und Konzepte zur grundlegenden und nachhaltigen Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Dieses Ziel wurde von der Bundesregierung ausdrücklich in die Koalitionsvereinbarung aufgenommen. Prävention soll demnach eine eigenständige Säule neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege werden.

Teil der Strategie ist die Erarbeitung und Verabschiedung eines Präventionsgesetzes. Dazu wurden vom BMGS zwei Expertisen vergeben, die die bestehenden Regelungen zur Prävention einmal aus juristischer und einmal aus sozialmedizinischer Sicht beleuchten und Verbesserungsvorschläge machen. Derzeit werden im BMGS Eckpunkte für ein Präventionsgesetz entwickelt. Es ist vorgesehen, ein eigenständiges Sozialgesetzbuch zu schaffen (evtl. SGB II). Ziel ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit zu sichern und die Kosten im Gesundheitswesen zu stabilisieren. U.a. sind verpflichtende Kooperationen der Akteure und Kostenträger sowie verpflichtende qualitätssichernde Maßnahmen vorgesehen.

Ein Meilenstein für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung war ohne Zweifel die Gründung des „Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung“ im Sommer 2002. Gemeinsam mit rund vierzig Verbänden und Organisationen hat die Gesundheitsministerin dieses Forum ins Leben

gerufen. Inzwischen hat es über sechzig Mitglieder. Dazu zählen nicht nur relevante Institutionen und Verbände aus dem Gesundheitswesen, sondern es sitzen auch andere für die Prävention relevante Organisationen und Ressorts mit am Tisch.

Das ist in unserem Gesundheitswesen – ja, sogar in Europa – ein einmaliger Vorgang und trägt der Tatsache Rechnung, dass mittlerweile Prävention und Gesundheitsförderung über alle Parteigrenzen und Verbandsinteressen hinweg als gesamtgesellschaftliche Aufgaben gesehen werden. Im Forum sollen die vielen positiven Ansätze und zahlreichen Akteure in diesem Bereich gebündelt und dadurch wirkungsvoller gemacht werden. Es wird dabei auf dem Vorhandenen aufgebaut, bereits bestehende Kooperationen und Prozesse werden genutzt und weitere initiiert.

Darüber hinaus will das Forum in der Bevölkerung ein Bewusstsein für die Notwendigkeit und den individuellen Nutzen der Prävention wecken, zu gesundheitsgerechtem Verhalten motivieren und dafür die notwendigen Hilfestellungen geben. Um dies auch nach außen zu dokumentieren, wird gerade ein Kommunikationskonzept mit einem Logo entwickelt, unter dem zukünftig die beschriebenen Präventionsaktivitäten stehen werden.

Allen Aktivitäten zugrunde liegt ein Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung, das neben der Senkung von physischen und psychosozialen Gesundheitsbelastungen auch die Stärkung von Gesundheitsressourcen umfasst und besonderes Gewicht auf die Vermeidung und den Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen legt.

Aber es muss gelingen, insbesondere die ressort- und sektorübergreifende Zusammenarbeit auf allen Ebenen entscheidend zu verbessern und die jeweiligen Einzelinteressen dabei zurückzustellen. Nur dann besteht die Chance auf entscheidende Fortschritte in der Prävention und Gesundheitsförderung und damit auch bei der Verbesserung der Lebenssituation sozial Benachteiligter.

Gesundheit von benachteiligten Kindern und Jugendlichen – Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ich freue mich sehr, dass ich in meinem Beitrag zu dieser Tagung insbesondere auf die Aktivitäten der Bundeszentrale über gesundheitliche Aufklärung eingehen kann. Hier im Forum sehe ich viele Kooperationspartner, mit denen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) schon seit vielen Jahren zusammenarbeitet. Doch findet eine wirkliche Fokussierung auf dieses Thema erst in den letzten Jahren explizit statt.

So ist im Jahr 2000 das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit der Frage an uns herangetreten, ob die BZgA an einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit interessiert sei. Diese Zusammenarbeit wurde inzwischen zu einer Kooperation mit dem Bundesmodellprogramm „Entwicklung und Chancen von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“ des BMFSFJ, kurz „E&C“, weiterentwickelt. E&C ist ein Partnerprogramm der Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“, das darauf abzielt, der Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche, die in benachteiligten Stadtteilen aufwachsen, entgegenzuwirken, und zwar durch sozial-räumliche Strategien – insbesondere Vernetzungsstrategien – in Zusammenarbeit mit Quartiersmanager/innen.

Die BZgA hat die Initiative u.a. auch deswegen gerne aufgegriffen, weil sie stets Strategien sucht, wie Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten gefördert werden können, ohne dass es zu einer Stigmatisierung kommt. Die Vernetzungsstrategie von E&C basiert auf Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Dadurch wird in vielen kommunalpolitischen Feldern ein Bewusstsein dafür geschaffen, dass die gesunde körperliche und seelische Entwicklung die zentrale Voraussetzung dafür ist, dass Lebenschancen und auch Bildungsmöglichkeiten realisiert werden können.

Die BZgA bringt zusätzlich Aspekte der Gesundheitsförderung und der gesunden Entwicklung in das E&C-Programm mit ein, dessen Interventionsschwerpunkt bisher die Jugendhilfe ist.

In dem Titel der Tagung – „Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten“ – wird deutlich, was

auch auf Bundesebene durch Kooperationen und z.B. in der Vorbereitung dieses Fachforums geschieht und geschehen wird: Nicht nur auf Bundesebene, sondern auch auf der lokalen Ebene müssen Jugendhilfe und Gesundheitshilfe sehr viel stärker zusammenarbeiten. Denn nur so können wir der Tatsache gerecht werden, dass Gesundheit und soziale Aspekte in einer Lebenssituation zusammengehören, dass Gesundheit ein ganzheitliches Thema ist.

1. Hintergrund – Schwerpunkt Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ende der 90er Jahre hat die BZgA einen mittelfristigen Schwerpunkt „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ gebildet. Dies geschah u.a. mit dem Ziel, in der allgemeinen Gesundheitsaufklärung einen höheren Wirkungsgrad durch die Konzentration auf eine Zielgruppe zu erreichen.

Bei begrenzten Mitteln ist es immer schwierig zu entscheiden, auf welche Zielgruppen und Themen man sich schwerpunktmäßig festlegen will. Doch die Konzentration auf den Bereich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen schien sehr vernünftig und wichtig, wie auch die seitherigen Entwicklungen deutlich zeigen.

Die Ansätze, die die BZgA bei ihren Projekten und Kampagnen zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung verfolgt, sind

- lebensbegleitend und ganzheitlich ausgerichtet,
- die Förderung der gesunden körperlichen, geistigen und sozialen Entwicklung (Abkehr von reiner Wissensvermittlung, Ratschlägen und Appellen),
- die Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen (Stärkung und Entwicklung von eigenverantwortlichem Verhalten),
- die Stärkung und Entwicklung der Gesundheitsförderungskompetenz von Eltern und Betreuungspersonen (und Multiplikatoren).

Wichtig dabei ist, dass reine Informationsvermittlung als Ansatz/Methode nicht ausreicht, sondern unbedingt die Kompetenzentwicklung dazugehört.

Im Folgenden diskutiere ich zentrale Aspekte zur Erreichung dieser Ziele und der Umsetzung der Ansätze, insbesondere bei der Ansprache der Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Der Abbau von Ungleichheit der Gesundheitschancen ist ein übergeordneter Ansatz, der bei all diesen vorgestellten Punkten zum Tragen kommt und berücksichtigt wird.

(1) Gesundheit erlebbar machen

In ihrer Arbeit will die BZgA einen lebendigen Zugang zu Kindern und Jugendlichen finden, der diese auch emotional anspricht, Gelegenheiten zum Ausprobieren schafft, positives Erleben in den Vordergrund stellt, Eigenaktivität fördert, in „Szene“ setzt (z.B. Kinderliedertour). Das BZgA fördert deshalb integrierte Ansätze, die das Wechselspiel zwischen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung berücksichtigen, die im Alltag bei den Bedürfnissen der Jugendlichen ansetzen und Sinneserfahrungen ermöglichen und spürbar/erlebbar zu machen (z.B. „gut drauf“, s.u.).

Oft werden auch die Neuen Medien genutzt, denn gerade bei Themen, die vordergründig nicht direkt etwas mit „Gesundheit“ zu tun haben, ist das Medium Internet hilfreich bei der Erreichung bestimmter Zielgruppen. Für den Bereich Sexualpädagogik wurde das Projekt „Loveline.de“ zu Themen der Liebe, Partnerschaft, Sexualität und Verhütung entwickelt und dient insbesondere der Ansprache männlicher Jugendlicher. Gerade männliche Jugendliche sind bezüglich dieser Themen häufig schwieriger ansprechbar, werden aber über das Medium Internet/PC gut erreicht. Ähnlich ist es im Bereich der Suchtprävention. Über das Internetangebot „Drugcom.de“ können sich Jugendliche informieren und in einen Dialog miteinander treten. Über diese Form des Angebots wird eine kritische Selbstreflexion gefördert, was in Konkurrenz zu kommerziellen Anbietern geschieht, die mit ihrem Internetangebot oft ganz andere Ziele verfolgen. Wichtig sind dabei spielerische Elemente und die Interaktivität des Angebots.

(2) Kooperatives Handeln

Die BZgA ist z.B. derzeit in Kooperation mit dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen (ZI), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte an der Überarbeitung des „Gelben Heftes“ beteiligt. Die Aufgabe der BZgA liegt in der Entwicklung von begleitenden Elterninformationen. Diese sollen dazu dienen, die Eltern darüber zu informieren, was sie in der Entwicklung ihres Kindes beobachten sollten, was sie sich notieren und in das Gespräch mit Ärzt/innen einbringen sollten. Die Ergänzung soll den Eltern helfen, Schritte der kindlichen Entwicklung (z.B. Psychomotorik und soziale Fähigkeiten) zu erkennen und sie in ihrer Kompetenz zu stärken, damit sie die Entwicklung ihrer Kinder gesundheitsfördernd beeinflussen können.

Ein weiteres Beispiel sind die Kochcharts, die auf einer Kooperation des Kinderkanals ARD/ZDF mit der BZgA beruhen, mit dem Ziel,

Gesundheitsthemen in verschiedene Sendeformate einzubringen.

(3) Den Setting-Ansatz nutzen

Neben der individuellen Ansprache der jeweiligen Zielgruppe ist der Setting-Ansatz ein Erfolg versprechender Ansatz. Er konzentriert sich auf Institutionen, z.B. die Schule, und erreicht alle, die sich in einem Setting aufhalten, dort leben oder arbeiten. Ein solcher Ansatz birgt die große Chance, dass Botschaften – z.B. Nichtrauchen in der Schule – nicht nur den Kindern vermittelt werden, sondern allen Beteiligten im Setting. Dies ist für Kinder verständlicher, denn so lange z.B. Rauchen für Erwachsene normal und in der Schule erlaubt ist, verstehen Kinder nicht, wieso sie eigentlich nicht rauchen sollten oder dürfen.

2. Epidemiologie

Bislang gibt es noch keine umfassende bundesweite Erhebung zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zum Gesundheitswissen und zur Gesundheitseinstellung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Seit Sommer 2003 wird am Robert Koch-Institut ein bundesweiter Kinder- und Jugendgesundheits-Survey mit einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung durchgeführt. Die vollständigen Daten sollen im Jahr 2006 vorliegen.

Die Daten, auf die wir jetzt schon zurückgreifen können, stellen zwar ein Patchwork aus Einschulungsuntersuchungen, aus lokaler oder regionaler Berichterstattung, aus Daten des statistischen Bundesamtes, aus dem Kinderkrebsregister, aus der Statistik der Straßen- und Verkehrsunfälle und aus Einzelstudien dar, aber sie haben genügend Aussagekraft, um die wichtigsten Probleme im Kindes- und Jugendalter zu erkennen und jetzt schon aktiv zu werden.

Auf der Grundlage vorhandenen Daten zeichnen sich folgende, zentrale Gesundheitsprobleme im Kindes- und Jugendalter ab:

a. Störungen der motorischen Entwicklung und Koordination sind ein sehr wichtiges Thema, weil daraus schwerwiegende Folgeschäden wie Unfälle, Haltungsschäden und Krankheiten des Bewegungsapparates resultieren. Dies ist ein Problem, mit dessen Bearbeitung früh begonnen werden muss.

b. Sprech- bzw. Sprach-, Hör und Sehstörungen sind weitere, sehr akute Probleme, bei denen ebenfalls eine frühe Gegensteuerung notwendig ist. Die Förderung der Sprachentwicklung ist für die Lebenschancen und Bildungsmöglichkeiten der Kinder entscheidend. Hör- und Sehstörungen sind zwar im Programm der Früherkennungsuntersuchungen enthalten,

aber wir wissen auch, dass gerade besonders gefährdete Zielgruppen nur unzureichend an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen.

c. Adipositas und problematisches Ernährungsverhalten (Fehlernährung) sind weitere zentrale Gesundheitsprobleme bei Kindern. Schon bei den Einschulungsuntersuchungen gibt es viele übergewichtige Kinder. Auch Essstörungen wie Magersucht und Bulimie treten schon in einem relativ frühen Alter auf, da insbesondere Mädchen schon vor und während der Pubertät häufig Diäten machen, aus denen sich später Essstörungen entwickeln können.

d. Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität

e. geringe Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen

Wir haben es also mit einer Fülle von Themen zu tun, wobei viele Gesundheitsprobleme miteinander in Verbindung stehen, so dass es integrierte Ansätze braucht, um die Bewältigung der Probleme vernünftig angehen zu können.

3. Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Lage

Inzwischen zeigen sich im Gesundheitssektor Reaktionen auf eine Vielzahl von wissenschaftlichen Studien, deren Ergebnisse eindeutig belegen, dass junge Menschen, die in benachteiligten Quartieren leben, einen schlechteren Gesundheitsstatus und eine höhere Sterblichkeit aufweisen. Unter anderem sind die Kinder und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten häufiger krank, haben einen schlechteren Zahnstatus, nehmen seltener an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen teil, bei ihnen treten grobmotorische Koordinationsstörungen und Sprachstörungen häufiger auf. Sie haben häufiger psychische und physische Entwicklungsstörungen, zeigen häufiger gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, (z.B. Bewegungsarmut, nährstoffarme und zu kalorienreiche Ernährung, frühes habitualisiertes Rauchen) und haben häufiger Unfälle.

Alle die oben genannten, zentralen Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen konzentrieren sich also in der Gruppe der sozial Benachteiligten. Je schwieriger die soziale Lage der Eltern – gemessen an Bildung, beruflichem Status und Einkommen –, desto ungünstiger sind die Gesundheitschancen ihrer Kinder.

Hinzu kommt, dass der volle Umfang der Auswirkungen gesundheitlicher Benachteiligungen im Kindesalter erst im Erwachsenenalter voll sichtbar wird (Herz-Kreislaufkrankungen, Depressionen, erhöhte Suchtgefährdung etc.).

Wie in vielen westlichen Industrienationen

hat auch in Deutschland in den letzten Jahrzehnten eine sozial-räumliche Polarisierung stattgefunden. Durch fortschreitende soziale Entmischung haben sich viele innerstädtische Quartiere zu sozialen Brennpunkten entwickelt. Diese Quartiere zeichnen sich aus durch eine schlechtere Qualität der Wohnungen, des Wohnumfeldes, durch fehlende Grün- und Freiflächen, geringe soziale und kulturelle Infrastruktur, mangelnde Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche etc.

Ein solches Lebensumfeld verschlechtert die Chancen für eine gesunde Entwicklung der Kinder weiter. Darüber hinaus leben in sozialen Brennpunkten – im Vergleich zu den besser gestellten Stadtteilen – sehr viel mehr Kinder. Deshalb sind Interventionen zur Förderung der Gesundheit von Kindern in sozialen Brennpunkten sowohl unter qualitativen als auch quantitativen Gesichtspunkten prioritär.

Was ist nun eigentlich in Deutschland passiert?

Neu ist vor allem, dass die Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage auch in Deutschland in den letzten Jahren in den Vordergrund gerückt sind. So hat sich die BZgA zum Beispiel auf Bundesebene dafür stark gemacht, dass bei der Formulierung und Umsetzung des Projektes „gesundheitsziele.de“ (z.B. Kinder- und Jugendgesundheit, Förderung des Nichtrauchens, Diabetes) der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage stärker betont und herausgestellt wird. Auch auf der Länder- und kommunalen Ebene sowie von Seiten der Wohlfahrtsverbände, der freien Initiativen und der Berufsverbände steht die Verbesserung der Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlichen inzwischen deutlich mehr im Mittelpunkt.

Die Gesundheitsministerkonferenz hat deshalb dieses Thema als zentrales gesundheitspolitisches Anliegen formuliert und beschlossen. Dabei soll der Schwerpunkt auf den Handlungsfeldern „Prävention und Gesundheitsförderung“ sowie „Früherkennung und Frühförderung“ liegen und besonders auf die Zielgruppe der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen ausgerichtet sein.

Auch jährliche bundesweite Kongresse wie zum Beispiel der Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin und natürlich auch die E&C-Fachforen machen die besonderen gesundheitlichen Defizite von jungen Menschen in benachteiligten Gebieten zu Schwerpunktthemen und tragen damit zu einer Weiterentwicklung der Diskussion bei.

Nach wie vor gilt, dass sich aufgrund der besseren strukturellen Voraussetzungen Ge-

sundheitsförderungsinitiativen in mittelständischen Quartieren z.B. in Kindertagesstätten und Schulen leichter realisieren lassen. Aber in den letzten Jahren entstehen o.g. Initiativen, die auch sozialräumliche Ansätze, Vernetzungsaktivitäten (auch) in benachteiligten Stadtteilen und Partizipationsmodelle berücksichtigen.

Die BZgA beschäftigt sich seit 2000 verstärkt mit dem Thema „Gesundheitsförderung für benachteiligte Kinder“, weil vor allem in sozialen Brennpunkten die Gesundheitsrisiken für Kinder und Jugendliche kumulieren. Insbesondere in den Schwerpunktbereichen Ernährung, Bewegung und Stressregulation werden zurzeit schon Familien in benachteiligten Regionen in den Fokus genommen.

Was macht die BZgA?

(1) Kooperation mit dem E&C-Programm

Aus Sicht beider Organisationen macht es Sinn, die bisher guten Erfahrungen in der Zusammenarbeit auszubauen und die Kompetenzen der sozialräumlich orientierten Jugendhilfe mit der Gesundheitshilfe weiter zusammen zu bringen und zu intensivieren. Dabei können die schon geschaffenen vernetzten Strukturen im Rahmen der Programmplattform E&C und das Know-how der Bundeszentrale genutzt werden.

Beide Partner im Prozess zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Quartieren sehen die weitere Kooperation jedoch nur dann als sinnvoll an, wenn diese längerfristig vereinbart werden kann und damit größere Chancen für nachhaltige Veränderungen gegeben sind.

Im letzten Jahr wurde unter dem Titel „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“ zum ersten Mal das Thema Gesundheit in das E&C-Programm des BMFSFJ in die Diskussion eingebracht. Die Veranstaltung sollte dazu beitragen, die Bereiche Jugendhilfe und Gesundheitshilfe enger miteinander zu verknüpfen und Synergien sichtbar werden zu lassen. Im Vordergrund standen einerseits die Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Benachteiligung und Gesundheit sowie andererseits die Präsentation sozialräumlich orientierter *models of good practice*.

Zur Vertiefung der Diskussion um Strategien und Möglichkeiten der Vernetzung innerhalb der sozialen Brennpunkte wurde dann 2003 das Fachforum unter dem Titel „Vernetzung – Macht – Gesundheit“ durchgeführt. Diese Veranstaltung sollte vor allem die Kooperation in den Stadtteilen zwischen Jugend-, Gesund-

heitsämtern, Stadtteilbüros und Verbänden, also die Möglichkeiten der Vernetzung in den Fokus rücken.

(2) Internetplattform www.datenbank-gesundheitsprojekte.de

Dieses Projekt ist u.a. im Zuge der Zusammenarbeit mit E&C und der Schwerpunktsetzung auf die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten entstanden. Die Datenbank wird im Auftrag der BZgA von Gesundheit Berlin e.V. entwickelt. www.datenbank-gesundheitsprojekte.de soll eine „lebendige Datenbank“ sein und als Arbeitsinstrument zum Informations- und Erfahrungsaustausch dienen.

Die Datenbank bietet einen qualifizierten Überblick über Ansätze und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland. Projekte, die sich beispielhaft mit diesen Themen und Zielgruppen befassen, werden dort dargestellt, es wird versucht, Antworten auf Fragen wie diese zu geben: Welche Ansätze sind erfolgversprechend? Wo kann ich mich beteiligen? Welche Erfahrungen kann ich nutzen?

Bisher gibt es keinen anderen EU-Staat, der über eine vergleichbare Datenbank in diesem fortgeschrittenen Stadium und Umfang verfügt.

(3) Projekte in sozialen Brennpunkten

Zur Förderung der Gesundheit von Jugendlichen werden von der BZgA vorhandenen Projekte auf die Besonderheiten in sozialen Brennpunkten und die gezielte Durchführung der Projekte in E&C-Gebieten adaptiert. Zu diesen Projekten zählen ...

... die *Kinderliedertour „Apfelklops und Co.“*, eine Kinderliederrevue, mit der Kinder über Musik und Spiel an die Themen der gesunden Ernährung und Bewegung herangeführt werden sollen. Ausschnitte davon wurden im letzten Fachforum präsentiert. Kinder sollen neugierig gemacht werden auf eine gesunde Ernährung, die schmeckt, die Wachstum, Konzentration und Leistung fördert und zusammen mit ausreichend Bewegung vielen Krankheiten vorbeugt. Diese Kinderrevue tourt seit 2000 quer durch die Bundesrepublik und seit einiger Zeit auch verstärkt in sozialen Brennpunkten. Entscheidend dabei ist, dass bei der Revue auch die Kooperationspartner aus Jugend- und Gesundheitsämtern, aus dem Kulturbereich, die Erzieher/innen, Grundschullehrer/innen, Eltern, also alle möglichen Multiplikatoren, mit einbezogen werden. Dies geschieht u.a. durch vorgeschaltete Seminare. Darüber hinaus werden begleitende Materialien zur Verfügung gestellt, um attraktive Konzepte auch im Schul-

unterricht, im Kindergarten oder in der Familie umzusetzen.

... die *Mitmachaktion „Gut drauf“*, ein Projekt, das sich an ältere Kinder und Jugendliche richtet. Hier wird der integrierter Ansatz zur Förderung gesunder Ernährung, Bewegung und Stressregulation im Jugendalter verfolgt und in Kooperation mit Schulen, mit Sportvereinen, mit Jugendzentren, aber auch auf Jugendreisen umgesetzt. Dieses Projekt wird im Rahmen der Kooperation mit E&C seit 2002 verstärkt in sozialen Brennpunkten angeboten.

... die *Entwicklung und Bereitstellung von Medien speziell für Migrant/innen*, wobei es nicht nur um die bloße Übersetzung der Materialien in unterschiedliche Sprachen geht, sondern auch um die Berücksichtigung kultureller Besonderheiten. Es sollen so Angebote geschaffen werden, die wirklich hilfreich sind und genutzt werden können, z.B. von Verbänden, die vor Ort mit Migrant/innen arbeiten. Derartig gezielte Ansprachewege sind gerade auch für Kinder besonders wichtig.

... die Bewerbungsaktionen zur Erhöhung der Teilnahme sozial benachteiligter Gruppen an den *Früherkennungsuntersuchungen* U1 bis U9 und J1, wobei beide Projekte sich derzeit noch in der Vorbereitungsphase befinden. Ein wichtiges Merkmal hier ist die gezielte Bewerbung in sozialen Brennpunkten, in Kooperation mit den Kinder- und Jugendmediziner/innen vor Ort.

Zusammenfassung – Ergebnisse – Ausblick

Folgende Erfahrungen aus den Projekten, die im Rahmen der Recherche für die Datenbank und nicht zuletzt durch die Präsentation auf dem ersten Fachforum zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen können festgehalten werden:

Wenig erfolgversprechend sind zeitlich begrenzte Projekte, die erst mit hoher Motivation umgesetzt werden und dann nach kurzer Zeit schon an ihr Ende stoßen. Sie bergen die Gefahr, dass engagierte Leute demotiviert werden. Im Rahmen des E&C -Fachforums im Jahr 2002 sowie der Projektrecherche bei dem Aufbau der Datenbank wurden viele interessante, konzeptionell neue Ansätze zur Bewegungsförderung eruiert, die auf Initiative von Universitäten, Sporthochschulen entstanden sind, aber nur kurzfristig finanziell gesichert waren. Vermieden werden sollten daher in Zukunft kurzfristige Interventionen, die mittelfristig finanziell nicht gesichert sind und/oder von den kommunalen Ämtern bzw. regionalen Spitze nicht mitgetragen werden.

Erfolgversprechend in Bezug auf die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheit ist

- die Nutzung *kommunaler Gesundheitsberichterstattung*. Eine Gesundheitsberichterstattung, die vor Ort Entwicklungen nachzeichnet, in dem sie in regelmäßigen Abständen erhoben wird, ist von sehr großem Wert, um zu sehen und zu dokumentieren, was sich verändert hat.
- die *professionelle Kooperation in regionalen Netzwerken*. Wichtig ist dabei vor allem die intersektorale Zusammenarbeit, dass die verschiedenen Bereiche, ob das die Erziehungsberatung, die Jugendhilfe, das Gesundheitsamt, Selbsthilfeorganisation ist, zusammenarbeiten.
- eine *Anbindung an ein städtisches Amt oder eine bereits bestehende, namhafte Organisation vor Ort*, mit deren Hilfe auch die Mittel- und Langfristigkeit eines Projekts gesichert werden kann.
- die Realisierung von *integrierten Ansätzen* und der Verzicht auf das Herauspicken einzelner Aspekte. Ein einzelnes Plakat, eine einzelne Maßnahme zur Ernährung, ein einzelnes Projekt zur Bewegung werden keine längerfristigen Erfolge erzielen können. Dabei sind aufsuchende und niedrigschwellige Angebote besonders schwer zu realisieren, gehören aber in einem Maßnahmenmix unbedingt dazu.

Beispiele, die diese Kriterien berücksichtigen, zeigen, dass es gelingt, auch in diesen Bereichen wirklich erfolgreich zu sein. Die sonst übliche Versäulung verschiedener Ämter und Dienste kann überwunden werden, es kann zu einer tragfähigen Kooperation und Netzwerkbildung auf der kommunalen Ebene kommen. Diesen Weg wollen wir gemeinsam mit allen, mit denen wir bisher zusammenarbeiten, gerne weitergehen.

Chancenungleichheit für benachteiligte Kinder und Jugendliche: Daten – Fakten – Konsequenzen

Das Thema dieses Betrags liegt an der Schnittstelle zwischen Praxis und Forschung. Aus einer wissenschaftlichen Perspektive werden hier Daten über Armut und Gesundheit gesammelt und analysiert. Aus der Perspektive von Beratern versuchen wir darüber hinaus, die Umsetzung der Daten in sinnvolle Politik zu fördern. Die Fachtagung „Vernetzung – Macht – Gesundheit“ ist für uns eine der besten Möglichkeiten, die zweite Perspektive einzunehmen, d.h. die praktische Umsetzung der Erkenntnisse aus den von uns erhobenen empirischen Daten zu fördern.

Vor circa sieben Jahren wurde die von Dr. Mielck geleitete „Arbeitsgruppe Sozial-Epidemiologie“ gegründet; sie umfasst Wissenschaftler/innen und Akteure der Gesundheitsversorgung aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. Damals mussten viele davon überzeugt werden, dass der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit auch in Deutschland ein Problem ist. Viele meinten, dass dieses Problem mit den Gesetzlichen Krankenkassen, in denen ja fast alle Bürger/

innen solidarisch versichert sind, weitgehend gelöst worden sei, und dass jeder, der auf Hilfe und gesundheitliche Betreuung angewiesen sei, auch gut versorgt werde.

Es mussten Daten produziert werden, die belegen, dass es nach wie vor Armutprobleme im Gesundheitsbereich gibt, d.h. dass Personen, die arm sind, früher sterben und kränker sind als andere. Diese Phase des „Überzeugen mit Daten“ dauerte einige Jahre. Dann kam vor fünf Jahren ein Umschwung. Seitdem wird von allen gesellschaftlichen Akteuren akzeptiert, dass auch in Deutschland eine große „gesundheitliche Ungleichheit“ vorhanden ist. Inzwischen werden andere Fragen gestellt, Fragen wie: Was kann und muss getan werden? Wer kann etwas tun? Gelernt haben wir viel aus dem europäischen Ausland, überwiegend aus England, den Niederlanden und den skandinavischen Ländern. Dort wurden diese Fragen schon vor vielen Jahre gestellt, und daher gibt es dort auch viel mehr praktische Erfahrungen bei der Beantwortung der Frage: Was kann getan werden zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit?

(1) Soziale Ungleichheit: Entwicklung der Einkommensarmut

Beginnen wir mit der Frage, *welche Personengruppen von Armut besonders stark betroffen sind.*

Noch vor einigen Jahren war dies vor allem die Gruppe der älteren Menschen; diskutiert wurde das Thema im Wesentlichen unter dem Stichwort „Alters-Armut“. Die aktuellen Daten

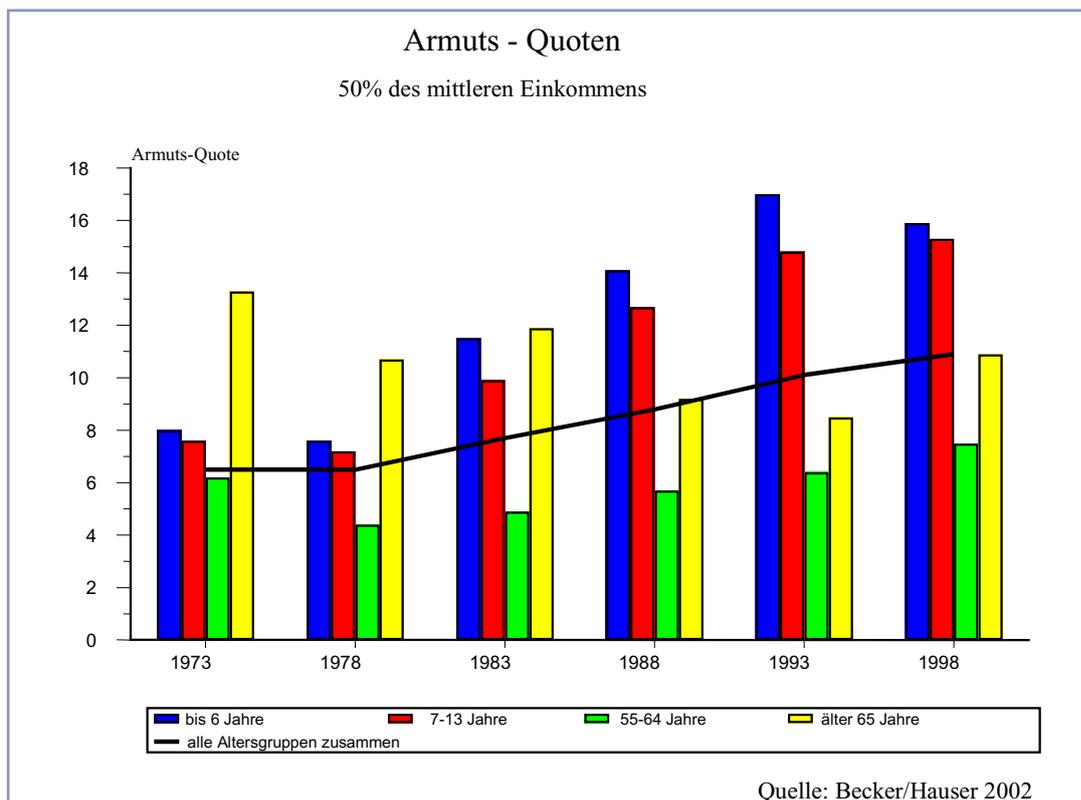


Abb. 1: Entwicklung der altersabhängigen Armutsquoten in Deutschland

zeigen eine drastische Veränderung: Heute sind es Kinder und Jugendliche, bei denen eine besonders hohe Armutsquote zu verzeichnen ist. Ungefähr 15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen – also ein extrem hoher Anteil – lebt in Einkommensarmut. Bei den über 65-Jährigen beträgt die Armutsquote dagegen „nur“ ungefähr 10 Prozent. Allein diese Zahlen belegen schon, dass wir, wenn wir über das Thema Armut und Gesundheit reden, auf jeden Fall über Kinder und Jugendliche sprechen müssen.

Wenn man nach den Gründen für diese Verteilung fragt, kommt man schnell zu der Erkenntnis, dass gerade Familien mit mehreren Kindern in Deutschland von Armut betroffen sind, zudem auch allein erziehende Frauen und Männer mit ihren Kindern. Dies sind zwei der größten Armutsgruppen.

Noch im Zusammenhang mit dem 10. Kinder- und Jugendbericht kam es zu einer großen Diskussion darüber, ob Armut in Deutschland überhaupt vorhanden ist. Sicher erinnern sich viele noch an die heftige Kontroverse, als konservative Politiker/innen behaupteten: „Es gibt doch gar keine Armut in Deutschland, wir haben doch die Sozialhilfe. Die Menschen, die etwas benötigen, bekommen doch von dort ihr Geld und ihre gesundheitliche Betreuung“. Heute ist diese Diskussion beendet, die Akteure aus allen gesellschaftlichen Bereichen haben akzeptiert, dass es Armut gibt – vor allem bei Kindern und Jugendlichen.

ben als im oberen Einkommensviertel. Zehn Jahre sind ein extrem großer Unterschied. Bei Frauen beträgt die Differenz immerhin noch ungefähr fünf Jahre.

In anderen Staaten (wie beispielsweise in England oder in Schweden) werden vergleichbare Daten Jahr für Jahr registriert. Wir verfügen leider über keine derartigen jährlichen Daten und können daher auch keine zeitlichen Trends nachzeichnen. Die Trenddaten aus dem Ausland sind daher für uns umso kostbarer. Sie zeigen, dass die Mortalitäts-Unterschiede zwischen den Statusgruppen in den letzten Jahren zugenommen haben. Diese Zunahme der Unterschiede hatte in Ländern, wo dies registriert wurde, große Auswirkungen auf die Politik. Vorher wurde offenbar allgemein akzeptiert, dass arme Menschen kränker sind und früher sterben als andere Menschen. Aber nun konnte nicht mehr ignoriert werden, dass die sozialen Unterschiede zunehmen, und die Politik konnte dies nicht unbeantwortet lassen. Die Vermutung liegt nahe, dass auch bei uns die Ungleichheit bei Gesundheit zunimmt.

Einerseits sind die Einkommensunterschiede konstituierend für die Verfasstheit moderner Gesellschaften und wohl keiner in Deutschland strebt ernsthaft an, alle Einkommensunterschiede vollkommen abzubauen. Andererseits sind Unterschiede im Einkommen eine grundlegende Ursache für Unterschiede im Gesundheitszustand. Die gesundheitlichen Ungleichheiten sind daher wohl nicht ganz

Lebenserwartung (ab Geburt)

Äquivalenz - Einkommen	Lebenserwartung (in Jahren)	
	Männer	Frauen
a) > Mittelwert	81	85
< Mittelwert	77 (- 4)	83 (- 2)
b) obere 25 %	82	86
untere 25 %	72 (- 10)	81 (- 5)

Sozio-ökonomisches Panel, 1984-1997, neue Bundesländer, Deutsche Quelle: Reil-Held 2000

Abb. 2: Zusammenhang von Mortalität und Einkommen

(2) Soziale Ungleichheit bei Mortalität und Morbidität

Schritt zwei widmet sich der Frage, welche Daten über den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit existieren und was sie aussagen.

Abbildung 2 dokumentiert die eindeutigsten Daten, die wir aus Deutschland kennen. Sie zeigen: Wenn man das Einkommen der Menschen mit ihrer Mortalität vergleicht, dann sieht man, dass im unteren Einkommensviertel die Männer ungefähr zehn Jahre kürzer le-

vermeidbar, aber sie sind vermutlich verringert. Wenn man den Vertreter/innen der Krankenkassen oder den anderen gesundheitspolitischen Akteuren die Frage stellt: „Sind Sie sicher, dass alles getan ist, um die sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand so klein wie möglich werden zu lassen?“, dann antworten sie in aller Regel: „Nein, da sind wir nicht ganz sicher.“ Genau das ist der Punkt. Uns geht es darum, dass die gesundheitlichen Unterschiede so klein wie möglich werden. Darum sind Trendaussagen so wichtig. Wenn sie zeigen, dass die Unterschiede nicht kleiner, sondern

sogar noch größer werden, dann ist dies ein gesundheitspolitischer Skandal.

Die folgenden Daten zum Gesundheitszustand sind die aussagefähigsten Daten aus Deutschland, die uns für Kinder und Jugendliche bekannt sind. Schüler/innen wurden während der Schulzeit mittels Fragebogen befragt. Auf Grundlage dieser Angaben wurden soziale Schichten gebildet und die Daten zum Gesundheitszustand der Kinder entsprechend dieser sozialen Schichten ausgewertet.

Die Daten zeigen wiederum eine extrem große Differenz: 16% der Schüler/innen aus der unteren Schicht gaben an, dass sie sich krank fühlen, dagegen nur 1% aus der oberen Schicht. Bei einer ganz allgemeinen Frage zum Gesundheitszustand ist dies ein extrem großer Kontrast. Auch bei den Fragen zur psychischen Gesundheit (Einsamkeit, Hilflosigkeit, nicht gut einschlafen können etc.) sehen wir deutliche Gradienten.

beim Thema Rauchen – und allgemein mit dem Thema gesundheitsgefährdendes Verhalten – zu typischen Argumentationen kommt, die den sozial Benachteiligten selbst Schuld an ihrem schlechteren gesundheitlichen Zustand zuschreiben („blaming the victim“). Oft wird mehr oder weniger explizit folgendermaßen argumentiert: „Sozial Benachteiligte rauchen zu viel, die verhalten sich falsch, also haben sie ihren schlechten Gesundheitszustand zu einem großen Teil auch selbst verschuldet. Jeder weiß doch, dass Rauchen nicht gerade gesund ist, und zudem ist Rauchen ziemlich teuer. Warum hören sie nicht einfach damit auf?“ Diese etwas überspitzte Darstellung weist auf die große Gefahr hin, die dann entsteht, wenn man die sozial Benachteiligten quasi von oben herab zurechtweist und belehrt: „Du rauchst zu viel. Hör auf zu rauchen. Dann geht’s auch dir gesundheitlich besser.“

Doch eigentlich muss anders herum gefragt

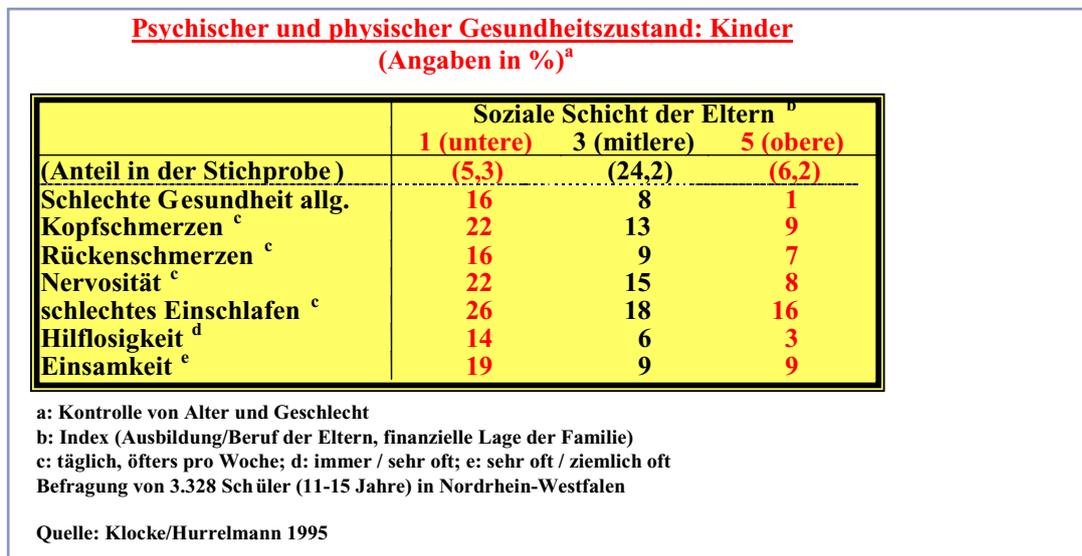


Abb. 3: Gesundheitszustand von Kindern in Nordrhein-Westfalen

(3) Ursachen für die Soziale Ungleichheit bei Mortalität und Morbidität

Im nächsten Schritt beschäftigen wir uns mit der Frage nach den Gründen für diese gesundheitliche Ungleichheit.

In Abbildung 4 ist ein sehr einfaches Modell abgebildet. Zwischen den beiden Blöcke „Soziale Ungleichheit“ und „Gesundheitliche Ungleichheit“ ist eine Black Box eingezeichnet, in der die wichtigsten vermittelnden Faktoren benannt sind.

Ein besonders wichtiges Thema ist das Gesundheitsverhalten. So zeigt eine Vielzahl von Studien, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene aus den unteren sozialen Schichten erheblich mehr rauchen als Kinder, Jugendliche und Erwachsene aus den oberen sozialen Schichten. Dies sind gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse. Sie müssen auch deswegen ausführlich diskutiert werden, weil es gerade

werden: Wie kann es dazu kommen, dass jemand raucht? Rauchen ist teuer – es muss also einen sehr guten Grund dafür geben, warum ausgerechnet die Personen am meisten rauchen, die am wenigsten Geld haben.

Wie oben bereits angedeutet, wird häufig angenommen, dass soziale Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung bei uns kaum vorhanden sind. In der Tat sind fast alle Bürger/innen in den gesetzlichen Krankenkassen versichert, auch und gerade die Menschen mit niedrigem Einkommen, und alle Versicherten erhalten ein fast identisches Angebot an Versorgungsleistungen. Von Krankenkassen- und Verbandvertreter/innen ist daher immer wieder zu hören, dass unser Modell der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung bereits ein sehr hohes Maß an sozialer Gerechtigkeit gewährleistet. So berechtigt diese Einstellung auch ist, so hat sie doch auch dazu geführt, dass die Frage nach den verbleibenden so-



Abb.4: Dimensionen des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

zialen Unterschieden in der gesundheitlichen Versorgung weitgehend verdrängt wurde. In der Arbeitsgruppe Sozial-Epidemiologie versuchen wir daher seit einigen Jahren, die Diskussion zum Thema soziale Ungleichheit bei der gesundheitlichen Versorgung zu stärken. Damit möchten wir auch ein Gegengewicht zur gegenwärtigen Dominanz des Themas Rauchen (bzw. des Themas individuelles Gesundheitsverhalten) schaffen. Im Folgenden stellen wir dazu einige empirische Ergebnisse aus Deutschland vor.

Die Daten der Teilnahme an den U2- bis U9-Untersuchungen aus Berlin zeigen ganz klar, dass die unteren sozialen Gruppen diese Untersuchungen seltener nutzen (siehe Abb. 5). Mit anderen Worten: Trotz kostenloser Versorgung,

trotz des für jeden Versicherten gleichen Angebots, nehmen die unteren sozialen Gruppen das Angebot weitaus weniger in Anspruch. Lange Zeit wurde nur betont, dass jeder Versicherte das gleiche Angebot erhält, aber es wurde zu wenig danach gefragt, ob ein gleiches Angebot auch eine gleiche Inanspruchnahme nach sich zieht. Offenbar müssen wir mehr wissen über die Gründe für eine geringe Inanspruchnahme der bestehenden Angebote.

Eines der besten Beispiele, um das Problem der sozialen Ungleichheit bei der gesundheitlichen Versorgung zu verdeutlichen, ist die Zahngesundheit. Die Zahngesundheit der Kinder gehört eigentlich zu den Erfolgs-Stories des deutschen Gesundheitswesens, die Zahngesundheit ist in den letzten Jahren immer

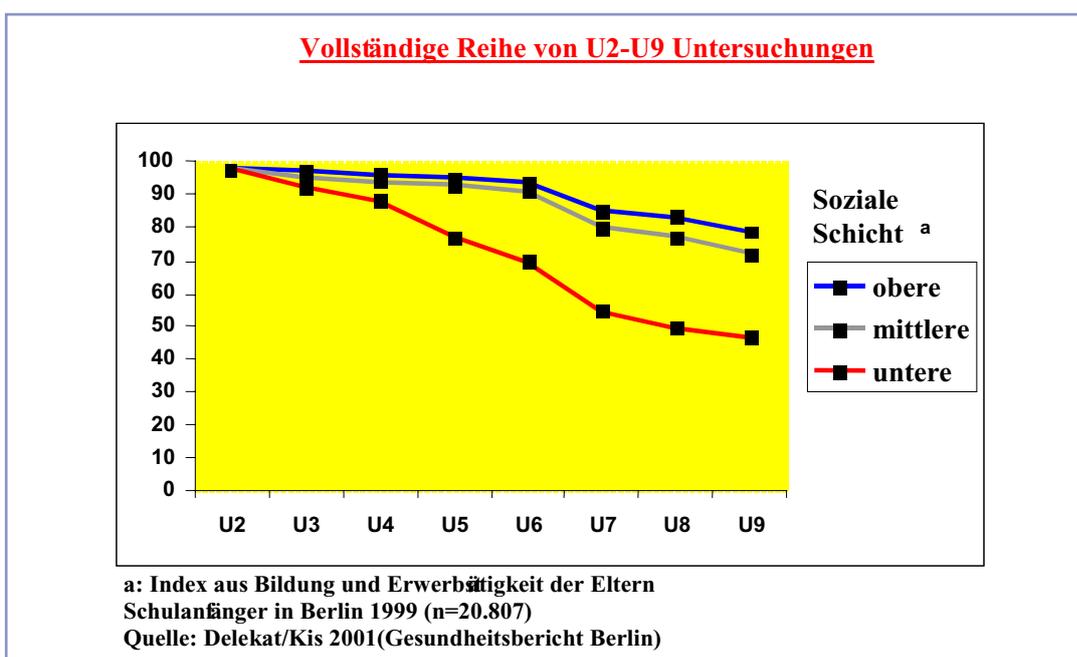


Abb. 5: U2 bis U9 Untersuchungen in Berlin

Zahngesundheit bei Kindern (in Koblenz)

(Angaben in %)

	Sozialhilfe-Empfänger (bei 0-13jährigen)			
	< 6,9%	bis 13,2%	bis 19,4%	> 19,4%
(in Prozent aller Schulanfänger)	(31,8)	(29,4)	(10,7)	(28,2)
Behandlungsbedürftig (Karies)	27,7	31,1	35,1	57,0
Milchzähne der Stützzone				
- Anzahl kariöser Zähne (unbeh.)	0,85	1,00	1,29	2,34
- Füllungs-Grad ^a	41,7	42,5	40,4	26,6
Bleibende Zähne				
- Anzahl kariöser Zähne (unbeh.)	0,043	0,043	0,119	0,201
- Sanierungsgrad ^b	49,0	55,6	27,3	8,5

a: f-t / df-t ; b: MF-T / DMF-T

Daten: 1.893 Schulanfänger in Koblenz (nur 1 Untersucher)

Quelle: Steinmeyer 2001

Abb. 6: Zahngesundheit Koblenzer Kinder

besser geworden.

Dabei wird jedoch häufig übersehen, dass die Unterschiede nach Sozialstatus eher zu- als abgenommen haben, dass die Zahngesundheit vor allem in den mittleren und oberen sozialen Gruppen besser wurde, nicht aber in den unteren. Das Problem lässt sich mit den Daten aus Koblenz exemplarisch verdeutlichen (siehe Abb. 6). Man sieht hier, dass die Sanierung von kranken Zähnen abhängig ist vom Sozialstatus der Eltern. Obwohl die Zahnbehandlung kostenlos ist, wird sie offenbar doch unterschiedlich in Anspruch genommen. Diese Unterschiede sind zudem sehr groß, so liegen z.B. die Unterschiede bei der Sanierung der bleibenden Zähne bei 49 zu 8,5 Prozent. Früher wurde oft gesagt, man könne den Sozialstatus

am Zahnstatus ablesen. Offenbar gilt dies heute immer noch.

Eine nächste Frage ist: Wer nimmt die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Anspruch? Auch hier zeigt sich wieder das gleiche und inzwischen schon sehr vertraute Bild: Sozial privilegierte Gruppen nehmen diese Angebote häufiger in Anspruch als die anderen Gruppen (siehe Abb. 7). Im Klartext heißt das, dass diese Präventionsmaßnahmen die Ungleichheit bei Gesundheit vergrößern. Die breit gestreuten Maßnahmen über die ganze Bevölkerung (bzw. die gesamte Versicherten-Population) hinweg verschärfen zu meist das Problem der gesundheitlichen Ungleichheit. Die oberen Statusgruppen, denen es gesundheitlich sowieso schon relativ gut

Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen

(Angaben in %)

	Soziale Schicht ^a		
	untere	mittlere	obere
(Anteil in Stichprobe)	(23,6)	(53,2)	(23,2)
Maßn. in den letzten 12 Monaten			
- Männer	3,6	6,5	7,3
- Frauen	4,3	11,1	16,7
Rückenschule (jemals)	8,0	13,5	15,5

a: Index aus Bildung, beruflichem Status, Einkommen

Daten: Gesundheitssurvey NRW 2000 (913 Männer, 984 Frauen)

Quelle: Richter et al. 2002

Abb. 7: Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen

geht, profitieren von solchen Maßnahmen am meisten. Wir brauchen daher Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, die zielgruppengenau auf die Personengruppen zugehen, die den größten Bedarf an Interventionsmaßnahmen aufweisen, d.h. auch und vor allem auf die sozial Benachteiligten.

Bisher ist dies jedoch kaum der Fall. In einer Untersuchung von KIRSCHNER et al. aus dem Jahr 1994 wurde z.B. danach gefragt, wer die (kostenlosen) Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 nutzte. Die Ergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme in den oberen sozialen Gruppen am höchsten ist, vor allem bei den Frauen. Als diese Studie 1995 publiziert wurde, war dies eine relativ neue Erkenntnis, doch inzwischen hat sich diese Wahrnehmung grundsätzlich geändert.

land ein Problem der gesundheitlichen Ungleichheit besteht, und dass der Gesetzgeber diese Ungleichheit verringern will.

Jetzt geht es darum, dass wir (d.h. die gesundheitspolitischen Akteure, die Praktiker/innen und Wissenschaftler/innen) diesen Paragraphen mit Leben füllen. Die Aufgabe ist komplex und nicht einfach zu bewältigen. Das liegt auch daran, dass die Krankenkassen die Umsetzung dieser Bestimmung im § 20 eigentlich gar nicht wollen dürften. Die Krankenkassen konkurrieren bekanntlich miteinander um die „besten Kunden“, d.h. vor allem um die Versicherten, die – etwas überspitzt formuliert – reich und gesund sind. In den letzten Jahren sind die Anreize für die Krankenkassen in diese Richtung gesetzt worden. Prinzipiell müssen Krankenkassen zwar jeden, der bei ihnen ver-

§ 20 SGB V : Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung

**Gesundheits-Reform-Gesetz 1989
(bis Beitrags-Entlastungs-Gesetz 1996)**

	Soziale Schicht ^a		
	untere	mittlere	obere
Teilnahme jemals			
- Männer	8,9	12,4	13,4
- Frauen	14,6	22,0	29,6

a: altersstandardisierte Unterschiede
Befragung im Jahr 1994 (5.057 Personen, Deutsche, ab 14 Jahre)
Quelle: Kirschner et al. 1995

Abb. 8: Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden bzw. krankheitsverhütenden Maßnahmen der Krankenkassen

(4) Gesundheitsförderung und Prävention

Der seit dem 1.1.2000 geltende neue § 20 SGB V spiegelt die oben skizzierte Entwicklung sehr deutlich wider. Dort steht jetzt explizit, dass gesundheitspolitische Maßnahmen dazu dienen sollen, soziale Ungleichheit bei der Gesundheit zu vermindern. Hiermit wird zum ersten Mal per Gesetz festgeschrieben, dass in Deutsch-

sichert werden will, auch akzeptieren. Doch es gab Gerüchte, dass einige Krankenkassen auf indirektem Wege versuchten, sich vor allem für die „reichen und gesunden“ Versicherten attraktiv zu machen. Als Möglichkeit bietet sich z.B. an, neue Filialen dort anzusiedeln, wo es keine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr gibt, oder in der oberen Etage eines Hauses ohne Fahrstuhl. Solche Beispiele, wenn es sie denn überhaupt gegeben hat, waren je-

§ 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe)

gültig seit 1.1.2000

" Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. "

Abb. 9: Der neue § 20 SGB V

doch sicher die große Ausnahme.

Heute sind die Gesetzlichen Krankenkassen sehr dazu bereit, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auch und vor allem für die sozial Benachteiligten anzubieten, d.h. den neuen § 20 SGB V mit Leben zu füllen. Aber noch ist weitgehend unklar, welche konkreten Maßnahmen die Gesetzlichen Krankenkassen durchführen können und sollen, und wie sich diese Maßnahmen mit der Konkurrenz-Situation zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen vertragen. Der Public Health-Experte Prof. Rosenbrock aus Berlin, der sich sehr für die eindeutige Formulierung im Gesetzestext des SGB einsetzte, betont, dass die Umsetzung des neuen § 20 bei der gegenwärtigen Konkurrenz zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen kaum funktionieren kann. Es ist deshalb nötig, dass die Anreize so gesetzt werden, dass die Krankenkassen vor allem die Versicherten anwerben und behalten wollen, die „arm und krank“ sind.

Was wissen wir aus der Praxis der Umsetzung des § 20? Hier verweise ich auf eine Zusammenstellung von Thomas ALTGELD (siehe

kleinen Krankenkassen (wie z.B. die Seekrankenkasse) bisher nur wenig in diese Richtung unternommen haben.

In vielen Gremien und Diskussionsrunden – so z.B. auch im Forum Prävention und Gesundheitsförderung – gelang es, das Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit als ein wichtiges Thema zu etablieren. Zumeist wird es dort jedoch nur als allgemeines Querschnittsthema behandelt, das bei den anderen spezifischeren Themen berücksichtigt werden muss. Konkrete Zielformulierungen und Handlungskonzepte sucht man zumeist vergebens. Somit sind wir bisher kaum über den ersten Schritt, über die Erkenntnis, dass etwas getan werden muss, hinausgekommen. Die Frage, wer was bis wann tun sollte, ist bisher jedoch kaum gestellt (und dementsprechend kaum beantwortet) worden.

Auch der Bundesrat hat sich sehr allgemein zur Prävention geäußert und dem Forum den Schwerpunkt „Armut und Gesundheit“ in die Agenda geschrieben. Diese Stellungnahme des Bundesrates ist zwar sehr wichtig, aber sie bleibt eben doch nur eine Absichtserklärung.

Umsetzung Ende 2002

- **§ 20 SGB V**
2,56 € pro Vers. (2001), aber im Durchschn. nur 0,91 € !
- von der AOK (1,44 €) bis zur Seekrankenkasse (0,08 €)
- **Forum Prävention und Gesundheitsförderung**
(aus: Arbeitsgruppe 5 des 'Runden Tisches')
Schwerpunkt 'soziale Benachteiligung' ?
- **Bundesrat (15. 5. 2002): Entschließung zur Prävention**
Schwerpunkt 'soziale Benachteiligung' ?
- **Gesundheitsminister der Länder (GMK)**
Schwerpunkt 'soziale Benachteiligung' !

Quelle: Altgeld 2002

Abb. 10: Stand der Umsetzung des § 20 SGB V

Abb. 10) und auf seinen sehr ausführlichen und informativen Beitrag in diesem Tagungsband. Im Jahr 2001 standen pro Versicherten 2,56 € zur Umsetzung des neuen § 20 SGB zur Verfügung; die Summe wurde jedoch nicht ausgeschöpft. Als diese Zahlen bekannt wurden, war der Protest zunächst groß. Es wurde jedoch schnell deutlich, dass die Gesetzlichen Krankenkassen das Geld kaum so schnell ausgeben konnten, da die neuen Maßnahmen erst einmal konzipiert und neue Kooperationspartner gefunden werden mussten. Trotzdem zeigen diese Zahlen, dass die Umsetzung des neuen § 20 verstärkt werden muss, dass vor allem die

Die Gesundheitsminister/innen der Länder haben das Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit bereits wiederholt aufgegriffen. Auch und vor allem aufgrund der Initiative aus Hamburg ist in den Entschließungen der Länder-Gesundheitsminister immer wieder auf den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit und den sich daraus ergebenden Handlungsbedarf aufmerksam gemacht worden.

Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen

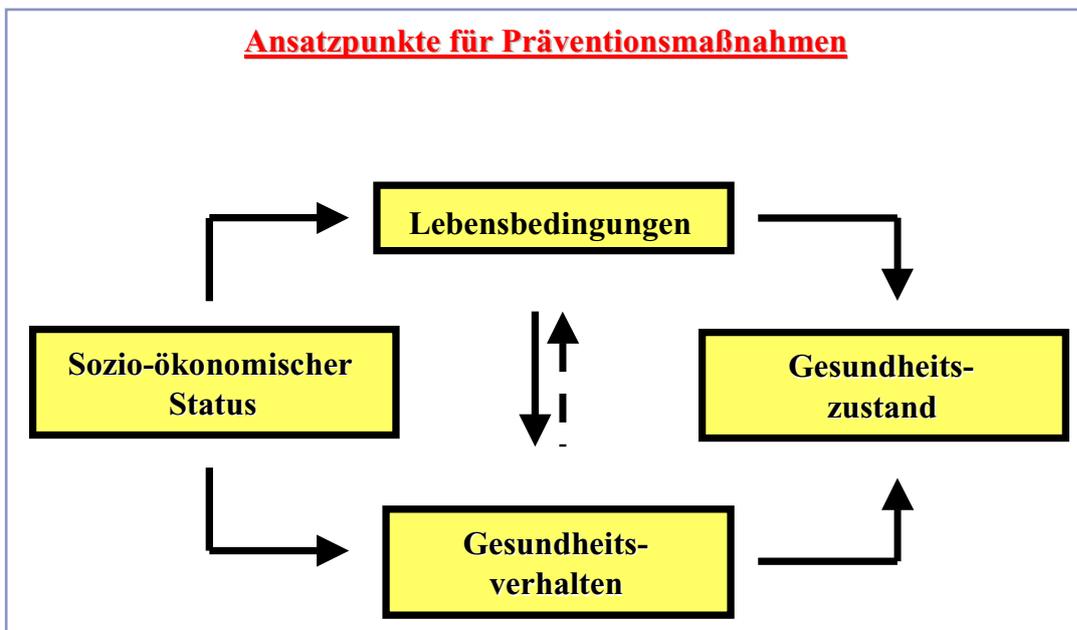


Abb. 11: Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen

(5) Ansatzpunkte für Interventionsmaßnahmen

Wo liegen die konkreten Ansatzpunkte für Interventionsmaßnahmen? Wenn das unmittelbare Gesundheitsverhalten – siehe das Beispiel Rauchen – kein guter Ansatzpunkt ist, dann müssen wir uns den Lebensbedingungen zuwenden, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen, müssen versuchen, die strukturellen Bedingungen des Gesundheitsverhaltens zu verbessern.

gemeinsam den Gesundheitszustand. Dabei ist der Einfluss der Lebensbedingungen auf das Gesundheitsverhalten erheblich größer als der umgekehrte Einfluss des Gesundheitsverhaltens auf die Lebensbedingungen (siehe Abb. 11). Mit anderen Worten: In den Gemeinden, im Kiez, in den Schulen, in den Betrieben etc. müssen wir die strukturellen Bedingungen für Gesundheit und Gesundheitsverhalten verändern.

Solche Veränderungen sind ebenso wichtig wie schwer zu erreichen. Betrachten wir das

Umwelt und/oder individuelle Merkmale

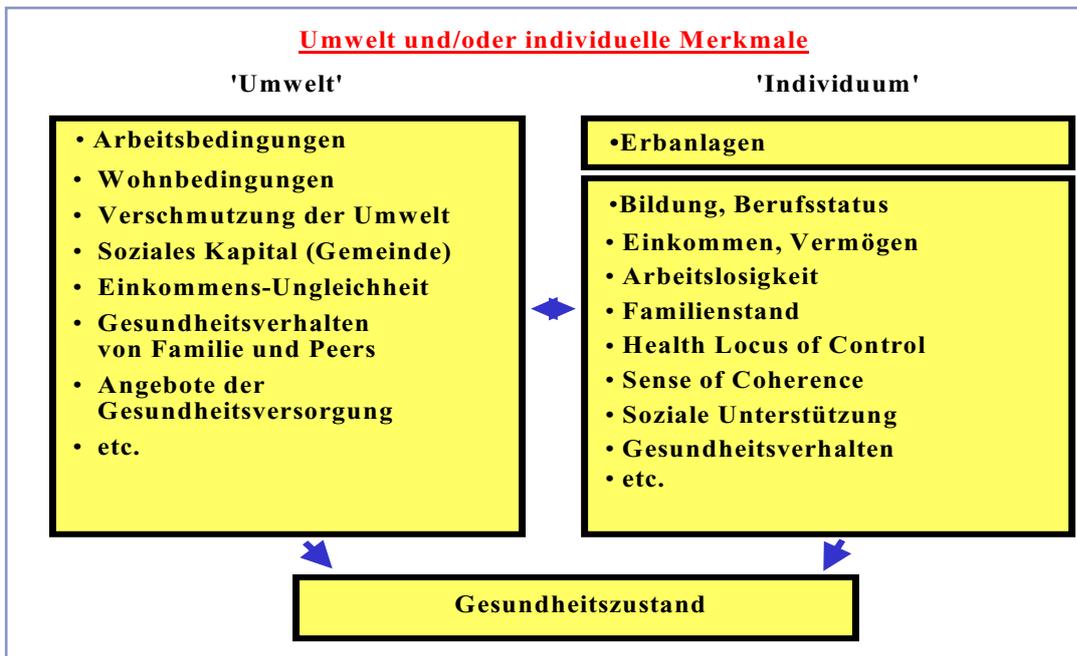


Abb. 12: Einflüsse auf den Gesundheitszustand: Merkmale des Individuums und der Umwelt

Unser Modell geht von folgenden Prämissen aus: Der sozio-ökonomische Status bestimmt sowohl das Gesundheitsverhalten als auch die Lebensbedingungen der Menschen. Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten korrespondieren miteinander und bestimmen

Verhältnis von individuellen Merkmalen und Umweltfaktoren in der Wirkung auf den Gesundheitszustand der Menschen etwas näher: In der Gesundheitsforschung ist für viele individuelle Merkmale belegt worden, dass sie mit dem Gesundheitszustand zusammenhängen

(vgl. rechte Spalte in Abb. 12).

In der letzten Zeit wird z.B. häufig auf die Rolle der Erbanlagen/Gene hingewiesen. Im Rahmen dieser Forschung wird manchmal die Meinung geäußert, sowohl der Sozialstatus als auch der Gesundheitszustand werde vererbt und daher könne an der gesundheitlichen Ungleichheit kaum etwas geändert werden. Dies ist unseres Erachtens eine in diesem Zusam-

wird die Frage diskutiert, ob und bis zu welchem Grade man glaubt, seinen Gesundheitszustand selbst beeinflussen zu können. „Sense of Coherence“ bezeichnet die Wahrnehmung eines allgemeinen Sinns im Leben. Dies alles sind Faktoren, die Gesundheit beeinflussen können und als individuelle Merkmale einer Person angesehen werden.

Die Plausibilität des Zusammenhanges dieser

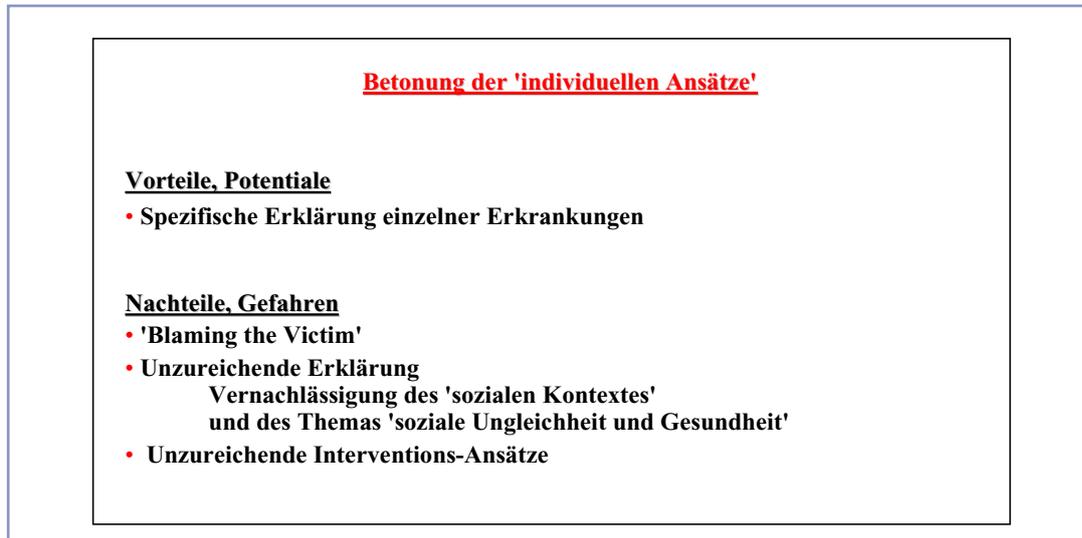


Abb. 13: Zusammenfassung der Vorteile und Gefahren individualisierter Betrachtungsweise

menhang irreführende Diskussion. Auch wenn ein Teil der gesundheitlichen Ungleichheit vererbt sein sollte, so ist es doch erheblich wichtiger, den nicht-vererbten, veränderbaren Anteil zu betrachten und hier mit Interventionsmaßnahmen eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit anzustreben.

Weitere Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand, die vor allem ein Merkmal individueller Personen sind, finden sich in der rechten Spalte der Übersicht (vgl. Abbildung 12). Unter dem Begriff „Health Locus of Control“

Faktoren mit dem Gesundheitszustand zieht die Gefahr nach sich, dass man die Person aus ihren Lebensbedingungen herausgelöst betrachtet und dadurch die Gründe für ihr Verhalten übersieht. In der linken Spalte der Übersicht („Umwelt“) sind einige strukturelle Bedingungen genannt, die einen wichtigen Einfluss auf den Gesundheitszustand ausüben können. Veränderungen von Strukturen sind relativ langfristig, teuer und schwierig, und sie bedürfen auf jeden Fall einer breiten Vernetzung. Hier sind enorme Anstrengungen in den Bereichen

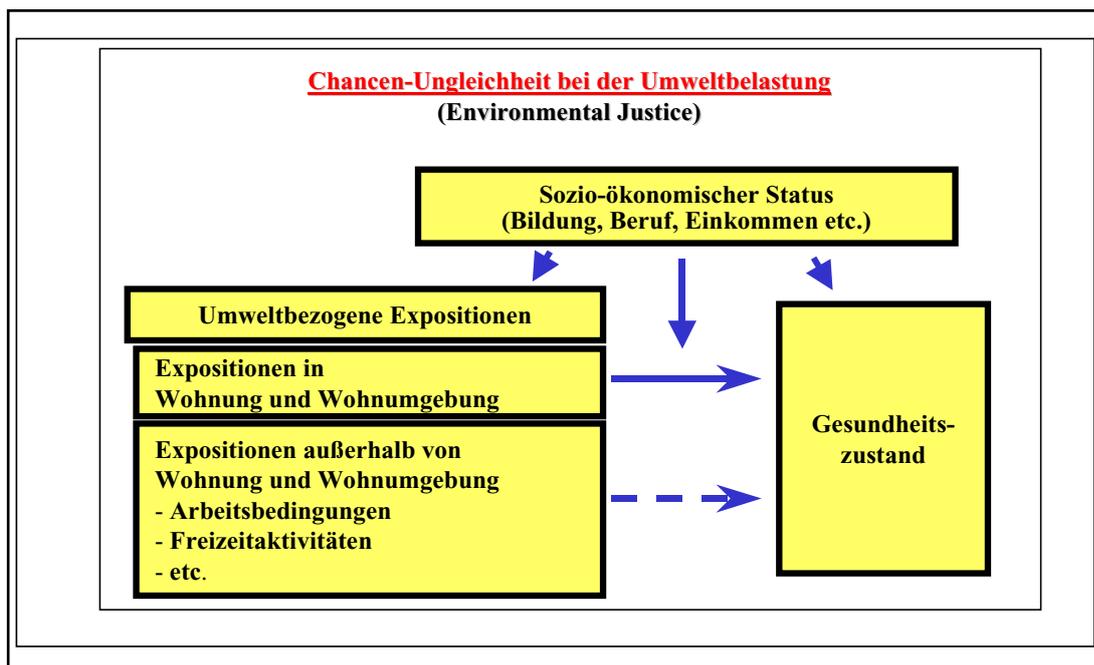


Abb. 14: Umweltbelastung und Gesundheit

Wohnen, Arbeiten, Umweltverschmutzung nötig. Mit dem Begriff „Soziales Kapital“ wird umschrieben, wie gut die Menschen in ihrer Gemeinde, in ihrem Kiez zusammenhalten. Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollten anstreben, diese strukturellen Bedingungen zu verbessern, nicht nur das Gesundheitsverhalten einzelner Menschen.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die sozialen Unterschiede auch bei der gesundheitlichen Versorgung zum Tragen kommen können. Ein weiteres konkretes Beispiel für den Stellenwert der Umwelt liefert das Thema „Environmental Justice“ (dt. Umwelt-Gerechtigkeit).

In den USA wird der Zusammenhang zwischen Umweltbelastung und Gesundheit seit einigen Jahren heiß diskutiert. Ausgelöst wurde diese Diskussion durch die Feststellung, dass Umweltbelastungen wie Lärm oder Abgase zumeist in den Stadt- und Wohngebieten besonders hoch sind, in denen Schwarze und Personen mit niedrigem Einkommen wohnen. Es gab und gibt hierzu fast keine Diskussionen

Status? Dabei wollen wir Umweltbelastungen (wie z.B. Lärm und Abgase) und Erholungsflächen (wie z.B. Grünflächen und Parks) einbeziehen. Diese Untersuchungen sind unseres Erachtens sehr wichtig, sie zeigen, dass die Lebensbedingungen (und damit auch die Bedingungen für das Gesundheitsverhalten) nach Sozialstatus verschieden verteilt sind.

Erste Ergebnisse dieser Forschung sind in den Abbildungen 15 und 16 zu sehen. Wenn man Personen danach fragt, wie stark sie sich durch Lärm in der Wohnumgebung belastet fühlen, dann antworten 7,7 Prozent mit „stark oder sehr stark.“ Die Belastung durch Luftverschmutzung ist bei 6,8 Prozent der Befragten „stark oder sehr stark.“ Eine starke oder sehr starke Belastung sowohl durch Lärm als auch durch Luftverschmutzung ist bei 4,2 Prozent der Befragten vorhanden. Diese doppelte Belastung ist in der unteren Einkommensgruppe 2,83 mal häufiger vorhanden als in der oberen Einkommensgruppe; wenn man die Analyse auf die neuen Bundesländer beschränkt, sogar 4,65 mal häufiger.

Lärm und Luftverschmutzung : Stark / Sehr Stark

Sozio-ökonomisches Panel (SOEP) 1999
Odds Ratios : alte und neue Bundesländer (alle Befragte)

	Äquivalenz - Einkommen (DM pro Monat)			
	≤ 900	bis 1.800	bis 2.700	≥ 2.700
Lärm	2,17 (1,38-3,40)	1,88 (1,36-2,59)	1,58 (1,13-2,21)	1,00
Luftverschmutzung	2,05 (1,29-3,26)	1,62 (1,16-2,26)	1,51 (1,07-2,13)	1,00
Beides	2,83 (1,51-5,33)	2,49 (1,54-4,01)	2,16 (1,31-3,55)	1,00

Quelle: Sozio-ökonomisches Panel (neue Datenauswertung)

Lärm und Luftverschmutzung : Stark / Sehr Stark

Sozio-ökonomisches Panel (SOEP) 1999
Odds Ratios : neue Bundesländer (Deutsche)

	Äquivalenz - Einkommen (DM pro Monat)			
	≤ 900	bis 1.800	bis 2.700	≥ 2.700
Lärm	3,68 (1,31-10,30)	2,95 (1,18-7,37)	2,19 (0,86-5,61)	1,00
Luftverschmutzung	9,42 (2,13-41,71)	5,94 (1,44-24,44)	4,29 (1,02-18,02)	1,00
Beides	4,65 (0,99-21,99)	3,77 (0,91-15,63)	2,35 (0,55-10,13)	1,00

Quelle: Sozio-ökonomisches Panel (neue Datenauswertung)

Abb. 15 und 16:
 Zusammenhang von
 Umweltbelastung
 und Einkommens-
 gruppen

in Europa, auch nicht bei uns in Deutschland.

Vor einem Jahr haben wir uns diesem Thema etwas genauer gewidmet und hierzu eine kleine Gruppe von Wissenschaftler/innen aufgebaut. Am Anfang stand eine ganz einfache Fragestellung: Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Umweltbelastung und dem sozialen

(6) Erfolgreiche Interventionsmaßnahmen

Im Rahmen eines großen EU-Projektes suchten wir nach Studien, in denen eine bestimmte Interventionsmaßnahme nachweislich zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands von

Suche nach Interventions-Studien

Suche:

- Literatur - Überblick : aus NL, UK
- eigene Literatur - Suche (bis Herbst 2000)

Kriterien:

- Intervention zur Verbesserung des Gesundheitszustandes bei Kindern oder Familien mit niedrigem sozio – ökonomischen Status
- mit Evaluation !

Ergebnis:

- viele Studien aus den USA
- aus Westeuropa: 41 Studien

Quelle: Mielck et al. 2002

Abb. 17: Interventions-Studien bis 2002

sozial Benachteiligten führte (siehe Abb. 17). Wir haben nur Maßnahmen einbezogen, die evaluiert wurden und deren Effekt in Richtung auf eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit empirisch belegt werden konnte. Aus den westeuropäischen Staaten fanden wir insgesamt 41 Studien, wobei festzuhalten ist, dass keine dieser Studien aus Deutschland, Schweiz oder Österreich stammt. Offenbar ist im deutschsprachigen Raum keine derartige Publikation vorhanden.

Dies ist unseres Erachtens eine katastrophale Situation, denn selbstverständlich gibt es auch in Deutschland, in der Schweiz und in Österreich eine große Anzahl gelungener Projekte zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sozial Benachteiligter. Einige dieser Projekte werden in diesem Tagungsband gezeigt, und auch die von Raimund Geene vorgestellte Datenbank enthält eine Vielzahl von Beispielen für sehr engagierte und erfolgreiche Projekte. Aus den Erfolgen und Problemen der vorhandenen Projekte können wir noch mehr als bisher lernen und daraus allgemeinere Vorschläge für die Planung und Durchführung von neuen Projekten ableiten. Eine (selbst-)kritische Evaluati-

on von Projekten ist sicher nicht einfach, zumal dies zu Irritationen bei den Projekt-Förderern führen kann. Unsere Bitte an alle Akteure in diesem Tätigkeitsfeld ist deshalb, dass sie ihr Wissen zumindest über das, was in den Projekten positiv läuft, unbedingt zur Verfügung stellen.

Dieser Prozess der Wissensgewinnung aus der praktischen Erfahrung heraus muss jetzt auch bei uns in Gang gebracht werden. In anderen Staaten hat dieser Prozess bereits vor Jahren begonnen. Mit diesem Erfahrungsschatz kann man dort zu einem gesundheitspolitischen Akteur gehen und sagen: Sehen Sie, dort hat es funktioniert und bei Ihnen wird es sehr wahrscheinlich auch funktionieren. Solche Erfahrungswerte sind ein starkes Argument für die Genehmigung von neuen Projekten. Es ist daher unerlässlich, in allen Projekten die Effekte so weit wie möglich zu belegen, und die konkreten Bedingungen zur Erreichung dieser Effekte so genau wie möglich zu beschreiben.

In Abb. 18 sind aus unserer Studie einige Beispiele für erfolgreiche Maßnahmen dargestellt. „Erfolgreich“ heißt hier: Die Maßnahme hat zur Verbesserung des Gesundheitszustan-

Erfolgreiche Interventions-Maßnahmen (Auswahl)

Karies

- regelmäßige Hausbesuche (Information zur Zahnpflege etc.)
- Brief an die Eltern (Information zur Zahnpflege etc.)
- Fluor ins Trinkwasser

Rauchen

- Kurse an Schulen und in der Gemeinde

Ernährung

- kostenlose Schulmahlzeiten
- Beratung im Rahmen von Hausbesuchen

Quelle: Mielck et al. 2002

Abb. 18: Erfolgreiche Interventionsmaßnahmen nach Mielck 2002

des in den unteren Statusgruppen beigetragen, und diese Wirkung wurde empirisch belegt. Es handelt sich dabei um eine Mischung aus kleineren und größeren Projekten.

Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten bei erfolgreichen Maßnahmen stößt man schnell auf das folgende Merkmal: Die meisten Maßnahmen beinhalten das Element der aufsuchenden Arbeit. Die Personen der Zielgruppe werden aktiv angesprochen und dort aufgesucht, wo sie wohnen, zur Schule gehen, arbeiten etc. Aufsuchende Arbeit ist ohne Frage relativ teuer, dennoch scheint dieses Element häufig unverzichtbar zu sein. Vor allem Hausbesuche haben sich als sehr wichtig für eine erfolgreiche Maßnahme erwiesen.

Ein anderes Beispiel ist die Maßnahme „Fluor ins Trinkwasser.“ Diese Möglichkeit wird in Deutschland sehr kontrovers diskutiert. Das wichtigste Gegenargument ist dabei die Behauptung, dass dies eine Art der Zwangsmedikation sei. Für mich ist hier der Punkt wichtiger, dass eine strukturelle Maßnahme, die alle Personen in der Gemeinde gleichermaßen erreicht (wenn man so will: zwangsläufig), die gesundheitliche Ungleichheit erheblich reduzieren kann.

Wie oben bereits angedeutet, haben die Maßnahmen, die vor allem auf eine Änderung des individuellen Verhaltens abzielen, kaum zu

den Personen aus zwei Gemeinden, zum einen aus einem sozialen Brennpunkt und zum anderen aus einer relativ wohlhabenden Gemeinde. Ausgangspunkt war das Problem, dass die Zahl der Arztbesuche in der ärmeren Gemeinde erheblich niedriger war als in der reicheren Gemeinde, auch bezogen auf die Arztbesuche, die der Gesundheitsförderung und Prävention dienen. In der reicheren Gemeinde wurde keine Intervention durchgeführt. In der ärmeren Gemeinde dauerte die Intervention fünfzehn Monate lang. Sie bestand aus einigen sehr praktischen Maßnahmen:

1. Auf der Akte der Patienten/innen wurde ein Zettel angebracht, auf dem vermerkt wurde, wann der/die Patient/in das letzte Mal zu einem Arztbesuch gekommen war. So konnte man sofort sehen, wer bald wieder kommen sollte.
2. Diese Personen wurden daraufhin angeschrieben und eingeladen.
3. Bei Fernbleiben wurden sie zu Hause aufgesucht und wiederum zum Arzt gebeten.
4. Wenn die Patienten/innen wieder nicht kamen, wurden sie nochmals angeschrieben.
5. Wenn diese Patienten/innen zur Sprechstunde erschienen, wurden sie bevorzugt behandelt, d.h. sie mussten nicht so lange warten wie die anderen Patienten. Dies ist der besondere Charme dieser Maßnahme: Hier wurden die Menschen, die häufig eine Benachteiligung

Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen:

- **Ziel: höhere Inanspruchnahme im 'sozialen**
- **Vergleich 'reichere' und 'ärmere' Gemeinde (587 pairs, matched nach Alter und**
- **'Ärmerer' Gemeinde: Intervention (15**
 - **auf Patienten-Akte: Checkliste für Inanspruchnahme**
 - **Hausbesuche: Hinweise auf fehlende**
 - **Briefe an den Haushalt (2mal):**
 - **kürzere Wartezeiten speziell für Interventionsgruppe**
- **'Reicherer' Gemeinde: keine**

Quelle: Marsh/Channing 1988

Abb. 19: Beispiel für den Erfolg von Präventionsmaßnahmen – Untersuchungsdesign

einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit geführt. Offenbar sind strukturelle Maßnahmen unabdingbar, in Kombination mit Maßnahmen zur Änderung des individuellen Verhaltens, oder auch für sich genommen.

Die folgende Studie ist ein gutes Beispiel für diese Art von Maßnahmen: Einbezogen wur-

erleben, bevorzugt behandelt.

Welche Ergebnisse brachte dieses Vorgehen? In der Studie wurde nach den fünfzehn Monaten untersucht, wie sich die Inanspruchnahme bei Impfungen, bei Blutdruck-Messungen und bei Urin-Analysen entwickelt und wie sich das Rauchen verändert hatte.

Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen: UK

	Interventions-Gruppe	Kontroll-Gruppe
Vollständige Impfung (Kinder)	++	±
Blutdruck- Messung	++	±
Urin - Analyse	++	±
Rauchen	--	-

Gesundheitsverhalten:
++ starke Zunahme, + Zunahme, ± keine Veränderung
-- starke Abnahme, - Abnahme

Quelle: Marsh/Channing 1988

Abb. 20: Beispiel für den Erfolg von Präventionsmaßnahmen – Ergebnisse

Die Ergebnisse sind eindeutig: Das Gesundheitsverhalten hat sich in der Interventionsgruppe sehr stark verbessert, in der Kontrollgruppe jedoch kaum. Nur das Rauchen ist auch in der Kontrollgruppe zurückgegangen, jedoch auch hier weniger stark als in der Interventionsgruppe. Alle anderen Effekte haben sich nur bei der Interventionsgruppe gezeigt. Dieses Ergebnis zeigt hinreichend genau die positive Wirkung der Interventionsmaßnahmen.

Welches sind die allgemeinen Charakteristika für diese erfolgreichen Projekte?

In Abb. 21 ist hierzu eine kurze Aufstellung wiedergegeben. Für Praktiker/innen wird diese Liste vielleicht wenig Neues enthalten, dennoch ist es unseres Erachtens sehr wichtig, den Stellenwert dieser Merkmale immer wieder zu betonen. Besonderes Gewicht erhalten die Merkmale hier dadurch, dass sie Bestandteil von Projekten waren, die nachweisbar erfolgreich arbeiteten.

In der Diskussion wird häufig zwischen „up-stream“-Interventionen einerseits und „down-stream“-Interventionen andererseits unterschieden. „Up-Stream“-Interventionen bezeichnen Interventionen, die am Ursprung des Problems ansetzen (up-stream: zur Quelle des Flusses). Diese Maßnahmen sind zumeist strukturell orientiert und packen das Problem der gesundheitlichen Ungleichheit quasi an der Wurzel an. Eine solche Maßnahme ist zum Beispiel die Erhöhung der Kinderärzte-Zahl in einem sozialen Brennpunkt. Als „down-stream“ bezeichnet man die Interventionen, die direkt bei der gesundheitlichen Versorgung des einzelnen Menschen ansetzen (down-stream: zur Mündung des Flusses). Empfohlen wird zumeist die Mischung beider Ansatzpunkte, d.h. die Kombination von Maßnahmen auf verschiedenen Stufen zwischen der strukturellen „Quelle“ des Problems und der gesundheitlichen Versorgung einzelner Menschen.

Merkmale erfolgreicher Interventions-Maßnahmen

- energisch und intensiv
- sorgfältige Bedarfsanalyse vor Beginn der Intervention
- Verknüpfung verschiedener Ansätze und Disziplinen
- sorgfältige Auswahl/Ausbildung der Vermittler (Vertrauensperson)
- persönliche Einladung (z.B. telefonisch durch Ärzte)
- persönlicher, enger Kontakt (unter 4 Augen, in kleinen Gruppen)
- Vermittlung von Wissen, Fertigkeiten und materiellen Ressourcen
- Mischung von 'down-stream'- und 'up-stream'-Interventionen

- Anpassung an die regionalen Umstände

Quelle: Mielck et al. 2002

Abb. 21: Charakteristika erfolgreicher Präventions-/Gesundheitsfördermaßnahmen

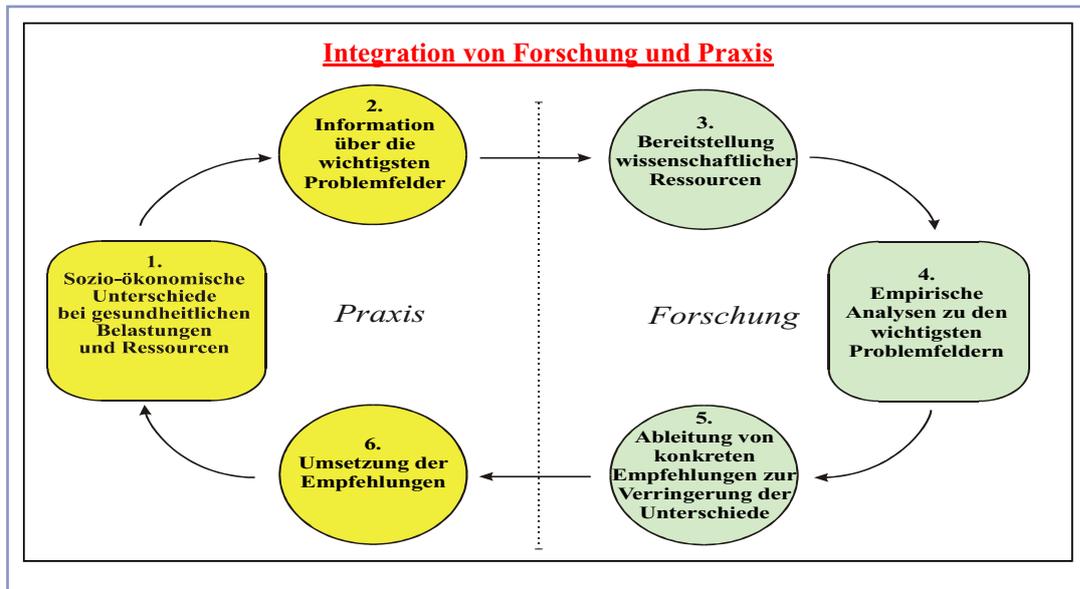


Abb. 22: Praxis-Forschungskreislauf

7. Integration von Praxis und Forschung

Dringend geboten ist eine bessere Verzahnung von Praxis und Forschung (siehe Abb. 22). Ausgangspunkt des dargestellten Optimierungs-Kreislaufs sind die sozialen Unterschiede bei gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen. Aus der Praxis heraus sollten diese Unterschiede genau beobachtet werden und anschließend die Fachwelt über die wichtigsten Unterschiede, die größten Problemfelder informiert werden. Diese Art von Information ist bisher leider oft unzureichend, und entsprechend mangelt es der Forschung in diesem Gebiet häufig an Praxisnähe. Wenn die Forschung überhaupt agiert, dann agiert sie oft an den praktischen Anforderungen einer umsetzungsorientierten Politik vorbei. Ohne den Stellenwert einer mehr grundlagenorientierten Forschung schmälern zu wollen: Auch und gerade beim Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit wäre es sinnvoll, wenn aus der Praxis heraus mehr konkrete Fragen an die Forschung herangetragen werden.

Für diese aus der Praxis kommenden Fragestellungen müssen dann die erforderlichen Forschungs-Ressourcen bereitgestellt werden. Nach Abschluss der Forschungsprojekte müssen dann die Ergebnisse so aufbereitet und präsentiert werden, dass sich daraus praktische Interventionen ableiten lassen. Dies ist für die Forscher/innen nicht immer selbstverständlich. Sie werden angehalten, in Fachzeitschriften für ein wissenschaftliches Publikum zu publizieren, und der Ertrag von Forschung wird zumeist daran gemessen, wie viele Beiträge in hochrangigen Zeitschriften veröffentlicht wurden, und nicht daran, ob praktische Interventionsmaßnahmen initiiert worden sind.

Auch wenn die Anreize für die Wissenschaft-

ler/innen häufig anders gesetzt sind, so sollte aber doch immer darauf geachtet werden, dass die Forschungsprojekte in praxisnahe Empfehlungen münden. In der Praxis sollte dann versucht werden, diese Empfehlungen so gut wie möglich umzusetzen und anschließend die neuen (und/oder die weiterhin bestehenden) Probleme für einen neuen Start des Optimierungs-Kreislaufs zu erfassen.

Dieser Optimierungs-Kreislauf ist eine ganze simple und bestimmt nicht neue Idee. In der Realität sieht die Kooperation zwischen Praxis und Forschung häufig jedoch ganz anders aus, mehr wie auf dem Bild „Team Work“ (Abb.23)

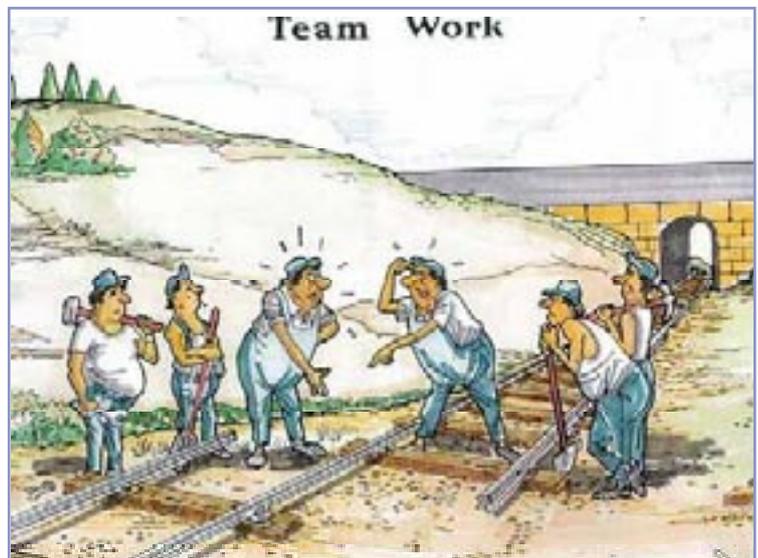


Abb. 23: „Team-work“

Oft ist die Meinung zu hören: Wir haben genug Daten, jetzt brauchen wir Taten. Und obwohl es sicher so ist, dass wir auch mehr Daten brauchen, z.B. um die Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit und die Wirkung der Interventionsmaßnahmen noch besser verstehen zu können, brauchen wir jetzt vor allem Taten. Wir brauchen eine praktische Umsetzung der

Vorschläge zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit.

Zusammenfassung

1) „Arme“ sind kränker und sterben früher als „Reiche“!

Dieser Grundbefund ist hinreichend belegt. Daten aus allen Ländern (z.B. auch aus der früheren DDR) zeigen immer wieder den gleichen Zusammenhang: Die sozial benachteiligten Personen (niedrige Schulbildung, geringes Einkommen etc.) sind kränker und sterben früher als die anderen Personen.

2) Die Unterschiede können verringert werden

Allgemein wird gesundheitliche Ungleichheit als ein Problem empfunden, das sich angeblich kaum verringern lässt. Es ist daher wichtig, dieses Ziel klar zu formulieren: Angestrebt wird nicht, die Ungleichheit ganz abzubauen, sondern sie so klein wie möglich werden zu lassen. Hier wird auch wieder deutlich, wie wichtig das Vorbild von praktischen Beispielen ist, mit denen die Verringerbarkeit der gesundheitlichen Ungleichheit demonstriert werden kann.

3) Gesundheitsförderung und Prävention: bisher zumeist für „Reiche“

Es besteht heute kaum mehr ein Zweifel daran, dass die bisherigen Maßnahmen vor allem die privilegiierteren Personen erreicht haben und so – ungewollt – das Problem der gesundheitlichen Ungleichheit vergrößert haben.

4) Lösungsansätze

Verringerung von Armut und von sozialer Ungleichheit heißt für sozial benachteiligte Personen die Schaffung gesünderer Lebensbedingungen und Verhaltensweisen und die Bereitstellung einer besonders intensiven gesundheitlichen Versorgung.

Gerade im problembeladenen Kiez sind dies langwierige und dennoch unverzichtbare Aufträge für Gesundheits- und Sozialpolitik, für alle Akteure in den Stadtteilen und Gemeinden, in den Verwaltungen und Krankenkassen. Die Versorgungsangebote müssen neu strukturiert, individuell angepasst und auf die Personen konzentriert werden, bei denen der Bedarf am größten ist, d.h. auch und vor allem auf die Personen mit niedriger Schulbildung, geringem Einkommen und/oder niedrigem beruflichen Status.

Europa hat dieses Ziel vor vielen Jahren bereits im Rahmen seiner WHO-Strategie festgeschrieben. 38 Ziele wurden damals von der WHO für die europäische Gesundheitspolitik formuliert, die Verringerung der gesundheit-

lichen Ungleichheit galt schon 1984 als Ziel Nummer 1. Dieses Ziel wurde von allen Regierungen, auch von der deutschen, unterzeichnet. Ein schönes, klares Ziel, das heute mit dem Schlagwort „Mehr Chancengleichheit bei Gesundheit“ ausgedrückt wird. Darum geht es.

Das WHO-Ziel Gesundheitliche Chancengleichheit

Jeder soll eine faire Chance erhalten, sein Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen, d.h. alle vermeidbaren Hemmnisse zur Erreichung dieses Potenzials sollen beseitigt werden.

Abb. 24:
Weltgesundheitsorganisation (WHO),
Regionalbüro für
Europa

Hindernisse und Möglichkeiten der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe

– Ein Dialog –

A) Definition, Determinanten und Bedeutung von Gesundheit

Jugendamt (Georg Horcher):

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit in der Präambel ihrer Verfassung von 1946 so: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen und sozialen Stellung.“

Damit ist ein handlungsleitendes Prinzip formuliert, das unmittelbar anschlussfähig ist an die Paradigmen moderner Jugendhilfe. Daran ändert auch die Kritik an dieser Beschreibung nichts, die diese Definition für Forschungszwecke für nicht tauglich hält.

Moderne Jugendhilfe geht davon aus, dass Bildung, Erziehung, Kultur, soziale Integration und Gesundheit eine Einheit lebensweltorientierter Jugendhilfepraxis bilden. Im Verständnis der Jugendhilfe handelt es sich inhaltlich beim Begriff Gesundheit um das Herstellen eines Fließgleichgewichtes zwischen Körper, Geist, Seele und Wille. Ziel der Jugend- und Gesundheitshilfe ist es, die Bedingungen für das Entstehen der Übereinstimmung von Körper, Geist, Seele und Wille zu unterstützen und zu fördern.

Aus Sicht der Jugendhilfe stellt sich die Frage nach den Determinanten von Gesundheit unter zwei Aspekten: Zum einen im Zusammenhang von schwierigen sozialen Umwelten mit Gesundheit (1) und zum anderen im Zusammenhang von sozialer Lage und Armut mit Gesundheit (2).

(1) Im Zusammenhang mit schwierigen sozialen Umwelten spielt die Gesundheitsgefährdung durch Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch und Überforderung eine entscheidende Rolle. Dabei geht es um die Betrachtung schwieriger familiärer Umwelten als Risikofaktor für die Gesundheit der Kinder. Stichworte hierzu sind: Strukturveränderungen der Familie durch Trennung, Scheidung, Ein-Eltern- und Ein-Kind-Familien, Patchworkfamilien, die Zerrüttung von Familien durch Krankheiten,

Alkohol- und Drogenmissbrauch, Gewalt in Familien, erhöhte Leistungserwartungen und Leistungsanforderungen der Eltern an ihre Kinder etc.

Und es geht um die Schule als schwierige soziale Umwelt für etliche Kinder: So zeigen zehn bis zwölf Prozent der Kinder im Grundschulalter psychische Störungen im Leistungs-, Wahrnehmungs-, Gefühls-, Kontakt- und in anderen Entwicklungsbereichen. In der Sekundarstufe sind es schon 15 bis 20 Prozent der Schüler/innen.

(1) Den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage und Armut weisen die verschiedenen Armutsstudien nach. Belastete Lebensbedingungen durch niedriges Einkommen, schlechten Zugang zur Bildung, mangelhafte Wohnsituation oder Arbeitslosigkeit haben Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Häufiges Rauchen, starkes Übergewicht und sportliche Inaktivität sind in der Armutsbevölkerung signifikant höher als in den materiell gesicherten Bevölkerungsschichten.

Kinder aus armen Familien sind im Durchschnitt schlechter ernährt, öfter krank und fehlen häufiger in der Schule. Die Lebenssituation von Kindern in Armut ist multikomplex und mehrdimensional. Auf der Elternebene bestimmen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Arbeitsmarkt, Verteilung der Ressourcen, Wertorientierung, Erziehungsvorstellungen und -verhalten, die privaten und sozialen Netzwerke der Familien etc. die kindliche Lebenslage. Auf der Kindebene bestimmen das Temperament, die Gesundheit, das Erleben der familiären und außerfamiliären Situation, die Wohnsituation, das Wohnumfeld, die Schule, das soziale Netzwerk des Kindes, sein Bewältigungsverhalten etc. die kindliche Lebenslage.

Vor allem in den großen Städten ist festzustellen, dass die privaten Lebensverhältnisse auseinanderdriften. Die Segmentierung der Lebensverhältnisse zeigt sich in der Bildung, in der Verteilung der Erwerbsbeteiligung, am Einkommen (working poor), an der Verteilung der Verschuldung und des Reichtums, an der Wohnsituation und dem Gesundheitszustand verschiedener Bevölkerungsgruppen.

Es besteht eine enge Verkettung von Armut, Gesundheit und sozialer Fehlentwicklung. Vier zentrale Lebenslagendimensionen bedingen sich gegenseitig und sind bei der weiteren Entwicklung von Jugendhilfe- und Gesundheitshilfeansätzen zu beachten:

1. die materielle Grundversorgung,
2. der kulturelle Bereich, die (sozio-)kulturelle Grundversorgung,
3. der soziale Bereich, das Maß sozialer Integration und der Partizipation,

4. der gesundheitliche Bereich, der Zugang zur Gesundheitsfürsorge.

Gesundheitsamt (Ingrid Papies-Winkler):

Über die von der WHO 1946 festgeschriebenen Definition von Gesundheit hinaus sollte die Chancengleichheit zu Gesundheit gewährleistet werden sowie die Möglichkeit des Einzelnen oder von Gruppen, Bedürfnisse zu befriedigen. Gesundheitsförderung unterstützt diesen Prozess zur Verbesserung der Lebensqualität.

Gesundheit ist in Deutschland in Lehre, Forschung und Praxis durch die Medizin geprägt, d.h. durch Beschäftigung mit Krankheit. Selbst die Prävention bezieht sich weitgehend auf Krankheitsrisiken. Eine Erweiterung des biomedizinischen Modells ist notwendig, um Sozialwissenschaft-, Gesundheitsökonomie-, Gesundheitspolitik- und Organisations- und Management-Disziplinen zur Problemanalyse und zur Entwicklung von Umsetzungsstrategien zur Gesundheit. Es ist also ein interdisziplinäres Vorgehen notwendig, das sich auch an salutogenetischen Zielsetzungen orientiert, also die Bedingungen berücksichtigt, die uns gesund erhalten.

Gesunde-Städte-Netzwerk (Klaus-Peter Stender)

Gesundheit muss zuallererst als politische Aufgabe verstanden werden. Wie erreichen wir „den höchstmöglichen Gesundheitszustand für alle Menschen“, wie es in Artikel 1 der WHO-Verfassung heißt? Die Weltgesundheitsorganisation, prominente Sozialmediziner/innen und Gesundheitsfachleute meinen, dass die durch die Politik und vor allem durch eine bessere Steuerung, Abstimmung und Verknüpfung von Aktivitäten und Ressourcen geschehen kann.

Der Sozialmediziner Hans-Ulrich DEPPE brachte seine Überzeugung in den 90ern des letzten Jahrhunderts unmissverständlich auf den Punkt: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Und man kann in gleicher Weise und ebenso zurecht hinzufügen: Gesundheit ist ohne Politik nicht zu erreichen.

Internationale wissenschaftliche Studien belegen nachdrücklich, dass Gesundheit auch von der Qualität der Lebensbedingungen abhängig ist. Damit sind die Städte zentrale Orte der Gesundheitsförderung. Die Gesunden Städte folgen einer Zielausrichtung, die bereits vor über hundert Jahren, in dem Bericht: „Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert“, 1901, griffig beschrieben wurde:

„Denn es genügt nicht, eine Stadt für gesund zu bezeichnen, dass von 1000 Einwohnern nur

15 bis 17 sterben, sondern es muss auch verlangt werden, dass die große Masse der 983 bis 985 Überlebenden sich wohl befindet und sich ihres Daseins erfreuen kann.“

Ein halbes Jahrhundert jünger ist der Kerngedanke, der 1957 dem Fachbuch „medizin und städtebau“ zugrunde lag: An alle Dinge und Verhältnisse der Stadt ist der Maßstab des Menschlichen anzulegen. Diese Stadtentwicklung „vom Menschen her“ verfolgt auch die Gesunde-Städte-Konzeption.

Etwas moderner formuliert besteht nach der Gesunde-Städte-Philosophie die Herausforderung für die Städte darin, den Menschen ein Gefühl existenzieller Sicherheit zu vermitteln. In Städten muss ein gesundheitlich, sozial, wirtschaftlich und ökologisch nachhaltiges Leben möglich sein, und Städte müssen elementare menschliche Bedürfnisse wie Gesundheit, Geborgenheit, Sicherung des Lebensunterhaltes und sozialen Zusammenhalt gewährleisten. Die aktive Beteiligung der Menschen an der gesundheitsgerechten Gestaltung ihres städtischen Umfeldes ist für diese Ziele entscheidend.

Die zentrale Herausforderung der Gesunden Städte heißt: Wie gestalten wir Städte nachhaltig zu Orten der Gesundheit – oder wie es die WHO formuliert: Die Gesundheit der Bürger/innen muss auf die politische Tagesordnung der Kommunen, und Kommunen müssen Gesundheit in ihre Zielkataloge aufnehmen („vorsorgende Kommunalpolitik“).

Die WHO hat Gesundheit als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden definiert. Entsprechend dieser ganzheitlichen Definition von Gesundheit müssen auch die Umsetzungsstrategien umfassend und integrierend ausgerichtet sein. Gesundheit ist dabei vor allem eine kommunale Gemeinschaftsaufgabe. Das Leben in unserer komplexen Gesellschaft mit ihren Herausforderungen an Aktivität und Flexibilität setzt ein hohes Maß an Gesundheit voraus: Leistungsfähigkeit im Berufsleben oder in der Ausbildung, freiwilliges Engagement in Sportvereinen, Parteien, Gewerkschaften oder im Stadtteil, Gründung und Gestaltung einer Familie, Einklang von Berufstätigkeit und Kindererziehung sind auch deutlich an ein möglichst gesundes Leben geknüpft.

Gesundheit fördert Lebenschancen, Zufriedenheit und Produktivität von Bürger/innen und ist Bedingung für wirtschaftliche und gesellschaftliche Stabilität. Damit ist Gesundheit ein Faktor, der Lebensqualität ebenso befördert wie er auch die Standortqualität unterstützt. Schon deshalb sollten Behörden, Ämter, Institutionen, freie Träger an der Förderung von Gesundheit interessiert sein bzw. für dieses Ziel interessiert werden.

Dieses intersektorale Verständnis von kommunaler Gesundheitsförderung zu entwickeln und über viele Jahre zu sichern, ist nicht leicht. Zahlreiche Kommunen kämpfen mit aktuellen Krisen. Aktuelle Herausforderungen wie Abwanderungen von Einwohner/innen, strukturelle Einnahmeeinbrüche, wachsende Schuldenlasten bedrohen die Aufmerksamkeit für vorsorgende und auf längere Zeiträume ausgerichtete Aufgaben.

B) Das Verhältnis Gesundheitsförderung und Jugendhilfe: Was tut wer mit welchem Auftrag und Ziel, welchem Verständnis und in welchen Kooperationsbündnissen?

Jugendamt (Georg Horcher):

Das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) schreibt die Gesundheitsförderung nicht als ausdrückliche Aufgabe der Jugendhilfe vor. Im § 2(2.5) wird lediglich in Bezug auf seelisch behinderte Kinder Hilfe als Aufgabe benannt. Im § 11(3.1) wird gesundheitliche Bildung als Schwerpunktaufgabe außerschulischer Jugendbildung in der Jugendarbeit genannt. Aus den §§ 14 und 16 „Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz“ und „Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“ lassen sich ohne weiteres, fachlich begründet, Leistungen der Gesundheitsförderung ableiten. So sollen im erzieherischen Kinder- und Jugendschutz Maßnahmen der Jugendhilfe „junge Menschen befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen ...“, § 14(2.1). Der § 16 „Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“ nennt als Leistungen besonders die Familienbildung, die Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen und die Familienfreizeit und Familienerholung. Allen diesen Leistungen sind Fragen der Gesundheitsförderung immanent, ebenso in den Leistungen der Hilfen zur Erziehung, § 27 ff. Im Rahmen des Hilfeplanverfahrens nach § 36 SGB VIII sollen mehrere Fachkräfte zusammenwirken. Dazu zählen auch Fachkräfte des Gesundheitswesens. Die kooperative Konzeption des § 13 „Jugendsozialarbeit“ muss zum „Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen“ auch die Gesundheitsförderung einbeziehen.

Der § 81 wiederum verpflichtet den Träger der öffentlichen Jugendhilfe, das Jugendamt, zur Zusammenarbeit mit „Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes“. Entscheidend ist aber im Anschluss an die Gesundheitsdefinition der WHO die allgemeine Vorschrift im § 1(3.4), in der es heißt,

die Jugendhilfe soll „dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen“.

Diese allgemeine Vorschrift für die Jugendhilfe ist unmittelbar anschlussfähig an die als handlungsleitendes Prinzip zu verstehende Definition von Gesundheit durch die WHO.

Gesundheitsförderung und -erziehung als wesentliche Bestandteile der Gesundheitshilfe müssen aus Sicht der Jugendhilfe mehr sein als das Vermeiden schädlicher und ungesunder Einflüsse auf das menschliche Leben. Das Verständnis von Gesundheit ist in der Betrachtung der Jugendhilfe geprägt und bestimmt von psychosozialen, ökonomischen und soziokulturellen Faktoren. Gesundheit ist damit nicht für alle dasselbe. Gesundheit wird mitbestimmt auch durch das, was Menschen für sich für richtig halten und auch für sich wollen.

Gesundheitsförderung und -erziehung muss eingebettet sein in die Lern- und Bildungsprozesse zum Erwerb der Fähigkeiten, die erforderlich sind, um die Belastungen auszubalancieren, die durch Veränderungen entstehen. Ein immer größer werdender Teil der Bevölkerung steht vor permanenten Lebensveränderungen. (Erinnert sei hier nur an die Metapher vom lebenslangen Lernen.) Diese Lern- und Bildungschancen sind, wie PISA gezeigt hat, sozial höchst ungleich verteilt. Gesundheits- und Jugendhilfe stehen hier vor der gleichen Herausforderung und Aufgabe. Beide sind den gleichen Erfolgskriterien verpflichtet und unterworfen:

(a) Unterstützung leisten für erfolgreiche Lebensbewältigung, sozialem und damit auch der Gesundheit verpflichtetem Verhalten, menschenwürdigem Wohnen etc.,

(b) Bildung ermöglichen in Schule und Beruf, Vermittlung von Wissen und sozialer Kompetenz etc.,

(c) Partizipation und Integration, die Beteiligung der Menschen an der Gestaltung der Verhältnisse im eigenen Lebensraum, das Einbringen der Adressaten in die Unterstützungs- und Hilfeprozesse.

Die Jugendhilfe ist auf dem Weg weg von der Defizitorientierung hin zur Lebensweltorientierung. Für die Gesundheitsförderung ist es genauso erforderlich, sich von der Defizitperspektive zu lösen und sich zu einem Lebensführungsansatz zu verändern, der die soziokulturellen Verschiedenheiten berücksichtigt.

Aufgabe der Jugendhilfe ist es, Unterstützung beim Aufbau sozialer Netzwerke von Familien und Nachbarschaften zu leisten, Gesundheitsförderung zu stärken im Sinne von Verhältnisprävention und Verhaltensprävention.

on in der aufsuchenden Jugendarbeit, in der Offenen und Verbandsjugendarbeit, in den Arbeits- und Beschäftigungsprojekten, im betreuten Wohnen, der sozialpädagogischen Familienhilfe, der Suchtprävention usw. Dabei sind Maßnahmen des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes unmittelbar anschlussfähig an die Gesundheitsförderung, in dem neben der Gefahrenabwehr vor allem die Eigen- und die Mitverantwortung für andere in den Mittelpunkt rückt. Kinder- und Jugendschutz wird hier verstanden als Angebot der Jugendhilfe für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und nicht im Sinne der veralteten und weitgehend wirkungslosen „polizeilichen“ Gefahrenabwehrkonzeption. Für die Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit heißt das, peer groups als kollektive Health-Lifestyle-Gruppen zu verstehen, Gesundheitsförderung als Lebenskompetenzförderung zu betrachten. Gefordert ist eine Jugendhilfe, die sich nicht auf Abstinenz und Risikoabwehr beschränkt, sondern eine Jugendhilfe, die die Kompetenz vermittelt, mit Risiken verantwortungsbewusst umzugehen.

In diesem Sinne leisten auch die Sportvereine einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung, nicht nur zur körperlichen Entwicklung, sondern zur Entwicklung eines gesunden Selbst- und Leistungsbewusstseins und zur Gemeinschaftsbildung.

Eine immer noch wichtige Institution ist die Schule. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage: Unter welchen Bedingungen wird die Schule zu einer gesundheitsbelastenden oder gesundheitsfördernden Institution? Schuleingangsuntersuchungen, schulärztliche Dienste und Gesundheitserziehung nutzen nichts, wenn das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden im Bildungswesen keinen zentralen Platz einnimmt. Das hat nichts mit Kuschelpädagogik oder Minderung der Leistungserwartung zu tun. (Ob aber die Verkürzung der Schulzeit bis zum Abitur ein Beitrag zur Gesundheitsförderung der Gymnasiast/innen ist, darf bezweifelt werden.) Gemeint ist auch keine Pädagogisierung des Gesundheitsverhaltens durch ein Unterrichtsfach „Gesundheit“, wohl aber eine Stärkung der gesundheitsfördernden Wirkung der Schule durch die Stärkung des Selbstwertgefühls der Schüler/innen, durch die Steigerung der Handlungskompetenz und einen Unterricht, der auf Sinnvermittlung und nicht nur auf Wissensvermittlung setzt.

In dieser Auseinandersetzung spielt das Gesundheitswesen nur eine untergeordnete Rolle, während sich die Jugendhilfe schon seit Jahren in einer intensiven Diskussion mit Schule befindet.

Gesundheitsamt (Ingrid Papies-Winkler):

In den meisten Bundesländern wurden in den letzten Jahren neue Gesundheitsdienstgesetze verabschiedet, die New Public Health-Aufgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst formuliert haben. Neben den traditionellen Aufgaben der Gesundheitsämter wie Gesundheitsschutz und Gesundheitshilfe sollen die Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitsförderung im Sinne von Planungs-, Steuerungs-, Koordinationsfunktionen wahrgenommen werden. Die Gesundheitsförderung impliziert Netzwerkarbeit, also ressort- und trägerübergreifende Zusammenarbeit, insbesondere auch mit dem Kinder- und Jugendbereich. Sie ist Bevölkerungs-, nicht individuell orientiert.

Die Umsetzung dieser Gesetze in die Praxis erfolgt sehr unterschiedlich, je nach Zielsetzung und Ressourcen einzelner Gesundheitsämter. Gesundheitsschutz und individuelle Gesundheitshilfe sind nach wie vor prioritäre Schwerpunkte, Gesundheitsförderung und Prävention werden vom öffentlichen Gesundheitsdienst eher wenig wahrgenommen.

Berlin stellt in seiner Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes eine Besonderheit dar. Neben den traditionellen Gesundheitsämtern wurden mit dem neuen Gesundheitsdienstgesetz Plan- und Leitstellen eingerichtet, die als Stabsstellen den Gesundheitsdezernenten/innen zugeordnet sind und die New Public Health-Aufgaben (Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung, psycho-soziale Koordination) wahrnehmen.

Als Mitarbeiterin der Plan- und Leitstelle, verantwortlich für die Gesundheitsförderung und Prävention sowie das Gesunde-Städte-Netzwerk, ist für mich die Kooperation mit der Abt. Jugend und Schule ein Auftrag der Arbeit und spiegelt sich in vielfältigen Ansätzen der Zusammenarbeit wider.

C) Kooperationshemmnisse: Welche Bedingungen, professionellen Standards und systemimmanenten Ziele und Verfahren behindern die Kooperation zwischen den Bereichen Gesundheit und Jugendhilfe?

Jugendamt (Georg Horcher):

Kooperationshemmnisse sollen an drei Beispielen deutlich gemacht werden:

- (1) an der immer noch schwierigen Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie,
- (2) an den Schuleingangsuntersuchungen im Zusammenhang mit der Einschulung zu Beginn der Schulpflicht und
- (3) an der organisatorischen Zuordnung der

Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene.

In der Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie kommt es immer wieder zum Konflikt zwischen dem medizinischen Behandlungsmodell, der Klinikhierarchie und den dialogorientierten Arbeitsformen der Jugendhilfe und ihrer Einrichtungen. Im Einzelfall entstehen die Konflikte bei unterschiedlichen Sichtweisen hinsichtlich der Erziehungsbedürftigkeit bzw. der Krankheit. Dabei werden häufig die Kompetenzen der einen Seite über- und die der anderen Seite unterschätzt. Das hängt auch mit dem sozialen Status zusammen, den Ärzte/innen und z.T. auch Psychologen/innen gegenüber Sozialpädagogen/innen haben. Das Selbstbewusstsein der Sozialpädagogen/innen reicht häufig nicht für ein Dialog auf gleicher Augenhöhe aus. Andererseits dokumentieren die Fachärzte ihre Sonderstellung immer wieder mit dem Gebrauch ihrer Fachsprache, die die Sozialpädagogen/innen vom fachlichen Diskurs ausschließt. Diesen gelingt es deshalb häufig nicht, ihre Sichtweisen und Handlungsvorschläge plausibel darzustellen und nachvollziehbar fachlich zu begründen. Psychiatern/innen und Psychologen/innen gelingt es dagegen leichter, Entscheidungsunsicherheiten in ihrer eigenen Fachsprache gegenüber den Mitarbeiter/innen der Jugendhilfe zu verschleiern. In diesen Auseinandersetzungen wird auf beiden Seiten häufig stärker um Zuständigkeitsfragen und Definitionsmacht gerungen als um eine gemeinsame Entscheidung zum Wohl der Patienten/innen bzw. Klienten/innen.

Bei der Einschulungsentscheidung von Kindern in die 1. Klasse ist immer noch das Votum der Schulärzte bedeutender als die pädagogische Empfehlung der Erzieherin, die die Entwicklung der Kinder häufig über mehrere Jahre begleitet und mitverfolgt hat. Es ist auch noch nicht die Regel, die Mitarbeiterinnen der Vorschuleinrichtungen an der Einschulungsempfehlung formell zu beteiligen. Obwohl die Bildungsforschung und die Entwicklungspsychologie längst nachgewiesen haben, dass die Schulfähigkeit nicht von einem Stichtag abhängt, wird die Schuleingangsuntersuchung immer noch unter dieser Prämisse durchgeführt. Die medizinische Prüfung der körperlichen Voraussetzung ist das eine, die Prüfung der emotionalen, kognitiven, sprachlichen und sozialen Voraussetzungen etwas anderes. Letzteres erfordert in der Regel eine längere Beobachtung des Kindes, und ist nicht in zwanzig oder dreißig Minuten zu erledigen.

Die Schätzungen, wonach zwischen dreißig und vierzig Prozent der Kinder zu früh oder zu spät eingeschult werden, sprechen nicht ge-

rade für das derzeitige Verfahren. Auch hier trifft ein medizinisch orientiertes, auf Objektivität ausgerichtete Untersuchungsmodell auf dialogisch orientierte Beurteilungs- und Entscheidungsverfahren und erschwert oft die Zusammenarbeit, sofern es überhaupt eine gibt. Häufig sind es dann die Eltern, die letztlich die Verantwortung tragen, mit ihrer Entscheidung alleine. Es ist dringend erforderlich, anstelle der derzeitigen Einschulungsuntersuchungen andere Formen der Feststellung der „Schulreife“ einzuführen, die medizinische, entwicklungspsychologische und sozialpädagogische Verfahren berücksichtigen und die Kompetenz der Pädagogen/innen der Vorschuleinrichtungen anerkennen.

Gesundheitsförderung in der skizzierten Form ist eine Querschnittsaufgabe, die alle sozialen Handlungsfelder durchdringt. Die Zuordnung dieser Querschnittsaufgabe in einem Amt, meist dem Gesundheitsamt, behindert häufig, was sie eigentlich befördern und entwickeln will. Jede Organisationseinheit, jedes Amt, hat zunächst einmal die Tendenz, sich von anderen Organisationseinheiten abzugrenzen. Dies führt dazu, dass diese Grenzen zunächst – häufig mit großem organisatorischem und kommunikativem Aufwand – abgebaut werden müssen. Sinnvoller sind deshalb andere organisatorische Zuordnungen, wie sie z.T. auch schon praktiziert werden. So scheint es sinnvoller, die Sozial-, Jugendhilfe- und Gesundheitsplanung und die Gesundheitsförderung als zentralen Stab der Planung und Steuerungsunterstützung quer über die Struktur der Sozial-, Jugend- und Gesundheitsämter zu legen und sie direkt der politisch zuständigen Stelle auf der Ebene der politischen Verwaltungsführung zuzuordnen.

Gesundheitsamt (Ingrid Papies-Winkler):

Das ressort- und berufsgruppenspezifische Denken und Handeln bestimmt nach wie vor die Praxis der Jugendhilfe und des öffentlichen Gesundheitsdienstes. So gibt es auf bezirklicher Ebene in Berlin keine abgestimmten Planungsgrundlagen. In der Gesundheitsplanung, Jugendhilfeplanung, Schulplanung und Sozialplanung wird erst seit kurzer Zeit versucht, Daten, den Zuschnitt der Planungsräume (Verkehrszellen, statistische Gebiete etc.) sowie die Versorgungsangebote miteinander abzustimmen.

Die Jugendhilfeplanung bezieht im Rahmen ihrer Sozialraum-Arbeitsgemeinschaften den Gesundheitsbereich bisher nur punktuell ein.

Sowohl die Jugend- als auch die Gesundheitshilfe sind vom Ansatz her problemorientiert, arbeiten also nicht oder nur in Ausnahmen präventiv. Gesundheitsförderung

bedeutet aber vorrangig die Verbesserung der Lebensqualität im Umfeld und leitet sich aus dem salutogenetischen Ansatz her. Obwohl ressortübergreifend angelegt, wird die Gesundheitsförderung von der Jugendhilfe u.a. bisher nur unzureichend als Partner wahrgenommen.

Weiteres Hemmnis für die Zusammenarbeit ist die fehlende Transparenz von Institutionen, Projekten und Angeboten. Hier ist die Initiative der BZgA sehr zu begrüßen, für die Gesundheit Berlin e.V. eine Datenbank zu Kinder- und Jugendprojekten für sozial Benachteiligte aufbaut. Diese sollte zukünftig so erweitert werden, dass sie auch auf Sozialraumebene zu nutzen ist.

D) Möglichkeiten und Synergien sozialräumlicher Organisation: Unter welchem Dach finden/ treffen sich Jugendhilfe und Gesundheit?

Jugendamt (Georg Horcher):

Der Sozialraum ist die Schnittfläche, in der Jugendhilfe und Gesundheitsförderung sich wieder finden. Dabei ist zu beachten, dass unter administrativen Gesichtspunkten der Sozialraum in der Regel ein geographisch abgrenzbarer Teil der Stadt ist, je nach Größe der Stadt eine Straße, ein Stadtteil oder ein Bezirk. Der Sozialraum der Menschen ist durch diese selbst anders definiert, nämlich als der Raum, in dem sie ihre wichtigsten sozialen Bezüge haben, in dem sie beheimatet sind. Das können familiäre Netzwerke, Freundes- und Bekanntenkreise sein, das kann auch ein Stadtteil sein. In der Regel bewegen sich die Menschen in mehreren unterschiedlichen Sozialräumen. Für die folgenden Ausführungen sollen beide Begriffe gelten, der administrative und der soziale.

Die Stärkung fördernder Netzwerke trägt zu körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden bei. Deshalb ist sowohl die Schaffung und Unterstützung sozialer Netzwerke und informeller und formeller Gruppen im sozialen Nahraum (z.B. Krabbelgruppen, Mutter-Kind-Gruppen etc.) ebenso gemeinsame Aufgabe von Jugend- und Gesundheitshilfe wie eine sozialräumliche Entwicklungsplanung für ein vernetztes soziales Infrastrukturangebot für das Aufwachsen von Kindern im Umfeld ihrer Herkunftsfamilie und für generations- und zielgruppenübergreifende Begegnung und Kommunikation. Dazu bedarf es z.B. einer Qualifizierung der Leistungsangebote in den Kindertageseinrichtungen: als Orte der Familienbildung, als Orte der Frühförderung und als Orte gesundheitlicher Vorsorge.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugend-

ärzte stellt fest, dass „die Ursachen einer Vielzahl körperlicher und psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der fatalen Verknüpfung von materieller Armut, dem schlechten psychosozialen Umfeld und dem niedrigen Bildungsgrad der Bezugspersonen“ liegen. „Mit dem Ausgleich der materiellen Benachteiligung allein ist es nicht getan“, so die Kinder- und Jugendärzte.

Wie die Jugendhilfe fordern auch sie eine soziokulturelle Infrastruktur, Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen und eine aufsuchende Fürsorge durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Notwendig sind institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit von Jugend- und Gesundheitshilfe z.B. an Stadtteil-Tischen, und die institutionalisierte Zusammenarbeit von Allgemeinem Sozialen Dienst, den Trägern ambulanter Erziehungshilfe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Sozialraumorientierung erfordert aber auch ein gemeinsam geteiltes Sozialraumwissen aller professionellen Akteure und die Einbeziehung und Beteiligung der betroffenen Menschen, der Kinder, Jugendlichen, Erwachsenen, Migranten/innen, der Behinderten etc. als Experten/innen ihres Sozialraumes. Die sozialraumbezogene Integration von Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe in einer Organisationseinheit auf der Basis integrierter Sozial-, Jugendhilfe- und Gesundheitsplanung müssen die Zukunft bestimmen.

Gesundheitsamt (Ingrid Papies-Winkler):

Die Zukunft der Kooperation der Gesundheitsförderung und der Jugendhilfe liegt in sozialräumlichen Ansätzen. Auf der Grundlage von abgestimmten Planungsdaten, Bedarfs- und Beteiligungsanalysen besteht hier eine gute Möglichkeit, Bürger/innen, Träger und Angebote zu vernetzen mit dem Ziel einer optimalen Unterstützung für Kinder und Familien.

Ein sozialraumbezogenes Modellprojekt, das im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit gefördert wird, ist zum Beispiel das Stadtteil-Netz – Soziale Ökonomie für Kinder, Umwelt und Gesundheit am Boxhagener Platz.

Stadtteil-Netz – Soziale Ökonomie für Kinder, Umwelt und Gesundheit am Boxhagener Platz

Ausgangspunkt für das Stadtteil-Netz ist die für das Modellprojekt gebildete Kooperationsgemeinschaft. In ihr sind lokale Institutionen, Organisationen aus Politik, Wissenschaft und den Fachgremien vertreten. Die Koordination hat das Technologie-Netzwerk Berlin e.V. übernommen. Eine enge Kooperation mit dem Quartiersmanagement ist vorgesehen.

Ziele des Modellprojekts sind:

- die Verbesserung der Lebensqualität im Stadtteil, insbesondere der Gesundheits- und Umweltsituation für Kinder und deren Familien,
- die Förderung einer nachhaltigen sozialen, ökologischen und ökonomischen Stadtteilentwicklung,
- die ressortübergreifende Umsetzung der Gesundheitsförderung auf sozialräumlicher Ebene,
- der Ausbau der umwelt- und gesundheitsbezogenen Infrastruktur mit Hilfe lokal-ökonomischer Strategien,
- der Ausbau der Sozialen Ökonomie in diesem Bereich zur nachhaltigen Absicherung der Maßnahmen und Projekte.

Dabei stehen die Themenschwerpunkte Bewegung, gesunde Ernährung, Umweltbeziehung und Wohnumfeld, psychische und physische Stressfaktoren sowie Sucht- und Gewaltprävention im Mittelpunkt.

In der **Modell-Laufzeit** sollen Maßnahmen und Projekte zur Verbesserung der Gesundheits- und Umweltsituation im Kiez entwickelt und durchgeführt werden. Zurzeit sind zwölf konkrete Einzelprojekte vorgesehen. Im Stadtteil-Netz sollen durch die Zusammenarbeit weitere bedarfsorientierte Maßnahmen entwickelt und realisiert werden.

Die 12 **Einzelprojekte**: Kiezdetektive, Planning for Real, gastronomische Dienstleistungen durch Jugendliche (Catering), Spielraum für Bewegung, Snoezelen, Spielgeräte-Verleih, Kennenlernen von landwirtschaftlichen Bio-Betrieben im Umland, Familiengarten, Freiluft-Kinderpuppentheater-Sonntage, Frühintervention für tabakkonsumierende Kinder, lokale Präventions-Kampagne zum Thema Alkohol- und Tabakkonsum, Social Justice Trainings ... weitere Projekte sollen entwickelt werden.

Die **Evaluation** erfolgt durch das Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin. Die Umsetzung von Vorhaben mit ökonomischer Dimension (z.B. durch das Anbieten von Dienstleistungen oder Waren) sollen über die Gründung bzw. dem Ausbau von sozialen Unternehmen realisiert werden. Damit sollen die Vorhaben auf eine nachhaltig tragfähige Grundlage gestellt werden.

Gesunde-Städte-Netzwerk (Klaus-Peter Stender)

Ein Beispiel für die Möglichkeiten und Synergien einer sozialräumlichen Organisation ist das Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Im Juni 1989 haben auf Anregung der WHO elf Kommunen das

Bundesdeutsche Gesunde-Städte-Netzwerk in Frankfurt/M. gegründet. Die Zahl der Mitglieder ist mittlerweile auf knapp sechzig Kommunen angewachsen, in denen über 20 Millionen Bürger/innen, circa ein Viertel der Bevölkerung, leben.

Bedeutende Umsetzungsebenen der Gesundheitsförderung und Prävention sind die Kommunen und Kreise. Gesunde Städte haben in den letzten vierzehn Jahren die Stärke lokalen Handelns für die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung unter Beweis gestellt.

Gesundheitsförderung und Prävention sind Gemeinschaftsaufgaben, die unter aktiver Beteiligung der lokalen Akteure wirksam werden. Dafür sollen geeignete Verfahren angewendet und weiterentwickelt werden (z.B. kommunale Gesundheitskonferenzen, intersektorale Arbeitsgruppen der Stadtämter, Gesundheitsverträglichkeitsverfahren).

Erfolgversprechende Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten stützen sich auf die Erkenntnisse der kommunalen und Landes-Gesundheitsberichterstattung und unterstützen die Umsetzung prioritärer kommunaler Gesundheitsziele. Im Sinne einer gemeinschaftlichen, vorsorgenden Kommunalpolitik werden dabei Ziele weiterer Fachpolitiken einbezogen (z.B. Ziele der Stadtentwicklung, der Jugendhilfe, der Bildungs-, der Umweltpolitik). Die Entwicklung kommunaler Aktionspläne für Gesundheit sind wirksame Instrumente, um die Gesundheit der Bevölkerung intersektoral und bürgernah auf geeignete Weise zu verbessern.

Die Gesunden Städte stellen Gesundheit als Querschnittsaufgabe in den Mittelpunkt ihrer Kommunalpolitik. Im besten und ehrgeizigsten Sinne einer kommunalen konzertierten Aktion werden Rahmenbedingungen für „nachhaltige Gesundheit“ entwickelt.

Gesundheitsförderung ist zugleich ein wissenschaftlicher wie ein schöpferischer Prozess, bei dem die Fähigkeiten und Handlungsspielräume der Akteure über Erfolg und Wirksamkeit entscheiden. Gesunde Städte werden entwickelt von Menschen: von engagierten und kompetenten Personen wie Kommunalpolitikern/innen, von Mitarbeitern/innen in den verschiedenen Stadtämtern, von weiteren Akteuren in Volkshochschulen, Krankenkassen, Betrieben, Schulen und Kindertagesstätten und natürlich von Bürgern/innen.

In den Gesunden Städten ist dort die kommunale Gesundheitsförderung kraftvoll aus den Startlöchern gekommen, wo die Rückenbedeckung durch Kommunalpolitik konkret erlebt wird und fach- und kooperationskompetente Mitarbeiter/innen diese Unterstützung auch zu nutzen und umzusetzen wissen.

Ohne strukturelle Veränderungen – und das ist ebenso richtig – ist es nicht seriös möglich, eine Gesunde Stadt zu verwirklichen. Kommunale Gesundheitsförderung lebt nicht von Erklärungen und Deklarationen. Sie ist einzig durch konkrete Handlungen und die Förderung von Rahmenbedingungen zu entwickeln. Der politische Wille, dafür Voraussetzungen zu schaffen, ist dabei grundlegend. Dazu zählen Aktivitäten oder auch Strukturen für Verknüpfungen in und über Ressortgrenzen hinweg und für die Mitwirkung von Bürger/innen.

Die verknüpfenden Strukturen sollen den „Brückenschlag“ zwischen verschiedenen Institutionen und Sektoren (z.B. Stadtämter, Krankenkassen und Wirtschaft) erleichtern und dabei „Übersetzungsarbeit“ leisten zwischen dem formellen Sektor (z.B. Stadtämter) und dem informellen (z.B. Bürgergruppen, Initiativen, Selbsthilfegruppen, einzelne Bürger/innen). Weitere Aufgaben sind, der Gesundheit einen Ort zu geben (Gesundheitshäuser) und Gesundheit auf die Tagesordnung vieler Institutionen und der Stadt zu setzen (Gesundheitskonferenzen).

Die Erfahrungen der letzten Jahre belegen, dass der Fortschritt und die Nachhaltigkeit kommunaler Gesundheitsförderung an die Qualität und die politische Unterstützung dieser Instrumente gebunden ist. Fehlen derartige Einrichtungen, ist die ressortübergreifende Arbeit anfällig, weil sie überwiegend auf persönliches Engagement angewiesen ist.

Schlaglichtartig lässt sich das aus der Praxis erworbene Wissen zur Umsetzung des Leitbildes Gesunde Stadt in folgenden acht Meilensteinen zusammenfassen:

- (1) politische Unterstützung ist erkennbar; gesundheitliche Probleme werden beschrieben und öffentlich diskutiert, Strukturen zur Koordination und Aktivierung sind handlungsfähig;
- (2) Intersektoralität wird durch Arbeitsweisen und -prozesse sowie durch Projekte gestärkt und nachhaltig entwickelt;
- (3) Strukturen zur Beteiligung von Bürger/innen erleichtern Mitwirkungsmöglichkeiten;
- (4) gesundheitliche Folgen von Entscheidungen in Politik und Verwaltung werden geprüft und beeinflussen diese Entscheidungen;
- (5) die Kommunikation mit der Öffentlichkeit ist selbstverständlicher Bestandteil der Aktivitäten;
- (6) Gesundheits-Aktionspläne erleichtern zielbestimmtes und abgestimmtes Handeln;
- (7) Bündelung der Kräfte in gemeinsamen Strukturen;
- (8) Transparenz der Ressourcen, öffentliche Darstellung und Überprüfung der Wirkungen (Evaluation).

Das 9-Punkte-Programm wurden von den Mitgliedern des bundesdeutschen Gesunde-Städte-Netzwerkes selbst entwickelt, jede mitwirkende Kommune hat sich darauf verpflichtet. Damit verfügt das Netzwerk über einen Maßstab zur Bewertung der jeweiligen kommunalen Arbeit.

Kommunen, die das 9-Punkte-Programm (einschließlich von Mindeststandards) befürworten, können sich dem Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland anschließen. Zu den Punkten gehören die Zustimmung durch die Kommunalpolitik, die Einrichtung einer Geschäftsstelle und Benennung einer zuständigen Person, die Entwicklung einer ressortübergreifenden, gesundheitsfördernden Politik z.B. durch Informationen der Politikbereiche sowie durch Gesundheitsförderungs-Konferenzen, die Etablierung von Gesundheitsförderung als Entscheidungskriterium bei öffentlichen Planungen, die Schaffung von Rahmenbedingungen für Bürgerbeteiligung und Gesundheits- und Sozialberichterstattung.

Nicht alle Punkte müssen bereits zu Beginn der Mitgliedschaft umgesetzt sein. Die Städte verpflichten sich auf einen Prozess, diese Strukturmerkmale im Wesentlichen im Laufe ihrer Mitgliedschaft zu etablieren.

(1) Aufdeckung von Problemen und Entdeckung von Potenzialen durch Methoden der Gesundheitsberichterstattung: Befragungen, Berichte, Monitoring- und Evaluationsinstrumente.

(2) Kommunale Gesundheitsrahmenkonzepte: Erhebung von Aktivitäten und Projekten für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage im Rahmen von Stadtämtern und weiteren kommunalen Einrichtungen, bessere Abstimmung, Verknüpfung und Steuerung der Aktivitäten (z.B. Landesrahmenprogramm Gesunde Stadt Hamburg).

(3) Kommunale Gesundheitskonferenzen als Kooperations- und Partizipationsinstrumente, in denen wesentliche Institutionen einer Kommune von Ärzteschaft, Arbeitgebern, Bildungseinrichtungen über Gewerkschaften, Initiativen, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen bis hin zu Stadtämtern und Wohlfahrtseinrichtungen die Gemeinschaftsaufgaben Gesundheitsförderung und Prävention bearbeiten.

(4) Gesundheitshäuser als Orte der Gesundheit, offen für alle Bürger/innen, die sich zu Fragen von Gesundheit, sozialen Hilfen, freiwilligem Engagement und Selbsthilfe informieren, engagieren oder beraten lassen wollen (z.B. im Kreis Unna, in Münster, Gelsenkirchen oder Hamburg).

(5) kleine Vernetzungs- und Beteiligungsbüros (z.B. Gesunde-Städte-Büros, Projekt

Das 9-Punkte-Programm zum Beitritt ins Gesunde-Städte-Netzwerk – Selbstverpflichtung der Kommunen auf die Grundsätze

Gesundheitsförderung in Göttingen, Münchner Aktionswerkstatt G'sundheit (MAG's), Vernetzte Dienste in Hannover, Servicestelle für Bürger/innenbeteiligung in Frankfurt als niedrigschwellige Anlaufstellen für Bürger/innen oder als Verknüpfungsbüros zur besseren Kooperation von Stadtämtern, Viernheimer Aktivitäten zur Förderung des Bürgerengagements).

(6) Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitsverträglichkeit (z.B. abgestimmte Prüfverfahren zur kinderfreundlichen Stadtplanung wie in Rostock)

(7) Gesundheitsförderungs-Aktivitäten in Stadtteilen, Betrieben, Schulen und Kindergärten zu Themen wie Schulhofumgestaltung, Aufbau von Schulkiosken bzw. Mittagstischen, Förderung von Bewegungsräumen und -angeboten, betriebliche Gesundheitsförderung in Stadtämtern.

(8) Angebote für chronisch kranke Menschen, u.a. Informationen in Broschüren oder im Internet, abgestimmte Zusammenarbeit von Krankenhaus und ambulantem Hilfesystem.

(9) aktivierende Öffentlichkeitsarbeit, u.a. Gesundheitsmärkte, Gesundheitswochen, Gesunde-Städte-Zeitungen, „gesunde und zukunftsfähige“ Kantinen).

E) Ausblick – Vision

Gesunde-Städte-Netzwerk (Klaus-Peter Stender)

Gesunde Städte werden durch den Zeittrend bestätigt. Auf dem Gesunde-Städte-Symposium 2000 in Osnabrück hat der Journalist Erik Händeler nach Auswertung vergangener und gegenwärtiger Trends zukünftige Standortfaktoren für Kommunen aufgelistet. Gesundheit, vernetztes Denken und Arbeiten sowie eine entwickelte Kooperationskultur in den Städten werden nach der Analyse von Händeler als Standortfaktoren ganz hoch gehandelt werden.

Erste Anzeichen für diese stärkere politische Gewichtung von Gesundheit und Gesundheitsförderung sind erkennbar: Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen plädiert in seinem 2001 veröffentlichten Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ für Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung und spricht sich nachdrücklich für eine intersektorale vorsorgende Gesundheitspolitik aus, die über das Gesundheitswesen hinaus auf Bildungs-, Arbeits-, Verkehrs-, Stadtentwicklungs- und Umweltpolitik Einfluss nimmt. Auf eine ähnliche Formulierung hatte sich bereits

zehn Jahre früher die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder verständigt.

Bundesgesundheitsministerin Schmidt forderte anlässlich des im Sommer 2002 unter ihrer Federführung gegründeten Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung, es komme nicht nur darauf an, Krankheiten zu heilen: Prävention und Gesundheitsförderung seien gesamtgesellschaftliche Aufgaben und müssten gestärkt werden. Ein Präventionsgesetz soll noch in dieser Legislaturperiode beschlossen werden. Bundes- und Landespolitik versprechen sich von mehr Prävention und Gesundheitsförderung finanzielle Einsparungen in Höhe von 25 bis 30 Prozent im Gesundheitsbereich.

Auf kommunaler Ebene wird Gesundheit zunehmend auch als Faktor für Lebensqualität und für die Standortqualität geschätzt. Kommunen werden zukünftig nicht nur um Betriebe in den Wettbewerb treten, sondern auch um Bürger/innen. Darüber hinaus ist Gesundheit ein Wirtschaftsfaktor: So ist in vielen Städten und Kreisen ein Großteil der Beschäftigten im Gesundheits- und Medizinbereich tätig.

Jugendamt (Georg Horcher):

Mit dem Untergang des Sozialismus hat der Kapitalismus die sozialen Fragen nicht gelöst. Sie stellen sich neu und drängender als je zuvor, wie die aktuelle gesellschafts- und gesundheitspolitische Debatte zeigt.

Der digitale Kapitalismus, der im Zuge der Globalisierung entstanden ist, hat zur zunehmenden Trennung des Kapitals von der Arbeit geführt mit allen negativen Konsequenzen (z.B. steigende Kapitalgewinne bei gleichzeitig zunehmender Arbeitslosigkeit). Ellis Huber, Vorstand der SEKURVITA BKK in Hamburg und Vorstandsmitglied des Paritätischen Wohlfahrtsverbands in Berlin, definiert als Produktionsziel eines modernen Gesundheitssystems: „Sozialer Gewinn und nicht individueller Profit.“ Er plädiert dafür, „dass künftig Krankenhäuser und Arztpraxen zu Netzwerken werden, in denen Laien und Experten zusammenwirken und kreative Kräfte gesammelt werden, die dem Sozialen dienen und die Gefühle des Gemeinsamen ausdrücken können.“

„Heilen, Pflegen und Helfen sind soziale Wertschöpfungsprozesse, die unsere Gesellschaft bilden und zusammenhalten“, so Ellis Huber weiter. Diese Vision kann weiterreichen, warum sollen nicht Jugendhilfeeinrichtungen und Gesundheitseinrichtungen künftig gemeinsam dieses Netzwerk entwickeln?

Wir werden die sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen nur dann bestehen, wenn es uns gelingt, nach dem Wandel von der Industrie- zur Wissensgesellschaft auch den

Wandel von der Konkurrenz- zur kooperativen Gesellschaft zu schaffen. Gesundheits- und Sozialarbeit werden dabei zum neuen Motor dieses gesellschaftlichen Entwicklungsprozesses, an dessen Anfang wir freilich erst stehen. Wenn es uns gelingt, mit einem sinnvollen Aufwand an Ressourcen ein hohes Maß an sozialer Kohärenz zu schaffen, werden wir mit den Problemfällen des Lebens besser fertig, als wenn wir weiterhin nur viel Geld in Polizei, Beratungsstellen oder andere Einrichtungen zur Bekämpfung sozialer Konflikte stecken.

Zentraler sozialpolitischer Handlungsbedarf besteht

- in der sozialen Sicherung von Familien unter Berücksichtigung neuer Familienkonstellationen,
- im „Aufwachsen in öffentlicher Verantwortung“ (Titel des 11. Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung), jeder ist für das Aufwachsen der Kinder mitverantwortlich (die derzeitige sozialpolitische Debatte geht gerade in die andere Richtung),
- in einer Grundsicherung für Kinder.

Zentraler Handlungsbedarf in den Hilfesystemen besteht

- in der Prävention als Leitprinzip der Jugendhilfe und Gesundheitsförderung,
- in der Kooperation und Vernetzung des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereichs in den Sozialräumen,
- in der gemeinsamen Erarbeitung von Standards für integrative Angebote für benachteiligte Kinder und Familien,
- und in der Sensibilisierung und gemeinsamen Qualifizierung der Fachkräfte in der Jugendhilfe und im Gesundheitswesen,
- in der organisatorischen Zusammenfassung von Sozial-, Gesundheits- und Jugendhilfe.

Gesundheitsamt (Ingrid Papies-Winkler):

Nach wie vor arbeiten – trotz guten Willens – die verschiedenen Akteure mit ihren einzelnen Programmen nebeneinander her. Soziale Stadt, Gesunde-Städte-Netzwerk und Lokale Agenda 21 – drei Programme, die fast identische Ziele und Zielgruppen haben und alle drei als Vernetzungsprogramme angelegt sind – müssen Strategien der Zusammenarbeit entwickeln, die Träger- und Akteurskonkurrenzen überwinden und eine nachhaltige Gesundheitsförderung oder Jugendhilfe gewährleisten, die insbesondere Kinder, Jugendlichen und Familien zugute kommt, die von sozialer Ausgrenzung betroffen sind.

Einen Ansatz hierzu stellte das Gesunde-Städte-Netzwerk-Symposium 2001 zum Thema „Gesundheit-Umwelt-Stadtentwicklung – Netz-

werke für Lebensqualität“ dar.

Darüber hinaus sollte die Kinder- und Jugendbeteiligung unbedingt gewährleistet sein. Jugendhilfe und Gesundheitsförderung darf nicht nur für, sondern muss erfolgreich mit Kindern stattfinden. Nur aus der Sichtweise der Kinder und Jugendlichen können sinnvolle Projekte entwickelt werden. Erfahrungen hierzu sind vorhanden, diese können als models of good practice genutzt werden. Auch die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an Veranstaltungen wie dieser Fachtagung wäre zu überlegen.

Andreas Mielck hat in seinem Vortrag heute schon darauf verwiesen, dass genügend Forschungsergebnisse vorliegen, um Handlungsansätze zu begründen. Ich möchte dem hinzufügen, auch Praxisansätze sind in hoher Zahl, großer Vielfalt und unterschiedlicher Qualität vorhanden. Es fehlt jedoch eine Koordination, Vernetzung und Abstimmung der Angebote auf kommunaler, Landes- und Bundesebene. Auf allen drei Ebenen ist eine konkrete Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis hilfreich und sinnvoll, sowohl bei Bedarfsanalysen als auch bei der Qualitätssicherung der Angebote.

Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V.

Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligten Stadtteilen – Projekte aus der Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Gesundheit Berlin e.V.

Überblick

Der vorliegende Beitrag ist die überarbeitete und ergänzte Fassung des Vortrages anlässlich des 2. Fachforums Gesundheit im Juni 2003 „Vernetzung – Macht - Gesundheit“. Im Rahmen des Vortrages und in den anschließenden Diskussionen wurde vielfach nach den Basisinformationen zur Gesundheitsförderung gefragt. Diesem Bedürfnis trägt die Ausarbeitung vor allem insofern Rechnung, als dass einleitend – und dies ausführlicher als im Vortrag – die Begriffe der Gesundheitsförderung und Prävention aus ihrer Entstehungsgeschichte (Ottawa-Charta, Gesunde Städte-Projekt) erläutert werden, anschließend wesentliche Akteure und Handlungsfelder benannt und schließlich die einzelnen Teilaspekte der Gesundheitsförderung definiert werden.

Dann wird die Erhebung gesundheitsförderlicher Angebote für sozial Benachteiligte, die Gesundheit Berlin e.V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002/03 durchgeführt hat, ausführlich dargestellt. Besonderer Wert wird dabei auf die Praxisbeispiele im Zusammenhang mit Quartier und Wohnumfeld gelegt sowie auf Angebote für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen.

Abschließend erläutert die Arbeit die Weiterentwicklung der Datenbank, die ja nicht auf die Funktion einer punktuellen Bestandsaufnahme beschränkt bleibt. Vielmehr wird hier ein Instrument aufgebaut, das die Kommunikation, die Vernetzung und das Erfahrungslernen der Gesundheitsförderung verbessern wird. Als sog. „lebendige Datenbank“ werden die Selbstdarstellungen der Projekte laufend aktualisiert und zukünftig als Internetplattform um aktuelle Infos und Diskussionen ergänzt. Mit sog. „regionalen Knoten“ wird neben der digitalen auch die persönliche Vernetzung gefördert, so dass im Ergebnis ein breites Netzwerk der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte entstehen wird.

Besonderer Dank gilt den Kolleg/innen, mit

denen ich an dem Datenbankprojekt zusammenarbeite, hier insbesondere Dipl. Soz. Holger Kilian MPH von Gesundheit Berlin, aus dessen Feder, oder besser Computer, die wesentlichen Teile der Erhebungsauswertung stammen, sowie Dr. Antje Richter von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, Dr. Monika Meyer-Nürnberg und Dr. Frank Lehmann von der BZgA.

1. Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention bezeichnen als Begriffe jene Strategien, die der Entstehung und Behandlung von Krankheit vorgelagert sind. Dabei gibt es eine erhebliche Schnittmenge zwischen diesen nicht trennscharfen Begriffen. Sie werden im Folgenden analog zu den zentralen Begrifflichkeiten der Projektausschreibung wie die Ottawa-Charta, Verhaltens- /Verhältnisprävention oder Zielgruppenbezug dargestellt.

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist der allgemein anerkannte Bezugspunkt der Gesundheitsförderung. Die WHO hat bereits 1946 in ihrer Präambel Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ definiert (WHO 1946). Dabei wird Gesundheit als umfassendes Menschenrecht beschrieben. Mit der EntschlieÙung „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ wurde dieser umfassende Anspruch auf der 30. Weltgesundheitsversammlung 1977 zum politischen Handlungsansatz aktualisiert und konkretisiert über die Empfehlung, Gesundheitsziele zu benennen (O'NEILL 1984).

Im Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen des Europäischen Regionalbüros der WHO wird dieser Ansatz 1981 fortgeschrieben mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung, präventive Gesundheitserziehung und unterstützende Gesundheitserziehung. Gesundheitsförderung, der hier erstmals ein eigenständiger Rang eingeräumt wird, wird dabei beschrieben als „eine Vielfalt von Ansätzen und Maßnahmen, die die unspezifische Krankheitsverhütung und die Förderung einer positiven Konzeption der Gesundheit im Zusammenhang mit Lebensqualität zum Gegenstand haben“ (WHO 1981). Dies soll dazu führen, „allen Menschen ein besseres Maß an Gesundheitsmöglichkeiten zu geben, um damit ihr jeweils höchstmöglichstes Potenzial in Hinblick auf ein sozial und wirtschaftlich

produktives Leben verwirklichen zu können“ (ebd.).

Auf dieser Grundlage fand 1986 die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung im kanadischen Ottawa statt, auf der die „Magna-Charta der Gesundheitsförderung“ verabschiedet wurde. Diese sog. „Ottawa-Charta“ (WHO 1986/1994) gilt als internationaler Durchbruch des Gesundheitsförderungsgedankens (ALTGELD et al. 1997, TROSCHKE et al. 1996). Die Charta betont die Bedeutung gesellschaftlicher Voraussetzungen für Gesundheit wie saubere Umwelt und soziale Gerechtigkeit. Dies formuliert einen Ansatz für ein modernes Gesundheitswesen durch ein „bio-psycho-sozio-kulturelles Paradigma Gesundheitsförderung“, welches ein integrierendes Konzept für eine „koordinierende Metaperspektive“ darstellt (MILZ 1996, 88f).

Die Ottawa-Charta ist stark handlungsbezogen und schlägt der Politik fünf sog. „Aktionsstrategien“ vor. Mit der Forderung nach „Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitswelten“ werden die sozialen und ökologischen Umweltbedingungen angesprochen, die im Interesse der Gesundheit der Menschen zu gestalten sind. Die „Befähigung zu gesundheitsförderlichem Handeln“ und die „Stärkung entsprechender Gemeinschaftsaktivitäten“ zielt darauf ab, den Menschen die Möglichkeit zur aktiven Gestaltung ihrer Gesundheitsbedingungen zu ermöglichen (enabling) und soziale Netzwerke zur gegenseitigen Unterstützung aufzubauen und zu unterstützen. Die vorgeschlagene „Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik“ soll die Gesundheitsförderung zum Leitbegriff der Gesundheitspolitik aufwerten und darüber hinaus auch in alle anderen Politikfelder einwirken. Um in den zentralen Bereiche politischer und administrativer Verantwortung wirken zu können, ist die „Neuorganisation der Gesundheitsdienste“ vorgesehen. Dabei sollen die Gesundheitsdienste zunächst ihre eigene Organisationsform und ihr Angebot weiterentwickeln, um sodann die verschiedenen Ansätze und Interessengruppen zusammenzuführen und zu koordinieren (WHO 1986/1994).

Das Gesunde-Städte-Projekt der WHO

Als sozialer Ort für die Verwirklichung dieser Strategien wird die Stadt bzw. Region angesehen, in der die Menschen leben. Dort kommen die Probleme von sozialem Wandel, Veränderung der Familienstruktur und Entwicklung neuer Lebensstile sichtbar zum Ausdruck. Als Initiative zur praktischen Umsetzung auf lokaler Ebene mobilisiert die WHO seit 1987 für ein „Healthy-City-Project“ (dt.: Gesunde-Städte-Projekt). Das Projekt soll in kleinteiligen Schritten vor Ort den Ansatz der Gesundheitsförderung einbringen, um- und durchsetzen (WHO 1991, 1992). Die WHO setzt dabei auf ökologische und kulturelle Vielfalt, auf die Diskussion zwischen den verschiedenen Interessengruppen und auf die Förderung von Gesundheit: „Eine gesunde Stadt verbessert kontinuierlich jene physischen und sozialen Umwelten und stärkt all jene kommunalen Potenziale, die es seinen Bürgerinnen und Bürgern erlauben, sich in allen Lebenslagen gegenseitig zu unterstützen und sich ihren Anlagen entsprechend maximal zu entfalten“ (WHO 1991, S. 20).

Dem 1989 gegründeten bundesdeutschen Gesunde-Städte-Netzwerk gehören etwa fünfzig Kommunen an, die per Selbstverpflichtungserklärung beigetreten sind, darunter die Großstädte Hamburg, Köln, Frankfurt/Main, München, Dresden und Rostock (GEENE et al. 2002). Europaweit sind etwa 1.300 Städte im Verbund organisiert (NEUHAUS 2002). Analoge Projekte entwickelt die WHO gemäß ihrer sog. Setting-Ansatzes auch unter Leitbegriffen wie „Gesundheitsfördernde Schulen“, „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“ oder „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ (BARIC/ CONRAD 2000). In Settings (dt. Rahmen, Schauplatz und hier vor allem: Lebensbereich) werden Gesundheitsziele in sozialen Gefügen und Organisationsstrukturen nach den spezifischen Lebensbedingungen formuliert. Die Menschen verbringen den größten Teil ihrer Zeit in ihren beruflichen, regionalen und sozialen Lebensbereichen. Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung zielt darauf ab, mit Hilfe möglichst vieler Beteiligter die jeweiligen Gesundheitspotenziale im Lebensbereich aufzu-

Gesundheitsförderung

1946 WHO-Gründung

Gesundheit = physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden

1977 Gesundheit für alle

1981 WHO Europa Regionalprogramm

1986 Ottawa-Charta

1989 Gesunde-Städte-Netzwerk Bundesrepublik Deutschland

Setting-Konzept

1992 Erklärung von Rio: nachhaltige Entwicklung – Lokale Agenda 21

Tabelle 1

spüren und zu entwickeln. Durch aktive Beteiligung der Menschen soll deren Sachverstand und Handlungsfähigkeit für Gesundheitsfragen vor Ort genutzt (Partizipation) und gestärkt (empowerment) werden. Dies basiert auf der Erkenntnis, dass die Beteiligung der Bürger/innen, als Betroffene oder Patienten/innen, der Schlüssel für Formulierung wie Durchsetzung von Reformprozessen im Gesundheitswesen sein kann (BRÖSSKAMP-STONE et al. 2000).

In der Kommune trifft sich der Ansatz der Gesundheitsförderung mit anderen Konzepten, insbesondere aus den Bereichen Soziales, Stadtentwicklung und Umweltschutz, darüber hinaus aber auch mit den Strategien der Ressorts Schule, Verkehr, Bauen und Wirtschaft. Tatsächlich verfolgen auch die Konzepte der „nachhaltigen Entwicklung“ (sustainable development) der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung (1997) und die „Erklärung von Rio“ (1992) mit der sog. Agenda 21 weitgehend identische Ziele wie das Gesunde-Städte-Programm der WHO mit seinem sozialökologischen Gesundheitsbegriff, und insbesondere in den Forderungen nach ressortübergreifender Kooperation und breiter Bürgerbeteiligung sogar die gleichen Handlungsstrategien (TROJAN/LEGEWIE 2001, GEENE et al. 2002).

Es besteht jedoch keine gesetzliche Verpflichtung der lokalen Akteure, Mittel für Aktivitäten der Gesundheitsförderung in diesem Handlungsfeld bereit zu stellen.

Träger der Gesundheitsförderung und Prävention

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung verweist in seinem „Überblick über das Sozialrecht“ angesichts der hohen Erwartungen, die an gesundheitsfördernde Angebote der Krankenkassen nach dem reformierten § 20 SGB V gestellt werden (vgl. unten) darauf, dass „sich der Auftrag zur Gesundheitsförderung in erster Linie an den öffentlichen Gesundheitsdienst richtet, für den die Länder die Verantwortung tragen“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000, S. 145).

Kommunale Gesundheitsförderung durch den ÖGD

Dieser Vorgabe wird auf kommunaler Ebene im Land Berlin entsprochen. Das Berliner Gesundheitsdienstgesetz (GDG) von 1994 weist der Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert im Aufgabenspektrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zu (vgl. § 1(3) GDG). Insbesondere kommt dem ÖGD die Aufgabe zu, die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung im Rahmen von Gesundheitsberichterstattung zu dokumentieren und zu bewerten, um anschließend problemorientiert

Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu planen und zu koordinieren.

Grundsätzlich gilt das Prinzip der Subsidiarität, nach dem die konkrete Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote im Regelfall an Organisationen, Institutionen und Gruppen außerhalb des ÖGD delegiert wird (vgl. § 1(2) GDG). Dem ÖGD bleibt neben seinen koordinierenden, steuernden und planenden Aufgaben aber auch die Option zur „Durchführung ergänzender eigener Aktivitäten im Bereich gesundheitsfördernder und -bildender Maßnahmen in Kooperation mit anderen kompetenten Trägern, Organisationen und Gruppen“ (§ 20(7) GDG, vgl. auch § 3 GDG).

Plan- und Leitstellen Gesundheit

- Sicherstellung der Gesundheit(-sförderung)
- Koordinierung
- Berichterstattung
- Psychiatriekoordination

sowie Beratung und Betreuung

- Familien und Schwangeren
- Zahnärztlicher Dienst
- sportmedizinische Fragen
- Eingliederung von behinderten oder von Behinderung bedrohter Menschen
- psychisch Kranken und Abhängigkeitskranken, Krebs, AIDS, Tbc sowie chronisch Erkrankte
- Selbsthilfezentren, Nachbarschaftsheimen

Tabelle 2

Mit der Wahrnehmung dieser Koordinationsaufgaben werden auf bezirklicher Ebene die 1994 eingerichteten „Plan- und Leitstellen für Gesundheitsförderung“ (PLSt) beauftragt (vgl. § 20(9) GDG), zu deren Aufgaben auch die Erstellung einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung gehört (vgl. § 20(8) GDG).

Der Abschnitt IV des GDG „Gesundheitsförderung und Prävention“ bestimmt ein breites Spektrum von Zielgruppen und Handlungsfeldern für gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen. In jeweils eigenen Paragraphen sind erfasst:

- Beratung und Betreuung von Familien und Schwangeren (§ 21),
- Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (§ 22),
- Zahnärztlicher Dienst (§ 23),
- Beratung und Betreuung bei sportmedizinischen Fragen (§ 24),
- Sicherung der Eingliederung von behinderten oder von Behinderung bedrohter Menschen (§ 25),
- Beratung und Betreuung von psychisch Kranken und Abhängigkeitskranken (§ 26),

- Betreuung von Krebskranken und anderen Chronischkranken (§ 27),
- Beratung und Betreuung von Personen, die an sexuell übertragbaren Krankheiten oder AIDS erkrankt sind bzw. gefährdet sind (§ 28) und
- Gesundheitshilfe bei Tuberkulose und Lungenerkrankungen (§ 29).

Das Gesundheitsdienstgesetz legt fest, zu den Aufgaben des ÖGD gehöre die „Sicherstellung von sozialer Chancengleichheit für die Nutzung präventiver, gesundheitsfördernder Angebote durch die Bevölkerung mittels Gewährleistung jeweils zielgruppenadäquater Ausrichtung und Vielfalt dieser Angebote“ (§ 20(6) GDG) sowie die „dauerhafte Sicherung von Qualität und Kontinuität dieser Maßnahmen und Angebote“ (§ 20(2) GDG). Die Grundsätze der Zielgruppengenauigkeit und Qualitätssicherung finden ihren Ausdruck u.a. in der Bestimmung der in den einzelnen Aufgabenbereichen vertretenen Professionen. Mehrfach wird ausdrücklich eine Personalausstattung gefordert, deren Qualifikationsprofil neben medizinisch-therapeutischen Fachkräften (Ärzte/innen, Therapeuten/innen, Psychologen/innen) in einer multidisziplinären Ausrichtung auch Pädagogen/innen und Sozialarbeitern/innen umfasst (insb. §§ 21, 22(6), 25(2) GDG).

Entsprechend dem im Berliner GDG formulierten Subsidiaritätsgrundsatz besteht die Aufgabe des ÖGD primär in der Koordination und Vernetzung bestehender Angebote, (§ 1(2) GDG, vgl. oben), so dass freien Trägern (z.B. Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen, Initiativen, Kirchen) eine zentrale Rolle bei der Entwicklung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen zukommt. Diese werden im Rahmen von Nachbarschaftszentren, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und weiteren zielgruppenspezifischen Projekten und Angeboten durchgeführt, oft mit großem persönlichen Engagement der Mitarbeiter/innen.

Gesundheitsförderung durch Krankenkassen

Als ein wesentlicher Träger der Gesundheitsförderung gelten auch die gesetzlichen Krankenkassen. 1989 war im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes der § 20(1) SGB V eingeführt worden, durch den die gesetzlichen Krankenkassen erstmals den Auftrag erhielten, Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu finanzieren. Die wenig spezifische, qualitativ ungesicherte und stark mittelschichtorientierte Ausrichtung der kassenfinanzierten Gesundheitsförderung (KIRSCHNER et al. 1995) bedingte die Streichung dieser Vorschrift im Zuge des Neuordnungsgesetzes 1996/97. Weil sie diese Fehlentwicklung vorhersahen, bemü-

hen sich die Träger der Gesundheitsförderung heute um eine präzise Beschreibung der Ausrichtung ihrer Angebote und Leistungen. Eine wesentliche Begriffsschärfung in der kassenfinanzierten Gesundheitsförderung ist durch die Gesundheitsreform 2000 erzielt worden.

§ 20(1), der seit 1.1.2000 in Kraft ist:
 „Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.“

Tabelle 3

In Verstärkung der gesetzlichen Bestimmung, die auf einen eher geringfügigen Betrag festgesetzt ist (2,66 € pro Jahr und Versicherten bei schrittweise Angleichung der Bezugsgrößen in den Folgejahren), hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (SVR 2001) die Optimierung der gesundheitlichen Versorgung durch Gesundheitsförderung und Prävention vorgeschlagen. Dabei verweist er nicht nur auf den Aspekt einer effektiveren Gesundheitsversorgung durch Prävention. Vielmehr sei eine Verstärkung auf diesem Feld auch unter ökonomischen Gesichtspunkten bedeutsam. Von besonderer Bedeutung ist nach Meinung des Sachverständigenrates hier jedoch ein ressortübergreifendes Verständnis: „Dabei liegen wesentliche Ansatzebenen der Krankheitsverhütung außerhalb dessen, was bis heute kaum üblicherweise als Gesundheitspolitik verstanden wird: Ein erheblicher Teil der Verbesserung in der Bevölkerung ist auf soziale und Hygieneeffekte zurückzuführen, u.a. auf das Wohlstandsniveau, die Einkommensverteilung, Bildung, Arbeit, Verkehr sowie die physische und soziale Umwelt“ (SVR 2001, S. 125).

Sonstige Akteure der Gesundheitsförderung

Abschließend muss festgestellt werden, dass es weder in der Literatur noch in der Praxis eine allgemein verbindliche Definition und trennscharfe Abgrenzung von Trägern der Gesundheitsförderung und Prävention zu anderen (z.B. medizinischen oder sozialarbeiterischen)

Handlungsfeldern gibt. So gliedert der ehemalige niedersächsische Gesundheitsstaatssekretär Fritz RIEGE in seinem 1999 erschienenen „Gesundheitspolitischen Lehrbuch“ die Träger der Gesundheitsförderung in drei Gruppen, von denen er alleine für den ersten Bereich „Markt“ – unterteilt in Gesundheitsmarkt, Lebensmittelmarkt und Freizeit- und Sportmarkt – 63 Berufsgruppen ausweist. Zahlreiche unterschiedliche Träger listet er auch in den Bereichen „Gesellschaftliche Verbände, Vereine und Selbsthilfegruppen“ und „Staat, Kommunen und öffentlich-rechtliche Körperschaften“ auf. Zusammenfassend hebt er „die folgenden acht Trägergruppen in dieser Rangfolge als die wesentlichen Akteure der Gesundheitsförderung“ hervor:

- Markt,
- Selbsthilfegruppen, die Verbände der freien Wohlfahrt und die Gewerkschaften,
- Öffentlicher Gesundheitsdienst einschließ-

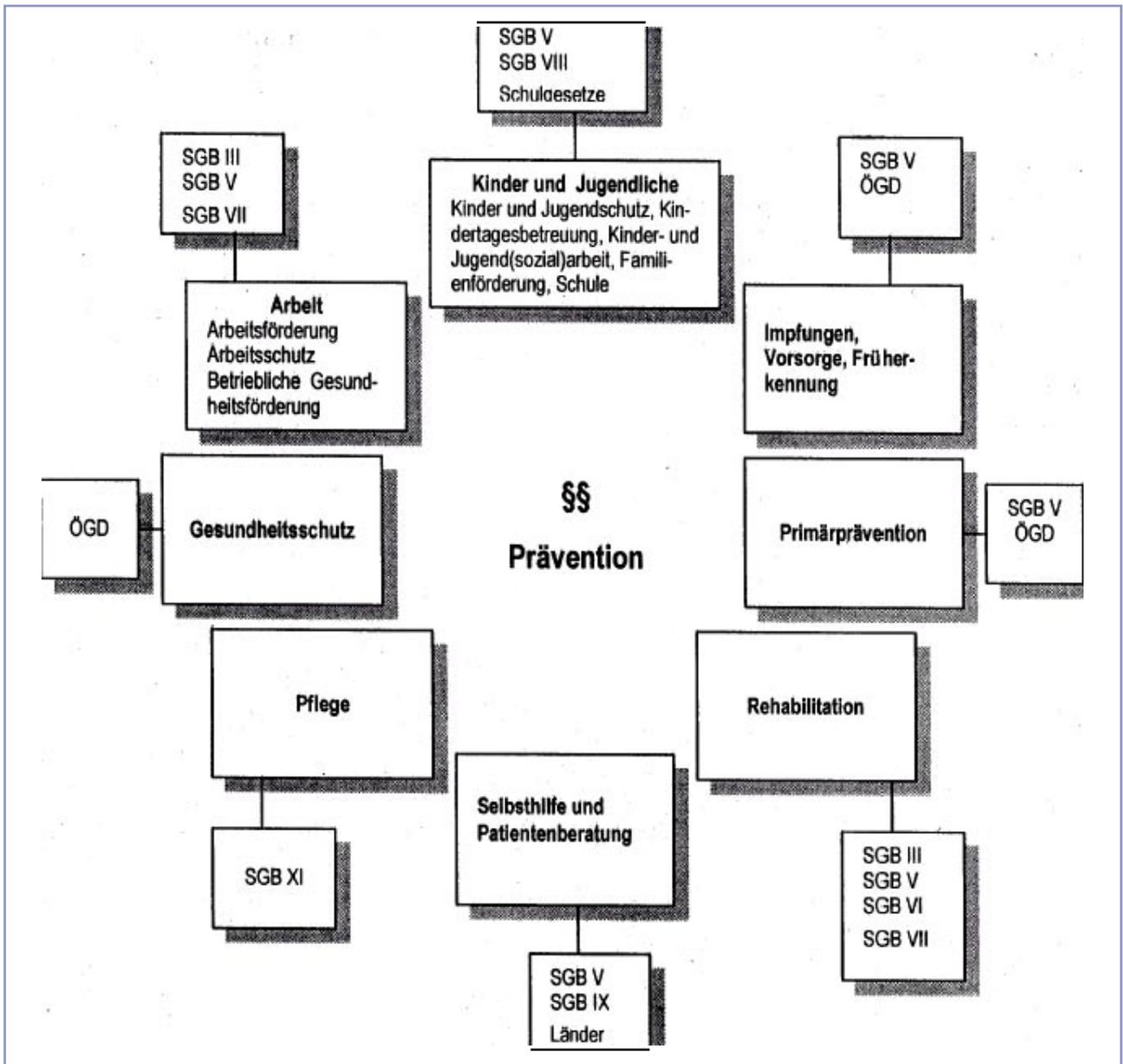
lich der Lebensmittelkontrolle,

- Landesvereine und Arbeitskreise für Gesundheit bzw. Gesundheitspflege,
- Gesetzliche Krankenkassen und die übrigen Sozialversicherungsträger,
- Schulen und Volkshochschulen,
- Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammern und Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen und
- Verbraucherzentralen (RIEGE 1999, S. 81ff).

Wenngleich RIEGE hier sicherlich mit einem äußerst breiten Verständnis von Gesundheitsförderung arbeitet, verweist seine Zusammenstellung doch auf die extrem differenzierte Trägerlandschaft im Bereich der Gesundheitsförderung.

In die gleiche Richtung geht auch das Gutachten von Ulla WALTER (2003), in dem sie für die Bundesregierung die unterschiedlichen Präventionsbedarfe zusammenstellt. Im Überblick erstellt sie dabei die folgende Grafik.

Abbildung 1



Aktuelle Begriffsdefinition

Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei nicht trennscharf zu unterscheidende Begriffe. Eine grobe Unterscheidung kann in der Form vorgenommen werden, dass auf unterschiedliche Implikationen Bezug genommen wird. Während Prävention den Blick vor allem auf (präventierbare) Krankheit richtet (sog. Pathogenese), bezieht sich Gesundheitsförderung stärker auf die Produktion von Gesundheit (sog. Salutogenese, nach ANTONOVSKY 1997).

(1) Prävention

Prävention ist zu unterscheiden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Primärprävention bezeichnet die Vermeidung von auslösenden oder vorhandenen Teilursachen einer Erkrankung durch spezifische oder unspezifische Vorbeugungsstrategien;

Sekundärprävention orientiert auf die frühzeitige Entdeckung eines (möglicherweise noch symptomlosen) Frühstadiums und eine angemessene Frühtherapie einer Krankheit;

Tertiärprävention bezeichnet alle Maßnahmen, die der Chronifizierung von Erkrankungen entgegenwirken und bei der Bewältigung helfen (SVR 2001, S. 126).

In einer Auswertung der wissenschaftlichen Literatur definieren auch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in dem Leitfaden „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ vom 27. Juni 2001 Prävention als Krankheitsverhütung. Es handelt sich demnach um Strategien, „die entweder spezifische Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten vermindern oder mitverursachende Rahmenfaktoren beeinflussen, welche die Anfälligkeiten gegenüber Krankheiten verringern“ (GKV 2001, S. 37). Prävention kann sich sowohl auf Verhalten von Personen bzw. Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen des Umfelds (Verhältnisprävention) beziehen. Soziale Aspekte von Gesundheit und Krankheit, die Bedeutung der Lebensbedingungen und die Idee der Hilfe zur Selbsthilfe (Empowerment) werden dabei ausdrücklich einbezogen (ebd.). Hier wird also der Begriff der Prävention weitgehend identisch mit Primärprävention gesetzt.

(2) Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wird häufig mit dem Begriff der Primärprävention gleichgesetzt. Eine andere Interpretation sieht Primärprävention als Konkretisierung des Begriffes der Gesundheitsförderung. So wurde im § 20(1) des 5. Sozialgesetzbuches der Begriff der Gesund-

heitsförderung entgegen ersten Entwurfstexten und der bisherigen Gesetzesfassung durch den Begriff der Primärprävention ersetzt.

Der Sachverständigenrat der Konzierten Aktion (SVR 2001) fasst in diesem Sinne mit „Primärprävention alle Bemühungen zur Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit sowohl von spezifischen Erkrankungen als auch von Erkrankung überhaupt [...] (Risikosenkung bis hin zur Risikoeliminierung)“ (ebd., S. 126f) zusammen. Es komme dabei darauf an, zugleich die Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen der betroffenen Individuen bzw. Zielgruppen anzustreben mit der Erwartung,

- die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen,
- die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern und
- die Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen zu entwickeln bzw. freizusetzen, die die Gesundheit direkt belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen (SVR 2001, S. 127).

In der Umkehrung der Begrifflichkeit stellt der Sachverständigenrat (ebd.) fest: „Diese Aspekte – die Stärkung bzw. Vermehrung von Ressourcen – wird als Gesundheitsförderung bezeichnet.“

(3) Primäre Prävention

Der Sachverständigenrat führt die beiden Begriffe zusammen und schlägt entsprechend eine integrierte Strategie vor, die er als „primäre Prävention“ bezeichnet und wie folgt umreißt: „Primäre Prävention der heute vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankungen zielt deshalb sinnvollerweise sowohl auf die Senkung von Belastungen (z.B. physikalische und chemische Belastungen, Distress, körperliche und seelische Erschöpfungszustände, schlechte Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel, soziale Isolierung) als auch auf die Vermehrung der Möglichkeiten, solche Gesundheitsbelastungen zu meiden bzw. zu bewältigen oder ihnen Positives entgegenzusetzen (Selbstbewusstsein, Bildung, Einkommen, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung, Transparenz, Partizipation, Verhaltensspielräume)“ (SVR 2001).

Als Modellfall der primären Prävention und der Gesundheitsförderung gelten insbesondere die AIDS-Prävention (ROSENBROCK et al. 1999, GEENE 2000) und Strategien der betrieblichen Gesundheitsförderung (LENHARDT 2001). Von zentraler Bedeutung ist die Kombination von Belastungssenkung und Gesundheitsförderung durch die Mobilisierung und Aktivierung der Zielgruppen (enabling, empo-

werment). Hier sei es, so der Sachverständigenrat (2001, S. 127) in seiner Würdigung, gelungen, „durch Unterstützung und Förderung der Bedingungen von Kommunikation und Gruppenzusammenhalt Gesundheitsrisiken (im Verhalten wie auch in der physischen und sozialen Umwelt) sowohl kollektiv zu identifizieren als auch durch die Meidung bzw. Minderung von Belastungen und die Stärkung von Ressourcen zu senken“. Gesundheitsförderung wird in diesem Sinne als Teilaspekt der primären Prävention betrachtet: „Der Rat definiert somit auch Gesundheitsförderung in erster Linie im Hinblick auf Krankheitsvermeidung bzw. Risikosenkung, wobei es sich bei der Gesundheitsförderung regelmäßig um unspezifische Maßnahmen handelt“ (ebd.).

Zielgruppenbezug

Eine wesentliche gruppenspezifische Ordnung von Prävention und Gesundheitsförderung bildet die Kategorisierung nach Lebenslage bzw. sozialer Lage. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit (MIELCK 2000, ROSENBROCK/GEENE 2000, WILKINSON 2001). Diesen Tatbestand antizipierend, verlangt das Gesetz als Zielgruppenorientierung das Kriterium des „Abbaus sozial ungleicher Gesundheitschancen.“ Bei der Zielgruppe der sozial Benachteiligten (Menschen in schwierigen Lebenslagen) besteht hoher Bedarf an Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Erhebliche Gesundheitspotenziale gelten aber als unerschlossen, denn sie scheinen mit konventionellen Zugangswegen (Komm-Rum-Struktur) und Methoden (Kursangebote, Verhaltensprävention) nur wenig erreichbar (ROSENBROCK 2001). Analog zu dem von der WHO betonten kontextbezogenen Ansatz zur Gesundheitsförderung empfiehlt der Sachverständigenrat (2001, S. 133) einen Setting-Ansatz, mit dem in einem sozialen Kontext gleichzeitig unterschiedliche Zielgruppen erreicht und sich wechselseitig ergänzende, kontext- und individuumsbezogene Maßnahmen angewendet werden können.

Eine weitere Kategorie von Prävention stellt eine lebensphasenspezifische Strukturierung von Problemlagen, Risiken und Maßnahmen dar. Sie bezieht sich auf die jeweilige Altersgruppe (Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene in der Erwerbsphase, Erwachsene im Ruhestand und Hochbetagte) (ebd., S. 134).

Koordination von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen

Es gibt eine Vielzahl von Institutionen und Verbänden, die sich auf unterschiedlichen lokalen Ebenen (Bund, Land und Kommune)

mit Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Sie haben unterschiedliche Zuständigkeiten, Zielgruppen, Schwerpunkte und Kategorien. Eine gemeinsame Ausrichtung der Gesundheitsförderung wird dadurch behindert. Um das Präventionspotenzial auszubauen, bedarf es einer Vernetzung der Aktivitäten in bestimmten Bereichen mit definierten Zuordnungskriterien von Präventionsmaßnahmen zu bestimmten Einrichtungen. Hier verweist der Sachverständigenrat (2001, S. 136) neben staatlichen Institutionen und öffentlich-rechtlichen Körperschaften auf die Koordinierungsfunktionen durch freie Träger und ihre Einrichtungen, namentlich auf die in der Bundesvereinigung für Gesundheit zusammengeschlossenen Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung sowie auf die Strukturen der Selbsthilfe und des Verbraucherschutzes. Eine Klammer dieser Koordinierung kann durch die Berücksichtigung der Gesundheitsförderung und Prävention in regionalen und überregionalen Gesundheitsberichten geschaffen werden.

In diesem Sinne kann Gesundheitsförderung und Prävention als „eine politische Querschnittsaufgabe, die weit über die etablierten Ansätze und Institutionen der Gesundheitssicherung und erst recht über das gewachsene System der Krankenversicherung und -versorgung hinausweist“ gesehen werden, wie der Sachverständigenrat (2001, S. 228) in seinen Empfehlungen darstellt. Zur Umsetzung heißt es dabei mahnend: „Der Rat warnt ausdrücklich davor, die anliegenden großen Aufgaben der Forschung, Entwicklung und Umsetzung der Prävention in Deutschland mit der Delegation eines Teilsbereiches an die gesetzlichen Krankenkassen, zudem in einem sehr engen Ressourcenrahmen, für politisch gelöst zu halten. Er plädiert nachdrücklich dafür, Felder, Formen und Akteure der Prävention zum Bestandteil des notwendigen gesamtgesellschaftlichen Diskussionsprozesses über Gesundheitsziele zu machen, um auf diese Weise auch eine breitere Öffentlichkeit mit der begrenzten Bedeutung der rein kurativen Medizin für die Gesundheit und den Potenzialen und Verantwortlichkeiten von Prävention vertraut zu machen“ (ebd., S. 229f.).

Salutogenese als theoretischer Rahmen der Gesundheitsförderung

Als „richtungsweisende Rahmenkonzeption“ (KLÜSCHE/ SCHUBERT 2001, S. 85) der Gesundheitsförderung hat sich das Modell der Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron ANTONOVSKY (1997) etabliert. Antonovsky forschte über die Frage, warum Menschen gesund bleiben oder werden, auch wenn sie mit Belastungen konfrontiert werden. Er sieht

Gesundheit nicht als symptomlosen Zustand, sondern als Pol eines „Gesundheits-Krankheits-Kontinuums“, in dem Gesundheit aktiv geschaffen werden muss. Zur Bewältigung von Belastungen können Menschen Potenziale oder Ressourcen aktivieren, die abhängig von sozialen, physischen und psychischen Lebensbedingungen aufgebaut sein können (Kohärenzgefühl).

BENGEL et al. (2001) haben den Zusammenhang von Salutogenese und Gesundheitsförderung in einer Studie für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eingehend untersucht. Dabei stellen sie fest, die Salutogenese gebe den „häufig theoriearm und aktivistisch aneinandergereihten, präventiven Aktivitäten [...] eine Rahmentheorie, die ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Präventionsmaßnahmen stützt“ (ebd., S. 70).

In der Ottawa-Charta von 1986 wird noch nicht explizit auf den Begriff der Salutogenese Bezug genommen, doch wird später als zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung die Stärkung des Kohärenzgefühles genannt und das von Antonovsky formulierte Selbstbild der Handlungsfähigkeit als ein wesentliches Element von Gesundheit betrachtet.

Evaluation in der Gesundheitsförderung

Im Gegensatz zur Medizin kann die Gesundheitsförderung den „health gain“, also das gesundheitliche Ziel des Handelns, nicht direkt erreichen, sondern nur indirekt über Ressourcenstärkung und soziale Veränderungen gesundheitsrelevanter Determinanten. Anders als bei medizinischen Risikofaktoren und der Bewältigung konkreter Krankheitseinflüsse sind solche Schutzfaktoren aber kaum messbar. Daraus wird fälschlicherweise mitunter abgeleitet, Gesundheitsförderung sei letztlich ohne Wirkung. Ein „Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung“ (RUCKSTUHL/ ABEL 2001), das die Schweizerische Stiftung zur Gesundheitsförderung in Anlehnung an NUTBEAM (2000) entwickelt, orientiert daher auf individueller Ebene auf den Zuwachs an Kompetenz und Handlungsoptionen. Dabei erhalten neben epidemiologisch fassbaren Ergebniszielen Struktur- und Prozessziele eine hohe Bedeutung (WELTEKE et al. 2000). Auf der Ebene von freien Trägern und ähnlichen Anbietern von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist in Ermangelung wissenschaftlicher Grundlagen häufig die systematische Erfassung von Zugangswegen und des organisatorischen Ablaufs Inhalt der internen Evaluation (vgl. Bundesvereinigung für Gesundheit 2000).

Sozial benachteiligende Stadtteile/ Wohnumfeld

Tatsächlich geht es auch bei einem eher an den Ursachen einer Krankheiten (noxen-) orientierten Ansatz der Umweltmedizin zumeist nur um kleine Einflussfaktoren, deren Wirkung bestenfalls langfristig bemessen werden kann. Bei Kindern und Jugendlichen scheidet diese Betrachtung schon von daher weitgehend aus. FEHR (2001, S. 48) schlägt daher in seinem Konzept der „Ökologischen Gesundheitsförderung“ einen modal split vor, nach dem die verschiedenen Einflussgrößen zusammengetragen werden. Besonderen Stellenwert misst er dabei den sog. „Lebensstilen“ bei, d.h. den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Menschen. Solche Lebensstile sind allerdings nicht frei gewählt, sondern obliegen den Handlungsoptionen des jeweiligen sozialen Umfeldes, sie müssen mithin als sozial determiniert gelten (HURRELMANN 2001).

Aber zunächst sollen hier die naturwissenschaftlich messbaren Faktoren des Wohnumfeldes betrachtet werden. Hier gibt es auch einzelne Untersuchungen, in denen Fragen der sozialen Ungleichheit in Bezug auf die umweltbedingten Gesundheitsbelastungen unter dem Blickwinkel der sozial ungleichen Gesundheitschancen (MIELCK 2000) und der sog. „Umweltgerechtigkeit“ (MASCHEWSKY 2001) betrachtet werden.

Andreas MIELCK (2000, S. 120f.) arbeitet dabei auf dem Hintergrund der Hamburger Einschulungsuntersuchungen von 1979 heraus, dass die Höhe des Anteils an Schulanfänger/innen aus Arbeiterhaushalten mit der Höhe der Belastung der Außenluft mit Schwefeldioxid und Stickstoffmonoxid korreliert – je höher der Anteil, desto höher die Belastung. Einschulungsuntersuchungen aus Brandenburg von 1994, vor allem aber auch die sog. Bitterfeldstudie (HEINRICH et al. 1998) haben in Entsprechung deutlich gemacht: Je geringer der sozio-ökonomische Status der Eltern von Schulanfänger/innen, desto höher die Straßenverkehrsbelastung am Wohnort. Auch eine weitere Ableitung ergibt sich aus der Bitterfeld-Studie: Je geringer der sozio-ökonomische Status der Eltern, desto höher die Belastung der Innenraumluft mit Staub, Blei, Cadmium und Arsen bei Kindern (MIELCK 2000, S. 184).

Im Sozioökonomischen Panel (SOEK) der Bundesrepublik wurden allgemeinere Daten abgefragt. Aber auch hier lässt sich lückenlos schlussfolgern, dass gesundheitsgefährdende Wohnbedingungen in der unteren sozialen Schicht häufiger als in der oberen anzutreffen sind, wie die nachfolgende Tabelle 4 zeigt:

	un-/angelernte Arbeiter/in- nen	akadademische Berufe
Räume pro Person	1,5	1,9
Wohnung ohne Bad	11%	0%
Wohnung ohne ZH	35%	10%
Wohnung ohne Balkon	49%	14%
Wohnung ohne Garten	58%	31%

Tabelle 4

(SOEP 1984-86, veröffentlicht in: NOLL/ HABICH 1990, eigene Darstellung)

Als sehr interessant erweist sich jedoch die Frage nach subjektiven und objektiven Faktoren der Gesundheitsgefährdung. So sind Angehörige der unteren sozialen Schicht zwar objektiv einer signifikant stärkeren Belastung durch Lärm und Luftverschmutzung ausgeliefert, subjektiv empfinden sie ihre Belastung aber geringer, wie die Befragung nach der subjektiven Wahrnehmung im sozioökonomischen Panel (Tabelle 5) zeigt:

	un-/angelernte Arbeiter/in- nen	akadademische Berufe
starke Lärmbelästigung	12%	19%
starke Luftverschmutzung	12%	16%
Anteil der Mieter/innen	71%	46%

Tabelle 5

(SOEP 1984-86, veröffentlicht in: NOLL/ HABICH 1990, eigene Darstellung)

Geringer gebildete Mieter fühlen sich demnach insgesamt weniger belastet durch Lärmbelästigung und Luftverschmutzung, wenngleich die objektive Belastung deutlich höher ist. Dies drückt sich jedoch nicht in den entsprechenden Symptomen aus. Vielmehr zeigt sich hier eine deutlich umgekehrte Signifikanz: Je höher der Bildungsgrad der Eltern, desto höher die Gefahr allergischer Reaktionen.

	Schulbildung der Eltern		
	weniger als zehn Jahre	zehn Jahre	mehr als zehn Jahre
Anteil in Stichprobe	8,00%	49,20%	42,80%
Asthma	4,70%	7,80%	10,80%
Ekzem	4,20%	9,60%	11,80%
Allergische Reaktion	10,50%	12,60%	15,30%

Tabelle 6

(MIELCK 2000, S. 110f. auch dem Hintergrund der Bitterfeld-Studie, eigene Darstellung)

Eine hier auch von MIELCK (2000, S. 113) aufgeworfene Hypothese bezieht sich auf den reporting bias, d.h. dass schichtspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheitssymptomen und/oder in der Erinnerung an zurückliegende Krankheiten vorhanden sind. Sowohl ein over-reporting der oberen als auch ein under-reporting der unteren sozialen Schichten könnte hier gegeben sein. Auch die Frage der Objektivität entsprechend erhobe-

ner medizinischer Befunde scheint in diesem Zusammenhang angezeigt.

Eine in umweltmedizinischen Bereichen stärker diskutierte Hypothese zielt hingegen darauf ab, dass es möglicherweise in oberen sozialen Schichten Formen der hygienischen Übersensibilisierung gebe mit der unerwünschten Konsequenz mangelnder Abwehrkräfte des Kindes – da es zu sehr von Bakterien, Pilzen, Noxen abgeschottet gewesen sei, gebe es Defizite im

Immunaufbau, so die Überlegung. Diese Hypothese ist jedoch weniger empirisch untermauert, sondern sie entspringt vor allem einer Ableitung von eher systemischen Grundannahmen, die sich sicherlich häufig aus der Praxis der sozialen Arbeit ergeben.

Nach diesem Exkurs zur Diskussion um sozial bedingte Gesundheitschancen von Kindern im Wohnumfeld wird im folgenden Kapitel zunächst wieder stärker fokussiert auf generalisierbare Erkenntnisse zu Armut und Gesundheit.

2. Gesundheitliche Chancengleichheit

Grob gilt bei Auswertung eines 5-Schichten-Modells nach den Kriterien Bildung, Einkommen und berufliche Stellung im Vergleich der ärmsten zur reichsten Gruppe:

- Arme Menschen haben eine etwa sieben Jahre kürzere Lebenserwartung.
- Arme Menschen haben in jeder Lebenslage ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken, zu verunfallen oder von Gewalt betroffen zu sein.
- Arme Menschen haben wesentlich geringere Ressourcen zur Bewältigungsbelastung.

Tatsächlich hat die kontinuierliche Entwicklung von Wissenschaft und Technik zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen im Laufe des letzten Jahrhunderts geführt. Trotz steigender Lebenserwartung wächst aber bedauerlicher Weise die Schere der Ungleichheit in Mortalität und Morbidität zwischen den sozialen Schichten. Festzustellen ist eine deutliche Korrelation von sozialer Lage und dem Gesundheitszustand, wobei Armut den deutlichsten aller Risikofaktoren für Erkrankungen fast aller Art, für Unfälle, Gewalterfahrungen, soziale Isolation und weitere Gesundheitsbelastungen bildet. Armen Menschen fehlt es gleichermaßen an Möglichkeiten („Ressourcen“), Belastungen zu bewältigen und ihre Gesundheit zu fördern. Es ist grob davon auszugehen, dass die Spanne der Lebenserwartung zwischen dem untersten und obersten Schichtquintil etwa sieben Jahre beträgt und das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko in nahezu jeder Lebenssituation für einen Angehörigen des untersten Quintils doppelt so hoch ist (ROSENBROCK/ GEENE 2000).

In der Forschung werden zwei kausale Zusammenhänge von Armut und Gesundheit debattiert. Es stellen sich die Fragen: „Macht Armut krank?“ und „Macht Krankheit arm?“

In beiden Fällen ist eine Intervention notwendig. Besser als eine „Therapie“ ist Prävention. Diese muss nicht nur frühzeitig, sondern auch rechtzeitig ansetzen. Zur Konzeption eines umfassenden Angebotes zur Gesundheitsförderung gerade bei sozial Benachteiligten ge-

hört die Erfassung bereits bestehender Maßnahmen und das Nutzbarmachen der bereits gesammelten praktischen und theoretischen Erfahrungen.

Die objektiven und subjektiven Lebensbedingungen von gesellschaftlichen Gruppen und Einzelnen spielen eine entscheidende Rolle im Veränderungsansatz. Bei einer systematischen Erfassung der bestehenden Angebote muss nach Lebensstufen (z.B. Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter und in den verschiedenen Stufen des Alters) und Lebenslagen (u.a. Frauen, Schwule und Lesben, Migranten/innen, Arbeitslose, Obdachlose) mit spezifischen Benachteiligungen differenziert werden. Um mit gesundheitsfördernden Angeboten insbesondere schwer zugängliche Zielgruppen wie sozial benachteiligte Personengruppen erreichen zu können, muss mit den Betroffenen an ihren Lebenssituationen und Orten (sog. Settings) gearbeitet werden.

Um diese Gesundheitsförderungsangebote zu erfassen, hat Gesundheit Berlin e.V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine umfassende Erhebung durchgeführt, die im Folgenden vorgestellt wird.

3. Erhebung von Angeboten der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte

Da bislang nur wenige und unzureichende Informationen zu Angeboten vorliegen, die diese Kriterien erfüllen, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in Berlin, Gesundheit Berlin e.V., in Kooperation mit dem Berliner Zentrum Public Health (BZPH), dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) und der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVG) Niedersachsen mit der Erstellung eines bundesweiten qualifizierten Überblicks über Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten beauftragt. Dadurch soll eine über das Internet recherchierbare „Lebendige Datenbank“ entstehen, die über die Adressen der erfassten Angebote hinaus auch Informationen zu Inhalten und zur Umsetzungspraxis der Angebote bereitstellt.

Die Datenbank soll die Transparenz des unübersichtlichen Handlungsfeldes der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten für alle interessierten Akteure erhöhen. Durch die Bereitstellung von Adressen und weiterführenden Informationen zu den Angeboten sollen Kommunikation und Vernetzung zwischen den Anbietern unterstützt und befördert werden. Durch die Vorstellung „vorbildlicher“ Angebote in späteren Phasen des Projektes können

Anbietern Impulse und Anregungen für die Umsetzung der eigenen Maßnahmen gegeben werden.

Im Folgenden werde ich einen ersten Überblick geben über die Angaben von 2.256 Angeboten, die in unsere erste Auswertung im Februar 2003 einbezogen werden konnten. Inzwischen sind über 2.600 Projekte und Maßnahmen verzeichnet, die jedoch das Gesamtbild nicht verändern. Allerdings werden in die Auswertung jeweils nur die „geschlossenen“ (Ankreuz-) Fragen einbezogen. Die Angaben in den Freitextfeldern bedürfen einer späteren vertiefenden Untersuchung. Dabei finden auch keine Bereinigungen der durch Selbstangaben der Projekte ermittelten Daten – unter welchen Kriterien auch immer – statt. Es handelt sich also um eine zunächst rein deskriptive Darstellung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung in Deutschland.

Überblick über die Daten
(Stand: 30.10.03)

- gut 2.500 Angebote in der Auswertung
- über 50 Prozent arbeiten mit Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre
- davon 458 Projekte zu den Stichworten: Wohnung, Wohnumgebung, Stadtteil

(a) Regionale Verteilung der Angebote

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die regionale Verteilung der erhobenen Angebote, die Angaben beziehen sich auf den Sitz des Anbieters. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Einwohnerzahl der Bundesländer wurde als Indikator für die erhobene „Angebots-Dichte“

der Bundesländer die Anzahl der Projekte pro 100.000 Einwohner/innen herangezogen.

Berlin weist mit 11,6 Angeboten pro 100.000 Einwohner/innen die mit Abstand größte „Dichte“ auf, was zum Teil darauf zurückzuführen sein wird, dass Gesundheit Berlin e.V. als durchführende Institution hier über einen besonders guten Feldzugang verfügt.

Eine eindeutige Ost-West-Differenzierung lässt sich nicht erkennen: Die ostdeutschen Bundesländer finden sich sowohl unter den Ländern mit hoher „Angebots-Dichte“ (Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern auf den Rängen zwei und vier), als auch im „Mittelfeld“ (Brandenburg auf Rang neun) und im unteren Teil der Tabelle (Sachsen auf Rang 14 und Sachsen-Anhalt auf Rang 16).

Mit dieser deskriptiven Beschreibung können jedoch noch keine Rückschlüsse zu der Frage gezogen werden, ob die Rangfolge der länderspezifischen „Angebots-Dichte“ die Situation in den Bundesländern angemessen widerspiegelt oder ob Probleme des Feldzugangs zu systematischen Verzerrungen geführt haben. Solche Fragen sollten im Rahmen regionaler Arbeitskreise zu „Armut und Gesundheit“ diskutiert werden.

(b) Durchführungsstatus der Angebote

Für die Nutzbarkeit der erhobenen Daten im Rahmen der „lebendigen Datenbank“ als aktueller Überblick über die Vielfalt gesundheitsfördernder Angebote für sozial Benachteiligte und als Instrument zur Kooperation und Vernetzung zwischen Anbietern ist ein hoher Anteil aktuell durchgeführter Angebote wichtig. Gleichzeitig

Bundesland	Angebote	Angebote pro 100.000 Einwohner/innen
Berlin	394	11,6
Thüringen	158	6
Bremen	31	5,8
Mecklenburg-Vorpommern	107	5,5
Hamburg	63	3,9
Schleswig-Holstein	93	3,6
Baden-Württemberg	239	2,6
Rheinland-Pfalz	94	2,5
Brandenburg	65	2,5
Hessen	133	2,4
Nordrhein-Westfalen	395	2,3
Saarland	23	2,2
Niedersachsen	137	1,9
Sachsen	88	1,8
Bayern	191	1,7
Sachsen-Anhalt	45	1,5
Gesamt	2.256	

Tabelle 7: Angebote nach Bundesländern

Durchführungsstatus	Häufigkeit	Prozent
aktuell durchgeführt	1802	88,3
innerhalb der letzten drei Jahre beendet	127	6,2
In Planung	111	5,4
Gesamt	2040	100
Fehlend	216	

Tabelle 8: Durchführungsstatus der Angebote

können aber auch bereits abgeschlossene oder noch nicht realisierte Projekte wichtige Anregungen und Erfahrungen vermitteln.

Der ganz überwiegende Teil (88%) der Angebote wird aktuell durchgeführt. Ein etwa gleich großer Anteil von jeweils ca. fünf Prozent wurde innerhalb der letzten drei Jahre abgeschlossen oder befindet sich noch im Planungsstadium.

(c) Zielgruppen der Angebote

Tabelle 9 zeigt, dass jeweils mehr als zwei Drittel der erhobenen Angebote sich an die

Altersgruppe der „Erwachsenen“ zwischen 19 und 59 Jahren richten. Gleichzeitig zeigen sich breite Überschneidungsbereiche zwischen den angesprochenen Altersgruppen. Über die Hälfte aller Angebote wenden sich an zwei oder drei Altersgruppen. Über die Hälfte der Angebote (1.345, also knapp 60%) wendet sich an die Altersgruppen der bis 18-Jährigen, auch hier gibt es z.T. breite Überschneidungen mit älteren Zielgruppen. Ausschließlich an Kinder und Jugendliche (also an die Zielgruppe bis maximal 18 Jahre ohne Überschneidungen zu „Älteren“) richten sich 442 Angebote (19,6%).

Der Überblick über die angesprochenen Zielgruppen (vgl. Tabelle 10) zeigt ein breites Spektrum mit zahlreichen Überschneidungen. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass es keine eindeutig dominierende Zielgruppe gibt. Auffällig ist die häufige Nennung der Freitext-Option „Sonstige“ die darauf hinweist, dass die 18 vorgegebenen Antwortkategorien die differenzierte Realität der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte nur ansatzweise erfassen. Eine kursorische Betrachtung der offenen Antworten zu „Sonstige“ zeigt allerdings, dass hier oftmals Überschneidungen zu den geschlossenen Antwortvorgaben vorliegen und nicht immer „neue“ Zielgruppen genannt werden.

Altersgruppen	Anzahl	Nennungen in % ¹	Fälle in % ²
Säuglinge (<1 Jahr)	216	3,2	10,1
Klein- und Vorschulkinder (1-5 Jahre)	390	5,8	18,2
Schulkinder (6-10 Jahre)	629	9,3	29,4
Schulkinder (11-14 Jahre)	778	11,5	36,4
Jugendliche (15-18 Jahre)	981	14,5	45,9
Junge Erwachsene (19-29 Jahre)	1.468	21,7	68,7
Erwachsene (30-59 Jahre)	1.450	21,5	67,9
Senioren (ab 60 Jahre)	847	12,5	39,6

1) Die Spalte „Nennungen in %“ enthält bei Fragen mit der Option zu Mehrfachnennungen den prozentualen Anteil der Nennungen einer Antwortkategorie bezogen auf die Gesamtzahl aller Nennungen, so dass die Spaltensumme immer gleich 100% ist. Erfasst wird damit die relative Bedeutung einer Antwortkategorie.

2) Die Spalte „Fälle in %“ enthält den prozentualen Anteil der Nennungen jeder Antwortkategorie bezogen auf die Gesamtzahl aller Fälle (hier: ausgewertete Angebote). Sind Mehrfachnennungen möglich, kann die Spaltensumme weit über 100% liegen.

Tabelle 9: Altersgruppen (n=2.137)

Zielgruppen	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Sehr niedriges Einkommen	658	8,7	33,1
Arbeitslose	553	7,3	27,8
Alleinerziehende	552	7,3	27,8
Bewohner/innen sozialer Brennpunkte	534	7	26,9
Eltern in Belastungssituationen	505	6,7	25,4
Sehr niedrige Schulbildung	490	6,5	24,7
Migranten/innen	484	6,4	24,4
Sehr niedriger beruflicher Status	474	6,2	23,9
Aussiedler/innen	441	5,8	22,2
Kinderreiche Familien	376	5	18,9
Migranten/innen mit schlechten Deutschkenntnissen	371	4,9	18,7
Asylbewerber/innen	261	3,4	13,1
Wohnungslose	228	3	11,5
Flüchtlinge	168	2,2	8,5
Strafgefangene	168	2,2	8,5
„Illegale“	140	1,8	7
Prostituierte	117	1,5	5,9
Sonstige Zielgruppen	1.071	14,1	53,9

Tabelle 10: Zielgruppen (n=1.989)

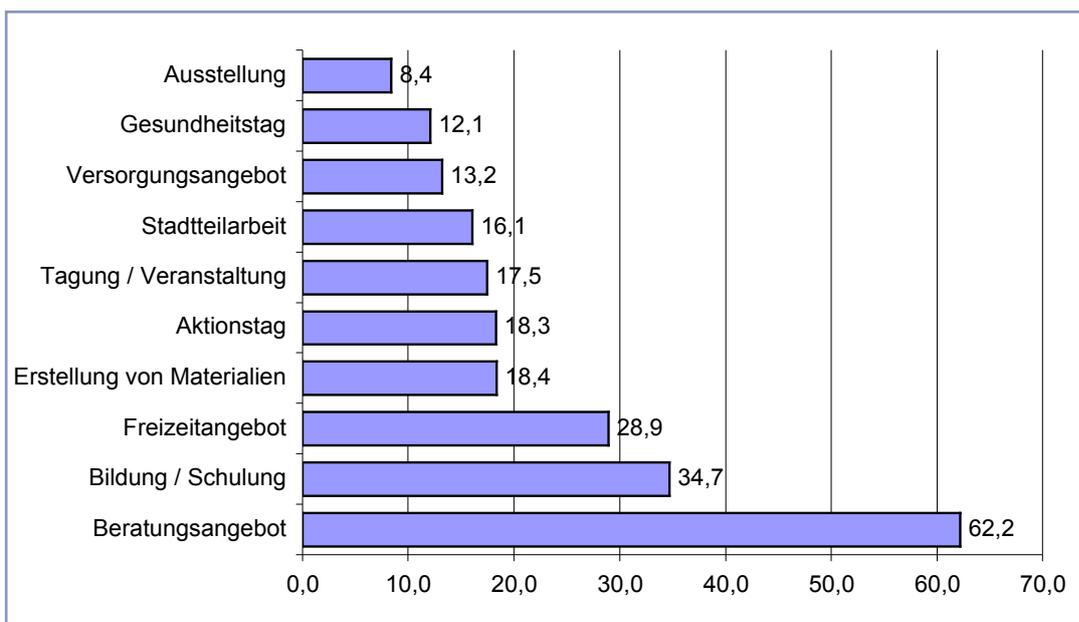


Abbildung: Angebotsarten

(d) Zugangswege der Angebote

Für eine zielgruppengerechte Konzeption der Angebote ist die Wahl angemessener Zugangswege von entscheidender Bedeutung. In der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte gilt der Setting-Ansatz als besonders geeignet, um die über verhaltenspräventive Kurs-Angebote nur schwer ansprechbare Zielgruppe zu erreichen.

Auf Frage 1.2, ob ihr Angebot einen lebensweltorientierten Setting-Ansatz verfolge, antworten über zwei Drittel der Anbieter zustimmend (vgl. Tabelle 11). Nur knapp ein Viertel der Antwortenden geben an, nicht setting-orientiert zu arbeiten.

	Häufigkeit	Prozent
Setting-Ansatz	1.326	68,8
kein Setting-Ansatz	469	24,3
teilweise Setting-Ansatz	132	6,9
Gesamt	1.927	100
Fehlend	329	

Tabelle 11: Arbeitet das Angebot nach dem Setting-Ansatz?

Skepsis ist angebracht, ob die Selbstausskunft der Anbieter tatsächlich Beleg für eine klare Dominanz des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist.

Diese Skepsis wird dadurch bestärkt, dass sich nur 1.119 Angebote (50% der Gesamtsumme) einem oder mehreren der konkreten Settings Arbeitsplatz, Wohnumfeld, Freizeitbereich, Kindertagesstätte (Kita) oder Schule zuordnen lassen (vgl. Tabelle 12).

Setting	Anzahl	Anteil an allen Angeboten in Settings (in %)
Arbeitsplatz	252	22,5
Wohnumfeld	698	62,4
Freizeitbereich	305	27,3
Kindertagesstätte	192	17,2
Schule	439	39,2

Tabelle 12: Angebote in Setting-Bereichen (n=1.119)

Der hohe Anteil „selbst ernannter“ Setting-Angebote kann als Hinweis gewertet werden, dass diesem Ansatz im Bewusstsein und dem Selbstverständnis der Maßnahmen-Anbieter zunehmende Bedeutung zukommt und er beginnt, sich zu einem „Leitbild“ zielgruppenadäquater und effektiver Gesundheitsförderung zu entwickeln. Hierfür spricht auch die Bedeutung, die dem Setting-Ansatz in den Konzepten der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20(1) (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2003), in fachlichen Publikationen und in der Politikberatung (vgl. SVR 2001) zukommt.

Im Setting Wohnung-Wohnumfeld-Stadtteil engagieren sich 698 der erhobenen Angebote. Es dominieren Maßnahmen gegen die Folgen einer zunehmenden sozialen „Schiefelage“ im Quartier: Verwahrlosung, Verelendung und Gettoisierung mit all den damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen sollen abgewendet werden.

Die folgenden Abschnitte gehen näher auf die Inhalte der Angebote in den Settings Schule, Kindertagesstätte und Betrieb ein und wurden von der Landesvereinigung Niedersachsen erstellt. In die Auswertung wurden insbeson-

dere die offenen Angaben zu den Fragen 1, 2, 3.5, 3.7 und 3.8 einbezogen. Um zeitnahe Ergebnisse gewährleisten zu können, gehen in die Auswertung nur Angebote ein, deren Daten Anfang Januar 2003 in der Datenbank vorlagen.

(e) Setting „Schule und Kita“

Unter 3.7/ 3.8 des Fragebogens wurde abgefragt, welche Ziele im Setting Schule/ Kita mit den beschriebenen Maßnahmen verfolgt werden. Hier sind die Angebote in einer Rangliste von 26 Zielkategorien aufgeführt.

Verteilung der Angebote im Setting Schule bzw. Kita

Die Gesamtzahl der ausgewerteten Angebote im Setting Schule liegt bei 217, im Setting Kita bei 73. Auffallend ist die deutlich niedrigere Anzahl der Angebote für den Kitabereich im Vergleich zum Schulbereich. Es ist anzunehmen, dass diese Situation nicht nur auf die Zusammenstellung des Verteilers zurückzuführen ist, da durch die Befragung von Netzwerken (z.B. Gesunde-Städte-Netzwerk) oder auch der (Wohlfahrts-) Verbände und kommunaler Träger die vorhandenen Projekte optional angesprochen wurden. Denkbar ist eher, dass dieses Ergebnis ein Abbild der „Präventionslandschaft“ erlaubt. Auf Schulen werden schon immer diverse Präventionsanstrengungen gerichtet, u.a. um die Erreichbarkeit ganzer Jahrgänge im schulischen Zusammenhang zu nutzen. Modellversuche wie das OPUS-Netzwerk, das Netzwerk Schule 21 oder andere Foren haben im Schulbereich dafür gesorgt, dass Inhalte der Gesundheitsförderung in vielen Schulen bereits regulär einbezogen werden. Eine ähnliche Bewegung scheint bisher für den Kitabereich zu fehlen, obwohl verschiedene Gründe für eine wünschenswerte Verstärkung der Bemühungen sprechen. Die gute Erreichbarkeit von Kindern in der frühen Kindheit, die Möglichkeit, Eltern in die Prävention einzubeziehen sowie das positive Image von Kitas bei den Nutzern/innen und ihre Eingebundenheit in den Stadtteil/Sozialraum bilden dafür geeignete Voraussetzungen.

Misstand	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Verwahrlosung, Verelendung, Gettoisierung	510	48,6	73,1
Nässe, Schimmel, unhygienische Bedingungen	141	13,4	20,2
Unfälle	75	7,1	10,7
Gestank	60	5,7	8,6
Lärm	57	5,4	8,2
Sonstige Verbesserung der Wohnbedingungen	206	19,6	29,5

Tabelle 13: Verbesserung der Bedingungen in Wohnung, Wohnumfeld, Stadtteil (n=698)

Zielkategorien im Setting Schule

Unter den schulischen Maßnahmen überwiegen sowohl im Gesundheits- wie im Sozialbereich die „klassischen“ Bereiche: Suchtprävention, Bewegungs- oder Betreuungsangebote. Auffallend häufig werden Angebote zur Suchtprävention mit unterschiedlichsten Schwerpunktsetzungen und Zielgruppen genannt. Sie finden häufig in Form von Gruppenarbeit bzw. Projektwochen statt. Beratung und Begleitung von Drogenberatungs-Lehrern/innen oder interkulturelle Suchtprävention sind unter den Angeboten ebenso zu finden wie Suchtprävention durch peer-education oder Erlebnispädagogik.

Ein ähnlich breit gefächertes Spektrum ist bei den Bewegungsangeboten zu finden. Einbezogen sind u.a. das dynamische Sitzen, Bewegungspausen und der Wechsel zwischen Bewegungs- und Entspannungseinheiten, genauso wie die Qualifizierung von Sportlehrern/innen. Auch therapeutische Bewegungsangebote oder Sport und Bewegung durch zusätzliche Volleyball- oder Tischtennisspiele in den Pausen und nach der Schule stellen das heterogene Angebot.

Unter den Betreuungsangeboten existieren neben Freizeitangeboten in der Nachmittagsbetreuung und Hausaufgabenbetreuung auch Schülerclubs oder die durch Schüler/innen selbst gestaltete, freundliche Atmosphäre der Mittagspause in der Schule.

Die Vermittlung sozialer Kompetenzen und ein konfliktarmes Miteinander in der Gruppe stehen bei Angeboten zum Sozialen Lernen im Vordergrund. Immer werden hier Inhalte der Gesundheitsförderung kreativ einbezogen. Umgesetzt wird dies beispielsweise durch Kooperation einer Grundschule mit einem benachbarten Abenteuerspielplatz, aber auch durch Theaterpädagogik, die gemeinsame Zubereitung von Frühstücksmahlzeiten für die Klasse oder durch Erste-Hilfe-Kurse.

Unter die Kategorie „Gesunde Schule“ fallen Maßnahmen zur Schulgesundheit, z.B. durch Verbesserung des Schulklimas, aber auch andere Angebote, die sich auf das Miteinander aller Akteure im Setting Schule beziehen. Die Kategorie wurde immer dann gewählt, wenn in der Projektbeschreibung der allgemeine Terminus „Schulgesundheit“ explizit als Ziel der Präventionsanstrengungen angegeben wurde.

Das Spektrum anderer Zielkategorien wie Gewaltprävention, Kooperation zwischen Elternhaus und Schule oder sexualpädagogischen Maßnahmen ist ähnlich breit gefächert. Zu Letzteren gehört die Prävention von sexuellem Missbrauch genauso wie geschlechtsspezifisch orientierte Sexualpädagogik sowohl für Mädchen wie für Jungen.

Zielkategorien im Setting Kita

Ganz anders stellt sich die Situation im Kitabereich dar. Betreuungsangebote, fachspezifische Qualifizierung von Multiplikatoren/innen und die Kooperation von Quartiersmanagement und Stadtteilarbeit mit den Kitas stellen hier die Mehrzahl der Angebote. Das übliche Betreuungsangebot der Kita wird erweitert durch Bemühungen um Öffnungszeiten, die der heutzutage üblichen Schichtarbeit – auch schon im Teilzeitbereich gefordert – Rechnung tragen. Eine Betreuung für Kinder allein erziehender, berufstätiger Mütter, aber auch die individuelle Betreuung von behinderten Kindern ist dazu zu rechnen.

Einen hohen Stellenwert nehmen in diesem Bereich die Anstrengungen zur fachspezifischen Qualifizierung von Multiplikatoren/innen ein. Zur Angebotspalette gehören Multiplikatorenschulungen in der Sucht- oder Gewaltprävention, in psychosozialen und interkulturellen Wissensgebieten oder in der Sprachförderung. Hier bieten sich lohnende Interventionsfelder, denn Erzieher/innen machen häufig genauere Beobachtungen bezogen auf Störungen in der kindlichen Entwicklung. Sie leiten diese aber nicht immer weiter oder werden nach eigenen Aussagen wegen fehlender Ausdrucks- und Darlegungsmöglichkeiten von Eltern wie von Ärzten/innen nicht ernst genommen. Eine verbesserte Qualifizierung in Ausbildung und Weiterbildung kann da Abhilfe schaffen.

Ein Teil der Angebote richtet sich auf die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten. Dazu werden Aktionstage oder Projekte zur Reduzierung von Übergewicht angeboten. Die Frühstücksmahlzeit oder ein ergänzendes Frühstück für sozial benachteiligte Kinder aus Obst, Milchprodukten und Teegetränken gehört für viele Kitas zum selbstverständlichen Tagesablauf. So ist zu erklären, dass unter dieser Kategorie nur relativ wenig Angebote aufgeführt werden, eine Erklärung, die übrigens in ähnlicher Form auch für die Relevanz der Bewegungsangebote gilt.

Es ist anzunehmen, dass die erfragten Angebote die wirkliche Situation im Kitabereich nicht deutlich widerspiegeln. Gesundheit und Gesundheitsförderung spielen dort traditionell eine bedeutende Rolle und gehören so selbstverständlich zum Alltag, dass sie von den Akteuren manchmal kaum als solche wahrgenommen werden (vgl. Hygiene, Zahnpflege, gemeinsames Frühstück etc.). Allein schon aus diesem Grund sollten Präventionsmaßnahmen für sozial Benachteiligte in der Kita entsprechend des Setting-Ansatzes ausgebaut werden. Sie könnten vielfach an eine bewährte Gesundheits-„Kultur“ in der Einrichtung anschließen, die Eltern einbeziehen und so die vorhandenen

Gesundheitspotenziale nutzen.

Den erneuten Nachweis, dass diese Maßnahmen gerade für von Armut betroffene Kinder dringend erforderlich sind, hat die gerade erschienene 2. AWO-ISS Studie wieder erbracht. Dort wurde einmal mehr nachgewiesen, dass sich bei armen Kindern im Vorschul- wie auch im frühen Grundschulalter der Gesundheitszustand als relativ sicherer Indikator für eine problembelastete Lebenssituation erweist. Die

Gesundheitsförderung, dieser benachteiligten Situation entgegenwirken und so für mehr gesundheitliche und soziale Chancengleichheit sorgen.

Tabelle 14 gibt einen Überblick über die Antworten auf Frage 3.1 zu den Zielen und Handlungsfeldern der gesundheitsfördernden Angebote, soweit sie sich auf das individuelle Gesundheitsverhalten beziehen. Zwei Drittel der Anbieter nennen die Stärkung der

Zielkategorien	N Schule (Mehrfachnennungen möglich)	N Kita (Mehrfachnennungen möglich)
Suchtprävention	29	3
„Gesunde Schule“	19	/
Bewegungsangebot	21 (1 evaluiert)	7
Soziales Lernen	13	/
Betreuungsangebot	22	8
Gewaltprävention	11	2
Ernährungsangebot	11 (1 evaluiert)	7 (1 evaluiert)
Frühstücksangebot	10	/
Sozial-Beratungsangebot	10	2
Sexualpädagogisches Angebot	9	2
Kooperation Elternhaus-Kita/ Schule	9 (3 Migranten/innen)	5 (1 Migranten/innen)
Kooperation Quartiersmanagement	8	8
Stadtteilarbeit mit Kita/ Schule		
Fachspezifische Qualifizierung von Multiplikatoren/innen	8 (1 evaluiert)	8
Prävention von HIV/AIDS	8	1
Prävention durch peer-education	4	/
Sprachförderung	3 (1 Migranten/innen)	5 (2 Migranten/innen)
Berufsorientierung	2	/
Übergang Kita zu Schule	2	2
Schulsanitäter/innen	2	/
Prävention von Essstörungen	2	/
Schulprogramm	2	/
Schulkiosk	2	/
Ärztliche Versorgung in der Schule/ der Kita	2	1
Elterliche Erziehungskompetenzen verbessern	1	4
Interkulturelle GF	1	2
Sonstige	6	6
Gesamt	217	73

Tabelle 14: Zielkategorien für Setting-Angebote in Schule und Kita

Mehrzahl der dort untersuchten armen Kinder leidet unter psychosomatischen und/oder chronischen Erkrankungen. Setzt man dieses Ergebnis in Beziehung zu ihrer Lebenslage, bedeutet es eine zusätzliche Beeinträchtigung nicht nur ihrer aktuellen Lebenssituation, sondern auch zukünftiger Entwicklungs- und Gesundheitschancen. Die familienergänzenden Leistungen der Kindertagesstätten können, angereichert mit Inhalten einer ganzheitlichen

Bewältigungsressourcen als ein Ziel ihrer Maßnahmen. Eine eher „unspezifische“ salutogenetische Ausrichtung wird auch bei der „Stressbewältigung“ als Handlungsfeld mit der zweithäufigsten Anzahl von Nennungen deutlich. Es folgen deutlich spezifizierte „präventive“ Handlungsfelder wie die Förderung gesunder Ernährung und die Prävention von Alkoholkonsum oder Gewalt.

Über zwei Drittel der Angebote geben drei

Angebotsart	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Beratungsangebot	1.358	23,5	62,2
Bildungsangebot / Schulungsprogramm	758	13,1	34,7
Freizeitangebot	632	10,9	28,9
Erstellung von Materialien	403	7	18,4
Aktionstag	400	6,9	18,3
Tagung / Veranstaltung(sreihe)	382	6,6	17,5
Stadtteilarbeit / Gemeinwesenentwicklung	351	6,1	16,1
Versorgungsangebot (z.B. Mittagstisch)	288	5	13,2
Gesundheitstag / -woche	265	4,6	12,1
Ausstellung	184	3,2	8,4
Sonstige Angebotsart	754	13,1	34,5

Tabelle 15:
Angebotsarten
(n=2.185)

oder mehr Handlungsfelder an, in denen sie sich für die Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens einsetzen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Maßnahmenanbieter eine Stärkung der Bewältigungsressourcen als Voraussetzung für die Arbeit an „spezifisch“ gesundheitsbezogenen Zielen wie z.B. der Prävention von Gewalt oder Medikamentenkonsum sehen und als zentralen

Bestandteil ihrer Angebote verstehen.

Angebotsarten

Tabelle 15 vermittelt einen Überblick über die Angebotsarten, mit denen die vorstehend dargestellten Ziele erreicht werden sollen. Bei der Interpretation der Zahlen ist auch hier zu beachten, dass nur etwa ein Drittel der Angebote ein „exklusives“ Angebot machen, während

Kooperationspartner	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Beratungsstellen	1.345	10,2	63,2
Gesundheitsamt	965	7,3	45,3
niedergelassene Ärzte / Ärztinnen	881	6,7	41,4
Sozialamt	873	6,6	41
Jugendamt	867	6,6	40,7
Wohlfahrtsverbände	807	6,1	37,9
Schulen	793	6	37,2
Selbsthilfegruppen	745	5,7	35
regionale Arbeitsgemeinschaften	698	5,3	32,8
Krankenhäuser	641	4,9	30,1
Krankenkassen	568	4,3	26,7
Kirchengemeinden / kirchliche Einrichtung	565	4,3	26,5
Jugendhäuser / Jugendtreffs	472	3,6	22,2
Polizei	452	3,4	21,2
Kindergärten	406	3,1	19,1
Nachbarschaftshilfe / Stadtteilinitiativen	402	3	18,9
Unternehmen	254	1,9	11,9
Sportvereine	245	1,9	11,5
Haftanstalten	239	1,8	11,2
Ärzteverbände	190	1,4	8,9
Gesundheitskonferenz	146	1,1	6,9
Hebammen	118	0,9	5,5
Sonstige Kooperationspartner	484	3,7	22,7
Keine Kooperationspartner	29	0,2	1,4

Tabelle 16:
Kooperationspartner
(n=2.129)

die übrigen Maßnahmen zwei oder mehr Angebotsarten umfassen.

Fast zwei Drittel aller Maßnahmen bieten Beratungen an, die damit fast doppelt so oft genannt werden wie die in der Häufigkeit der Nennung folgenden Bildungs- und Schulungsangebote.

(f) Kooperation und Vernetzung

Kooperations- und Vernetzungsbeziehungen kommen in der Praxis gesundheitsfördernder Angebote eine besondere Bedeutung zu, da durch gelungene Kooperationen Ressourcen und Erfahrungen zielgerichtet gebündelt werden können.

rische Betrachtung der offenen Angaben zu Frage 2, die nach Akteuren fragt, die in die Angebotsentwicklung einbezogen sind, zeigt oftmals sehr komplexe Kooperations- und Netzwerkbeziehungen.

Eingebundene Multiplikatoren und Mediatoren

Die Einbeziehung von Multiplikatoren/innen bzw. Mediatoren/innen (Frage 7) bietet die Gewähr dafür, Zielgruppen angemessen ansprechen und erreichen zu können und sind damit eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche gesundheitsfördernde Interventionen. Tabelle 17 gibt einen Überblick über die eingebundenen Multiplikatoren/innen und Mediatoren/innen.

Multiplikatoren	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Sozialarbeiter/innen/ Sozialpädagogen/innen	1.462	16	68,7
Berater/innen	983	10,8	46,2
Ärzte / Ärztinnen	935	10,2	44
Lehrer/innen	709	7,8	33,3
Eltern	654	7,2	30,7
Psychologen/innen	652	7,1	30,7
Fachöffentlichkeit	640	7	30,1
Erzieher/innen	547	6	25,7
Kursleiter/innen	428	4,7	20,1
Jugendarbeiter/innen	416	4,6	19,6
Peers / Gleichaltrige	290	3,2	13,6
Krankenschwestern / -pfleger	255	2,8	12
Ausbilder/innen	254	2,8	11,9
Mediatoren/innen (z.B. Dolmetscher/innen)	229	2,5	10,8
Hebammen	119	1,3	5,6
Sonstige Multiplikatoren / Mediatoren	457	5	21,5
Keine Multiplikatoren / Mediatoren	95	1	4,5

Tabelle 17:
Multiplikatoren/Mediatoren im Rahmen der Angebote (n=2.127)

Eingebundene Kooperationspartner

Auf Frage 8 nach den Kooperationspartnern bzw. kooperierenden Institutionen der Angebote geben lediglich 1,3% der Anbieter an, ganz ohne Kooperationspartner zu arbeiten (vgl. Tabelle 16). Etwa die Hälfte aller Angebote arbeitet mit bis zu fünf Kooperationspartnern zusammen.

Angesichts des hohen Stellenwertes von Beratungsangeboten verwundert es nicht, dass Beratungsstellen von fast zwei Dritteln der Angebote und damit mit Abstand als häufigste Kooperationspartner genannt werden. Einen hohen Stellenwert bei der Erstellung gesundheitsfördernder Angebote haben Gesundheits-, Sozial- und Jugendämter, die jeweils über 40 Prozent der Nennungen erhalten. Die kurso-

Knapp jedes zwanzigste Angebot (4,5%) gibt an, ohne Multiplikatoren/innen und Mediatoren/innen zu arbeiten. Der starke soziale Bezug der Angebote wird durch die Nennung von Sozialarbeitern/innen als häufigste Multiplikations-Gruppe unterstrichen.

(g) Dokumentation und Evaluation der Angebote

Dokumentation und Evaluation der erbrachten Leistungen gewinnen als Instrumente der Qualitätssicherung einen zunehmend wichtigen Stellenwert in der Praxis gesundheitsfördernder Angebote, dies nicht zuletzt deshalb, da sie Voraussetzung für die Einwerbung notwendiger Projektmittel sind.

Über die Hälfte der Angebote gibt an, dass

eine Dokumentation ihrer Arbeit (z.B. in Gestalt eines Jahresberichtes) vorliegt (Frage 10, vgl. Tabelle 18). Der ganz überwiegende Teil der dokumentierten Angebote erstellt diese Berichte im Sinne einer internen Dokumentation selbst. Erstaunlich ist der mit 22,5% sehr hohe Anteil der Angebote, für die keinerlei Dokumentation vorliegt und die auch keine Dokumentation planen oder aktuell erarbeiten.

(h) Finanzierung der Angebote

Die in Frage 9 erhobenen Angaben zu den Finanzierungsquellen der Angebote lassen Aussagen zu deren „Verbreitung“ zu, erlauben jedoch keine Aussagen zu ihrem quantitativen Stellenwert für die Finanzierung der Angebote. So ist vorstellbar, dass Finanzierungsquelle X zwar von einem Großteil der Angebote genannt wird, aber jeweils nur einen geringen Beitrag

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
keine Dokumentation	442	22,5	22,5
Dokumentation geplant	314	16	38,4
Dokumentation in Arbeit	178	9	47,5
interne Dokumentation	928	47,2	94,6
externe Dokumentation	106	5,4	100
Gesamt	1.968	100	
Fehlend	288		

Tabelle 18:
Dokumentation der Angebote

Über 70 Prozent der Angebote können keine Evaluation vorweisen (Frage 11), die über eine reine Dokumentation insofern hinausgeht, als sie die erbrachten Leistungen nicht nur darstellt, sondern auch hinsichtlich zuvor formulierter Zielsetzungen bewertet. Der große Anteil evaluations-abstinenter Angebote lässt sich durch den hohen finanziellen Aufwand erklären, der insbesondere mit einer externen Evaluation verbunden ist.

zum insgesamt verfügbaren Finanzvolumen beiträgt. Dies wird durch die Tatsache unterstrichen, dass nur ein Drittel der Angebote sich ausschließlich aus einer Quelle finanziert, der größte Teil arbeitet mit einem Finanzierungs-Mix.

Drei von vier gesundheitsfördernden Angeboten für sozial Benachteiligte geben an, (auch) öffentliche Mittel zur Verfügung zu haben, damit erhält diese Finanzierungsquelle mit

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
keine Evaluation	705	39,8	39,8
Evaluation geplant	391	22,1	61,8
Evaluation in Arbeit	166	9,4	71,2
interne Evaluation	391	22,1	93,2
externe Evaluation	120	6,8	100
Gesamt	1.773	100	
Fehlend	483		

Tabelle 19:
Evaluation der Angebote

Die Grenzen zwischen Dokumentation und Evaluation sind fließend: Eine Evaluation dokumentiert die erbrachten Leistungen umfassend, und auch ein primär als Dokumentation konzipierter Quartalsbericht kann Elemente einer Evaluation umfassen. Die Kreuztabellierung der beiden Variablen Dokumentation und Evaluation zeigt einen deutlichen Zusammenhang: Angebote ohne Dokumentation werden i.d.R. nicht evaluiert, gleichzeitig liegt für extern evaluierte Angebote überproportional häufig auch eine extern erstellte Dokumentation vor.

In weitergehenden Untersuchungen wird zu fragen sein, ob sich ein Zusammenhang zwischen dem Einsatz dieser beiden Instrumente der Qualitätssicherung und einzelnen Interventionsfeldern bzw. Finanzierungsquellen feststellen lässt.

Abstand die meisten Nennungen (vgl. Tabelle 20). Einen hohen Stellenwert haben Spenden (36%) und Vereinsgelder (21%), jedes fünfte Angebot setzt (auch) Ehrenamtliche ein (20%). Bezogen auf die Gesamtheit der erfassten Angebote haben Krankenkassen als Geldgeberinnen für 12% der Angebote eine eher geringe Verbreitung.

Die differenzierte Betrachtung der öffentlichen Mittel zeigt, dass Gesundheitsförderung (für sozial Benachteiligte) in erster Linie Aufgabe der Länder und Kommunen ist, die jeweils von etwa 60% aller aus öffentlichen Mitteln finanzierten Angebote genannt werden. Dem gegenüber besitzen Bundesmittel und Gelder aus Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM, jeweils etwas mehr als 13%) und Strukturpassungsmaßnahmen (SAM, 11%) einen eher nachgeordneten Stellenwert

Finanzierungsquelle	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Öffentliche Mittel	1.657	33,5	77,8
Spenden	758	15,3	35,6
Vereinsgelder	446	9	20,9
Ehrenamtliche	428	8,7	20,1
Teilnehmer/innenbeiträge	371	7,5	17,4
Sponsorengelder	288	5,8	13,5
Krankenkassen	259	5,2	12,2
Stiftungsgelder	170	3,4	8
Sonstige Finanzierungsquellen	567	11,5	26,6

Tabelle 20:
Finanzierungsquellen (n=2.131)

Finanzierungsquelle	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Kommunale Mittel	1.019	39,1	62,5
Landesmittel	970	37,3	59,5
Arbeitsbeschaffungsmaßnahme	225	8,6	13,8
Bundesmittel	214	8,2	13,1
Strukturanpassungsmaßnahme	176	6,8	10,8

Tabelle 21:
Differenzierung der Finanzierungsquelle „Öffentliche Mittel“ (n=1.630)

Finanzierungsquelle	Anzahl	Nennungen in %	Fälle in %
Primärprävention	87	43,1	45,8
Selbsthilfeförderung	100	49,5	52,6
Patienteninformation	15	7,4	7,9

Tabelle 22:
Differenzierung der Finanzierungsquelle „Krankenkassenmittel“ (n=190)

Die Verteilung der Krankenkassenmittel zeigt einen deutlichen Schwerpunkt auf Angeboten nach § 20 SGB V. Relativ trennscharf gegeneinander abgegrenzt werden vor allem Projekte der Selbsthilfe – nach § 20(4) finanziert – und der primären Prävention – nach § 20(1) finanziert. Nur einen geringen Anteil haben Maßnahmen zur Patienteninformation nach § 65b SGB V.

Von den 259 Angeboten, die sich (auch) aus Mitteln der Krankenkassen finanzieren, beziehen sich drei Viertel (n=190) auf eine der drei in Tabellen aufgeführten und im SGB V festgeschriebenen Finanzierungsquellen. Beim restlichen Viertel der Angebote kann davon ausgegangen werden, dass sie Krankenkassenmittel z.B. im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit als Zuschuss zu Veranstaltungen oder Publikationen erhalten.

(g) Praxisbeispiele im Setting „Stadtteil“

Ziel der Erhebung war neben der Abbildung der bestehenden Breite der Angebote auch die Möglichkeit der Filterung besonders nachahmenswerter und innovativer Projekte im Rahmen nachfolgender Arbeitsphasen.

Im Zuge der ersten Projektphase konnten nur einzelne Projekte exemplarisch betrachtet werden. Die Auswahl folgt dabei keinen systematischen Kriterien, sondern hat sich eher zufällig im Zuge der Datenbearbeitung ergeben. Im Folgenden werden einige dieser Projekte

kurz skizziert. Jedes der hier aufgeführten Projekte weist eine andere Besonderheit auf. Die Auswahl stellt keine Bewertung im Vergleich zu anderen Projekten dar.

Projekte zu Gesundheitsförderung im Stadtteil finden sich

(1) zur Verbesserung des Wohnumfeldes, vor allem im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“

- Stadterneuerung Ebingen-West
Koordination der Aktivitäten von Stadt und Wohnungsbaugesellschaft zum Rückbau, Teilentsiegelung, Spielplatzerrichtung, Aktiv-Sport (Träger Stadtverwaltung Albstadt)
- Schwabach, Schwalbenweg
Abriss und Neubau einer Obdachlosensiedlung unter sozialpädagogischer Begleitung der Bewohner/innen und der Maßnahme (Träger Stadt Schwabach, Stadtjugendamt)
- Gesundheitshaus Bismarck als Initiative zur Weiterentwicklung des Gesundheitsamts, mit Aktivitäten zur Bürgerbeteiligung, Gesundheitssport u.a. (Träger Gesundheitsamt Gelsenkirchen)
- Mainz, Berliner Viertel
Bürgerbeteiligung zur Wohnumfeldverbesserung (Träger Stadtverwaltung Mainz)

- Kiezdetektive, Berlin
Aktivitäten zur Kinderbeteiligung in Berlin-Friedrichshain-Kreuzberg sowie Marzahn-Hellersdorf u.a. (Träger Plan- und Leitstellen für Gesundheit der Berliner Bezirke, Koordinierungsstellen für Gesunde Stadt)



Fallbeispiel Kiezdetektive

Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt

Ziele:

- aktive Beteiligung von Kindern an der Gestaltung ihres Lebensraumes
- Erleben demokratischen Handelns
- Stärkung der persönlichen Ressourcen der Kinder wie Wahrnehmung, Selbstbewusstsein, Verantwortung, Empowerment

Zielgruppen:

- Kinder von 6 bis 14 Jahren aus Schule, Hort, Kitas und Freizeiteinrichtungen

Methoden:

- Methodenworkshop, Entwicklung eines Strategieplans der Kinder
- Erkundungen im Wohnumfeld
- Präsentation der ersten Ergebnisse (v.a. durch Ausstellungen, Schülerzeitungen, Kinderversammlungen)
- Umsetzung der Ergebnisse
- Ergebniskontrolle, Dokumentation, Evaluation

Voraussetzungen/ Bedingungen:

- Ernstnehmen der Kinderbeteiligung durch die Politiker/innen
- personelle Kontinuität der Politiker/innen
- Wille zum Umsetzen der Ergebnisse
- Zuverlässigkeit von Politik und Verwaltung
- intensive Öffentlichkeitsarbeit
- kontinuierliche Betreuung durch eine verantwortliche Projektkoordination

Ausgangssituation – Problemlagen:

- (1) Belästigung einer Mädchengruppe der Lenau-Schule durch Jungen eines Fahrradladen-Projekts.
- (2) Die Islamische Grundschule kritisiert, dass die vom Bezirksamt zugesagten Spielgeräte noch nicht gekommen sind.
- (3) Zäune zwischen freiem Grundstück Kita Schlesische Straße/ Mädchenprojekt Rabia und Seniorenfreizeitstätte Falckensteinstraße und fehlender Kontakt zwischen Kita-Kindern und Senioren/innen.
- (4) Um die Bäume herum liegen Flaschen, Dosen, kaputte Wäscheständer und ganze Plastiktüten voller Hausmüll.
- (5) Die Drogenszene am Kotti macht den Kindern Angst, weil da „immer so komische Gestalten rumhängen.“
- (6) Kinder und Anwohner/innen wünschen sich einen Zebrastreifen über die Prinzenstraße an der Baerwaldbrücke. Dies ist eine sehr gefährliche Stelle, da die Straße den Park kreuzt und hier sehr viele Kinder und alte Menschen unterwegs sind.

Ausgangssituation SCHÄTZE

- „Der Gemüseladen gegenüber vom Schülerladen ist ein Schatz. Der Besitzer ist immer freundlich zu uns.“
- „Uns gefällt, dass in Kreuzberg so viele Menschen unterschiedlicher Herkunft leben.“
- „Der Kinderbauernhof im Görlitzer Park ist ein Schatz.“
- „Wir erhielten Schutz vor einem Pitbull in einem Naturkostladen.“
- „Uns gefällt unsere Schule (Jens-Nydahl-Schule).“
- „Wir fanden die Aktion Kiezdetektive sehr schön.“

(2) als Schulprojekte

– Lärmprävention Hamburg-Nord
Initiative des Bezirksamtes zur Reduktion von Lärmbelastung für Schüler/innen in sozial benachteiligten Wohngebieten (Träger: Bezirksamt Hamburg-Nord)

– Umweltschule in Europa

Programm zur umweltfreundlichen Schulgestaltung, Reduktion von Gestank, Lärm und Verwahrlosung, Aktivierung von Schülern/innen, Eltern und Lehrerkollegium (Träger: Grundschule 34 Erfurt)

(3) als Kooperationsprojekte von z.B. Jugend-, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen

Verbesserung des Lebensalltages

- HOT Haushaltsorganisationstraining
Familienbegleitung, Beratung zu Gesundheits-, Umwelt- und Ernährungsverhalten (Träger: Deutscher Caritasverband e.V.)
- Früherfassung und aufsuchende Beratung des Jugendamtes auf dem Hintergrund SHE, Beratung und Kompetenzvermittlung im Bereich Lärmreduktion, Schimmel, Nässe, Verwahrlosung, Verelendung (Träger: Stadt Neubrandenburg)

Umweltbewusstsein

- Schülerclub Abenteuerkiste
Kurse für Lücke-Kinder in Berlin-Marzahn mit Naturmaterialien zur Förderung ihres Umwelt- und Gesundheitsbewusstseins (Träger: Robinson e.V.)
- Mauerplatz Kinderbauernhof
mit Angeboten zur kreativen Umweltgestaltung und sozialen Integration von Kindern im sozialen Brennpunkt in Berlin-Kreuzberg (Träger: Kinderbauernhof Mauerplatz e.V.)

(4) als Forschungsprojekte.

Koordination und Multiplikatorenarbeit

- Kindersicherheit Koordinierungskreis zur Verstärkung der Prävention von Kinderunfällen, Initiierung und Umsetzung von „Kindersicherheitstagen“ (Träger: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.)
- Gewaltprävention Leitfaden zur Orientierungs- und Handlungspraxis von Kinderärzten/innen zum Vorkommen von Gewalt gegen Kinder (Träger: Katholische Fachhochschule Saarbrücken)

4. Erweiterung und Fortführung des Internet-Angebotes

Um allen Interessierten die Möglichkeit zur Nutzung des Informations-Bestandes zu Angeboten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu geben, wird nach Erfassung auch der nach Erhebungsende Mitte Dezember 2003 eingegangenen Fragebögen und deren re-

daktionellen Aufbereitung unter der bekannten Internet-Domain www.datenbank-gesundheitsprojekte.de eine Recherche-Funktion zur Verfügung gestellt. Diese ermöglicht die zielgenaue Angebots-Suche nach den Kriterien

- Name des Angebots bzw. Anbieters
- Handlungsfelder
(Vorgaben entsprechend Frage 3.1)
- Setting (Betrieb, Stadtteil, Kindergarten, Schule)
- Angebotsart
(Vorgaben entsprechend Frage 4)
- Zielgruppen
(Vorgaben entsprechend Frage 6.3)
- Altersgruppen
(Vorgaben entsprechend Frage 6.1)
- geschlechtsspezifische Angebote
(Vorgaben entsprechend Frage 6.2)
- Ergänzend zu den inhaltlichen Suchkriterien ist die regionale Eingrenzung der Suchergebnisse möglich nach Bundesland, Postleitzahl und Ort.

Perspektivisch ist es möglich, die zunächst mit dem Online-Fragebogen und der Recherche-Funktion im Wesentlichen auf die Ergebnisse der Erhebung zugeschnittenen Inhalte der Website im Sinne einer umfassenden Plattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ weiter zu entwickeln. Anschließend an eine Bedarfserhebung können im Kontext dieser Internet-Plattform den Nutzern/innen weiterführende Informationen (z.B. aufbereitete Ergebnisse thematisch relevanter Studien), Materialien und Service-Angebote (Termine, Adressen, Diskussionsforen) zur Verfügung gestellt werden.

Detaillierte Vorschläge zur inhaltlichen Ausgestaltung eines Internet-Portals wurden im Dezember 2002 im gemeinsamen Konzeptentwurf zur Umsetzung einer zweiten Projektphase von Gesundheit Berlin e.V. und dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg vorgelegt.

(1) Auffinden vorbildlicher und instruktiver Praxisbeispiele (Filter)

Die im Rahmen der ersten Projektphase erstellte Zusammenstellung von Angeboten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bietet eine bislang nicht gegebene Möglichkeit, „gute“ Angebote mit Motivationscharakter für andere Anbieter zu identifizieren.

Um die Auswahl der Angebote solcher „guten“ Praxis aus der Gesamtheit der erfassten Angebote auf eine systematische Grundlage zu stellen, sollen in einem an die erste Projektphase anschließenden Arbeitsschritt Filterkriterien aus der Literatur abgeleitet (z.B. Bundesvereinigung für Gesundheit 2000, BZgA 2001) und anhand der Kategorien des Fragebogens ope-

rationalisiert werden. Diese Kategorien bilden die Grundlage eines ersten Filter-Prozesses.

Als Kriterien für den ersten Filter-Prozess kommen in Frage

- Zielgruppe sind (auch) Kinder und Jugendliche (Frage 6.1).
- mindestens eine Zielgruppe in „schwieriger sozialer Lage“ (Frage 6.3).
- Angebot wird 2003 fortgeführt (Frage 5.1).
- Angebot arbeitet in einem Setting (Fragen 3.4 bis 3.8).
- Gewährleistung von Erfahrung und Nachhaltigkeit: Das Angebot nahm die Arbeit vor 2002 auf (Frage 6.1).
- Netzwerkarbeit / Ressourcenbündelung: Es werden mindestens zwei Multiplikatoren bzw. Kooperationspartner angegeben (Fragen 7 und 8).
- Angebot wird dokumentiert (Frage 10).
- Angebot wird evaluiert (Frage 11).

Die Liste der durch die Filterung ermittelten Angebote wird an den Auftraggeber und die Mitglieder des beratenden Arbeitskreises übermittelt und soll als Diskussionsgrundlage für das weitere Verfahren – insbesondere die Befragung ausgewählter „guter“ Anbieter in Projektphase 2 – dienen.

Sollte sich zeigen, dass das Ergebnis der ersten Filterung hinsichtlich der Anzahl und der regionalen Verteilung der Angebote als Grundlage für die zweite Projektphase nicht praktikabel ist (z.B. weil deutlich zu viele oder zu wenige Angebote ausgewählt werden) oder Qualität und Vollständigkeit der erhobenen Angaben die Aussagen zu einzelnen Filterkriterien nur bedingt tragfähig erscheinen lassen, so sind ggf. die Filterkriterien zu modifizieren.

(2) Verstetigung der Arbeit und der Aufbau eines bundesweiten Netzes regionaler Knotenpunkte

Um die in der ersten Projektphase aufgebaute „Lebendige Datenbank“ zu verstetigen und ihre Inhalte und Angebote für die regionale Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten im Sinne eines Informationstransfers fruchtbar zu machen, sollte in einer zweiten Projektphase ein Netz dezentraler Knotenpunkte aufgebaut werden, deren Aufgabe u.a. der Aufbau von Arbeitskreisen zum Thema Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist. Diese Arbeitskreise können institutionell bei den Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung angesiedelt werden.

Mit einer Kooperationserklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung für Gesundheit und den Landesarbeitsgemeinschaften für Ge-

sundheitsförderung wurde dieses Konzept im November 2003 untermauert, um schließlich ab 2004 aufgebaut zu werden. Aus dieser Vertiefung werden sich auch weitere praktische Anknüpfungspunkte ergeben. Das Programm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf“ sollte auch weiterhin eng in diese Kooperation einbezogen sein.

Projekt „Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1–U9“

Kooperation ist ansteckend – zwei Vorhaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Im Folgenden möchte ich Ihnen zwei Projekte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vorstellen. Das erste Projekt ist eine Aktion zur Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter.

Aktuelle Daten belegen, dass die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen mit den Jahren, d.h. vom 2. Lebensjahr bis zum Vorschulalter abnimmt. Insbesondere Kinder aus sozial schwachen Elternhäusern sowie von Migranten/innen nehmen weniger an der U7 bis U 9 teil. Deshalb werden oft z.B. Entwicklungsstörungen vor der Einschulung häufig nicht erkannt und können auch nicht rechtzeitig behandelt werden.

Tabelle 1: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (Datenbasis: vorgelegte Untersuchungshefte; Angaben in Prozent)

Gesundheitsbericht, Erscheinungsjahr	Jahr der Erhebung	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9
Berlin-Lichtenberg, 2002	2001	98,4	97,7	95,4	94,7	92	91,5	87,3	78,7	78,6
Borken (Kreis), 1998	1997						97,8	96,1	92,3	81,7
Dortmund, 2000	2000	98,5	98,2	95,6	95,4	93,1	92,4	89,5	83,7	78,2
Köln, 2000	1999								80,5	74,4
Lübeck, 2000	1998	98,8	98,5	97,9	96,9	95,6	95,6	91,2	86,2	83,5
Magdeburg, 2001	1999		99,1	98,3	97	95,8	93,5	87,9	78,1	59,8
Minden-Lübbecke (Kreis), 2001	1999	97,3	97,2	95,6	95,6	94,1	93,3	91,3	88,4	81,7
Neuss (Kreis), 1997	1996	99,7	97,3	96,1	95,7	93,8	93,6	90,3	84,3	63,6
Recklinghausen (Kreis), 2001	2000	99,1	98,8	97,2	96,5	94,6	93,8	91,1	85,7	81,9
Warendorf (Kreis), 1999	1999	98,4	97,9	97,1	96,7	96,1	96	94	90,8	89,7

Quelle: Meyer-Nürnberger, 2002

	1998		2000	
	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft
U1	99,4	81,7	99,1	87,1
U2	99	80,8	98,9	86
U3	98,4	75,7	98,2	81,8
U4	98,1	74,1	97,7	80,7
U5	97,3	69,8	96,8	75,6
U6	97	67	96,6	72
U7	94,8	66,6	95	69,1
U8	89,3	63,2	89,9	65
U9	79,6	56,5	83,1	64,2

Tabelle 2: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 nach Nationalität (Regierungsbezirk Weser-Ems, Angaben in Prozent)

Quelle: Niedersächsischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, 2002

Befunde	1996		1999		2000		
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Gesamtzahl	13.067	12.312	11.164	10.538	8.352	7.823	
Normalbefund in %	76,3	83,9	73,5	82,2	74,5	83,2	
auffälliger Befund in %	23,7	16,1	26,5	17,8	25,5	16,8	
davon	M	10,3	8,6	12,4	9,8	12,5	9,5
	A	3,7	2,7	3,6	2,5	3,1	1,9
	B	9,2	4,6	9,8	5,2	9,3	4,9
	L	0,4	0,2	0,7	0,3	0,6	0,5

M = Minimalbefund, kontrollbedürftig, zurzeit keine Therapie

A = Abklärung und Behandlung nötig

B = Sprachheilbehandlung ohne ärztliche Behandlung werden bereits durchgeführt oder eingeleitet

L = Bleibende Leistungsbeeinträchtigung oder sonderpädagogische Förderung notwendig

Tabelle 3: Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen bei Jungen und Mädchen deutscher Herkunft

Quelle: Niedersächsischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, 2002

Die Gründe für die geringe Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen sind vielfältig. Eine aktuelle Expertise, die Prof. Siegrist im Auftrag der BZgA erstellte, fasst Gründe für die geringe Teilnahme (hauptsächlich auf der Grundlage internationaler Daten) zusammen (SIEGRIST, Expertise im Auftrag der BZgA, 2003):

- soziale Distanz zu Institutionen und Personen der Medizin,
- mangelnde Handlungsfähigkeit (kognitive Fähigkeiten, Kommunikations- und Durchsetzungsfähigkeit),
- praktische Gründe (z.B. Unterbrechung der familialen Routine, Terminfindung)
- Versäumnis, Vergessen,
- fehlende Informationen (z.B. über Untersuchungsangebot, Impfmöglichkeiten, Sinn der Untersuchungen),
- negatives Feedback, fehlende positive Resonanz,
- Angst, Scham, landestypische gesundheitsbezogene Einstellungen.

Eine Befragung von 741 werdenden oder jungen Familien zu deren Beratungsbedarf (BERGMANN, 2000) ergab, dass

- 78 Prozent präventive gesundheitsbezogene Beratung für erforderlich halten,
- Präventionsangebote vor allem von Kinder- und Frauenärzten/innen initiiert werden sollten,
- Beratungsangebote von Arzt/Ärztin oder Hebamme durchgeführt werden sollten,
- 87 Prozent Beratungsangebot in Zusammenhang mit Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen würden (bevorzugt persönliche Beratung).

Die BZgA entwickelt daher ein Aktionsprojekt

zur Erhöhung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, vor allem in sozialen Brennpunkten. Die Ziele der Aktion sind:

- (1) Mehr Information über die Früherkennungsuntersuchungen, insbesondere der U7 bis U9, zu verbreiten und dadurch die Inanspruchnahme dieser Präventionsmaßnahmen auch und speziell durch Eltern der unteren sozialen Schichten zu steigern. Langfristiges Ziel ist die Vervollständigung des Impfstatus.
- (2) Eine Sensibilisierung der Zielgruppe über den Nutzen von Präventionsmaßnahmen, die Zielgruppe soll zu eigenverantwortlichem, gesundheitsförderndem Handeln motiviert werden.
- (3) Bereits bestehende oder geplante Aktivitäten der verschiedenen Akteure wie Ärzte/innen, Kindergarten, Jugendämter, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Quartiersmanager/innen in sozialen Brennpunkten sollen unterstützt und intensiver miteinander koordiniert und vernetzt werden.
- (4) Weitere Kooperationspartner, die das Projekt ideell und/ oder materiell unterstützen und begleiten, sollen gefunden werden.

Diese Ziele sollen „arbeitsteilig“ mit den zentralen Akteuren vor Ort erreicht werden, die ersten Aktionen beginnen 2003. Sie finden in sozialen Brennpunkten statt, da dort die Rückläufe der Teilnahmeraten besonders gravierend sind.

Das Projekt findet im Zusammenwirken von Pädiatern/innen, Eltern, Kindergärten, ÖGD und Jugendamt statt. Ein zentraler Akteur und/ oder ein bestehendes Netzwerk in einem sozialen Brennpunkt übernimmt die verantwortliche Koordination der Aktion, d.h. die Einbindung und

Motivation aller potenziellen Multiplikatoren vor Ort, vor allem der Ärzte und Kindergärten. Über Plakate und Infolyer (deutsch/türkisch) in Kindergärten, Apotheken, Arztpraxen, Schulen, Ämtern, Beratungsstellen, Bürgertreffs, Billigmärkten usw. sollen Eltern motiviert werden, die anstehenden Früherkennungsuntersuchungen durchzuführen und den Impfstatus zu überprüfen. Der verantwortliche Akteur/das Netzwerk führt die Plakatierung durch.

Es ist eine Aktion mit „incentives“ und „Gruppendynamik“ geplant: So bekommen die Kinder, die nach Start der Aktion die U7, U8 und U9 machen lassen, zur Belohnung ein entsprechendes U-T-Shirt vom Arzt. Ist die anstehende U bereits gemacht, wird das T-Shirt nach Vorlage des gelben Untersuchungsheftes von der Kindergärtnerin ausgegeben. Besitzen alle Kinder eines Kindergartens solch ein T-Shirt, sollen die Erzieherinnen – möglichst in Anwesenheit der Presse – ein witziges Foto von ihnen machen und zum Wettbewerb an die BZgA schicken. Sechs Monate nach Beginn der Aktion findet die Preisverleihung durch die BZgA statt: Die drei besten Fotos erhalten Geldpreise, die für einen Kindergarten sehr wertvoll sind, die anderen bekommen ein Überraschungsdankeschön fürs Mitmachen.

Für die gesamte Aktion stellt die BZgA den verantwortlichen Akteuren und ihren Kooperationspartnern kostenlose Materialien zur Verfügung: eine Medienmappe, die alle verfügbaren Medien für öffentliche und private Kooperationspartner, Anschreiben, Bestelllisten vorstellt; Poster mit drei verschiedenen Motiven zur Bewerbung der Früherkennungsuntersuchungen (Format DIN A2); Aktionspostkarten zur Information der Eltern über den Fotowettbewerb in den Kindergärten; Flyer zu den Früherkennungsuntersuchungen in deutsch und türkisch.

Zusätzlich erhalten die Kinderärzte/innen und Kindergärten für die Belohnung der Teilnahme an der U-Untersuchung die T-Shirts mit Motiven zur U7, U8 bzw. U9.

Zusammenfassend kann man die Aktion wie folgt beschreiben: Die Aktion spricht direkt und unkompliziert Eltern und Kinder an, sie bringt die Botschaften sympathisch und verständlich rüber, sie erzeugt ein positives und „belohntes“ Handeln, sie vernetzt unterschiedliche Akteure und fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Das Motto ist: Mitmachen lohnt sich!

Projekt „Jugendgesundheitstag“

Hierbei handelt es sich ebenfalls um die Bewerbung einer Früherkennungsuntersuchung, doch angesprochen werden soll hier die ältere Zielgruppe der 12- bis 16-Jährigen.

Die Idee wurde in Anlehnung an die ärztlichen Präventionstage der Bundesärztekammer vom JuMed-Team für die Zielgruppe der Jugendlichen entwickelt und in Hessen 1998 und 2000 praktisch erprobt. Die BZgA und JuMed haben eine Kooperation vereinbart, da beide Partner das Ziel verfolgen, den Jugendgesundheitstag als gezielte Ansprache von Jugendlichen möglichst oft und möglichst flächendeckend, bundesweit – mit einer Priorität auf den sozialen Brennpunkten des E&C-Programms – einzusetzen.

Was ist der Hintergrund? Festzustellen und zu beobachten sind in den letzten Jahren eine Zunahme gesundheitlicher Risiken bei Jugendlichen, vor allem chronischer und psychosomatischer Störungen und Krankheiten, gleichzeitig häufig eine falschpositive Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes bei Jugendlichen. Dennoch werden medizinische und psychosoziale Angebote durch Jugendliche nur selten in Anspruch genommen, zudem sind mangelnde Information und Unsicherheit über Sinn und Wirkung der fachlichen Beratung weit verbreitet. Bei diesen Punkten gibt es ausgeprägte schichtspezifische Unterschiede.

Das Jugendalter ist eine Entwicklungsphase, in der Determinanten für die Gesundheit im Erwachsenenalter erlernt werden – auch riskantes Gesundheitsverhalten und Lebensstil. Gesundheit ist aber offenbar kein Thema für Jugendliche. Will man sie dennoch erreichen, ist eine zielgruppenspezifische Ansprache erforderlich, d.h. eine persönliche Ansprache, wenig Printmedien, eine „interaktive“ Herangehensweise, Mitmach-Aktionen, die Vermittlung eindeutiger Botschaften und vor allem die Anknüpfung an den Lebensstil, die Lebenskultur, die Sprache und die Bedürfnisse von Jugendlichen.

Der Jugendgesundheitstag bietet die Möglichkeit einer solchen Ansprache. Er ist eine regionale, interdisziplinäre Plattform zur Förderung der Gesundheit und des Gesundheitsbewusstseins von Jugendlichen zwischen 12 und 16 Jahren.

Auf dem Jugendgesundheitstag werden

- Jugendliche mit Gesundheitsthemen und -partnern in Kontakt gebracht,
- Projekte zur Gesundheitsförderung in der Schule initiiert,
- Gesundheitsanbieter vernetzt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit vor Ort gefördert.

Ziel ist außerdem die Erhöhung der Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung für 12 bis 14-Jährige, die J 1.

Gesundheitsmarkt

Kern eines jeden Jugendgesundheitstags ist eine messeähnliche Veranstaltung, der Gesundheitsmarkt, der ein breites Themenspektrum mit vielen Interessen- und Risikobereichen des Pubertätsalters abdeckt und mit Aktionsständen, Workshops, Theater und Musik Inhalte der Gesundheitsförderung vermitteln will.

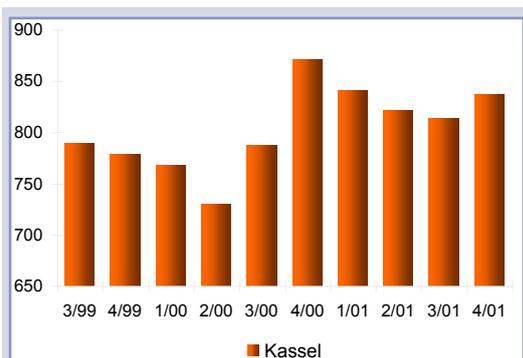
Die behandelten Themen sind „jugendtypische“ Themen: Pubertät, Sexualität, legale und illegale Drogen, gesunde Ernährung, Bewegung/Fitness, Stressbewältigung sowie Informationen über die J 1 und Impfungen.

Forum

Ergänzend dazu bietet ein Forum Kontakt- und Vernetzungsmöglichkeiten für Erwachsene, insbesondere Eltern, Lehrer/innen, Trainer/innen, Ärzte/innen, Therapeuten/innen und andere interessierte Berufsgruppen: Das Forum beinhaltet Workshops, Vorträge und/ oder Diskussionsforen auf der Basis des Open Space Konzepts. Ziel des Forums ist es unter anderem, Projekte zur Gesundheitsförderung an Schulen vorzustellen, zu entwickeln und dauerhaft im Schulalltag zu implementieren.

Alle Themen werden auch in Anlehnung an „gesundheitsziele.de“, „anschub.de“, Forum Prävention etc. behandelt.

Insgesamt eröffnet der Jugendgesundheitstag die realistische Perspektive, dass sich bei den Beteiligten das Interesse für das Thema Gesundheit erhöht und die Sensibilität für spezifische Gesundheitsprobleme geschärft wird. Greifbare Ergebnisse sind zu erwarten in Form einer verstärkten Inanspruchnahme der Beratungs- und Präventionsangebote (z.B. der J 1) sowie eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit.



Beispiel: Jugendgesundheitstag September 2000 in Kassel: Inanspruchnahme der J 1 (in der Bezirksstelle der KV Hessen)

Auf dieser Basis können sich auch Schulen erheblich besser für das Thema Gesundheit öffnen und gesundheitsfördernde Projekte mit den Anbietern in ihrem Umfeld entwickeln und realisieren.

Die BZgA und JuMed unterstützen die Veranstalter bei der Durchführung eines Jugendgesundheitstages durch:

- Start-Beratung des Veranstalters durch das JuMed-Team und begleitende Beratung während der Planungsphase (Aushändigung eines Leitfadens, Aufbau eines gemeinsamen Internetauftritts unter www.jugendgesundheitstag.de, der schon in der Vorbereitungsphase genutzt werden soll)
- Bereitstellung von Medien für den JGT: Plakat, Programm und Handout für die Schüler/innen,
- BZgA-Medien zur J1: Broschüre für Jugendliche, Plakat, Servicemappe für Ärzte/innen,
- Beteiligung der BZgA mit einem Aktionsstand zur J1,
- Evaluation.

Bedingungen für die Unterstützung sind:

- Identifikation mit dem Konzept und den Zielen,
- Inanspruchnahme der Beratung durch und ständige Rückkopplung zum JuMed-Team,
- Teilnahme am bundesweiten Internetauftritt www.jugendgesundheitstag.de,
- Einhaltung der Vorgaben der BZgA bei der Auswahl von Sponsoren,
- Förderung der J 1.

Klaus D. Plümer,
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen

Visionen der Zusammenarbeit – Gesundheitsförderung in be- nachteiligten Stadtteilen

Im Zentrum meines Vortrags steht das Thema „Visionen der Zusammenarbeit“ bzw. Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen. Aber schon dieser Untertitel impliziert, dass es offensichtlich so etwas wie ein soziales Gefälle gibt. Anders ausgedrückt: Es existieren hierarchisch angeordnete Handlungsebenen, die im wohlfahrtsstaatlichen Handeln auf der einen Seite und in der Abhängigkeit einer sozial benachteiligten Klientel auf der anderen Seite ihre Entsprechung finden. Hier geht es auch immer um ungleiche Machtverteilung. So beschäftige ich mich hier mit den Schlüsselbegriffen dieses E&C-Fachforums – Vernetzung, Macht, Gesundheit – und versuche herauszuarbeiten, was diese denn in ihrer Konsequenz für das Aktions- und Handlungsfeld gesundheitsförderlicher Arbeit in sozialen Brennpunkten aus Sicht der Klientel bedeuten können.

Mir geht es hier vor allem um reflektiertes Tun, um theoriegeleitete Praxis, denn jede Praxis hat zumindest implizite theoretische Annahmen, ist nicht voraussetzungslos. Im Zentrum steht die Frage: Was tun wir da eigentlich und warum? Oder anders gefragt: Führt unser auf Gesundheitsförderung ausgerichtetes Tun überhaupt zu dem gewünschten Ziel, nämlich ungleiche Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendlichen zu reduzieren?

Visionen versus Leitbilder

Warum tun wir uns so schwer mit Visionen in Deutschland? Insbesondere im öffentlichen Dienst – und Jugendhilfe und kommunale Gesundheitsdienste gehören zum öffentlichen Dienst – wird man leicht als Spinner, Träumer oder realitätsfremder Narr abgestempelt, wenn man querdenkt und unkonventionelle Vorschläge macht, die nicht der herrschenden Praxis entsprechen. Sprüche wie folgende bekommt man dann oft zu hören: „Vorstellen kann ich mir viel. Wünschen kann man sich alles! Aber ...“ und dann kommt der Katalog an Bedenken und Scheinargumenten, die angeblich dagegen sprechen und erklären sollen, warum etwas so nicht geht. Interessant ist dabei, dass die Probe aufs Exempel in der Regel erst gar nicht gemacht wird, weil man ja weiß, dass es nur schiefgehen kann. Und für Spielchen hat man keine Zeit, dafür sind die Zeiten zu ernst.

Ein Blick in einschlägige Nachschlagewerke kann diese bekannten Reaktionsweisen

Vision [lateinisch] *die*, Traumbild, prophetisches Zukunftsbild, Erscheinung; als Wirklichkeit empfundene anschauliche Gesichtswahrnehmung, der kein empirisch fassbarer Gegenstand entspricht. Visionen treten häufig in ekstatischreligiösen Zuständen auf und sind oft mit Prophezeiungen verbunden.

Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus

und Abwehrmechanismen vielleicht erhellen. Eine Vision, sagt uns der BROCKHAUS, ist ein Traumbild, ein prophetisches Zukunftsbild, eine Erscheinung, die als Wirklichkeit empfunden wird. Im DUDEN finden wir die Bestätigung für diese Erklärung, die eine Verbindung zu „ekstatisch-religiösen Zuständen“ mit in Trance erzeugten Prophezeiungen herstellt. Es wird klar, warum dem aufgeklärten, modernen Menschen Visionen suspekt erscheinen müssen, die man als Form der vormodernen Weltaneignung, verbunden mit Heilserwartungen, bestenfalls belächeln kann.

Vision *die*; -, -en <lat.>

(Erscheinung; Traumbild; Zukunftsentwurf)
Duden 1, Die deutsche Rechtschreibung.
22. Aufl. Mannheim 2001

Eine modernere, der Neuzeit angepasste Interpretation bietet da die ENCARTA ENZYKLOPÄDIE 2000: Dort lesen wir, eine Vision sei „im weiteren, umgangssprachlichen Verständnis das aktiv-kreative Wunschbild von einem zu erreichenden Sollzustand in der Zukunft.“ Und: „In diesem Wortsinn ist die Vision im allgemeinen positiv besetzt und wird in Verbindung gebracht mit Aktivität, Kreativität und Phantasie.“

Es geht also um eine aktive Aneignung der Welt durch den Menschen, der sich nicht nur

Vision (zu lateinisch *videre*: sehen), im weiteren, umgangssprachlichen Verständnis das aktiv-kreative Wunschbild von einem zu erreichenden Sollzustand in der Zukunft. In diesem Wortsinn ist die Vision im allgemeinen positiv besetzt und wird in Verbindung gebracht mit Aktivität, Kreativität und Phantasie.
Microsoft Encarta Enzyklopädie 2000

eine Vorstellung von dieser Welt macht, sondern auch kommuniziert, wie denn die Welt der Zukunft beschaffen sein soll. Wenn wir in diesem Sinne von Visionen sprechen, geht es um eine antizipierte Zukunft, wie es der bekannte Hirnforscher und Nobelpreisträger John C. Eccles (ECCLES 1993, S.373) formulierte. Das „schöpferische Vorstellungsvermögen [ist] eine Eigenschaft des Gehirns, die von überr-

gender Bedeutung ist.“ Das menschliche Gehirn ist nicht nur ein extrem leistungsfähiger Computer, mit dem alle lebensrelevanten funktionalen Operationen in Echtzeit durchgeführt werden können, es ist eine Kreativ-Maschine, etwas, das es gar nicht geben kann, wenn wir bei der Maschinenmetapher bleiben. Denn Menschen lernen, Maschinen aber nicht.

Im Zuge der allerorten mit unterschiedlichem Erfolg vorgenommenen Verwaltungsmodernisierung ist weniger von Visionen als von Leitbildern die Rede. Sie sollen aber denselben Zweck erfüllen, nämlich die Zielkoordinaten einer angestrebten Zukunft skizzieren und Orientierung für alle Akteure geben, wie diese Zukunft erreicht werden kann. Soweit, so gut. Doch warum erfüllen Leitbilder nicht immer ihren Zweck? Liegt es an den häufig floskelhaften Leerformeln, der psychischen Disposition der Akteure, an den bürokratischen Strukturen und/oder eingefahrenen Denkweisen infolge routinierter Handlungsabläufe? Vermutlich ist es von allem etwas. Oder liegt es einfach am fehlenden Mut, etwas Neues, Unvertrautes auszuprobieren, zu experimentieren?

»Du siehst Dinge und fragst: „Warum?“; doch ich träume von Dingen und sage: „Warum nicht?“«
George Bernard Shaw

Visionen als Leitbilder

Vier Beispiele, die verdeutlichen, wie Visionen als Leitbilder des Handelns wirken können.

Beispiel 1: Schule, die Spaß macht

Stellen Sie sich eine Schule vor, in der die Schüler/innen nach der dritten Stunde selbst entscheiden können, ob sie noch am Unterricht in der Klasse teilnehmen oder lieber etwas anderes in der Schule oder auf dem Schulgelände machen wollen. Stellen Sie sich eine Schule vor, in der das Rauchen ausdrücklich erlaubt ist und in der Graffitis an Wänden gesprüht werden dürfen. Stellen sie sich eine Schule vor, in der Künstler/innen eingeladen werden, um die Schüler/innen mit Kunst, künstlerischem Denken und Gestalten vertraut zu machen; in der diese Künstler/innen der Schule einzelne Exponate überlassen, so dass die Schule inzwischen zu einer Art Kunsthalle am Ort geworden ist. Eine Schule, die alljährlich ein großes Spektakel, wie sie es nennen, veranstaltet, an dem alle an der Schule Beteiligten mitwirken und das durch örtliche Gewerbetreibende unterstützt wird. Ein Spektakel, das zu einem wichtigen, auch kulturellen Ereignis für den Ort wird. Ein

Ort, an dem Schüler/innen, Lehrer/innen und Eltern in eine ihnen fremde, nicht vertraute Lebenswelt eintauchen, buchstäblich er- und nachleben können, wie Menschen als Indianer, Inkas, japanische Samurais oder in griechischen Philosophenschulen gelebt haben.

Diese Schule gibt es (PLÜMER 1996, S. 4/5) in dem kleinen Städtchen Elze bei Hannover. Es ist die Theodor-W.-Adorno-Schule, eine Hauptschule mit Orientierungsstufe, in der überwiegend so genannte schwer erziehbare Großstadtkinder, die in einem Internat leben, unterrichtet werden. Leitbild für diese Schule ist eine Forderung Adornos: „..., dass Auschwitz nicht noch einmal sei, ist die allererste an Erziehung“. Diese visionäre Forderung Adornos wird in Elze zum Motto einer theoriegeleiteten pädagogischen Praxis, mit der das Projekt einer offenen Schule durch den Schulleiter und spiritus rector Dr. Norbert Hilbig eingeleitet wurde und seither erfolgreich entfaltet wird. Die Theodor-W.-Adorno-Schule war Expo-Projektschule. Sie hat keine Schulordnung, sondern eine Schulverfassung, in der Schule als eine Lebens- und Lerngemeinschaft beschrieben wird, die durch Toleranz, Respekt, Freundlichkeit und Gewaltverzicht geprägt ist und in der sich in fünf Paragraphen Schüler/innen und Lehrer/innen gleichermaßen auf einen respektvollen und fairen Umgang miteinander verpflichten.

Beispiel 2: Ein Hochhaus zum Wohlfühlen

Sie kennen das: ein heruntergekommenes Hochhaus, der Eingang eng und düster, der Aufzug kaputt. Reklamezettel und alte Zeitungen auf dem Boden, verbogene Briefkästen, vor den Mülltonnen jede Menge Dreck. Kein Platz zum Wohlfühlen, aber ein Platz, an dem Leute wohnen. Die meisten der 150 Hausbewohner/innen, jede/r zweite ist Ausländer/in, wollen nur eins: Raus hier. Sie schämen sich, hier wohnen zu müssen. Verantwortlich fühlt sich niemand hier für das Haus. Vorurteile von unerzogenen Kindern und Türken bestimmen das Miteinander.

Doch plötzlich gelingt es einer Bürgerinitiative, die Bewohner/innen zu aktivieren, damit sie sich um „ihr“ Haus kümmern. Auf einer Hausversammlung wird ein Hausbeirat gegründet, der sich um die Probleme im Haus kümmert. Dies stößt auf positive Resonanz beim Hauseigentümer, der zusagt, den Hauseingang zu sanieren. Die Wohnungsbaugesellschaft investiert 180.000 Euro. Eine frei werdende Wohnung im Erdgeschoss wird zum Gemeinschaftsraum. „Den gestalten die Bewohner selbst. Ein türkischer Bewohner ging durchs Haus und sammelt 350 Euro für Tische und Stühle. Andere spenden Teppiche, Bücher und Spiele. Zweimal

die Woche kommt nun eine Lehrerin, die ehrenamtlich Deutsch unterrichtet“ (STADLER 2002, S. 58). In der neuen Pfortnerloge sitzt rund um die Uhr ein „Hausbetreuer“, wie sie ihn nennen. „Er bewacht nicht nur das Haus, sondern ruft Handwerker oder geht dazwischen, wenn sich Jugendliche prügeln.“

Das Haus hat sich verändert: Die Leute fühlen sich jetzt für das Haus mitverantwortlich, sie reden miteinander und lösen ihre Probleme untereinander. Aus dem unwirtschaftlichen, maroden Hochhaus ist ein Ort geworden, an dem man nicht nur wohnen kann, sondern an dem sich die Menschen auch wohl fühlen können. Der Anstoß kam von einer Umweltinitiative, die auf der Suche nach Möglichkeiten war, Energie und Wasser zu sparen. Das erfolgreiche Projekt wird jetzt in Nachbarhäusern im hessischen Hofheim kopiert. Es wurde von Bundespräsident Rau ausgezeichnet.

Beispiel 3: Stadtteil neu entworfen

Essen, eine Großstadt im Ruhrgebiet. Zwischen Innenstadt und Universität gibt es ein 120.000 Quadratmeter großes Brachland. Pläne für eine Bebauung dieser Fläche liegen schon in der Schublade. Die SPD-Ratsmehrheit will eine 45 Millionen Mark teure Philharmonie und zwei 27-geschossige Wolkenkratzer auf dem Gelände errichten, neben dem bekannten 150 Meter hohen RWE-Turm. Doch „die Vorfreude über die schönste City-Skyline jenseits von Frankfurt am Main“ hielt nicht lange an. Ein Bürgerbegehren von 90.000 Unterschriften formierte sich gegen die ehrgeizigen Pläne der Kommunalpolitiker/innen, eine totale Blockade des Vorhabens drohte.

Dass nun statt Wolkenkratzern und einer teuren Philharmonie ein Park und Wohnungen gebaut werden, ist dem bürgerschaftlichen Engagement zu verdanken, das 1300 Essener Bürger/innen in eine fünftägige Planungs- und Perspektivenwerkstatt einbrachten, der größten, die bisher in Deutschland stattfand. Von ihnen stammen die meisten Ideen und Vorschläge, die Städteplaner John Thompsons mit seinem Team in einem alternativen Bebauungsplan ausarbeitete. „Demnach soll auf dem 19 Fußballfelder großen Gelände ein elipsenförmiger Park entstehen, um den sich Kultur- und Freizeiteinrichtungen, Wohnungen, Geschäfte und einzelne Gewerbetreibende gruppieren. Die benachbarte Uni mit ihren 25.000 Studenten findet Anschluss an die Innenstadt: Ein neuer S-Bahnhof soll entstehen ...“ (KALTENBORN, 1999)

Community Planning ist in Deutschland noch weitgehend unbekannt. Anders in den Vereinigten Staaten, wo schon seit den 60er Jahren in mehr als 130 Fällen gute Erfahrungen

mit dieser Methode gemacht wurden. Auch in Großbritannien wird schon seit den 80er Jahren immer mehr auf die Spontaneität und Originalität der Anwohner/innen gesetzt. „Die Menschen aus der Nachbarschaft wissen oft besser, wo der Schuh drückt, sie sind die besseren Experten für die Probleme in ihrem Viertel. Diese Kompetenz muss man für den Planungsprozess nutzen“, resümiert Andreas von Zadow, der die drei ersten Perspektivenwerkstätten in Deutschland anstieß: am Schloßplatz in Berlin, in Berlin-Hellersdorf (1995/96) und in München-Freimann (1999).

Beispiel 4: Förderschule macht Lust auf Lernen

Eine Schule für Lernbehinderte – so das offizielle Etikett für Schüler/innen, die aus so genannten sozialen Brennpunkten kommen und die an anderen Schulen gescheitert sind, „eine unglückliche Mischung aus geringer Begabung, Armut, überforderten Eltern.“ Viele Jugendliche leben hier von Sozialhilfe. Die Neugier, natürliche Grundlage des Lernens, wurde nicht wenigen von ihnen mit Gewalt ausgetrieben. Mangelndes Selbstbewusstsein kennzeichnet die Jugendlichen, „deren Leben (bislang) eine ziemlich lange Kette von Misserfolgserlebnissen war.“ (BERGMANN 2003, S. 57-60)

Das Klassenzimmer an der Förderschule Pröbenweg im Hamburger Stadtteil Hamm sieht aus wie „eine Mischung aus Wohnzimmer und gut gepflegtem Hobbykeller. Es gibt alle möglichen Werkzeuge, Musikinstrumente, mehrere Computer, einen nagelneuen Fernseher, einen DVD-Player, eine Stereoanlage mit gewaltigen Boxen und einen Videoschnittplatz. Ein paar zehntausend Euro stecken in dem pädagogischen Paradies, alles selbst beschafft und zusammengebettelt.“ Für den Klassenlehrer Wilhelm Winkelmann, der stolz erklärt: „Eine besser ausgestattete Klasse gibt es in Hamburg nicht“, ist es „eine Frage der Ehre, für seine Schüler Nachhilfe in Sachen Selbstbewusstsein“ zu geben.

Mit den benachteiligten Jugendlichen macht er „ambitionierte Projekte, zum Beispiel Filme. Einer handelt von einem libanesischen Mitschüler, der abgeschoben werden sollte (und schließlich auch wurde). Monatelang begleiteten die Klassenkameraden Hassan El-Mokdad und dessen Familie mit der Kamera, nervten Sachbearbeiter/innen in der Ausländerbehörde und Politiker/innen bis hoch zum Bürgermeister.“ Die Fähigkeiten, die in den „lernbehinderten“ Jugendlichen schlummerten, zeigten sich schon bald. Sie lernten nicht nur, die komplizierte Technik zu beherrschen, auch das Filmteam funktionierte nach einer Weile.

Der Film *Zurück nach Beirut* wurde mehrfach

ausgezeichnet, im In- und Ausland. Es folgten weitere Filme. Insgesamt wurde das Gesamtwerk der Schüler/innen bisher mehr als dreißigmal prämiert. Jedes Jahr nimmt die Schule durch Preisgelder, den Verkauf von Videos und Senderechten, Spenden und Fördermittel ein paar tausend Euro ein. Die Lust am Lernen ist nicht totzukriegen, Lehrer Winkelmann ist es überzeugend gelungen, sie wieder zu wecken, auch bei denen, die vorschnell abgeschrieben werden. Und alle werden belohnt dafür: die Schüler/innen, die Lehrer/innen, die Schule. Aber es ist eine Ausnahme, die leider keine Schule macht.

Phantasie an die Macht

Ein Schulleiter, der eine Mission hat: Adornos Forderung an Erziehung Wirklichkeit werden zu lassen. Eine Bürgerinitiative, die sich für den verantwortungsvollen Umgang mit der natürlichen Umwelt einsetzt und Menschen wieder zueinanderbringt. Bürger/innen, die beginnen, die Innenstadt zum Wohnen zurückzuerobern, die mit unverstellter Sichtweise, durch bürgerschaftliches Engagement und mit professioneller Unterstützung ihre Kompetenz in einem öffentlichen Planungsprozess erfolgreich demonstrieren. Ein Lehrer, der benachteiligten Jugendlichen die Lust am Lernen ermöglicht, obwohl sie vom Schulsystem und von der Gesellschaft eigentlich schon abgeschrieben sind.

Vier Beispiele von mehreren, die zeigen, wie der Mensch mit Phantasie, kreativer Energie und Beharrlichkeit selbst in so bürokratisch verkrusteten Institutionen wie Schule gestaltend wirken kann. Sie strafen all jene Lügen, die immer schnell mit dem Argument zur Hand sind: Das geht bei uns nicht! Oder diejenigen, die gerne auf die knappen Ressourcen, zu wenig Personal und kein Geld verweisen. „Es sind weniger Finanzblockaden als Denkblockaden, die die fällige Revitalisierung von Wirtschaft, Staat und Gesellschaft verhindern. Die Krise fängt in den öffentlichen Köpfen, nicht in den öffentlichen Kassen an. Was fehlt, ist nicht nur Geld, sondern vor allem Ideen – und die politische Courage, sie durchzusetzen.“ (DETTLING 1993, S. 28) Dieses Fazit zog Warnfried Dettling bereits vor zehn Jahren in der ZEIT-Reihe „UMDENKEN Visionen und Revisionen.“ Seither ist die Situation in den Städten und Gemeinden, in Kommunen und Ländern ökonomisch betrachtet eher schlechter als besser geworden.

Doch der Glaube, wohlfahrtsstaatliches Handeln sei die angemessenste Form, ungleiche Lebenschancen auszugleichen und sozialer Benachteiligung zu begegnen, scheint nur durch die Erkenntnis der Nicht-mehr-Finanzierbarkeit erschüttert zu werden. Es ist wohl wahr: Die

staatliche Macht „reguliert die Beziehungen zwischen Bürgern mit gleichen Rechten und ungleichem Eigentum, das heißt die öffentliche Szene der überindividuellen Transaktionen.“ (SAVATER 1990, S. 614/15). Vergessen wird dabei aber, dass mit dem Sozialstaat und seinen sozialen Transferleistungssystemen auch riesige Verteilungsbürokratien entstanden, die dem bedürftigen Bürger oft genug mit „pastoraler Macht“ gegenüberreten, ihn seine Abhängigkeit spüren lassen und ihm Würde nehmen. Wo die Gesellschaft den sozial Benachteiligten eigentlich keine Lebenschancen mehr eröffnen kann, bleibt am Ende oft nur Resignation und tagtäglich erlebte Demütigung.

In seinem Essay über Die Zukunft der Ethik formuliert es Fernando SAVATER so: „... die pastorale Macht – beschämende Ergänzung der staatlichen Macht ... – reaktiviert die unbegrenzte Fürsorge ... eine ‚gute‘ pastorale Staatsmacht, das heißt den Verlust der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Individuen, der für uns ‚gesünder‘ sein soll als die Risiken, die jene mit sich bringen.“ (ebd.) Was hier als Resultat wohlfahrtsstaatlichen Handelns beschrieben ist, wird heutzutage von Politik und Gesellschaft sehr gerne beklagt, nämlich die mangelnde Eigenverantwortung bei den Bürgern/innen.

Doch wie wir gesehen haben – wenn dort, wo Dinge mit Phantasie und Kreativität in vorgegebenen Strukturen verändert werden, geschieht das, indem Menschen für sich und ihr unmittelbares soziales Umfeld Verantwortung übernehmen. Und mehr noch: indem sie sich die Macht zum Handeln zurückerobern, Grenzen experimentell überschreiten und Regelbruch begehen, wenn es sein muss, wie zum Beispiel in der Theodor-W.-Adorno Schule in Elze. Das Machen, das aktive gestalterische Tun steht nicht konträr zur wohlfahrtsstaatlichen Macht, sondern befreit aus deren Abhängigkeit und verschafft sich Respekt und Würde ihr gegenüber.

Risiken und Risikoverhalten Jugendlicher

Dass Risiken und Risikoverhalten sozial ungleich verteilt sind, darüber herrscht weitgehend Einigkeit unter Wissenschaftlern/innen und Experten/innen. Doch in welchem Maße sind zum Beispiel Unterschiede im Risikoverhalten adoleszenter Jugendlicher durch soziodemographische und sozioökonomische Faktoren erklärbar? In einer groß angelegten Längsschnittstudie über das Risikoverhalten amerikanischer Jugendlicher hat das Center for Adolescent Health der University of Minnesota folgendes herausgefunden (BLUM et.al., 1990): Unterschiede im Risikoverhalten adoleszenter

Jugendlicher lassen sich nur in der Größenordnung von 0,5 bis 9,7 Prozent durch Faktoren wie ethnische Zugehörigkeit, Familienstruktur

chen bis zu 49 Prozent beim Rauchen und frühzeitigem Sexualverkehr erklären (s. Abb. 2).



Abb. 1

und Einkommen erklären (s. Abb. 1) bezogen auf gesundheitliche Gefährdungen durch Rauchen, Alkoholkonsum, Gewalt, Suizidversuche oder Suizid und frühzeitigem Sexualverkehr. Nimmt man weitere soziale Einflussgrößen

Wir wissen also allenfalls zu fünfzig Prozent, warum Jugendliche sich so verhalten, wie sie sich verhalten. Umso erstaunlicher ist es, dass viele Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für Kinder und Jugendliche

Erklärbares Risikoverhalten

bei adoleszenten Jugendlichen

Risikoverhalten	Jungen	Mädchen
Rauchen	31% – 42%	24% – 49%
Wichtigste Zusatzfaktoren:		
Alkohol	35% – 44%	28% – 43%
Wichtigste Zusatzfaktoren:	Schulprobleme – Freunde, die trinken	
Gewalt	20% – 31%	12% – 25%
Wichtigste Zusatzfaktoren:	Schulprobleme – Freunde, die trinken	
Suizid	9% – 10%	12% – 23%
Wichtigste Zusatzfaktoren:	Suizid oder Suizidversuch bei Freunden	
Sex	25% – 34%	35% – 49%

The National Longitudinal Study of Adolescent Health (ADD Health)
Center For Adolescent Health, University of Minnesota 2000

Abb. 2

wie Freunde, Freizeitverhalten und Schule als Institution hinzu, lässt sich das Risikoverhalten adoleszenter Jugendlicher bei den Jungen bis zu 44 Prozent bei Alkoholkonsum und bei Mäd-

dies nicht oder nur unzureichend zur Kenntnis nehmen. Die Frage, warum Jugendliche rauchen und trinken, aggressiv und gewalttätig sind, interessiert oft nur die Sozialarbeiter/in-

nen. Bei den präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen steht nach wie vor im Vordergrund, dass Rauchen, Alkohol, legale und illegale Drogen, aber auch ungesunde Ernährung und zu wenig Bewegung Jugendliche gefährden und dass sie deshalb schon um ihrer selbst willen von ihrem gesundheitsgefährdenden Verhalten abgebracht werden müssen. Löbliche Ausnahmen wie die BZgA-Kampagne „Kinder stark machen“ finden bei vielen Gesundheitsakteuren nicht die Beachtung, die sie eigentlich verdienen.

Zu welchen Schlussfolgerungen gelangt nun die amerikanische Studie über das Risikoverhalten adoleszenter Jugendlicher? Positive Elternbeziehungen sind der Gesundheit Jugendlicher auf jeden Fall zuträglich, negativ wirkt sich eine unstrukturierte Freizeit bei Kindern und Jugendlichen aus. Als größtes gesundheitliches Problem für Kinder und Jugendliche wird aber Schulversagen festgestellt. „School failure is a public health problem“, heißt es in der o.g. Studie, als eine der größten Herausforderungen wird es gesehen, positiv Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu nehmen.

Schulversagen meint zweierlei, einmal das Problem für Kinder und Jugendliche, in der Schule zu versagen, zum anderen aber das Versagen der Schule als eine gesellschaftliche Institution. Es gehört zu den Paradoxien in Deutschland, dass die öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste dem Problem Schulversagen kaum Beachtung schenken, dass Programme zum Thema Schulgesundheit wie „Gesundheitsfördernde“ oder „Gesunde Schulen“ lange von ihnen weitgehend unbeachtet geblieben sind. Stattdessen haben Impfkampagnen, die sicherlich sinnvoll sind, aber die Problemlagen von Kindern und Jugendlichen kaum tangieren, derzeit Konjunktur und die schon seit vielen Jahren als durchaus fragwürdig erachteten Schuleingangsuntersuchungen werden nach wie vor als Hauptaufgabe gesehen. Das Robert-Koch-Institut (RKI) führt zur Zeit eine bundesweite Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit durch, Daten der Schuleingangsuntersuchungen finden dabei keine Berücksichtigung.

Gesundheit, Gesundheitsziele und Lebensqualität

„Vernetzung – Macht – Gesundheit“ lautet der Titel dieser Dokumentation. Und es geht hier um Entwicklung und Chancen für Kinder und Jugendliche, die in so genannten sozialen Brennpunkten aufwachsen müssen. Soziale Benachteiligung bedeutet oft auch geringere Gesundheitschancen. Aber was ist Gesundheit? „Gesundheit ist nichts, was man machen

kann“, erklärt uns der große deutsche Philosoph Hans-Georg Gadamer. Was ist es dann? Geht es um ein umfassendes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden, wie es in der bekannten WHO-Definition heißt? Und was bedeutet dann Wohlbefinden? Geht es darum, dass sich die Menschen durch eine gesunde Lebensweise wohler fühlen können oder dass sie sich in ihrer konkreten Lebenssituation wohlfühlen sollen? Ist das eine Frage von gesunder Ernährung, körperlicher Fitness, eine Frage eines gesunden Lebensstils? Sind das die vorrangigen Probleme von sozial Benachteiligten?

Es bestehen Zweifel, denn „Gesundheit ist eben überhaupt nicht ein Sich-Fühlen, sondern ist Da-sein, In-der-Welt-Sein, Mit-den-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig oder freudig erfüllt sein“ (GADAMER 1993, S. 144). Welche Chancen haben Kinder und Jugendliche auf ein tätiges und erfülltes Leben, wenn ihnen grundlegende Bedingungen dafür von Politik und Gesellschaft versagt bleiben, zum Beispiel Arbeit, um für sich selbst sorgen zu können, wenn sie nicht produktiven Anteil am gesellschaftlichen und sozialen Leben nehmen können, sich Dazu-gehörig-fühlen können?

Dass es um mehr geht, als Kindern und Jugendlichen gesunde Lebensweisen nahe zu bringen, insbesondere wenn ihnen aufgrund ihrer sozialen Lage geringere Entwicklungsmöglichkeiten und Lebenschancen gesellschaftlich eröffnet werden, zeigt der Katalog der Nationalen Gesundheitsziele in Schweden (2002, S. 13):

1. ein starker Solidaritätssinn und ein Gemeinschaftsgefühl in der Gesellschaft
2. eine unterstützende soziale Umgebung für das Individuum
3. sichere und gleiche Bedingungen in der Kindheit für alle Kinder
4. ein hohes Beschäftigungsniveau
5. eine gesunde Arbeitsumgebung
6. zugängliche Grüngebiete für die Erholung
7. eine gesunde Umwelt, drinnen und draußen
8. gesunde Umfelder und Produkte
9. mehr körperliche Aktivität [...]

Interessant ist, dass die ersten acht der insgesamt 18 nationalen Gesundheitsziele in Schweden nur mittelbar etwas mit Gesundheit – so wie Gesundheit gemeinhin verstanden wird – zu tun haben. Hier geht es um gesellschaftliche Voraussetzungen, um Determinanten von Gesundheit. Erst dann folgen die klassischen, auf die Förderung eines gesunden Lebensstils und gesunder Lebensweisen abstellenden und krankheitsbezogene Gesundheitsziele. Wie der Stand der Diskussion in Deutschland zum The-

ma Gesundheitsziele ist, zeigt die folgende Grafik.

Die Anerkennung der so genannten Laienkompetenz zielt nicht nur auf einen gleichbe-

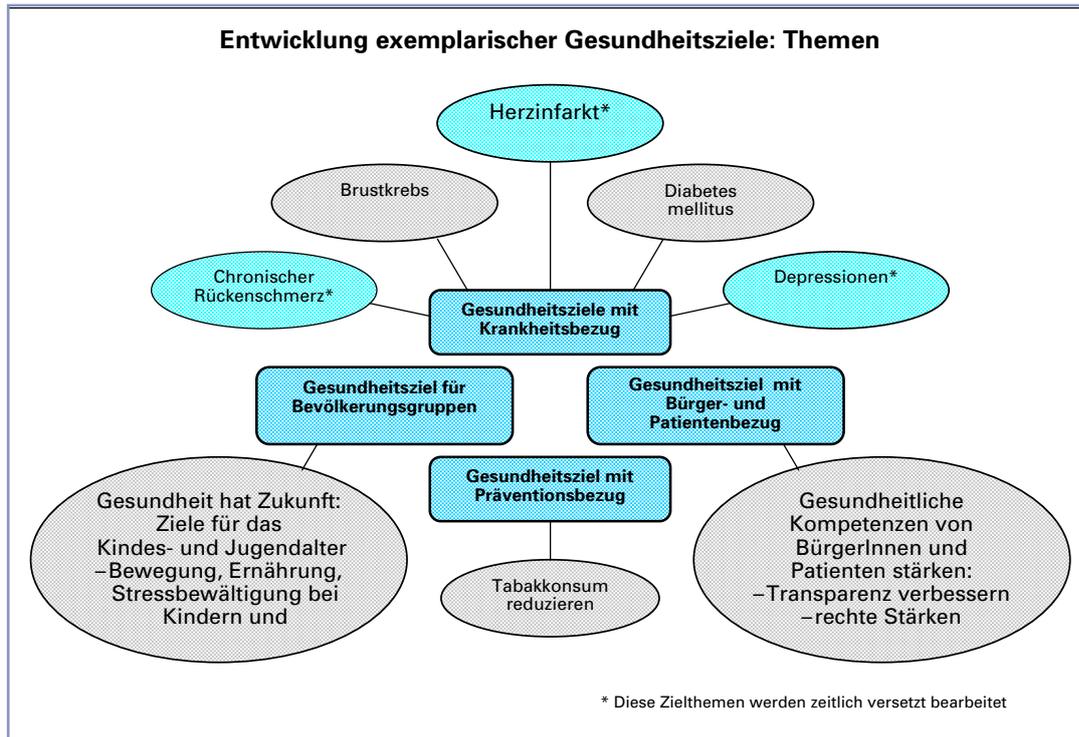


Abb. 3

Es ist un schwer zu erkennen, dass die in Deutschland entwickelten exemplarischen Gesundheitsziele nur sehr bedingt geeignet sein dürften, um die angestrebten Ziele zur „Gesundheit für alle“ oder die in der Agenda für Gesundheit 21 aufgelisteten Ziele für die Einführung zur Politik Gesundheit für alle für die europäische Region der WHO zu erreichen. Hier ist der Fokus nicht Krankheit und chronische Erkrankungen, sondern hier geht es um Quality of Life – um gleiche Lebensqualität für alle, unabhängig von ihrem Krankheits- oder Gesundheitsstatus. Ein produktives, glückliches und erfülltes Leben führen zu können, heißt: „Das Gefühl der einzelnen Menschen oder ganzer Bevölkerungsgruppen, dass ihre Bedürfnisse befriedigt werden und ihnen keine Möglichkeiten, Glück und Erfüllung zu finden, vorenthalten werden.“ (EUR/RC, 1998)

Partizipation, Respekt und Akzeptanz

Gesundheitsförderung als Präventionskonzept zielt darauf ab, allen Menschen ein Mehr „an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen“ (Ottawa-Charta, 1986). Dazu gehört nicht nur die Möglichkeit zur aktiven Teilhabe am sozialen Leben, sondern auf Seiten der professionellen Akteure auch, dass die Menschen (auch Kinder und Jugendliche) als „Subjekt von Geschehen, nicht Objekt von Hilfsbereitschaft“ akzeptiert werden, wie es der ehemalige Justizminister von Niedersachsen Christian Pfeiffer (PFEIFFER, 2002) ausdrückt.

rechtigten, dialogischen Umgang seitens der professionellen Experten/innen für Gesundheit und gute Lebensweisen ab. Sie trägt vor allem dem Umstand Rechnung, dass Fragen des guten und gesunden Lebens nur kommunizierbar sind, aber nicht wissenschaftlich oder anhand professioneller Expertise begründet entschieden werden können.

Wodurch erlangt ein Mensch Respekt? Und was bedeutet Respekt im Zeitalter der Ungleichheit? Diese Fragen beschäftigen den bekannten amerikanischen Soziologen Richard SENNETT in seinem gleich lautenden Buch, das kürzlich erschienen ist. Richard Sennett wuchs in den 40er Jahren mit seiner Mutter, einer Sozialarbeiterin, in einem sozialen Brennpunkt in seiner Heimatstadt Chicago auf. Er hat sozusagen am eigenen Leibe erfahren, was es bedeutet, sozial benachteiligt zu sein. „Mangelnder Respekt mag zwar weniger aggressiv erscheinen als eine direkte Beleidigung, kann aber ebenso verletzend sein. Man wird nicht beleidigt, aber man wird auch nicht beachtet; man wird nicht als ein Mensch angesehen, dessen Anwesenheit etwas zählt“ (SENNETT 2002, S. 15 und S. 315ff). Wie steht es mit dem Respekt, wenn sozial Benachteiligten staatliche Fürsorge in Gestalt von wohlmeinenden Vorschlägen zuteil wird, wie sie ihr Leben besser und gesünder organisieren können? Welche Chancen hat jemand, der von staatlicher Fürsorge abhängig ist, Anerkennung und Respekt zu erfahren? Nach SENNETT gewinnt Respekt,

wer seine eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten entfaltet, wer sich um sich selbst sorgt und Verantwortung für sich und andere übernimmt, wer anderen etwas zurückgibt.

Wie soll dies möglich sein, in einer Gesellschaft, die auf ungleich verteilten Voraussetzungen und nicht auf Verschiedenheit beruht? Schon seit geraumer Zeit wird das Modell der Bürger- oder Zivilgesellschaft als Alternative und Zukunftsmodell für die Lösung und Überwindung von Problemlagen in den modernen entwickelten Gesellschaften diskutiert. Es beinhaltet u.a. eine Vision für das Zusammenleben und Zusammenarbeiten unter der Bedingung individueller Verschiedenheit und vielfältiger Möglichkeiten. „Ihrem Wesen nach ist die künstlerische Gesellschaft eine zivile Gesellschaft, die nicht hierarchisch-direktiv, sondern kontraktlich-kooperativ organisiert, wo zwei Menschen wie zwei Freunde zusammenarbeiten, nicht aber wie Vorgesetzter und Untergebener“, skizziert György KONRÁD (1990, S. 290) in seinem Plädoyer für eine interkommunikative Architektur in Europa die Vision vom künftigen Miteinander. Was 1990 noch wirklich utopisch anmutete, ist im Zuge der Modernisierungsprozesse in Unternehmen und Verwaltung zumindest programmatisch zum „Muss“ fürs nicht nur ökonomische Überleben geworden.

Empowerment, Soziales Kapital und Vernetzung

Empowerment ist ein Kernelement des Gesundheitsförderungskonzepts. Empowerment bedeutet, Menschen in die Lage zu versetzen, ihre Geschicke selbst zu bestimmen und aktiv dafür einzutreten. „Das Ziel besteht darin, einen Prozess in Gang zu setzen, in dem Menschen mit gleichen Interessen oder Sorgen gemeinsame Ziele bestimmen und sich darauf konzentrieren, die nötigen Mittel zu beschaffen, andere für das Mitmachen bei Kampagnen zu motivieren und dadurch dazu beizutragen, die politische Macht in der Gemeinde neu zu ordnen“. So definiert Meredith MINKLER (1994) Empowerment in einer Fallstudie zu einem Projekt mit alten Menschen in einer amerikanischen Millionenstadt. Ursprünglich handelt es sich um ein sozialpolitisches Konzept in der amerikanischen Gemeindepshychiatrie (RAPPORT, 1985).

Die Kanadier Irving Rootman und Ronald Labonté (1996, S. 4-12) lenken in ihrer Definition das Hauptaugenmerk auf den Terminus power, auf die Rückgewinnung von Kontrollmacht, die weitgehend übernommen oder abgetreten wurde an Expertensysteme. Empowerment als gesundheitsförderliche Ressource ...

- ... ist power within, die Erfahrung von Wahlmöglichkeiten,

- ... ist power with, die Erfahrung von wechselseitiger Abhängigkeit,
- ... ist power between, die Erfahrung von Groß- und Freizügigkeit.

Diese Erfahrungen und die Entwicklung eines entsprechenden Grades an persönlicher Handlungsautonomie können Menschen um so eher wiedererlangen, je stärker das Potenzial an sozialem Kapital in einer Gesellschaft ausgeprägt ist. „Soziales Kapital bezeichnet die Merkmale einer sozialen Organisation wie Bürgerbeteiligung (civic partnership), Normen der Gegenseitigkeit und Vertrauen in andere, welche die Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil begünstigen.“ (AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 1987, S. 1491-8)

Soziales Kapital ist eine Variable auf der Ebene der Gemeinschaft. Dem entspricht auf der Ebene des Individuums dessen soziales Netzwerk. Der Zusammenhang zwischen sozialen Netzwerken bzw. sozialer Integration und Gesundheit ist vielfach untersucht. Soziales Kapital beschreibt auf der horizontalen Ebene den Grad sozialer Integration zum Beispiel in Städten und Kommunen; Soziale Kohäsion beschreibt auf der vertikalen Achse den Grad gesellschaftlicher Solidarität bei ungleich verteiltem Eigentum und materiellen Grundlagen für die Möglichkeiten persönlicher Lebensgestaltung.

Ein weiterer, in der Gesundheitsförderung gern verwendeter Schlüsselbegriff ist Vernetzung. Vermitteln und vernetzen gehört ja zu den in der Ottawa-Charta ausgewiesenen Handlungsprämissen. Nun kann unter Vernetzung zweierlei verstanden werden: Einmal die formellen Netzwerke, die top down installiert werden, manchmal initiiert durch staatlich geförderte Modellprogramme (z.B. OPUS-Netzwerk „Gesunde Schulen“). Dazu rechne ich Runde Tische, Gesundheitskonferenzen oder auch themenbezogene Netzwerke zum Beispiel zur Kinder- und Jugendgesundheit. Meistens haben professionelle und semiprofessionelle Akteure in diesen Netzwerken die Oberhand, und ihre Klientel haben nicht selten das Gefühl, von Netzen überzogen und in Strukturen eingefangen zu sein.

Oder Vernetzung kann die informellen Netzwerke meinen, die bottom up, als freie Assoziation von Menschen, die etwas tun wollen, frei von strukturellen Vorgaben und Restriktionen. Ralf DAHRENDORF gibt in seinem Buch Der moderne soziale Konflikt (1992, S. 261 und 268) einen Ausblick auf die Überwindung staatlich regulierten Problemlösungshandelns und die Kraft freier Entfaltung bürgerschaftlichen Engagements. „Sinn der Bürgergesellschaft ist es, vielen Gruppen Luft zum Atmen und zum Wirken zu eröffnen, so dass keine sich als Ty-

rann aufspielen kann.“ In der Freisetzung von Eigeninitiative sieht Dahrendorf die Aufgabe politischen Handelns. Dies schafft die Voraussetzung zur freiwilligen Übernahme von Selbstverantwortung im Sinne der Selbstverpflichtung (Commitment) im sozialen Miteinander. Wir erinnern: Nur wer seine eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten entfalten kann, wer für sich selbst sorgt und Verantwortung übernimmt, gewinnt Respekt und soziale Anerkennung. Dahrendorf weiter: „Etwas tun heißt selbst etwas tun, in freier Assoziation mit anderen. Es führt zur bunten Welt der freiwilligen Verbände und Organisationen, dann auch zu den autonomen Institutionen.“ Und: „Institutionen sind das einzige Instrument zur Vergrößerung der Lebenschancen aller.“

Die Aufgabe, die sich stellt, um Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen zum erfolgreichen Projekt werden zu lassen, ist, jene Institutionen zur Vergrößerung von Lebenschancen zu schaffen. Was damit im Kontext gesunder Entwicklungschancen (nicht nur) von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten gemeint ist, hat ein Dresdner Arzt treffend so auf den Punkt gebracht: „Chancen für Gesundheit sind Optionen für die Verwirklichung von Lebenszielen, in von sozialen Strukturen bereitgestellten Möglichkeiten individueller Entfaltung“ (BELAU, 1994). Quartiersmanagement sollte, könnte – so verstanden – die zur Realität gewordene Vision der Zusammenarbeit in benachteiligten Stadtteilen werden.

Gesundheitsförderung als ein wichtiger Bestandteil integrativer Stadtteilstrategien: Kooperationserfordernisse in sozialen Brennpunkten

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“. Arthur Schopenhauer

Ein Zitat aus der Koalitionsvereinbarung fokussiert auch auf das Problemfeld „Vernetzung – Macht – Gesundheit“ dieses Tagungsbandes: „Wir werden die erfolgreichen Programme zur sozialen und beruflichen Integration von Kindern und Jugendlichen, insbesondere in sozialen Brennpunkten, weiter fortentwickeln, damit der spätere Einstieg in den Beruf gelingt.“

Um die geforderte soziale und berufliche Integration von Kindern und Jugendlichen zu erreichen, müssen wir alle erdenklichen Anstrengungen unternehmen, damit die Zukunftschancen von Kindern und Jugendliche verbessert werden können. Und „Kinder stark machen“ – um den Slogan der erfolgreichen Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aufzugreifen – heißt auch, ihnen die Möglichkeit zu geben, gesund aufzuwachsen und gesund zu bleiben.

Kinder und Jugendliche, die unter benachteiligten Lebensbedingungen aufwachsen, müssen aus unterschiedlichen Gründen im Vordergrund unserer Bemühungen stehen. Die Bundesregierung hat dazu durch die Gemeinschaftsinitiative „Die Soziale Stadt“ und die Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ (E&C) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einen Beitrag geleistet. Beide Programme tragen erfolgreich zur Verbesserung der Situation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die in sozialen Brennpunkten aufwachsen bzw. leben, bei und helfen ihnen bei der sozialen und beruflichen Integration und bei „Gesundungsprozessen“.

Im Zentrum der vom BMFSFJ initiierten Programmplattform E&C stehen benachteiligte Kinder und Jugendliche in sozialen Brennpunkten und strukturschwachen, ländlichen Regionen. Die Bekämpfung von sozialer Ausgrenzung, der Erwerb von Zukunftskompetenzen von Kindern und Jugendlichen, die Stärkung von Eigenverantwortung und sozialem Engagement sind, so die Überzeugung des Programms, nicht in den einzelnen Hilfesystemen allein zu realisieren, sondern nur durch die

Mobilisierung von Querschnittskompetenzen der Ämter, der Träger und des demokratischen Gemeinwesens sowie durch die Stärkung der Handlungskompetenzen aller Akteure vor Ort im Stadtteil.

In den vergangenen Jahren hat sich die Situation in vielen Städten verschärft. In bestehenden sozialen Brennpunkten hat die Perspektivlosigkeit zugenommen. Gleichzeitig sind neue soziale Brennpunkte entstanden. Dort konzentrieren sich Probleme wie fehlende Ausbildungs- und Arbeitsplätze, Mangel an adäquatem Wohnraum und einer funktionierenden kulturellen und sozialen Infrastruktur.

Ein großer Anteil der Bewohner/innen lebt von Sozialhilfe. Besser Verdienende, besser Ausgebildete und mögliche Arbeitgeber verlassen nach und nach das Quartier. Das Zusammenwirken der verschiedenen nachteiligen Bedingungen beschleunigt diese Entwicklung. Kinder und Jugendliche sind von diesen Entwicklungen besonders betroffen. Sie erleben – aufgrund ihres Wohnortes – gravierende Nachteile und wachsen schon unter erschwerten Bedingungen auf. Das Bundesmodellprogramm E&C zielt darauf ab, Mittel und Aktivitäten zu bündeln, um die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in ihren Stadtteilen und Regionen zu verbessern und ihnen neue Chancen zu eröffnen. Hierzu soll – auf der Grundlage lokaler Aktionspläne – soziale Koproduktion initiiert, unterstützt und begleitet werden. E&C fordert regionale und überregionale soziale Produzenten auf, Ressourcen, Erfahrungen und Anstrengungen in diesen sozialen Brennpunkten und Regionen zu konzentrieren und zu vereinen. Wichtige Instrumentarien vor Ort sind hierfür z.B. die Einrichtung von Quartiers- bzw. Jugendhilfemanagements. So soll dem Niedergang dieser Stadtteile und ländlichen Regionen entgegen gewirkt und nachhaltige Entwicklungen angestoßen werden.

Bei der Beschreibung der Lebenslage von Kindern in benachteiligten Stadtteilen werden häufig erst in einem zweiten Schritt die Themen- und Handlungsfelder mit Bezug zur körperlichen und seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen genannt. Es kann der Eindruck entstehen, dass der Bereich „Gesundheit“ in den sozialräumlich orientierten Strategien der Jugendhilfe ebenso zu kurz kam wie der Bereich „Sozialraumorientierung“ in der Gesundheitsförderungsbewegung. Dies muss umso mehr verwundern, da seit vielen Jahren, ja Jahrzehnten, der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit bekannt, beschrieben und dokumentiert ist.

Andererseits ist jedoch auch zu beobachten, dass es zunehmend gelingt, von der reinen

Deskription der Probleme zur Intervention und zu Lösungsansätzen zu kommen. Diese Dokumentation gibt Gelegenheit, einen kleinen Ausschnitt von Interventionsprojekten kennenzulernen, die sich mit hohem Engagement zum Ziel gesetzt haben, der Chancengleichheit beim Zugang zur medizinischen Versorgung, zur Prävention und gesundheitsfördernden Maßnahmen etwas entgegenzusetzen und hierbei kooperativ Ressortgrenzen zu überschreiten.

In den letzten Jahren wurde ebenfalls deutlich, dass sich beide Seiten – die Jugendhilfe und die Gesundheitshilfe – einem gemeinsamen Thema nähern, der Verbesserung der Perspektiven von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten nämlich, und erste Synergieeffekte sichtbar werden.

Soziale und gesundheitsfördernde Koproduktion muss das Motto lauten. Wir haben zur Verwirklichung dieser Vernetzungsbemühungen alle Chancen. Das Thema Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen hat in unserem Land noch nie einen so hohen Stellenwert gehabt wie heute. Das zeigen u.a. auch die Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sehr deutlich.

Durch die Programme „Soziale Stadt“ und „E&C“ werden dabei eindeutig Schwerpunkte gesetzt. Sie zielen auf die Bekämpfung von sozialer Ausgrenzung, den Erwerb von Zukunftskompetenzen in den Bereichen Jugend, Bildung, Soziales, Gesundheit und Arbeit, und auf die Bestärkung von Eigenverantwortung, Partizipation und sozialem bürgerschaftlichem Engagement, für und mit Menschen, die in Quartieren mit einem hohen Problempotenzial leben.

Die Philosophie von Programmen wie „E&C“ und „Soziale Stadt“ und die Grundideen der Gesundheitsförderung überschneiden sich an vielen Punkten. Sehen wir uns die zentralen Begriffe der Gesundheitsförderung an:

(1) Empowerment – das Einsetzen eigener Kräfte

Ziel ist es hier, die Möglichkeiten von Menschen zu erweitern, über ihr Leben selbst zu bestimmen. Junge Menschen werden als vollwertige menschliche Wesen mit Rechten und Bedürfnissen und nicht als „Kinder und Jugendliche in Not“ verstanden.

(2) Enabling – das „Befähigen“, die Hilfe zur Selbsthilfe

Es ist nur dann möglich, das eigene Gesundheitspotenzial zu entfalten, wenn man befähigt ist bzw. gelernt hat, auf die Faktoren Einfluss zu nehmen, die die eigene Gesundheit bestimmen. Enabling bedeutet, die Lebensbedingungen so zu gestalten,

dass sie Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen, die zu einem selbstbestimmten Leben führen. Menschen sollen sich zu eigenen Erfahrungen und Wünschen öffnen und äußern, Erfahrungen klären und Probleme artikulieren können.

(3) Netzwerkbildung

Soziale Netze zeichnen sich durch Anzahl und Formen zwischenmenschlicher Beziehungs- und Gruppenstrukturen aus (Familie, Nachbarschaften, Freunde/innen, Vereine, aber auch andere soziale Institutionen wie Schulen, Beratungsstellen usw.). Netzwerke leisten affektive, instrumentelle und kognitive Unterstützung, bieten Hilfestellung bei der Aufrechterhaltung sozialer Identität und vermitteln soziale Kontakte.

(4) Partizipation – Beteiligung

Zwei Hauptformen der Partizipation, unter der die Beteiligung an kommunalpolitischen Prozessen und Entscheidungen verstanden wird, müssen unterschieden werden: Teilnehmen: Darunter wird die freiwillige Teilnahme an bestimmten Programmen und Maßnahmen und die Ausgestaltung bestimmter Teilbereiche verstanden. Teilhaben: Teilhabestrategien hingegen beteiligen die Zielgruppe bereits an der Planung, Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen oder fördern und unterstützen Bewältigungsstrategien. Die Zielgruppe wird als Experte der eigenen Lebenswelt ernst genommen.

Offensichtlich sind diese theoretischen Grundlagen der modernen Gesundheitsförderung nahezu deckungsgleich mit den Begrifflichkeiten der E&C- und Soziale-Stadt-Philosophie.

Auch die Forderungen der Sozialmediziner/innen nach einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche stimmen weitgehend mit den Handlungszielen der Programmplattform E&C überein. Im Detail wird von Seiten der Sozialmedizin auf folgende, notwendige Punkte hingewiesen:

- (Straßen-)Bauliche Veränderungen sind notwendig, um Verkehrsunfälle von Kindern zu vermeiden.
- Screening-Untersuchungen in Kindergärten sowie Impf-Screening in der Grundschule sollten weitergeführt werden, ebenso wie Gesundheitserziehung in Schule und Kindergarten.
- Eltern aus sozialen Risikogruppen sollten Angebote zur Gesundheitserziehung wahrnehmen können (Niedrigschwelligkeit).
- Gesundheitsförderung muss den Bedürfnissen sozial benachteiligter Menschen entsprechend konzipiert werden.

- Die „Komm-Strukturen“ der meisten Angebote stellen eine Zugangsbarriere dar. Benötigt werden niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote vor Ort in sozialen Brennpunkten.
- Vorhandene Einrichtungen (Kindergarten, Kindertagesstätte, Schule, Jugendhilfe, Jugendamt, Gesundheitsamt) müssen besser vernetzt werden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) schreibt hierzu in ihrer Vorlage zur Kooperation zwischen der Regiestelle E&C und BZgA: „Ähnlich wie nach Veröffentlichung der Pisa-Studie, die die Zusammenhänge zwischen Bildungschancen und sozialem Status für Deutschland analysiert, zeigen sich auch im Gesundheitssektor Reaktionen auf eine Vielzahl von wissenschaftlichen Erhebungen, deren Ergebnisse eindeutig belegen, dass junge Menschen, die in benachteiligten Quartieren leben, einen schlechteren Gesundheitsstatus und eine höhere Sterblichkeit aufweisen.“

Es gibt sie also ganz eindeutig, die gemeinsamen Handlungsziele und Handlungsfelder, der eingeschlagene Weg der besseren Vernetzung kann und muss fortgesetzt werden.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend begrüßt diese Entwicklungen und unterstützt die Aktivitäten der Regiestelle E&C, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung zu einer weiteren Querschnittsaufgabe zu machen und die Vernetzungsansätze fortzuentwickeln.

Die viel zitierte Beschreibung von Gesundheit als „Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ öffnete die Tür für ein Umdenken im Gesundheitssystem.

Zwischen der Einführung des Begriffs „Gesundheitsförderung“ in den 70er Jahren und der Ottawa-Charta vergingen nur wenige Jahre. Der Grundstein für den Paradigmenwechsel und die Ausweitung der Verantwortlichkeit für Gesundheitsfragen über das von Ärzten/innen dominierte medizinische Versorgungssystem hinaus in die Gemeinden und sozialen Systeme ging von der „Primary health care-Deklaration“ von Alma-Ata 1978 aus. Schon hier wurde u.a. festgehalten: „Die bestehende, flagrante Ungleichheit im Gesundheitszustand der Menschen, besonders zwischen entwickelten und Entwicklungsländern, aber auch innerhalb von Ländern, ist politisch, sozial und ökonomisch unannehmbar und ist daher eine Angelegenheit, die alle Länder angeht.“

Auch die Konferenz 1988 in Adelaide, deren Fokus auf der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik lag, beschreibt unter dem Absatz „Chan-

cengleichheit, Zugangsmöglichkeiten und Entwicklungen“:

„Gesundheitliche Ungleichheiten haben ihre Wurzeln in der sozialen Ungerechtigkeit. Soll die Kluft zwischen den sozial und bildungsmäßig Benachteiligten und den Bevorzugten einer Gesellschaft geschlossen werden, erfordert dies eine Politik, die den Zugang zu gesundheitsfördernden Gütern und Dienstleistungen verbessert und ein unterstützendes Umfeld herstellt. Eine solche Politik würde den unterprivilegierten und schutzlosen Gruppen der Bevölkerung eine hohe Priorität einräumen. Darüber hinaus berücksichtigt eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik die jeweils eigenständigen Kulturen traditioneller Bevölkerungsgruppen, ethnischer Minderheiten und Einwanderer. Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsdiensten besonders in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung, ist ein entscheidender Bestandteil von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich“.

Auch wenn es auf den ersten Blick vermessenen scheint: Programme wie E&C und „Soziale Stadt“ können sich von ihrer Ausrichtung her zu großen, wenn nicht den größten Gesundheitsförderungsprogrammen, die es hierzulande gibt, entwickeln.

Um dies zu erreichen, bedarf es allerdings weiterer Partner. So wurde den Organisationen der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem Jahr 2000 im novellierten § 20 des SGB V der Auftrag (wieder) erteilt, in ihren Satzungen Leistungen der primären Prävention vorzusehen. Diese sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Minderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.

Der inzwischen erprobte und als effizient dokumentierte gesundheitsfördernde Setting-Ansatz in Betrieben wird zurzeit zunehmend auf das Setting Schule und Kindertagesstätten übertragen. Nach Prof. Dr. Rolf Rosenbock vom Wissenschaftszentrum Berlin sprechen hierfür, neben der anhaltenden öffentlichen Thematisierung der Probleme dieses Sektors, ähnlich verbindliche Strukturen wie im Betrieb sowie auch Gesichtspunkte der quantitativen und qualitativen Relevanz des öffentlichen Bildungssektors für Gesundheitsförderung und Prävention.

Durch entsprechende Auswahl der Schulen nach Ort (Orte bzw. Stadtteile mit großem Anteil von sozial Benachteiligten) und Art (Grund-, Haupt-, Berufs- und Sonderschulen) könnten im Erfolgsfall auch relevante Beiträge zur Verminderung sozial bedingter Chancenungleichheit geleistet werden.

Diskutiert und in Ansätzen erprobt wird eben-

falls, den Ansatz „gesundheitsförderliches Setting“ auch auf soziale Brennpunkte vor allem im städtischen Zusammenhang zu übertragen. Das stößt zunächst auf das Problem, dass soziale Brennpunkte im Gegensatz zu institutionellen Settings wie Schule und Betrieb schwerer zu definieren und zu identifizieren sind, und dass sie (regelmäßig) über keine feste Organisationsstruktur verfügen. Trotzdem werden z.T. sehr gute Erfahrungen mit partizipativem Quartiersmanagement gemacht. Hier ist zu prüfen, ob solche – nicht primär auf Gesundheit zielende Ansätze – per se gesundheitsförderlich sind.

All diese Ansätze machen überdeutlich, wie sehr Jugendhilfe und Gesundheitsförderung mit Bezug zu benachteiligten Menschen voneinander lernen und gemeinsam profitieren können.

Der Titel dieser Konferenz „Vernetzung – Macht – Gesundheit“ zeigt uns die Richtung für unsere zukünftigen Anstrengungen: Die Kooperations- und Vernetzungsstrategien im Stadtteil müssen weiter ausgebaut werden. Netzwerkarbeit ist nicht jede Art von Zusammenarbeit. Der Begriff Netzwerk bezeichnet ein Sozialsystem, welches die Akteure in der Bearbeitung eines gemeinsamen Problems eint, auch wenn sie aus unterschiedlichen Intentionen agieren. Netzwerke bieten Strukturen an, die es ermöglichen, konkrete Ziele zu verfolgen.

Wir sollten alle Anstrengungen unternehmen, die bereits existierenden und durch das Programm E&C ausgebauten Kooperationsformen und Vernetzungen zu nutzen, um das gemeinsame Ziel zu erreichen: Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche beim gesunden Aufwachsen in ihrem Stadtteil.

Heike Hölling, Robert-Koch-Institut, Berlin

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS-Studie)

Der Entwicklung des Konzeptes für einen bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey liegen umfangreiche Analysen existierender Datenquellen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu Grunde. Die existierenden amtlichen Statistiken, Prozessdaten der gesundheitlichen Versorgung und der Vorsorgeprogramme, Routineuntersuchungen von Schülern/innen und vorliegende Daten von Registern, Einzelstudien und aus dem Meldewesen nach dem Infektionsschutzgesetz decken die heute relevanten Themen jedoch entweder nicht ab oder lassen wegen ihrer Beschränkung auf Teilaspekte, Altersgruppen und Regionen sowie wegen inkompatibler Erhebungsmethoden keine bundesweit gültigen, über Raum und Zeit vergleichbaren Aussagen zu.

Dazu kommt, dass man in der öffentlichen Diskussion oft genug auf Behauptungen trifft, die Verbreitung bestimmter Gesundheitsprobleme habe neuerlich drastisch zugenommen. Da es an geeigneten Vergleichsdaten fehlt, besteht das Risiko einer Fehlbeurteilung mit all ihren Konsequenzen für das Gesundheitswesen und die Solidargemeinschaft.

Ziele eines Bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys

Nach diesen Überlegungen erscheint es sinnvoll, am Beginn eines neuen Jahrhunderts die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu untersuchen und verallgemeinerungsfähige, über Ort und Zeit vergleichbare Daten und Erkenntnisse zu gewinnen. Wichtiges Anliegen dabei ist es auch, verknüpfbare Daten aus verschiedenen Ebenen des gesundheitlichen Geschehens zu schaffen, also der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit, der Risikofaktoren und Manifestationen, der Selbstangaben und objektiver Messwerte.

Die Daten sollen:

- Grundlage der Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene über die nachwachsende Generation sein,
- sich als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen und Prioritätensetzungen eignen,
- valide Ausgangsdaten für die weitere Beobachtung der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder- und Jugendlichengeneration schaffen und damit ein „Monitoring“ ermöglichen,
- Einblick in die gesundheitliche Versorgung

vermitteln und zur besseren Bedarfsplanung beitragen,

- Gesundheitsrisiken identifizieren für die, die Entwicklung von Präventionskonzepten und -programmen möglich und notwendig ist,
- Möglichkeiten zur Vermeidung von Krankheiten und Unfallverletzungen aufzeigen,
- die Evaluation von Maßnahmen im Gesundheitswesen erleichtern sowie
- als „Public File“ der Gesundheitsforschung, der Epidemiologie und der ätiologischen Forschung zur Verfügung stehen.

Vorbereitende Arbeiten und Durchführung eines Pretestes

Das Robert-Koch-Institut verfügt seit vielen Jahren über Erfahrungen in der Konzeption, Durchführung und Auswertung von Surveys zur Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung. Zudem wurden hier repräsentative Erhebungen bei jungen Eltern, Schüler/innenbefragungen sowie Geburtskohortenstudien durchgeführt. Eine bundesweit repräsentative, umfassende Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen gibt es in Deutschland bisher noch nicht. Das Robert-Koch-Institut erhielt daher vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Auftrag, Konzept und Instrumente für einen Kinder- und Jugendsurvey zu entwickeln. Unter Konsultation zahlreicher Experten/innen und nach Evaluation nationaler und internationaler Datenquellen und Studien wurde ein Projektvorschlag mit Erhebungsinstrumenten und einem Materialband erarbeitet und vom dafür berufenen Gutachtergremium des BMG zur Förderung empfohlen.

Auf Grund seiner hohen Forschungsrelevanz wurde dem Survey eine Pilotstudie (Pretest) vorgeschaltet, bei der insbesondere methodische Anliegen eine wichtige Rolle spielten. So wurden Befragungsinstrumente hinsichtlich ihrer Eigenschaften getestet, Indikatoren (beispielsweise für die psychische Gesundheit) entwickelt und evaluiert, verschiedene „Feldzugänge“ (d. h. Zugänge zu den Studienteilnehmern/innen) sowie Methoden zur Erhöhung der Motivation für eine Teilnahme an der Studie erprobt und die Verallgemeinerungsfähigkeit bzw. Validität der erhaltenen Informationen untersucht.

Insgesamt 1.630 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 18 Jahren sowie deren Eltern waren in diesen Pretest einbezogen. An vier verschiedenen Orten (Berlin-Friedrichshain, Neuruppin sowie Berlin-Steglitz und Wessendorf), die jeweils für eine ostdeutsche bzw. westdeutsche Groß- und Kleinstadt stehen, wurde die Durchführbarkeit eines Kinder- und

Jugendsurveys getestet und in einem Ergebnisbericht zusammengestellt.

Thematische Schwerpunkte des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys

Aus der Vielzahl der interessierenden Aspekte der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurden diejenigen ausgewählt, für die keine anderen Informationsquellen vorhanden sind, zu deren Erfassung bereits validierte Instrumente vorliegen, solche, die von besonderer Public Health Relevanz sind oder für die säkulare Trends vermutet werden. Voraussetzung war eine Auftretenshäufigkeit, die sich mit einer Surveyerhebung überhaupt erfassen lässt.

Im Ergebnis sollten neben soziodemographischen Angaben vor allem die folgenden Themenbereiche erfasst werden:

- Körperliche Beschwerden und Befindlichkeit,
- akute und chronische Krankheiten,
- Behinderungen,
- Gesundheitsrisiken, Unfälle,
- psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten,
- subjektive Gesundheit (Lebensqualität),
- soziale Kontakte, soziales Netz, Unterstützungssysteme,
- personale Ressourcen (Schutzfaktoren für eine gesunde psychische Entwicklung),
- Ernährung, Essstörungen, Adipositas,
- Gesundheitsverhalten und Freizeitaktivitäten,
- Medikamentenkonsum, Impfstatus sowie
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Die Informationen zu diesen Themen sollen zum einen durch Fragebögen für die Eltern (ab 11 Jahren parallel dann auch für die Kinder und Jugendlichen selbst) gewonnen werden. Eine körperliche Untersuchung durch medizinisches Personal ermittelt unter anderem Körpermaße, körperliche Ausdauer, Koordinations- und Reaktionsfähigkeit, Sehvermögen und Blutdruck. Das Angebot freiwilliger Blut- und Urinalysen hilft, gesundheitliche Risiken zu ermitteln, die durch die anderen Untersuchungen nicht zu erkennen sind. Zusätzlich findet im Studienzentrum ein ärztliches Gespräch statt, in dem Angaben zum Medikamentenkonsum, zum Impfstatus und zum Krankheitsgeschehen erfasst werden. Durch den Kinderarzt wird außerdem die Haut inspiziert und eine Schilddrüsenultraschalluntersuchung vorgenommen. Die Teilnehmer/innen müssen sich zwei Stunden Zeit für die Untersuchung und Befragung nehmen.

Wegen der sehr breit angelegten Thematik werden zu den einzelnen Anliegen in diesem Projekt (Kernsurvey) überwiegend nur die wichtigsten Indikatoren als „Eckwerte“

erhoben. Differenziertere Erhebungen sollen Zusatzuntersuchungen vorbehalten bleiben, die an Teilstichproben vorgenommen werden können.

Studiendesign

Die Grundgesamtheit (Zielpopulation) umfasst alle Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 18 Jahren, die über eine durchgängige Einwohnermeldeamtstichprobe zufällig gezogen werden. Ausgeschlossen sind dabei Kinder und Jugendliche in Anstalten, wie z.B. Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten. Es wird ein Stichprobenumfang von ca. 17.000 Kindern und Jugendlichen angestrebt. Der Survey wird an 150 verschiedenen Orten der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden und 3 Jahre andauern.

Modularer Aufbau

Aufbauend auf den positiven Erfahrungen des Bundes-Gesundheitsurveys 1998 für Erwachsene wird der hier konzipierte Kinder- und Jugendsurvey ebenfalls modular angelegt. Ein Kernmodul (Kernsurvey) soll Eckwerte der gesundheitlichen Situation von allen Kindern und Jugendlichen erheben. Zu weiteren wichtigen Anliegen können bei Unterstichproben zusätzliche Informationen gewonnen werden. Neben solchen thematischen Modulen kann es auch regionale Module geben, in denen Länder und Regionen, unter Nutzung des Konzepts, der Instrumente und der Logistik des Surveys, zusätzliche Probanden untersuchen. So können auch für eine Region oder ein einzelnes Bundesland hochrechenbare Informationen zur Gesundheitslage gewonnen werden.

Durch die gemeinsame Nutzung der so gewonnenen konjunkten Daten des Kernsurveys und des Zusatzmoduls entsteht für alle Beteiligten eine sehr kostengünstige Möglichkeit, sowohl das Informationspotenzial des Gesamturveys zu erhöhen, als auch sehr umfassende thematisch spezialisierte Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit im „Schlepptau“ des Surveys durchzuführen. Ähnlich ist die gemeinsame Interessenlage bei regionalen Zusatzmodulen. Bundesländer, die beispielsweise für ihre Landesgesundheitsberichterstattung die vielseitig beklagte defizitäre Datenlage verbessern wollen, können, unter Nutzung der durch das Robert-Koch-Institut entwickelten Methodik, Logistik und der im Bundesrahmen in ihrer Region sowieso schon erhobenen Surveydaten bei Kindern und Jugendlichen durch eine Stichprobenaufstockung mit vergleichsweise geringen Zusatzkosten ebenfalls repräsentative Daten für ihr eigenes Bundesland gewinnen.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey hat den folgend dargestellten modularen Aufbau:

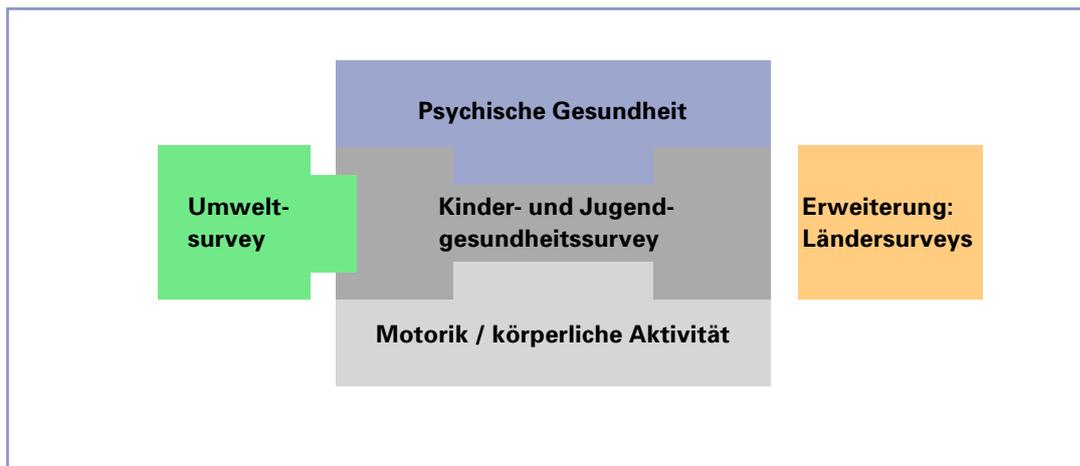


Abbildung 1

Der Survey – Eine Investition in die Gesundheit der heranwachsenden Generation

Die mit dem Survey gewonnenen Daten sollen unter anderem Gesundheitsrisiken aufdecken. Mit der Erfassung von Ernährungsverhalten, Bewegungsmangel, Übergewicht, sozialen Lebensbedingungen, Unfällen, Verletzungen, Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum u.a.m. lassen sich die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen gesundheitlichen Risikofaktoren erkennen. Dadurch können Risikogruppen identifiziert und gruppen- sowie altersspezifische Konzepte zur Vorbeugung von Krankheiten und Unfällen entwickelt werden. Außerdem helfen die Daten, neue Referenzwerte festzulegen. Aber auch laufende Forschungsprojekte zu bestimmten Krankheiten werden vom Survey profitieren. Beispielsweise können erstmalig bundesweit repräsentative Daten über die Verbreitung allergischer Krankheiten gewonnen werden, die spezifisch für Alter, Regionen und soziale Schicht sind und auf die gesamte Bundesrepublik hochgerechnet werden können.

Literatur:

B.-M. Kurth, K.E. Bergmann, H. Hölling, H.Kahl, P.Kamtsiuris, W. Thefeld: Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Das Gesamtkonzept. Das Gesundheitswesen 2002, 64 Sonderheft 1: S 3-11

Liane Schenk, Robert Koch-Institut, Berlin

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS-Studie) unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation von Migranten und Migrantinnen

Kinder zu haben bedeutet ein erhöhtes Armutsrisiko. Die Kinderarmut rückt an die Stelle der Altersarmut der 60er Jahre; Kinder bilden inzwischen die größte Gruppe unter den Sozialhilfeempfängern/innen. Seit geraumer Zeit wird auch von einer Infantilisierung der Armut gesprochen. Armut kann sich nachteilig auf Wohlbefinden und Gesundheit auswirken. Daher ist die gesundheitliche Ungleichheit, d.h. der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit, ein zentrales Thema in der KIGGS-Studie. Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien tragen ein ungleich höheres Risiko, in sozial benachteiligter Lage aufzuwachsen. Sie gehören häufiger unteren sozialen Schichten an und kommen überproportional oft aus Familien mit prekären Erwerbs- und Einkommenssituationen.

Die epidemiologische Datenlage weist nach wie vor große Lücken auf und insbesondere die unzureichende Erfassung des Migrantenstatus sowie die zu geringe Teilnahme von Migranten/innen an Studien erschweren eine Gesundheitsberichterstattung über zugewanderte Menschen in Deutschland. Mit der KIGGS-Studie sollen erstmalig auch aussagekräftige Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien bereitgestellt werden. Bevor ich unsere besonderen Bemühungen vorstelle, Migranten und Migrantinnen in ausreichendem Maße an der Untersuchung zu beteiligen, möchte ich kurz darauf eingehen, welche theoretischen Überlegungen der Erfassung sozialer Ungleichheit in der KIGGS-Studie zugrunde liegen und welche Dimensionen und Faktoren sozialer Ungleichheit erhoben werden.

Theoretische Überlegungen

Zur Erfassung sozialer Ungleichheit orientieren wir uns am Lebenslagen-Konzept.¹ Das Schichtkonzept, das traditionell soziale Ungleichheit anhand von Bildung, Einkommen und Berufsprestige abbildet, muss sich in jüngster Zeit den Vorwurf gefallen lassen, nicht der Vielfalt der ungleich verteilten Lebenslagen gerecht zu werden und die sogenannten „neuen“ sozialen Ungleichheiten nicht zu berücksichtigen (wie z.B. ungleiche Wohn-, Wohnumfeld-, Nachbar-

schafts-, Freizeit- und Erholungsbedingungen). Außerdem vernachlässigt das Schichtkonzept „subjektive“ Faktoren wie Handlungsorientierungen, Verhaltensmuster und Bewältigungsstrategien, mit denen die jeweiligen Handlungsbedingungen aber auf unterschiedliche Weise beeinflusst werden können. Es erklärt also nicht, warum eine ähnlich schwierige Lebenssituation einmal den Gesundheitszustand beeinträchtigen kann und ein andermal nicht. Ohne die schichtungssoziologische Perspektive aus dem Auge zu verlieren - denn auch heute sind gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Verhaltensmuster schichtspezifisch geprägt - erheben wir durch die Befragung der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern umfassende Informationen zur Lebenssituation der heranwachsenden Generation.

Messung sozialer Ungleichheit

Neben der sozialen Schicht interessieren uns die Familien-, Wohn- und Schulsituation der Kinder und Jugendlichen, aber auch ihre Beziehungen zu Gleichaltrigen. Alter, Geschlecht und Migrantenstatus sind darüber hinaus Kategorien, mit denen soziale Differenzierung erst angemessen beschrieben werden kann.

Schichtzugehörigkeit

Die Sozialschicht des Haushaltes, in dem das Kind oder der Jugendliche lebt, wird über den Bildungsstand und die berufliche Stellung der Eltern sowie das Haushaltsnettoeinkommen ermittelt.

Familiensituation

Zur Abbildung der Familiensituation wird erfragt, ob das Kind mit beiden Eltern oder einem Elternteil allein aufwächst, mit wie vielen Geschwistern es zusammenlebt und ob diese jünger oder älter sind. Mit dem KINDL-Fragebogen, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität misst und die Familie als eine wesentliche Dimension berücksichtigt, stehen weitere Daten zur Verfügung. Schließlich können familiäre Ressourcen über Fragen zum familiären Zusammenhalt und Familienklima erschlossen werden (Familienskalen nach Schneewind, Ravens-Sieberer et al. 2002).

Wohnsituation

Zur Bestimmung der Wohnqualität können die Merkmale Wohnungsgröße, Anzahl der Haushaltsmitglieder sowie die Information, ob sich in der Wohnung schimmelige Wände befinden, herangezogen werden. Von den Jugendlichen wissen wir, ob sie ein eigenes Zimmer haben. Für die Einschätzung der Umweltqualität wird außerdem in einer Unterstichprobe die Schadstoffbelastung der Luft gemessen.

1) s. ausführlicher hierzu: Lampert, Schenk, Stolzenberg 2002: Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Das Gesundheitswesen. S 1. Jg. 64. Dez. 2002: 48-52.

Kindergarten-, Vorschul- bzw. Schulsituation

Aussagen zur Kindergarten-/ Vorschul-/ Schulsituation liefert wiederum der KINDL-Fragebogen. Für Schulkinder verfügen wir zudem über Informationen zum Lernerfolg wie Deutsch- und Mathematiknoten, übersprungene oder wiederholte Klassenstufen und besuchter Schultyp.

Gleichaltrigengruppe

Die Gleichaltrigengruppe ist sozialer Ort der Orientierungs- und Sinnfindung; Freundschaft basiert auf Vertrauen und ist auf gegenseitige Unterstützung ausgerichtet. Freundschaft ist daher eine wichtige soziale Ressource. Eine subjektive Einschätzung der Freundschaftsbeziehungen wird erneut mit dem KINDL-Fragebogen vorgenommen. Darüber hinaus ist im SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) die Information enthalten, ob das Kind „einen oder mehrere gute Freunde“ hat.

Geschlecht und Alter

Das Geschlecht beeinflusst das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen bereits im Kindes- und Jugendalter. Ziel einer gendersensiblen Betrachtung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen ist es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowohl von Jungen als auch von Mädchen systematisch herauszuarbeiten und Ansatzpunkte für angemessene Präventions- und Interventionsstrategien zu entwickeln, die im Sinne des „Gender Mainstreaming“ die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern reduzieren.

Altersbezogene Unterschiede wurden bereits mit der Gestaltung des Forschungsdesigns berücksichtigt, z.B. durch Fragebögen für fünf verschiedene Altersgruppen und altersgruppenspezifische medizinische Untersuchungs-

teile. Außerdem wird ein Altersgruppenvergleich zentrale Auswertungsstrategie sein.

Migrantenstatus

In der KIGGS-Studie werden umfassende Informationen zum Migrantenstatus erhoben. So werden die Staatsangehörigkeit der Mutter und des Vaters, ihre Geburtsländer, das Einreisejahr, die Migrantengruppenzugehörigkeit und die in der Familie gesprochenen Sprachen erfragt. Damit kann auf den Aufenthaltsstatus, Einwanderungsmotive, Einreisealter und Verweildauer, Herkunftskultur sowie binationale Familien geschlossen werden. Für eine migrantensensible Auswertung genügt es jedoch nicht allein, den Migrantenstatus differenziert zu erheben. Es ist ebenso erforderlich, Migranten/innen in ausreichendem Maße - d.h. mindestens proportional zu ihrem Anteil in der Zielpopulation - an der Studie zu beteiligen. Ansonsten besteht die Gefahr systematischer Verzerrungen und einer für detaillierte Analysen zu kleinen Stichprobe.

Die Pilotphase der KIGGS-Studie hat gezeigt, dass die Teilnehmerate unter Migranten/innen mit 44,2% weitaus geringer war als unter Nicht-Migranten/innen (57,7%). Womit kann das begründet werden?

Ergebnisse der Pilotphase²

Für die Gruppe der Migranten/innen müssen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung höhere Teilnahmebarrieren konstatiert werden. Erwartungsgemäß verhinderten fehlende Deutschkenntnisse eine Teilnahme. Dies war aber nicht - wie vermutet werden könnte - der hauptsächliche Ausfallgrund. Migranten/innen waren seltener erreichbar und hatten vor allem häufiger als Nicht-Migranten/innen kein Interesse, an der Studie teilzunehmen (vgl. Abb.1).

2) Eine ausführlichere Darstellung der Pretestergebnisse findet sich unter: Schenk 2002: Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Das Gesundheitswesen. S 1. Jg. 64. Dez. 2002: 59-68

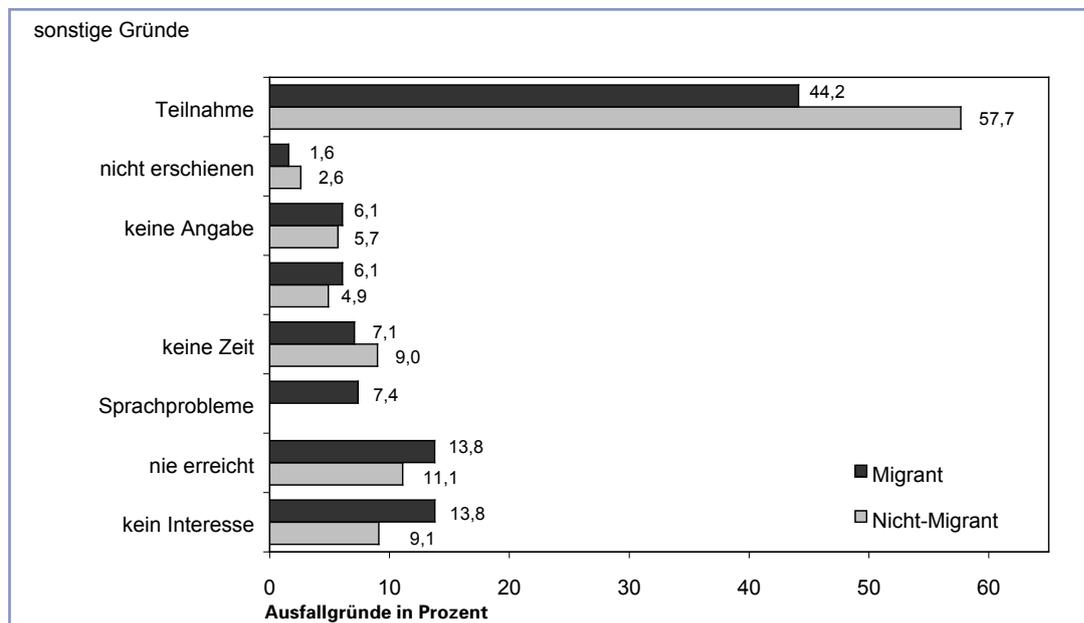


Abb. 1: Vergleich der Ausfallgründe nach Probanden deutscher und nichtdeutscher Herkunftssprache

Welche Orientierungen verbergen sich denn hinter der Aussage ‚kein Interesse‘? Dazu einige Ergebnisse einer qualitativen Non-Responder-Analyse, die im Rahmen des Pretests ermittelt wurden:

Mein Kind ist nicht krank.

Mit einem Anschreiben werden die Probanden zu einer „Untersuchung“ eingeladen. „Untersuchung“ wird von den Nicht-Teilnehmern mit Migrationshintergrund zumeist mit einer ärztlichen, nicht aber mit einer wissenschaftlichen Untersuchung gleichgesetzt. Damit beeinflusst die Einstellung zum Arztbesuch oder zu einer Vorsorgeuntersuchung die Teilnahmebereitschaft an der Studie. Typisch für Nicht-Teilnehmer/innen, die den Survey mit einer Vorsorgeuntersuchung identifizieren ist, dass sie diese als überflüssig und medizinische Untersuchungen nur bei Krankheit als erforderlich erachten. Die ablehnende Einstellung gegenüber Vorsorgeuntersuchungen ist allerdings auch in Abhängigkeit vom sozialen Status zu sehen.

Habe ich Nachteile von einer Teilnahme?

Es ist den Probanden wichtig, nachvollziehen zu können, wie sie und warum gerade sie ausgewählt werden. Das Nicht-Wissen um die Zufälligkeit der Auswahl kann sogar zur Ablehnung der Studie führen, wenn z.B. befürchtet wird, mit negativer Absicht – also nicht zufällig – ausgewählt worden zu sein.

Kostet die Untersuchung etwas?

Das Einladungsschreiben enthält einen Hinweis, dass alle Untersuchungen kostenlos sind. Dennoch bestehen auf Seiten der Probanden Ängste, dass ihnen eine zahlungspflichtige Leistung verkauft werden soll. Asylsuchende und Kriegsflüchtlinge, die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur einen begrenzten Anspruch auf medizinische Leistungen haben, befürchten vor diesem Hintergrund ganz besonders, dass die angebotenen Untersuchungen von ihnen selbst getragen werden müssen.

Gesundheitskontrolle?

Ausländer, die in Gemeinschaftsunterkünften leben, müssen sich nach ihrer Einreise einer medizinischen Untersuchung auf Infektionskrankheiten unterziehen. Gesundheitsuntersuchung wird von ihnen auch mit einer Gesundheitskontrolle verbunden, die insbesondere bei Aufenthaltsunsicherheit Misstrauen schürt.

Migrantensensible Vorgehensweise in der Hauptphase

Um ihren Anteil an der Stichprobe zu erhöhen, werden Kinder und Jugendliche mit nichtdeutscher Staatszugehörigkeit aus dem Einwohnermelderegister in doppeltem Umfang gezogen. Wie vergleichbare Studien zeigen, garantiert dies allerdings noch nicht, dass Migranten/innen ausreichend in einer Stichprobe vertreten sind. Daher sind flankierende Maßnahmen der Teilnehmergewinnung nötig.

Das Einladungsschreiben als zentrales Medium, über das sich Teilnahmeanreize vermitteln, wurde entsprechend häufig geäußerten Fragen, Ängste und Vorbehalte modifiziert. Um auch Probanden mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen eine Teilnahme zu ermöglichen, werden Einladungsschreiben und Fragebögen in sechs Fremdsprachen (türkisch, russisch, arabisch, englisch, serbokroatisch, vietnamesisch) eingesetzt.

Reagieren die ausgewählten Familien nach einem Erst- und Erinnerungsschreiben nicht, wird telefonisch bzw. persönlich Kontakt aufgenommen. Dabei können Ziele und Erhebungsinhalte der Studie veranschaulicht dargestellt und teilnahmemotivierende Zusatzinformationen gegeben werden. Das Gespräch wird bei auffallenden Sprachproblemen die Bitte enthalten, eine/n Bekannte/n oder Verwandte/n als Dolmetscher/in mitzubringen.

Die Öffentlichkeitsarbeit umfasst auch Medien, die sich an in Deutschland lebende Migranten/innen richten. Darüber hinaus werden Eigenorganisationen, Ausländer- und Aussiedlerbeauftragte, Beratungsstellen sowie der Arbeitskreis ‚Migration und Gesundheit‘ über das Vorhaben informiert und als Multiplikatoren genutzt.

Bei der Gestaltung der Erhebungssituation werden kulturelle Besonderheiten beachtet. Beispielsweise wird im Feldteam nach Möglichkeit eine Krankenschwester bzw. eine Ärztin tätig sein, so dass Mädchen von einer Frau untersucht werden können und kulturspezifischen Schamgrenzen Rechnung getragen wird. Die Durchführung der Untersuchung von Probanden, die über keine für die Befragung ausreichenden Deutschkenntnisse verfügen, erfolgt nach festgelegten Standards (Stufenmodell). Diese garantieren neben einem einheitlichen Vorgehen, dass ein Minimum an Informationen auch für Probanden mit nur sehr geringen Deutschkenntnissen vorhanden ist, und erleichtern eine Qualitätssicherung.

Im Rahmen von Schulungen werden die Projektmitarbeiter/innen für die Migranten/innenthematik sensibilisiert. Sie werden mit der migranten/innenspezifischen Vorgehensweise sowie mit kulturellen und migrationsbedingten

Besonderheiten vertraut gemacht. Gleichzeitig sollen damit interkulturelle Kompetenzen gefördert werden.

Die abschließende Darstellung beinhaltet alle Aktivitäten der migrantenspezifischen Vorgehensweise in der KIGGS-Studie im Überblick. (Abb. 2).

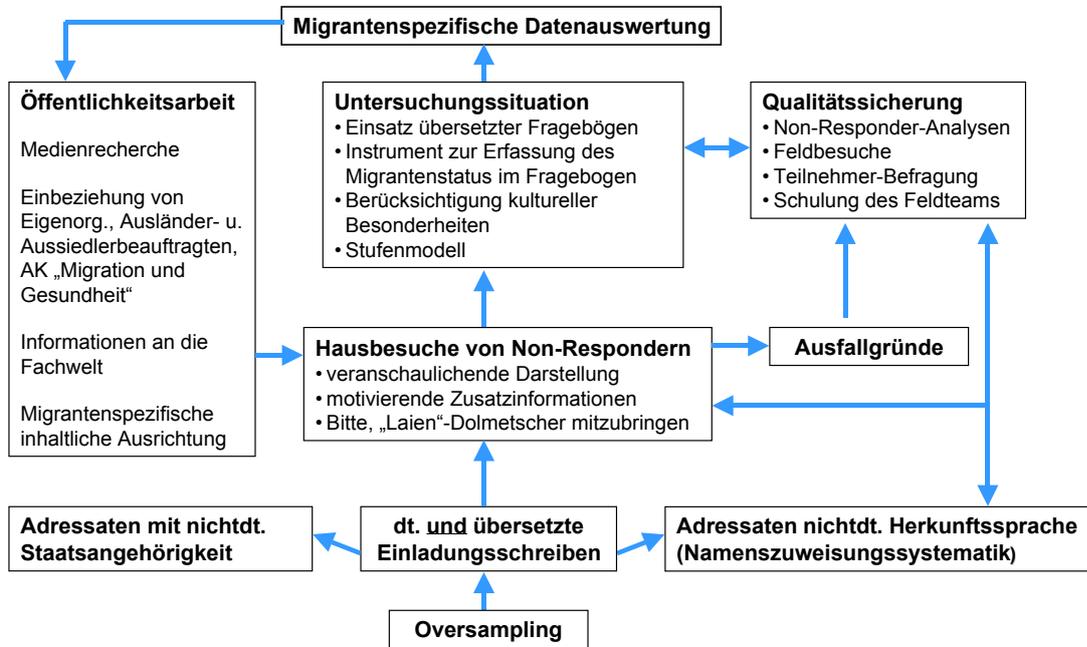


Abb. 2:
Migranten/innen-sensibles Vorgehen im Kinder- und Jugendgesundheits-survey

Fachforum A

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt

Räumliche Sozialstrukturen und Ressourcensteuerung – Grundlage lokaler Jugendhilfe und Gesundheitsplanung – Theorie, Methoden, Anwendungsbeispiele –

Powerpointpräsentation

Download unter www.eundc.de/download/meinlschmidt.zip

Lutz Wiederanders, Jugendamt Leipzig

Kooperationsvereinbarungen

Als Leiter des Sachgebiets Straßensozialarbeit am Jugendamt Leipzig befasse ich mich häufig mit dem Thema „Kooperationsvereinbarungen.“ Jahrelange Erfahrungen haben gezeigt, dass Streetwork allein als Basisangebot wenig Wirkung im Sinne von Veränderung erzielen kann. Wir als Streetworker, die bei ihrem Handeln auf Nachhaltigkeit bedacht sind, müssen immer wieder aus der aktuellen Praxis heraus solche neuen Bündnisse suchen und schließen, von denen wir überzeugt sind, dass sie uns in der Arbeit mit jungen Menschen voran bringen.

Straßensozialarbeit in Leipzig

Streetwork dient als Brückenfunktion zu jungen Menschen im Alter zwischen 12 und 27 Jahren. Wir suchen sie an ihren Orten und Plätzen auf, machen uns bekannt, sagen wer wir sind und was wir wollen, wer wir nicht sind und was wir nicht wollen und bieten Hilfe und Unterstützung an. Nicht selten haben die Angesprochenen schon seit längerem ihr bisheriges soziales Umfeld (ihr Zuhause, verschiedene Unterbringungsformen) verlassen. Für ihren Ausstieg gibt es eine Reihe von Gründen, die sich regelmäßig wiederholen. Ich möchte hier nur die häufigsten nennen:

- Familien- und Beziehungsverhältnisse sind instabil (traumatische Erfahrungen),
- wechselhaftes Erziehungsverhalten zwischen punktueller Zuwendung und plötzlicher Repression (nicht selten mit psychischer/physischer Gewaltanwendung, Vernachlässigung oder Missbrauch),
- Haushaltseinkommen meist unterdurchschnittlich und Bildungsabschlüsse geringwertig, geprägt durch Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit,
- krisenhaft verlaufende Erziehungsprozesse vor allem bei pubertierenden Kindern; diese führen zu „Aufschaukelungseffekten“ mit harten Strafen als Folge.

Wenn nach den Phasen des Kontaktaufbaus und der Kontaktpflege Klienten/innen sich uns öffnen, so geschieht das häufig derart: „Du bist doch so’n Sozialfuzzie und kommst immer mal bei uns rum, ich muss mal mit jemand reden“. Für uns ist das die „Eintrittskarte“ zur Einzelfallhilfe. Wir bieten an Beratung, Begleitung, Betreuung, Vermittlung, Spritzentausch (mobil und in den Kontakt- und Beratungsstellen), eine mobile Anlaufstelle STREETMOBIL und Angebote der Grundversorgung (Essen, Duschen, Wäsche waschen).

Streetwork ist die niedrigschwelligste Arbeit

im Jugendhilfe- und Sozialbereich. Hier gibt es keine Zugangsvoraussetzungen für die Inanspruchnahme von Hilfen. Freiwilligkeit, Anonymität und Parteilichkeit sind Arbeitsprinzipien, die den jungen Menschen in den Mittelpunkt allen Handelns stellen. Nichts geschieht gegen oder ohne den Willen des Einzelnen. Nur mit dem ausdrücklichen Willen der Kinder und Jugendlichen ist ein Ausstieg aus der jeweiligen Subkultur möglich. Mit großer Geduld und hoher Motivation gilt es den richtigen Moment abzuwarten, aufzugreifen und schließlich zu nutzen, um ein Hilfs- oder Unterstützungsangebot zu realisieren.

Streetwork allein stößt schnell an Grenzen. Dort, wo es um medizinische, therapeutische u.ä. Indikationen geht, bedarf es verlässlicher und unbürokratischer Kooperationen, auch in Form von verbindlichen Vereinbarungen. Dafür haben wir in Leipzig, was Streetwork angeht, ein gut funktionierendes Vernetzungssystem.

Kooperation in Leipzig

Wie in anderen Städten auch gibt es in Leipzig auf verschiedenen Ebenen Kooperationen. Folie 2 zeigt Struktur und Netzwerke am Beispiel der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe in unserer Kommune. Das ist auch ein wesentliches Arbeitsfeld zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen und ein Beleg für gelungene und intakte Kooperation.

Erstes Beispiel für Kooperation: „Drogensprechstunde“

Auf der Ebene direkter Kooperation zwischen Trägern der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens ist die „Drogensprechstunde“ angesiedelt. Auf der einen Seite haben wir einen Träger der freien Jugendhilfe, und zwar das „Jugendhaus Leipzig e.V.“, auf der anderen Seite die Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Park-Krankenhaus.

Jeden Mittwoch von 14 bis 18 Uhr bieten jeweils Mitarbeiter/innen beider Einrichtungen ihre Beratungsdienste gemeinsam an. Besonders erfreulich ist der Zulauf. Ich meine hiermit nicht nur die große Akzeptanz, die diese Drogensprechstunde bei der Klientel hat. Ich spreche von der Tatsache, dass Eltern und betroffene Kinder und Jugendliche gemeinsam zur Sprechstunde kommen.

Hier wird im Anfangsstadium von Suchterkrankungen nach Möglichkeiten der Unterstützung, medizinischer Versorgung und Stabilisierung geschaut.

Die Leistung der Jugendhilfe besteht aus folgenden sozialpädagogischen Hilfen:

- lebenspraktische Hilfen (Wohnung, Arbeit, Gerichtsverfahren, Duschen, Wäsche wa-

schen etc.),

- Aufklärung und Beratung (Drogen, Schulen, Familie, Umfeld etc.),
- Wohnformen (begleitendes Wohnen im Projekt, betreutes Einzelwohnen, Clean-Wohnen).

Die fachärztlichen und psychotherapeutischen Hilfen sind:

- Erstgespräche in offener Sprechstunde (ohne Voranmeldung),
- kinder- und jugendpsychiatrische, psychologische und körperliche Diagnostik,
- Familienberatung,
- ambulante Beratung und Behandlung mit Einbeziehung der Bezugspersonen,
- ambulante Nachbetreuung nach stationären Aufenthalten.

Die Drogensprechstunde ist ein gelungenes Beispiel dafür, wie zwei Professionen miteinander vernetzt werden können und damit den Ratsuchenden ein komplexes Angebot gemacht werden kann.

Zweites Beispiel für Kooperation: „ALTERNATIVE 1“

Als Sachgebiet Straßensozialarbeit haben wir eine Kooperationsvereinbarung mit der Sucht-, Beratungs- und Behandlungsstelle (SBB) ALTERNATIVE I des Eigenbetriebes St. Georg. Die Anfang der 90er Jahre von unseren Partnerstädten abgegebene Prognose der Überflutung des Ostens mit illegalen Drogen trat glücklicherweise nicht ein. In einer „Latenzphase“ kam es zu einer zwar stetigen, aber moderaten Zunahme der Problematik. Deshalb war es auch ausreichend, dass sich anfangs nur eine Sucht-, Beratungs- und Behandlungsstelle dem Problem der illegalen Drogen widmete. 1993 kam eine Übernachtungsstätte dazu – und damit eine bedeutsame Voraussetzung für die Erreichbarkeit der Klientel.

In der Straßensozialarbeit hatten wir es bis 1995/1996 vereinzelt mit drogengebrauchenden jungen Menschen zu tun. Mit integrativen Arbeitsansätzen konnten sie gut erreicht und begleitet werden. Erst später wurde der „Markt“ mit Drogen in „Wellen“ überflutet und es kam zu einer quantitativen Zunahme von drogenkonsumierenden jungen Menschen.

Kooperation fand zu dieser Zeit auf zwei Ebenen statt. Einmal in den Gremien, wo wir die Interessen der Helferseite vertraten, und zum anderen, bei Bedarf in direkter Kommunikation zu Einzelpersonen. Erschwerend und hemmend in der Zusammenarbeit war, dass die Klientel immer wieder versuchte, uns gegeneinander auszuspielen. Das führte zu Missverständnissen und letztendlich zu Abgrenzungen und Unstimmigkeiten.

Mit der Zunahme der Klientel in den letzten

drei Jahren und der Entscheidung, uns mit einem Streetwork-Team zu spezialisieren, musste eine verbindlichere Zusammenarbeit geschaffen werden. Gemeinsame Anliegen wurden formuliert und in einer schriftlichen Vereinbarung niedergeschrieben. Zentrale Aussagen dieser Kooperationsvereinbarung sind:

- (1) Es sollte ein konkreter Beitrag zu einer verbesserten Vernetzung von Angeboten der Jugend- und Suchtkrankenhilfe geleistet werden.
- (2) Verbindlichkeit soll hergestellt werden, für die Ratsuchenden und auch für die Kooperationspartner untereinander.
- (3) Konkret sollte dies umgesetzt werden:
 - wöchentliche Kontaktzeiten von Streetworkern in der Sucht-, Beratungs- und Behandlungsstelle mit einer räumlichen Rückzugsmöglichkeit, ein/e Mitarbeiter/in der Sucht-, Beratungs- und Behandlungsstelle wird während dieser Zeit kontaktiert für aktuelle Rücksprachen
 - zweimonatliche gemeinsame Teambesprechung
 - Absprachen in Einzelfallhilfen
 - Kontaktpflege von Streetworkern zu Klienten in JVA's
 - kontinuierliche Rückmeldung und Information zu Entwicklungstrends, Bedarfsveränderungen, Wirkstoffgehalte etc.
 - Erstellung eines Jahresberichts

Die bis jetzt gemachten Erfahrungen können als eine erfolgreiche Hilfeplanung und -durchführung beschrieben werden. Sie setzt fallbezogen eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbeteiligten voraus. Die oft bereits bestehenden (persönlichen) Kooperationsbeziehungen müssen zur Sicherung einer systematischen Hilfeerbringung zu verbindlichen Kooperationsvereinbarungen weiterentwickelt werden. Alles andere bleibt an der Oberfläche bzw. bei Willensbekundungen. Letztlich vermeiden wir dadurch Doppelbetreuungen und setzen Ressourcen effektiv ein. Wichtig ist hier zu betonen, dass Kooperation kein Selbstzweck ist, sondern in erster Linie die Arbeit mit den Menschen verbessern soll.

Zum Wert von Kooperationen

Man könnte vielleicht meinen, dass solche Vereinbarungen überflüssig sind, zumal es sich bei den Kooperationspartnern in den angeführten Beispielen um den gleichen Träger handelt. Und im besten Fall – und für die Jugendhilfe ist das so – existieren gesetzliche Vorgaben, die Kooperation für diese Arbeit sowieso vorschreiben.

Schriftliche Vereinbarungen zur Kooperation führen jedoch nicht per se zu einer erfolg-

reichen und ergebnisorientierten Zusammenarbeit. Dies gilt auch dann, wenn folgende Fragen im Vorfeld besprochen und beantwortet wurden:

- (a) Titel der Kooperationsvereinbarung bestimmen!
- (b) Wer sind die Beteiligten?
- (c) Um was (Personen, Sachen) geht es?
- (d) Welches Ziel wird verfolgt?
- (e) Wie wird zusammen gearbeitet?
- (f) Wer übernimmt welche Aufgaben?
- (g) Wie werden Verantwortlichkeiten geregelt?
- (h) Sind gesetzliche Regelungen zu berücksichtigen?
- (i) Gibt es eine Zielkontrolle?

Doch darüber hinaus besteht der Wert solcher verbindlichen Vereinbarungen u.a. darin, dass Vereinbarungen entwickelt und nicht aufgedrückt werden, dass sie sich auf einen konkreten und gemeinsamen Gegenstand beziehen, dass so beschlossene Kooperationsvereinbarungen die Überzeugung voraussetzt, dass wirkungsvolle Verbesserungen in der Zusammenarbeit zu erzielen sind. Diese Kooperationsvereinbarungen sind überschaubar gestaltet und können Mitarbeiter/innen motivieren, und sie drücken – als Dokument – Ressourcenbewusstsein aus.

Kooperationsgebot der Jugendhilfe

Es gibt kaum einen gesellschaftlichen Bereich, in denen Kinder, Jugendliche und ihre Familien nicht eingebunden sind. Sie sind Adressaten verschiedenster Hilfesysteme. Deshalb gilt für die Jugendhilfe ein Kooperationsgebot nach SGB VIII, § 81 KJHG (s. Folie 3). Kooperation wird damit zu einer Verpflichtung für alle Aufgaben und Zielgruppen erhoben.

Jugendhilfe kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie sich als Querschnittsaufgabe begreift und den jungen Menschen ganzheitlich betrachtet – dies heißt auch, wenn Jugendhilfe andere staatliche Maßnahmen im Blick hat, ihre Möglichkeiten und Grenzen kennt und mit ihnen zusammen wirkt.

In Leipzig gibt es in diesem Zusammenhang einiges, was ein konstruktives Miteinander zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe befördert: die Drogenpolitischen Leitlinien, der jährliche Suchtbericht, der Suchtpräventionsplan, Gremien wie Drogenbeirat, Drogenrapport (monatliche Lagebesprechung), Arbeitskreis Suchtprävention, das Schülermultiplikatorenprogramm „free your mind“ u.v.a.m.

Als ein Ergebnis guter Präventions- und Kooperationsarbeit ist die Prämierung Leipzigs im Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategi-

en kommunaler Suchtprävention“ durch das Deutsche Institut für Urbanistik Berlin zu sehen. Der Bundeswettbewerb wurde im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt.

In der Begründung zur Prämierung heißt es u.a.: „Bemerkenswert ist, in welchem Umfang nicht unmittelbar mit dem Thema befasste Institutionen (z. B. Handwerkskammer, Universität) eingebunden sind. Diesen außergewöhnlichen Vernetzungsanstrengungen ist es zu verdanken, dass die Voraussage einer auf Leipzig zukommenden Drogenwelle nicht eingetreten ist.“

Die Kinder-, Jugend- und Familienhilfe tut nicht nur in Leipzig sehr viel. Sie kann aber keine Ersatzfunktion für Leistungseinschränkungen im Gesundheitswesen übernehmen. Sie ist ein Partner, ein wichtiger Partner unter vielen. Es geht bei den Aufgaben und Leistungen der Jugendhilfe immer um Unterstützung, Begleitung, Förderung und im Ausnahmefall um Ersatzunterbringung. Die Möglichkeiten lassen sich so zusammenfassen:

Jugendhilfe ...

- hält Kontakt zu Kindern, Jugendlichen und Familien (offene Gespräche ohne Vorbedingungen).
- blickt auf die Entwicklungsgeschichte (keine Reduzierung auf das aktuelle Problem).
- zeigt Lebensperspektiven auf (scheitert jedoch oft an Rahmenbedingungen z.B. Arbeitsmarkt).
- mindert gesundheitliche Risiken (Prävention, Gesundheitsprophylaxe, z. B. Spritzenaustausch in der Straßensozialarbeit).
- versucht Ausgrenzung zu verhindern (möglichst wenig wechselnde Bezugspartner/innen der Jugendlichen).

In der Praxis bleiben diese Punkte Anforderungen und stellen noch keine durchgängigen Standards dar.

Man kann davon ausgehen, dass es vielfältige Kontakte unter Fachleuten der Jugendhilfe und denen aus den Bereichen Schule, Medizin, und Berufsausbildung gibt. Kooperationsstrukturen sind vorhanden, oft als kleinräumiges Bündnis der Helfer/innen in einem Gebiet. Bei Handlungsdruck funktionieren die Kontakte der Kollegen/innen meist auch sehr gut.

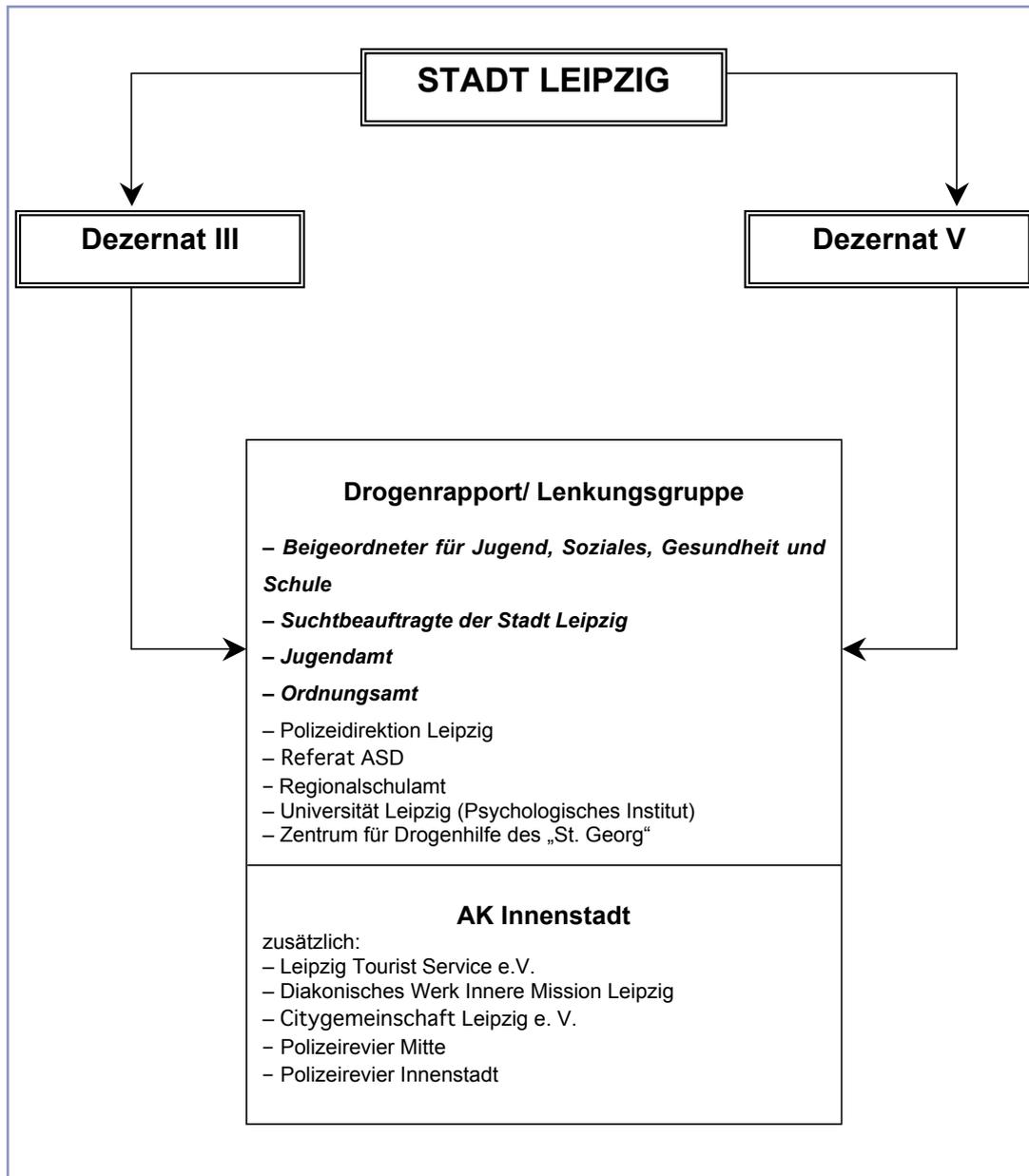
Neben dem Wunsch und der Notwendigkeit zur Zusammenarbeit, gibt es aber auch Hemmnisse für eine gelingende Kooperation. Was dabei zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen steht, lässt sich vielleicht mit folgendem Zitat ausdrücken:

„Diese Sicht durch die systemeigenen Brillen zeigt sich auch in der Sprache der einzelnen Fachgebiete, sie sind für die anderen auf Anhieb schwer verstehbar. Es bedürfte oft eines

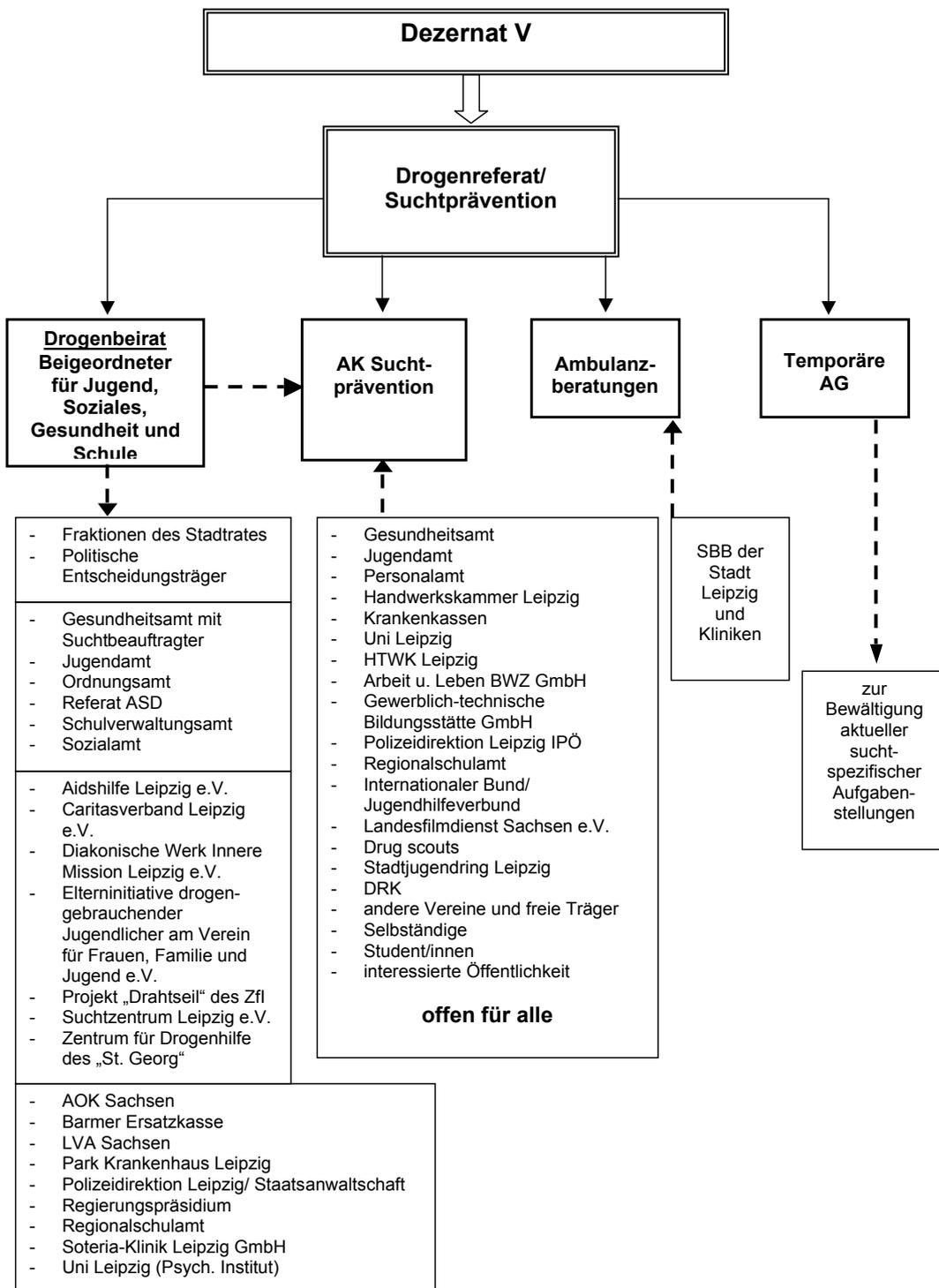
„Übersetzers“, um miteinander verständlich kommunizieren zu können.“ (Erdelyi 1996, S. 238)

Damit Kooperation gelingt, bedarf es

- Kooperationsstrukturen, die verbindlich und konkret sind,
- einer sachorientierten Diskussionskultur und das Bedürfnis, voneinander zu lernen,
- Helfersystemen, die im Dienste der Betroffenen arbeiten,
- eines gemeinsamen Zieles der unterschiedlichen Professionen,
- nicht zu viele Gremien und Arbeitskreise,
- Erhöhung der Professionalität in Bezug auf Kooperation.



Folie 1: Struktur und Netzwerke der Suchtprävention und Suchthilfe



**Folie 2:
Struktur und
Netzwerke der
Suchtprävention und
Suchthilfe**

§ 81 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz)

„Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien auswirkt, insbesondere mit:

1. Schulen und Stellen der Schulverwaltung,
2. Einrichtungen und Stellen der beruflichen Aus- und Weiterbildung,
3. Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes,
4. Stellen der Bundesanstalt für Arbeit,
5. Trägern anderer Sozialleistungen
6. Gewerbeaufsicht,
7. Polizei- und Ordnungsbehörden,
8. Justizvollzugsbehörden und
9. Einrichtungen der Ausbildung für Fachkräfte, der Weiterbildung und Forschung

im Rahmen ihrer Aufgaben und Befugnisse zusammenarbeiten.“

Folie 3

Sachgebiet Straßensozialarbeit			
Team "Anna O." Humboldtstr. 17 04105 Leipzig Tel.: 2 15 38 21 Fax: 2 15 38 20 Kati Möckel 0163/2786931 Ina Klass 0163/2786932	Team "FANAL" Roßplatz 5/6 04103 Leipzig Tel.: 9 61 03 24 Daniela AL-Absi 0163/2786941 Marco Wultschew 0163/2786930 Arne Hector 0163/2786943	Team "O.S.T" Eisenbahnstr.74 04315 Leipzig Tel.: 6 88 81 89 Annette Junge 0163/2786933 Heike Strobel 0163/2786934 Katja Schwartz 0163/2786935 Benedikt Geppert 0163/2786936	Team "Step XS" Roßplatz 5/6 04103 Leipzig Tel.: 9 60 42 45 J. Netwal 0163/2786937 Stefan Klingner 0163/2786940 Willie Wildgrube 0163/2786939 Jörn Küenle 0163/2786944
Zielgruppe: Mädchen und junge Frauen mit Sucht-, Missbrauchs- und/ oder Prostitutionserfahrungen	Zielgruppe: Kinder und Jugendliche mit Auffälligkeiten im intellektuellen und sozialen Bereich sowie Straßenkarrieren, Cliques Zentrum, Z-Nord, Z-Nordwest, Z-Süd, Z-Südost, Z-West, Südvorstadt	Zielgruppe: Kinder und Jugendl. mit Verhaltens-, Beziehungs- und Umgangsproblemen sowie Drogenkonsumenten, Straßenkarrieren in Zentrum-Ost, Neustadt, Volkmarshausen, Schönefeld, Paunsdorf, Reudnitz-Thonberg, Sellerhausen	Zielgruppe: Kinder und Jugendliche, die illegalisierte Drogen mit problematischen Gebrauchsmustern (z.B. intravenös) konsumieren
Kontaktmöglichkeiten: montags bis freitags: 12-13 Uhr Café olé montags 13-15 Uhr	Kontaktmöglichkeiten: montags: 13-16 Uhr dienstags: 14-16 Uhr freitags: 14-16 Uhr	Kontaktmöglichkeiten: dienstags: 12-14 Uhr 20-22 Uhr mittwochs: 18-20 Uhr donnerstags: 16-18 Uhr	Kontaktmöglichkeiten: montags: 13-16 Uhr mittwochs: 13-16 Uhr freitags: 13-16 Uhr
Mobil: montags bis freitags: 13-17 Uhr dienstags: 20-24 Uhr mittwochs: 17-19 Uhr	Mobil: dienstags: 17-18 Uhr 19-23 Uhr mittwochs: 14-18 Uhr donnerstags: 15-18 Uhr 19-23 Uhr freitags: 16-18 Uhr	Mobil: montags: 14-16Uhr dienstags: 14-16 Uhr mittwochs: 16-18 Uhr Streetmobil donnerstags: 19-21 Uhr in der Permoserstraße freitags: 12-14 Uhr	Mobil: dienstags: 14-20 Uhr mittwochs: 10-13 Uhr mittwochs: 16-22 Uhr donnerstags: 14-20 Uhr
Angebote: Betreuung, Beratung, Begleitung und Vermittlung Kontakt- und Beratungsstelle, Safer-Sex-, Safer-Work-, Safer-Use-Beratung Komm.angebot für Betroffene, Unterstützung zur Selbsthilfe, Spritzentausch	Angebote: Betreuung, Beratung, Begleitung und Vermittlung Kontakt- und Beratungsstelle, Freizeit und Erlebnisangebote, Gruppenarbeit, Themennachmittage, Grundversorgung, Spritzentausch	Angebote: Betreuung, Beratung, Begleitung und Vermittlung Kontakt- und Beratungsstelle Streetmobil Grundversorgung Safer Use, Safer Sex Beratung Gruppenarbeit, Spritzentausch	Angebote: Betreuung, Beratung, Begleitung und Vermittlung Kontakt- und Beratungsstelle Drogennotfall- und Infektionsprophylaxe, Infos über Drogen und Konsumformen, Grundversorgung, Safer Use, Safer Sex Beratung, Spritzentausch

Folie 4

<p>Team "Anna O." Roßplatz 5/6 04103 Leipzig Tel.: 9 60 42 45</p> <p>Straßensozialarbeit mit Mädchen und jungen Frauen</p>	<p>Team "FANAL" Roßplatz 5/6 04103 Leipzig Tel.: 9 61 03 24</p> <p>Straßensozialarbeit mit Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenslagen</p>	<p>Team "O.S.T" Eisenbahnstr.74 04315 Leipzig Tel.: 6 88 81 89</p> <p>Straßensozialarbeit mit Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenslagen</p>	<p>Team "Step XS" Roßplatz 5/6 04103 Leipzig Tel.: 9 60 42 45</p> <p>Straßensozialarbeit mit Kindern und Jugendlichen in der Drogenszene</p>
<p>Bertha Pappenheim (= Anna O.) wurde 1859 in Wien geboren. Sie wuchs in einer reichen jüdischen Familie auf. Während ihrer hysterischen Erkrankung, ausgelöst durch das tödliche Leiden des Vaters, war sie von November 1880 bis Juli 1882 in Behandlung bei Josef Breuer. Später analysierte Freud Breuers Geschichte der Bertha Pappenheim und verlieh ihr auch das Pseudonym "Anna O.". Bertha Pappenheim war Mitbegründerin des jüdischen Frauenbundes und lange Jahre im Vorstand des Bundes Deutscher Frauenvereine. Sie leitete u.a. ein Waisenhaus für jüdische Mädchen, gründete ein Heim für junge Prostituierte und engagierte sich in Organisationen zur Bekämpfung des Mädchenhandels. Sie verfasste Märchen, Novellen und theoretische Schriften zur Frauenfrage. Dabei thematisierte sie die politische, wirtschaftliche und sexuelle Ausbeutung der Frauen. Sie starb 1936.</p>	<p>FANAL aus dem griechischen/französischen bedeutet: "Ereignis oder Tat, die ein Zeichen setzt"</p> <p>Die Anfangsbuchstaben stehen für:</p> <p>Freiwilligkeit</p> <p>Aufsuchend</p> <p>Niedrigschwellig</p> <p>Anonym</p> <p>Lebenshilfe</p>	<p>"Wir sind anders als die Anderen"</p> <p>Die Anfangsbuchstaben stehen für:</p> <p>Offen</p> <p>Sozial</p> <p>Tätig</p>	<p>Die Bedeutung von "Step XS" erschließt sich aus der Übersetzung der in der jugendlichen Umgangssprache verankerten englischen Begriffe step und xs (extra small = kleiner Schritt) sowie den Anfangsbuchstaben von:</p> <p>Streetwork</p> <p>Einzelfallhilfe</p> <p>Prävention</p> <p><i>Stand: 20. Juni 2003</i></p>

Folie 4

Fachforum B

Gesundheitsförderung – Zentrales Handlungsfeld in sozialen Brennpunkten

Je populärer eine Idee, desto weniger denkt man über sie nach, und desto wichtiger wird es, ihre Grenzen zu untersuchen.

Paul Feyerabend

In diesem Beitrag wird das Konzept „Gesundheitsförderung“ vorgestellt und als Rahmen genutzt, um es am Beispiel des Handlungsfeldes „Suchtprävention“ als zentralen Handlungsansatz für den Umgang mit Drogenkonsumenten/innen in sozialen Brennpunkten darzustellen. Zunächst aber geht es um die Herausarbeitung der geschichtlichen Entwicklung der für die Praxis der Suchtarbeit relevanten Leitkonzepte. Denn nur vor diesem Hintergrund werden ideologisch-moralische und politische Prägungen der Suchtprävention der letzten dreißig Jahre deutlich, bis es mit dem Konzept der „Gesundheitsförderung“ vor allem um fachlich begründete, evidence-based Handlungsansätze ging.

Dann werden beispielhafte Methoden der auf Partizipation und Befähigung ausgerichteten Präventionsansätze vorgestellt: „Peer-Involvement-Strategien“ und „Funktionelle Äquivalente.“ Diese Methoden wurden insbesondere deshalb ausgewählt, weil sie für die Arbeit in sozialen Brennpunkten besonders geeignet scheinen. Es folgen abschließend Empfehlungen für eine Verbesserung dieser Arbeit vor allem für die Zielgruppe sozial benachteiligter Jugendlicher in sozialen Brennpunkten. Ein Fokus liegt auf der Notwendigkeit von jungen-/männerspezifischen Angeboten, da dem Zusammenhang von „Rausch“ (öffentlicher Drogenkonsum), seinen psychosozialen Folgen und der Konstruktion von Männlichkeit mehr Beachtung geschenkt werden muss.

1. Leitkonzept in der Drogenhilfe und im Gesundheitswesen – der lange Weg vom Behandelten zum Handelnden

Im Folgenden werden wichtige Leitkonzepte der Drogenhilfe und des Gesundheitswesens vorgestellt, die den theoretischen, wie konzeptionell-praktischen Rahmen für suchtpräventive Projekte in Deutschland bilden. Damit kann den Einrichtungen, die solche Projekte planen, eine Orientierung über die jüngsten Entwicklungen und Zwischenstände der Debatte in der Drogenhilfe und des allgemeinen Gesundheitswesens gegeben werden:

Leitkonzept in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe: Akzeptanzorientierung, Empowerment und Unterstützung von Selbsthilfe/-organisation

„Akzeptanz“, „Niedrigschwelligkeit“ und „Suchtbegleitung“ haben als Trendbegriffe seit fast zwanzig Jahren Eingang in die Sozialarbeit mit zunächst Konsumenten/innen illegaler und jüngst auch legaler Drogen gefunden. Nicht zufällig sind sie in einer Phase der Drogenhilfeschichte entstanden, als die Verbreitung des HI-Virus und der AIDS-Erkrankung unter Drogenkonsumenten/innen das gesamte Drogenhilfesystem und die Drogenpolitik grundsätzlich hinterfragte: Ist die Fokussierung aller Hilfsmaßnahmen auf die Sucht und vor allem deren Beendigung sinnvoll, oder engt sie die Hilfe und schließlich die Betroffenen zu sehr ein? Welche Zielhierarchie muss für das System der Suchtkrankenhilfe entwickelt werden? Welche notwendigen Unterstützungen müssen unterhalb des Maximalziels der Abstinenz gewährt werden? Haben Menschen das Recht, selbst über den Konsum – auch den fortgesetzten – potenziell schädigender Substanzen zu entscheiden? Wollen wir eine Gesellschaft, die in Bezug auf Drogenkontrolle und Umgang mit Konsumenten höchst doppelamoralisch verfasst ist, die einen Teil der (legalen) Substanzen integriert und besteuert und einen anderen dämonisiert und verbietet, Konsumenten und Händler verfolgt? Welche Rolle soll das Strafrecht in der Drogenkontrolle einnehmen?

Einige der Antworten, die in den letzten fünfzehn bis zwanzig Jahren auf diese Fragen formuliert wurden, beinhalten ein fachlich mittlerweile verbreitetes, gemeinsames Verständnis in mehreren Grundfragen:

- (1) der Abschied vom Mythos einer „drogenfreien Gesellschaft“ bzw. der Freiheit von illegalen Drogen: Die heute illegalen und legalen Drogen werden uns auch in den nächsten zwanzig Jahren begleiten. Es kommt darauf an, Schäden für den einzelnen Konsumenten, unbeteiligte Dritte und die Gesellschaft so gering wie möglich zu halten,
- (2) der Abschied vom Mythos der „suchtfreien Gesellschaft“: Es geht nicht mehr nur darum Süchte zu verhindern, sondern auch darum, mit ihnen bedürfnisgerecht, unter Wahrung der Menschenwürde, umgehen zu lernen.
- (3) das Ende der Vorstellung eines (linearen) Königswegs in der Behandlung und Prävention von Drogenabhängigkeit (z.B. einer „Therapiekette“ von stationärem Entzug in einer Fachklinik, dann Entwöhnungsbehandlung in einer abstinenzorientierten stationären Langzeittherapieeinrichtung

- und anschließender Nachsorge),
- (4) der Abbau von Schwellen im Zugang zum Drogenhilfesystem, um die Reichweite und Haltekraft der Hilfsangebote zu vergrößern, insbesondere für die Drogengebraucher/innen, die hochschwellige drogenfreie Angebote nicht mehr erreichen können oder wollen,
- (5) die Einsicht, dass lineares oder polares Denken in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe einem zirkulären weichen muss: So werden beispielsweise „Rückfälle“ mittlerweile als „Normalfälle“ begriffen und dürfen nicht verurteilt, sondern wertschätzend in die weitere Bearbeitung des Suchtproblems aufgenommen werden.

Dieses Verständnis ist das (Zwischen-)Ergebnis eines langen und kontrovers geführten Diskussionsprozesses, der (doppel-)moralisch-ideologisch ebenso wie politisch und fachfremd geprägt war. Der Wandel der Präventionsansätze von der Abschreckungspädagogik zu akzeptanzorientierten Ansätzen innerhalb eines konzeptuellen Rahmens der Gesundheitsförderung hat in den letzten dreißig Jahren stattgefunden.

Das in den 70ern vorherrschende Konzept der „Drogenprävention“ hatte vor allem zum Ziel, Neugierige abzuschrecken, Jugendliche zu immunisieren und sie vom Konsum vor allem illegaler Drogen abzubringen. Diese „Drogenprävention“ mit den Mitteln des erhobenen Zeigefingers und einer „schwarzen“ Pädagogik von Grusel- und Schockbildern, die vor allem von der Polizei auch heute noch vielerorts als Handlungsansatz vertreten wird, muss als fachlich gescheitert betrachtet werden. Hier lassen sich keinerlei nachhaltige Effekte nachweisen. Der Schock sitzt nicht tief, und es wird keine Brücke zur Lebenssituation Jugendlicher geschlagen.

Die 80er Jahre waren, wie PÜSCHL/ SCHLÖMER (2002) beschreiben, vor allem von der ursachenorientierten Suchtprävention geprägt: „Nicht mehr der Drogenkonsum wurde als wesentliches Problem, das es zu verhindern galt, aufgefasst, sondern Sucht. Konsequenterweise richtete sich der Blick nun auch auf die Abhängigkeit von Alkohol, Tabak und Medikamenten. Neben den stoffgebundenen Suchtformen wurden auch stoffungebundene, wie z.B. Spielsucht, Essstörungen, Arbeitssucht oder auch Fernsehen thematisiert.“ (S.121)

Erst Ende der 80er Jahre entwickelte sich aus der HIV/AIDS-Krise der Begriff der Akzeptanz in der Drogenarbeit heraus: „Akzeptanz“ drückt auf einer normativen Ebene aus, dass der Konsum von Drogen letztlich als persönliche Konsumententscheidung der Bürger/innen

betrachtet werden muss. Ein gewandeltes Suchtverständnis betrachtet Drogenkonsum (auch den fortgesetzten, abhängigen) in seiner Ambivalenz von erwünschten und unerwünschten Effekten: Kontrollverlust, Dominanz der Drogen einerseits, bewusste Entscheidungen der Konsumenten/innen, individuelle und kulturelle Risikobewältigungsstrategien, Funktionalitäten des Drogenkonsums andererseits. Die in der Drogenhilfe langjährig vorherrschende, pauschale Zuweisung eines Opferstatus für Abhängige („Sklave der Droge“, „Opfer der Händler“) und die fast selbstverständliche Zuschreibung einer Beratungs- und Therapiebedürftigkeit, ist verkürzt und liefert lediglich die Legitimationsbasis für fremdbestimmte Hilfsinterventionen. Sie blendet auch die Nutzbarmachung und Förderung der Selbstheilungskräfte und der Betroffenenkompetenz aus. Auch wenn die Entscheidungsspielräume und Handlungsalternativen der Konsumenten/innen bestimmter Drogen oftmals stark eingeschränkt sind, sind es letztlich die Gebrauchenden selbst, die sich entscheiden. Diese ambivalente Sichtweise bedeutet eine Gratwanderung zwischen der Definition eines bestimmten Drogenkonsums als selbstbestimmten Lebensstil oder als Krankheit. Auch dort wo Drogenabhängigkeit als Krankheit begriffen wird, muss eine vorurteils- und moralfreie gesundheitlich/medizinische und soziale Hilfe angeboten werden.

Akzeptanz bildet also einerseits eine Arbeitshaltung, die vor allem darin besteht, differierende und ggf. sogar konkurrierende Wertkonzepte nicht nur zulassen zu können, sondern sich mit ihnen „zieloffen“ auseinandersetzen zu wollen. Dabei werden die Organisationsmuster, Lebensorientierungen, Handlungsmuster und Kompetenzen zur Grundlage eines Dialogs, der das Gegenüber im Rahmen seiner bisherigen Lebensbewältigung entwickelt. Diese Erfahrungen sind sinnstiftender Teil der Lebensgeschichte, Konsequenzen aus diesen Erfahrungen machen subjektiv Sinn, sind möglicherweise funktional – in den meisten Fällen hilfreich.

Akzeptanz umschreibt in der sozialen Arbeit andererseits ein methodisch/praktisches Vorgehen: Der Schwerpunkt liegt auf dem dialogischen Moment innerhalb einer Beziehungsarbeit. Diese Beziehung muss in einigen Bereichen sozialer Arbeit erst hergestellt werden, sie entsteht insbesondere dort nicht wie selbstverständlich, wo es sich um ein Verhalten handelt, das gesellschaftlich stigmatisiert oder/und strafrechtlich verfolgt wird. Hier muss zunächst eine Erreichbarkeit der Hilfe geschaffen werden: durch offene, vertrauensvolle „niedrigschwellige“ und unverbindliche,

d.h. nicht per se an grundsätzliche Verhaltensänderungsbereitschaften gekoppelte Angebote. Diese Angebote können Sondereinrichtungen der Drogenhilfe sein, aber auch offene Jugendangebote innerhalb der Jugendhilfe. Dass diese Angebote wiederum nicht regellos sind, was z.B. ein bestimmtes sozialverträgliches Verhalten innerhalb der Angebote angeht (Hausregeln), ist dabei selbstverständlich: Szenehierarchien, Szeneverhalten o.ä. sollen nicht reproduziert werden.

Methodisch bedeutet Akzeptanz weiterhin, dass ein Verständnis in dieser Beziehung auch ein Ernstnehmen anderer Wertkonzepte und Lebensentwürfe einschließt – so fern diese den meist mittelschichtorientierten Vorstellungen der Helfer/innen auch sein mögen. Die Erkenntnis, dass ihre pädagogisch-therapeutische Potenz begrenzt ist, sollte im Dialog formulierte, kleinere Teilschritte zur gesundheitlichen, emotionalen oder sozialen Stabilisierung unterstützen lernen, statt den „großen Wurf“, das Maximalziel der Abstinenz, zu verfolgen.

Auf einer praktischen Ebene fokussiert dieser akzeptierende Ansatz auf Hilfen und Unterstützungen zur Vermeidung bzw. Reduzierung nicht-beabsichtigter Schäden sowohl für den Konsumenten als auch für die Gesellschaft. Harm reduction, Schadensminimierung, hat sich als Begriff für diese praktische Ausrichtung durchgesetzt. Auf einer praktisch-methodischen Ebene geht es bei schadensminimierenden Drogenhilfeangeboten darum, möglichst ohne ideologisch geprägte Verhaltenserwartungen frühzeitigen Kontakt zu jenen Konsumenten/innen illegaler Drogen herzustellen, die einen problematischen Drogengebrauch aufweisen. Der frühzeitige Kontakt über niedrigschwellige Drogenhilfeangebote ist der Ausgangspunkt für weitergehende medizinische Behandlungen mit dem Ziel einer gesundheitlichen Stabilisierung (z.B. Substitution bei Opiatkonsumenten/innen) und psychosozialer Betreuungen und Unterstützungen mit dem Ziel einer sozialen Integration (Wohnen, Regelung sozialer Belange, Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung).

Der Ansatz der harm reduction mit der Prämisse der Akzeptanz einer selbstbestimmten Konsumentenscheidung geht jedoch als „Philosophie“ in das gesamte Spektrum der Drogenhilfe und Drogenpolitik ein und muss quer zu den verschiedenschwelligen Präventions-, Versorgungs-, Beratungs- und Behandlungsebenen gedacht werden. In der Präventionsarbeit beispielsweise drückt sich dieser Ansatz in der fachlich immer stärker verbreiteten Schwerpunktverschiebung von der Drogenzur Suchtprävention aus: Es geht nicht länger nur um eine „Immunisierungsstrategie“ ge-

genüber allen illegalen Drogen, sondern um Unterstützungen und individuelle Persönlichkeitsstärkung im Rahmen einer insgesamt salutogenetischen Ausrichtung zur Vermeidung unerwünschter Effekte wie etwa der Sucht, d.h. der Beeinträchtigung des Kontrollvermögens, der Reduzierung der Lebensvielfalt auf Drogenkonsum und -beschaffung. Und selbst bei süchtigem Verhalten können differenzierte Kontroll- und Stabilisierungsstrategien zwischen Beratern/innen und Betroffenen entwickelt werden, die ein völliges Abrutschen in eine Verelendung verhindern.

Befähigung von Jugendlichen

Insgesamt geht es der Akzeptierenden Drogenarbeit um „Förderung der Mündigkeit“ und „Befähigung“. Sie zielt eher auf die Erweiterung der Handlungskompetenzen und Ressourcen von Individuen und Gruppe denn auf ein vorab normiertes und anzuweisendes Gesundheitsverhalten. Dadurch ergibt sich eine Auseinandersetzung mit Akzeptanz, Verantwortung, Durchsetzungsfähigkeiten und Selbsthilfe. Werden Drogenkonsumenten/innen mit ihrem selbstgewählten Lebensstil angenommen und akzeptiert, werden auch ihre Erfahrungen und Kompetenzen im Zusammenhang mit ihrem drogenorientierten Leben ernstgenommen und wertgeschätzt. Damit wird die Selbstbestimmung der Konsumenten/innen zum Ausgangspunkt für Interaktionen, sie müssen nicht auf herrschende Definitionen reagieren, sondern besitzen selbst Definitionsmacht und eigenständige Handlungskompetenzen. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit kooperiert also mit den Jugendlichen bei der Erarbeitung eines eigenverantwortlichen, risikomindernden, aber auch genussorientierten Umgangs mit illegalisierten Drogen. Dazu muss sie „Drogen-Beratung“ im wahrsten Sinne des Wortes durchführen und Angebote vorhalten, die einen gesundheitsschonenden Konsum in Eigenregie ermöglichen können.

Die professionelle Drogenhilfe sollte also die infrastrukturellen Rahmenbedingungen für die Nutzer/innen eröffnen, in denen konkrete Erfahrungen von Selbstwirksamkeit des eigenen (gesünderen) Handelns und von Kontroll-Überzeugung über Lebensanforderungen gemacht und in das Selbstbild und die Lebenspraxis integriert werden können. Derartige Angebote sind als Empowerment zu verstehen, d.h. sie stiften jenseits einer neuen pädagogischen Rezeptur von Methoden und Interventionsformen zur selbstbestimmten, eigeninszenierten Lebensgestaltung an.

Empowerment zielt auf Selbstwirksamkeit, d.h. es geht um die Unterstützung effektiver (gesundheitsschonender) Verhaltensweisen in

Drogengebrauchssituationen. Die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten, überhaupt etwas an der oftmals festgefahrenen und als aussichtslos erlebten eigenen Situation ändern zu können, gestaltet auch die Selbstwirksamkeit, bzw. wirkt motivierend. Personale, soziale und materielle Unterstützung kann diesen Prozess wesentlich moderieren, d.h. auch eine fremdvermittelte Überzeugung („Du kannst das“) kann eine stützende Funktion erhalten.

Die Fähigkeit, den eigenen Drogengebrauch selbstregulierend zu steuern und risikoarm zu gestalten, ist darüber hinaus von der subjektiven Beurteilung der eigenen Fähigkeit zur Steuerungskompetenz abhängig (Kontrollüberzeugung). Kontrollüberzeugungen beschreiben dabei die Fähigkeiten eines Individuums, Situationen bzw. deren Folgen zu antizipieren, zu beeinflussen und angemessen zu deuten. Aus der Motivationsforschung ist hinlänglich bekannt, dass eine Person dann bemüht ist, ein Ziel (hier: selbstkontrollierter Gebrauch) zu erreichen, wenn dieses Ziel für die Person eine bestimmte Wertigkeit besitzt. Beides, die Handlungsergebniserwartung und die subjektive Selbstwirksamkeitswahrnehmung (die auch gestützt sein kann), bestimmen die Handlungsmotivation. Die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeit im Sinne eines möglichen Kontrollgewinns, insbesondere in vorher aversiven Situationen, hat bzw. kann eine Reihe von Folgen haben: Durch die Stützung bzw. auch Vermittlung von risikobewussten Gebrauchskontrollregeln kann das konkrete Erleben (Selbstwirksamkeits- und Kontrollerfahrung), dass man auch als Gebraucher/in illegalisierter Drogen über Fähigkeiten und Fertigkeiten zur aktiven Alltagsorganisation verfügt, ermöglicht werden. Stützung und Vermittlung von Selbstwirksamkeit mit Hilfe von Safer-Use-Maßnahmen können so regulative Orientierungen zur Gestaltung des (auch) drogenbezogenen, genussorientierten Lebensstils bewirken. Ohne dies überbewerten zu wollen oder gar einem neuen Königsweg das Wort zu reden: Derartige Maßnahmen lassen einen autonom kontrollierten und eigenverantwortlichen Umgang mit Drogen möglich werden.

„Vor diesem Hintergrund erscheint die Frage, ob Jugendliche mit Drogen experimentieren und sie in einer bestimmten Entwicklungsphase aus hedonistischen Gründen oder um sich von der ‚bürgerlichen Erwachsenenwelt‘ abzugrenzen konsumieren, sekundär. Den Gebrauch von Betäubungsmitteln werden wir nicht aus der Welt schaffen können und dem gemäß ist die Fixierung auf Drogenabstinenz irrational und unglaubwürdig. Wichtig ist, dass Jugendliche einen verantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln erlernen und eine selbstverantwortete Entscheidung für oder gegen Dro-

gen schaffen können“ (BOSSONG 1991).

Leitkonzept im Gesundheitswesen: Das WHO-Konzept „Gesundheitsförderung“

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinn ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. ... Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.“ (Ottawa-Charta 1986)

Die Kernaussage der Ottawa-Charta lautet also: Menschen sollen befähigt werden, möglichst viel Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit auszuüben und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und die anderer zu übernehmen. Dieser Prozess kann aber nicht ohne die Schaffung und Veränderung entsprechender sozialer, politischer und ökonomischer Rahmenbedingungen erfolgen.

Die Charta formuliert eine grundsätzliche Strategie für Gesundheitsförderung: Sie definiert Gesundheitsförderung als ein Programm sozialer Veränderung, das die Weiterentwicklung von Organisationen ebenso umfasst wie die Entwicklung persönlicher Kompetenzen. Folgende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung werden genannt: Anwaltschaft für Gesundheit, Befähigen und Ermöglichen, Vermitteln und Vernetzen.

Der fachliche und gesundheitspolitische Ansatz „Gesundheitsförderung“, das „Lebensweisenkonzept“ der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa-Charta 1986, bietet sowohl theoretische als auch politische und hilfepraktische Ansatzpunkte, die der Weiterentwicklung eines professionellen Profils differenzierter AIDS- und Drogenhilfe dienlich sein könnten, ohne die drogenpolitischen Dimensionen der Hilfeleistung und die konsequente Basisorientierung als Arbeitsprämisse aufgeben zu müssen.

Gesundheitsförderung versteht sich gerade als ein gesundheitspolitisches Konzept, das Selbstbestimmungsprozesse von Menschen über ihre Lebensverhältnisse erweitern und Partizipationsmöglichkeiten aller gesellschaft-

lichen Mitglieder an sozialen, gesundheitszentrierten Diskursen und Praxen unterstützen will. Ein konsequenter Lebensweltbezug, Alltagsorientierung, Gemeinwesenorientierung, Partizipation aller Betroffenen und Beteiligten, Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten, Orientierung an Kompetenzen und Ressourcen der Menschen (salutogene Perspektive) sind Ausgangspunkte für gesundheitsfördernde Projekte und Strukturen.

Die Rolle der Professionellen lässt sich idealtypischerweise mit dem Status von Mentoren/innen charakterisieren, die vermittelnd, fördernd und unterstützend mit ihrer Arbeit zur Erweiterung der Kontrollmöglichkeiten über die eigenen Lebensweltbezüge (Empowerment) der betroffenen Menschen beitragen.

Gesundheitsförderung versteht individuelles (gesundheitsorientiertes) Handeln als eine auf einen übergeordneten lebensweltlichen Kontext bezogene Praxis. Veränderungs- und Förderungsprozesse beziehen sich demnach immer auch auf das gesamte System der sozialen und gesundheitlichen Thematik. Individuelle Gesundheitsförderung wirkt auf die Lebenswelt als das soziale System, strukturelle Gesundheitsförderung wirkt auf individuelle Verhaltensmöglichkeiten zurück. Dieses zirkuläre Entwicklungsverständnis belegt die umfassende gesundheitspolitische Motivation von Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung umfasst neben der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale Einzelner die gleichzeitige Thematisierung gesellschaftlicher Dimensionen kollektiven Gesundheitsverhaltens und der Lebensverhältnisse. Gesundheitsrisiken auch im Bereich von Rausch- und Lusterfahrungen werden auch politisch, sozial und kulturell mitverursacht (Stichwort: bürgerlich-romantisches Liebeskonzept).

Dieses Verständnis von Gesundheitsförderung bedeutet die Abkehr von der Fixierung auf individuelle Verhaltensweisen, die Abkehr von der besonderen Zielgruppenorientierung, hin zum Einbezug sozialer und politischer Ebenen und Systeme bei der Gestaltung der Gesundheitsförderung (vgl. BRÖSSKAMP-STONE et.al. 1998). Diese Sichtweise kann nicht mehr mit dem Präventionsbegriff operieren: Dieser ist sehr eng gefasst, und beinhaltet vorrangig Maßnahmen, wie eine besondere gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten verhindert, weniger wahrscheinlich oder verzögert werden kann (vgl. SCHWARTZ et al. 1998, S. 151).

Mit dem Handlungskonzept Gesundheitsförderung wird ein Paradigmenwechsel deutlich: weg von der Krankheits- hin zur Gesundheitsorientierung. Das Konzept Gesundheitsförde-

rung hat zur Durchsetzung eines umfassenden sozial-ökologischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit beigetragen. Es hat die Aufmerksamkeit neben der individuellen Verhaltensveränderung auf die gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen gelenkt, die nur durch politisches Handeln gesetzt und verändert werden können. Gesundheitsförderung wird zunehmend als Zukunftsinvestition wahrgenommen.

„Strukturelle Prävention“

Mit dem Begriff „Strukturelle Prävention“ (vgl. umfassend KETTERER 1998) hat die Deutsche AIDS-Hilfe „sozusagen eine spontane, eigenständige, aus der Problemsituation entwickelte Nachschöpfung der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta“ geschaffen (ROSENBROCK 1998, S.14). 1990 wurde das „Lebensweisenkonzept“ der WHO zur Arbeitsgrundlage der Deutschen AIDS-Hilfe erklärt und die „strukturelle Prävention“ als Arbeitsziel definiert – ein (präventions-)fachliches Konzept mit (emanzipations- und gesundheits-)politischem Anspruch.

Die Grundlagen des Konzeptes sind:

- die Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention,
- die Einheit der drei Präventionsebenen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention,
- die Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe,
- die Einheit von Emanzipation und Prävention“ (KETTERER 1998, S. 40).

Diese fundamentalen Anforderungen des Konzeptes „Strukturelle Prävention“ betonen stärker als im „Lebensweisenkonzept“ der WHO den Zusammenhang und die Wechselwirkung vor allem von Prävention und Emanzipation für die Gesundheitsförderung: „Emanzipation ist nicht ohne Prävention und Prävention nicht ohne Emanzipation möglich“ (ROSENBROCK 1998, S.19). Strukturelle Prävention stellt sozusagen eine Schärfung und praktisch-politische Anwendung des WHO-Konzeptes auf die AIDS-/Drogen- und Gesundheitsdienste und -politik schlechthin dar – eben „angewandtes Ottawa“ (ROSENBROCK 1998, S.23).

Die Akzeptanz von verschiedenen Lebensstilen, und auch die politisch-kulturelle Schaffung von Akzeptanz, ist die normative und politische Grundlage des Konzeptes der „Strukturellen Prävention.“

Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Unterstützung von bereits drogenkonsumierenden Jugendlichen

Wie lassen sich mit Drogengebrauch verbundene Gesundheitsrisiken vermeiden, wie können wir bereits mit Drogen experimentierende

Jugendliche unterstützen, ihr Wissen zu verbessern, den Nutzen aus den Drogen zu ziehen und nicht beabsichtigte Nebenwirkungen zu vermeiden lernen?

Wir alle wissen, dass individuelle Gewohnheiten, soziale Rituale, Normen und äußere Faktoren sowie Mangel an Informationen häufig Hindernisse auf dem Weg zur Änderung von riskanten oder sogar schädigenden Verhaltensweisen sind. Aus der Präventionstheorie wissen wir, dass Insider-Informationen, Wissen aus persönlicher Erfahrung und Vertrauen wichtige Faktoren für die Aufnahme und Beendigung eines bestimmten Verhaltens sind. Vertrauen ist in den Bereichen des illegalen Drogenbrauchs und des riskanten Verhaltens eine grundsätzliche Voraussetzung. Die Normen der Gleichaltrigen-Gruppen sind von grosser Bedeutung, wenn man die Einstellung von Drogenkonsumenten/innen in Richtung auf sichereres Verhalten beeinflussen will. Selbstwirksamkeit durch Vorbilder zu schaffen, ist ein anderer, sehr wichtiger Punkt. Es ist also viel notwendiger, soziale Informationen zu vermitteln als schlichtes Faktenwissen. Der Stand des Sachwissens ist häufig recht groß.

Grundlage für den Zugang zu glaubwürdigen Informationen über riskantes Verhalten ist das Vertrautsein mit den Gruppennormen und die Vertrauenswürdigkeit für die Drogenkonsumenten/innen, vor allem bei Jugendlichen. Riskanter Drogengebrauch, riskante sexuelle Kontakte müssen als Teil der Subkulturen verstanden werden. An solchen Verhaltensweisen teilzunehmen, bedeutet immer auch eine Art von Widerstand gegen die Gesellschaft und den sozialen autoritären Nahraum.

Aber welche Faktoren beeinflussen die Ansichten über den Drogenkonsum und das drogenkonsumierende Verhalten, oder ob sie in einer bestimmten Form, nach einem bestimmten Muster konsumiert werden? Diese Faktoren lassen sich anhand eines Modells für Verhaltensänderung darstellen. Wie alle Modelle ist auch dieses eine Vereinfachung der Realität. „Haltung“ zum Beispiel ist ein komplexes Phänomen, es ist weit davon entfernt, Ergebnis rationaler Entscheidungen zu sein. Weitere Aspekte spielen eine Rolle: emotionale Gesichtspunkte, solche der Motivation und der Umgebung können ebenfalls zu Verhaltensänderungen beitragen. Das Modell ist jedoch nützlich zur Veranschaulichung von zukünftigen Interventionsangeboten – wie sie angeregt werden können und wie sie sich umsetzen lassen. Wir beschreiben diese Faktoren kurz mit einigen Beispielen und zeigen, wie man sie durch bestimmte Aktivitäten beeinflussen kann.

Von außen bestimmte Variablen

Zu den äußeren Variablen gehören demografische Faktoren, die nicht zu beeinflussen sind (wie Geschlecht, Alter, Herkunft u.a.m.) ebenso wie der jeweilige Wohnort (E&C-Gebiet) oder die politische Situation.

Einstellung

Einstellung oder Haltung beschreibt, wie eine Person ein bestimmtes Verhalten bewertet. Bewertung von Verhalten ist ein Abwägen von Vorteilen gegen Nachteile. Dies ist nicht nur ein rationaler, logischer Prozess. Irrationale Gewohnheiten, Gefühle und Vorstellungen beeinflussen ebenfalls die relativen Gewichtungen von Vor- gegen Nachteile.

Soziale Einflüsse

Direkter sozialer Einfluss sind u.a. die Verhaltenserwartungen, die das gesamte soziale Umfeld, die Peer-Group, die Einrichtung, Partner/innen, Familie und Freunde/innen an eine Person richten. Ein Nichtbefolgen dieser Erwartungen kann zu Sanktionen führen.

Indirekter sozialer Einfluss bedeutet, dass Normen verinnerlicht sind, die Person folgt in ihrem Verhalten sozialen Normen, als seien es ihre eigenen Überzeugungen.

Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit meint die Selbsteinschätzung einer Person über ihre Fähigkeiten, ein bestimmtes Verhalten auszuführen. Fragen in diesem Zusammenhang sind: „Wird es mir gelingen, nächstes Wochenende auf den Gebrauch von Cannabis zu verzichten? Und wenn nicht, warum? Hängt mein Erfolg von mir selbst ab? Von meiner Erfahrung, meiner Intelligenz, meiner Beharrlichkeit oder von der Unterstützung meiner Freunde/innen, meines Partners? Besitze ich genügend Selbstkontrolle, um mir angebotene Drogen nicht zu nehmen? Kann ich den vielfältigen anderen Versuchungen widerstehen, z.B. Alkohol zu trinken?“ Wenn jugendliche Drogenkonsumenten wirklich davon überzeugt sind, dass sie das schaffen könnten, kann man ihnen einen hohen Grad von Selbstwirksamkeit zusprechen.

Das Gegenteil ist allerdings bei weitem das Üblichere. Viele jugendliche Drogenkonsumenten erfahren regelmäßig negative Beurteilungen in ihrem Umfeld. Das beeinflusst nicht nur ihre Selbstwirksamkeit, sondern auch ihre Selbstachtung negativ. Ein Beispiel begrenzter Selbstwirksamkeit sind Klagen darüber, dass es nicht gut laufe, man aber nichts daran ändern könne, weil für die Situation andere (Produkte oder Personen) verantwortlich sind.

Absicht

Absicht ist der aktuelle Plan oder Wunsch, ein bestimmtes Verhalten anzunehmen.

Wenn alle Bedingungen (positive Einstellung, stützender sozialer Einfluss und Selbstwirksamkeit) erfüllt sind oder wenigstens zum großen Teil erfüllt sind, dann können – grob gesagt – nur zwei Dinge die Person von der Übernahme des Verhaltens zurückhalten: Barrieren und ein Mangel an Fertigkeiten.

Barrieren

Selbst wenn Leute ihr Verhalten ändern wollen, finden sie oft nicht die Hilfsmittel dafür. Das kann dazu führen, dass sie nicht in der Lage sind, ersehnte Verhaltensänderungen umzusetzen.

Fertigkeiten

Für Verhaltensänderungen reichen Willenskraft oder Motivation allein nicht aus. Die Personen müssen die notwendigen Fertigkeiten erlernen, damit sie ein alternatives Verhalten für sich umsetzen können. Dies impliziert aus Erfahrungen, auch aus sog. „Rückschlägen“ zu lernen, neue Kompetenzen zu entwickeln und sich in dem neu erworbenen Verhalten zu üben.

2. Beispielhafte Methoden der Präventionsansätze

Peer Support als methodische Strategie des Einbezugs der Zielgruppen und ihrer Kompetenz in die praktische Präventionsarbeit

Wie oben ausgeführt, ist es wichtig, zielgruppenangepasste, lebensweltnahe und wertneutrale Informationen über Drogen zu liefern und Auseinandersetzungen zu initiieren. Insbesondere Jugendliche hegen oftmals Unverletzlichkeitsphantasien, die durch die „schwarze“ Abschreckungspädagogik herrschender Präventionsbroschüren beibehalten und gepflegt werden können. Die vermittelten Informationen sind zu weit entfernt von der Lebensrealität, weshalb sich die Jugendlichen als zu weit entfernt von möglichen Schädigungen empfinden. Wie aber kann man eine Brücke schlagen zu denen, die sich für unverwundbar halten? Nur wirklichkeitsnahe Aufklärungskonzepte über Chancen und Risiken eines Drogenkonsums haben überhaupt Aussicht darauf, wahrgenommen zu werden. Und selbst rationale, wohlabgewogene Gesundheitsförderungskonzepte müssen nicht immer in einen Lebensstil passen, der auf Grenzgängerei sowie Angst- und Risikolust aus ist – auch damit muss sich Aufklärungsarbeit abfinden. Ebenso ist es nicht nur problematisch was, sondern auch wer die Gesundheitsbotschaften transportiert und wie sie im Einzelnen vermittelt werden. Deshalb

ist ein Einbezug von peers (peer involvement) von immer größer werdender Bedeutung für die Präventions- und Gesundheitsförderungsarbeit.

Was ist peer support?

Der Konsum jeglicher Drogen vollzieht sich innerhalb eines bestimmten Sets von Erfahrungen, Regeln, Normen, übermitteltem Alltagswissen und technischem Know-how, das von erfahreneren Gebraucher/innen erlernt und durch eigene Erfahrungen, aber in beständiger Kommunikation mit dem Umfeld (Werbung, Eltern, Schule, Gleichgesinnte) erweitert und verändert wird. In der Kommunikation der Drogenkonsumenten/innen untereinander werden wichtige und handlungsleitende Vorsichtsmaßnahmen, Tipps, schadensminimierende Ratschläge, die Drogenwirkung intensivierende Hinweise, aber auch Warnungen, Bewertungen und Mythen ausgesprochen oder im Modelllernen anderweitig transportiert und für den eigenen Alltag übernommen oder abgewandelt bzw. zurückgewiesen.

Diese Interaktion und alltagspraktische Unterstützung Gleichgestellter/ Gleichgesinnter/ Gleichaltriger, d.h. von Menschen in einer ähnlichen psychosozialen Lebenslage, wird im folgenden mit dem Begriff peer support bezeichnet.

Diese Kommunikation von Gleich-zu-Gleich ist für Konsumenten/innen illegaler Drogen doppelt wichtig: Sie bewegen sich in illegalen Lebensbereichen (Erwerb, Handel, Einfuhr illegalisierter Drogen, kriminelle Aktivitäten zur Beschaffung und Finanzierung von Drogen, Prostitution etc.). Vertrauen, Nähe, Übersichtlichkeit, Identitätsstiftung entsteht und besteht nur noch in kleineren, engen sozialen Beziehungen, die für das Alltagsmanagement eine zentrale Rolle einnehmen können.

Der Drogenkonsum wird in sozialen Bezügen erstmalig aufgenommen, erlernt und weiterentwickelt. Dabei entsteht in der peer group das Wissen über Drogenwirkungen: Gefahrenbewertung und Informationen über die (Misch-) Wirkungen des Konsums bestimmter Pillen, Tabaks, Cannabis, des Mischdrogenkonsums mit Cannabis, Alkohol und Tabak, Aufkochen von Opiaten, Rauchens von Crack, der Mischung eines Cocktails etc. und die technischen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Pfeifenwahl bei Crack, Abbinden, Venensuche, Einstichwinkel bei der Injektion, Spritzenwahl etc.). Diese gegenseitige Information und Beeinflussung sind von entscheidender Bedeutung für die Bildung eines Risikobewusstseins und eines daraufhin entwickelten Risikomanagements. Dieser Wissenstransport ist nicht institutionalisiert, sondern spielt sich im Alltagsleben Drogen-

abhängiger „von selbst“ ab, er ist informeller Bestandteil von Alltagshandeln und von „offizieller Seite“ nicht zu erwarten. Wie die Ergebnisse der Evaluation einer Spritzenvergabe im Gefängnis ergeben hat, wählen Gefangene vornehmlich andere Gefangene als relevante Kommunikationspartner/innen in Bezug auf Drogenkonsum und Infektionsgefahren.

Das bedeutet jedoch nicht, dass alle Informationen richtig sind, die auf diesem Wege transportiert werden: Mythen, Verklärungen, „Ideologien“, unbegründbare Behauptungen und Falschinformationen sind hier genauso vorhanden wie in anderen kommunikativen und sozialen Zusammenhängen. Der intravenöse Konsum verschiedenster Substanzen ist durchaus ein komplexes „Wissensgebiet“, in dem alltagstaugliche Kenntnisse zwar gefordert, aber nicht immer vorhanden sind

Es bestehen also „hidden risks“, die von Drogenkonsumenten/innen nicht durchgängig erkannt und deshalb in der peer group tradiert werden. Das Wissen der Drogenkonsumenten/innen kann und muss aus gesundheitsfördernder Sicht von professioneller Seite ergänzt werden durch die Weitergabe von Informationen, die alltagsrelevant, d.h. auf die Lebens- und Konsumbedingungen Betroffener abgestimmt sind. Transporteure in diesem Prozess können Betroffene und Gleichgestellte sein, die mit einer überzeugenden Glaubwürdigkeit (Authentizität) ausgestattet, mindestens jedoch zielgruppenerfahrene Personen sind, die glaubwürdig peer group-relevante Inhalte vermitteln können. Dieser Übermittlungsprozess wird mit dem Begriff „peer education“, die Einbeziehung der Betroffenen als „peer involvement“ beschrieben.

Ein Abgrenzungsbegriff macht die besondere Qualität und den Charakter von peer education deutlich: Unter dem Begriff „Drogengenerziehung“ (MARZAHN 1994, S. 20) wird die bewusste und planmäßige pädagogische Einwirkung auf Kinder und Jugendliche in Sachen Drogen verstanden. Der pädagogische Impetus wird in entsprechenden Aufklärungsbüchern, Leitfäden, Unterrichtseinheiten und Filmen zu drogenbezogenen Themen besonders deutlich, weil er sich zumeist auf die Beendigung eines Verhaltens (des Drogenkonsums) bezieht, zu dem die Zielgruppe jedoch in der Regel nicht bereit ist. Im Gegenteil, das drogenkonsumierende Verhalten erhält in ihrer entwicklungspsychologisch wichtigen Sozialisationsphase bestimmte Bedeutungen, Symbolunterlegungen und Funktionen. Von der inhaltlichen Schwerpunktsetzung und ehemaligen mainstream-Orientierung der Abstinenzdominanz abgesehen, muss festgehalten werden, dass es formal-didaktisch keinen Du-

alismus zwischen traditionellen Konzepten der Erwachsenenpädagogik und Konzepten von peer involvement gibt.

Peer support in unserem Zusammenhang meint also die vielfältige Unterstützung von Drogengebrauchern/innen durch andere Drogengebraucher/innen, die in vielfältiger Weise voneinander lernen können: Für die Drogengebraucher/innen sind andere Drogengebraucher/innen die zentrale Bezugsgruppe in allen Fragen des Drogenumgangs.

Praxisbeispiel: „Peer support in der schulischen Suchtprävention“

EHLERT/HEIDERMANN (2001) berichten von einer schülerbezogenen Multiplikatorenarbeit am Beispiel des „peer to peer-Projekts Lübeck“. Dieses Projekt bietet seit 1997 Schülern/innen ab dem 8. Jahrgang die Möglichkeit, an ihren Schulen suchtpreventiv tätig zu werden. „Die hierfür ausgebildeten Jugendlichen haben nicht die Aufgabe, ihre Schulen drogenfrei zu machen, sondern ihre Mitschüler/innen zur Auseinandersetzung mit dem Thema Gesellschaft, Sucht und Drogen anzuregen. Zehn Lübecker Schulen nehmen gegenwärtig an dem Projekt teil.“ Der Ansatz nutzt die Erkenntnis, „dass Jugendliche Fachleute in ihrer Lebenswelt sind und damit multiplikatorisch in ihren Bezugsgruppen und -systemen wirken können.“ (S. 313).

Die Autoren/innen bestätigen ein Ergebnis der Shell-Studie von 1997, wonach Jugendliche eher bereit zum gesellschaftlichen Engagement sind, wenn sie Tätigkeiten mitbestimmen und ihre besonderen Fähigkeiten und Kenntnisse mit in ihre Arbeit einbringen können. „Für das Projekt hieß dies, die Jugendlichen müssen über attraktive motivationale Haltungen angesprochen werden, die über das Projekt aktiviert und befriedigt werden. Die konzeptionelle Ausrichtung des Projekts berücksichtigt diese Erfordernisse. Bei dem Punkt Evaluation wird dies deutlich werden. Das Projekt ist so angelegt, dass die Lebens- und Gesundheitsvorstellungen der professionellen Gesundheitsarbeiter und Pädagogen/innen den peers nicht untergeschoben werden können, wie Kritiker des peer support-Ansatzes dies befürchten.“ (S. 313)

Das Ziel des peer to peer-Projektes besteht darin, dass die peers befähigt werden, in ihren Bezugsgruppen zum Thema Sucht zu informieren und sich als Ansprechpartner/innen sowohl für gefährdete Gleichaltrige, aber auch für vertrauenswürdige Personen und Hilfeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Funktionelle Äquivalente

Unter funktioneller Äquivalenz ist ein Konzept

zu verstehen, das nach Angeboten in der konkreten Jugendarbeit sucht, die bei Jugendlichen die gleichen Entwicklungsfunktionen einnehmen wie der Drogengebrauch. Solche Angebote stellen Alternativen dar, die über eine entsprechende Attraktivität und Intensität der Beschäftigung für die Jugendlichen verfügen. Praxisprojekte, die sich z.T. aus erlebnispädagogischen Projekten entwickelt haben, zeigen, wie wichtig es ist, dass Jugendliche die Teilnahme als Ergebnis einer bewussten Handlungsentscheidung begreifen. Die Lebensbereiche Jugendlicher werden nicht nur unter dem Gesichtspunkt ihres Risikos, sondern auch im Hinblick ihrer kreativen und stabilisierenden Entwicklungspotenziale betrachtet, mit dem Ziel, die Fähigkeiten und Fertigkeiten bei Jugendlichen zu fördern, die ihnen eine adäquate Entwicklung ermöglichen (vgl. DOMBERG/ NADALIAN/ DUNKER 1997, 245ff). Domberg, Nadalian und Dunker beschreiben ausführlich ihre Erfahrungen mit dem kultur- und medienpädagogischen Tanztheater-Projekt „Magic-Shoes-Dance-Project“, das insbesondere Jugendliche ausländischer Herkunft anzieht.

3. Was wissen wir über Wirksamkeit und Erfolge präventiver Ansätze?

Unter Experten/innen besteht Übereinstimmung über die große Bedeutung von primärpräventiven Maßnahmen. Auch der Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan, den die Bundesregierung 1990 verabschiedete, betont die Notwendigkeit, primärpräventive Maßnahmen zu intensivieren und verankert die Prävention als eigenständige Säule in der Drogenpolitik. Auch im aktuellen Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung wird der Suchtprävention eine große Bedeutung beigemessen.

Um die Wirksamkeit primärpräventiver Maßnahmen zu überprüfen, bzw. die Frage zu beantworten, welche Ansätze und Maßnahmen die größte Wirksamkeit versprechen, wurde im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine „Expertise zur Primärprävention des Substanzgebrauchs“ erstellt. Dort heißt es: „Entgegen vieler Vermutungen konnte empirisch nachgewiesen werden, dass präventive Maßnahmen wirksam sind im Hinblick auf eine Verhinderung des Konsums, eine Verschiebung des Konsumbeginns und/oder eine Verhinderung eines langfristigen Missbrauchsverhaltens.“ (BZgA, S.102) Die Wirksamkeit hängt jedoch in hohem Maße von der Auswahl der Maßnahme, der Altersgruppe, der Substanz und der Zielgruppe ab. Präventive Maßnahmen sind beispielsweise für Nichtkonsumenten/innen wirksamer als für Probierer/innen und regelmäßige Konsumenten/innen. Ebenfalls spielt die präventiv tätige

Person eine wichtige Rolle. Die Ergebnisse zeigen, dass altersgleiche Personen aus der nahen Bezugsgruppe präventive Maßnahmen am besten durchführen können. In den meisten Fällen ist eine Kombination mit den Lehrern/innen hilfreich. Diese müssen jedoch gut ausgebildet, speziell aufgrund ihrer Kompetenz für präventive Maßnahmen ausgewählt und in der Durchführung laufend supervidiert werden.

Ein Konzept, das prüft, welche Faktoren gegeben sein müssen, damit eine Person kein Missbrauchsverhalten beginnt (protektive Faktoren), erwies sich aus pädagogischen und methodischen Gründen für die Prävention besser geeignet als das Risikofaktorenkonzept. Dieses geht davon aus, dass das Vorhandensein bestimmter Risiken in der Entwicklung einer Person, in der engeren sozialen Umgebung sowie der sozialen Umwelt die Wahrscheinlichkeit eines Drogenmissbrauchs erhöht. Ebenfalls wurde deutlich, dass kurzfristige Aktionen nicht effektiv sind. Prävention braucht einen langfristigen Ansatz. Kritisch zu beurteilen ist die Informationsvermittlung über psychoaktive Substanzen. Im günstigsten Fall ist diese ineffektiv. Besonders wenn Abschreckung ein Teil der Informationsvermittlung darstellt, kann sie sich als schädlich in Hinblick auf die Reduzierung des Missbrauchsverhaltens auswirken. Geringe positive Effekte treten nur dann auf, wenn die Information Teil umfangreicherer Kampagnen ist, die Zielgruppe sehr jung ist, als Ziel nur eine Wissensverbesserung angestrebt wird und auf unmittelbare, beobachtbare Konsequenzen wie beispielsweise gelbe Zähne durch das Rauchen hingewiesen wird.

Als wirksame präventive Maßnahme zeigte sich die Förderung der Lebenskompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Die Mehrheit der Studien zeigte deutlich positive Ergebnisse in Hinblick auf eine Verhinderung bzw. Verzögerung des Konsumbeginns und eine Verhinderung des langfristigen Missbrauchsverhaltens. Die Förderung besteht aus zwei Teilen. Zum einen aus einem suchtmittelspezifischen Teil („Standfestigkeitstraining“) und zum anderen aus einem suchtmittelunspezifischen Teil, in dem allgemeine Kompetenzen zur Lebensbewältigung (Problemlösungsfähigkeiten, Selbstsicherheit, Durchsetzungsvermögen etc.) gefördert werden. Lebenskompetenzsteigerung – eigentlich eine originäre Aufgabe der Pädagogik auf allen Ebenen – wird als tragende Säule der Suchtprävention betrachtet. „Wenn Heranwachsende gelernt haben, ihre Alltagskonflikte zu bewältigen und Belastungen standzuhalten, Eigenverantwortung zu übernehmen, ein stabiles Selbstwertgefühl aufzubauen, sich zu entspannen und zu genießen, dann sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass sie zu Suchtmitteln

als Strategie der Lebensbewältigung greifen.“ Diese Zielformulierung für den bundesweiten Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ (S. 17) muss allerdings als Idealbild jugendlicher Sozialisation begriffen werden, die bei vielen eben nicht greift oder greifen kann. Deshalb sind sekundärpräventive Maßnahmen (harm reduction) für diejenigen, die bereits Kontakte, ggf. Gewohnheiten oder Abhängigkeiten herausgebildet haben, von essentieller Bedeutung.

Einigkeit besteht darüber, dass präventive Maßnahmen meist zu spät beginnen. Sie sind bereits im Kindesalter notwendig. Hier spielt die Familie eine wichtige Rolle, da sie den ersten und wahrscheinlich wichtigsten Einfluss auf den späteren Umgang mit Drogen hat. Sie wird, so die Ergebnisse der Untersuchung, noch zu wenig beachtet. Notwendig ist somit auch die frühzeitige Intervention in der Schule.

Für den Erfolg von präventiven Maßnahmen über Massenmedien ist nach Ergebnissen der Untersuchung eine sorgfältige Planung, Durchführung und Evaluation aller Aktivitäten notwendig. Wichtig ist zunächst eine gut definierte Zielgruppe, wobei die wichtigsten Kinder, Jugendliche und die Öffentlichkeit sind. Mit Medienaktionen ist es möglich, einen Lebensstil zu kreieren, der Drogengebrauch ausschließt. Bei Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, auf Themen einzugehen, die für sie relevant sind. Ebenfalls ist es „... sinnvoll, diejenigen negativen Überzeugungen der Zielgruppe anzusprechen, die eine Übernahme des erwünschten gesundheitsgerechten Verhaltens verhindern.“ (BzGA, S. 108) Massenmediale Kommunikation sollte jedoch immer durch personale Kommunikation ergänzt werden (vgl. auch KÜNZEL-BÖHMER et.al. 1994).

4. Identifikation von Defizitbereichen der Präventionsdebatte und -praxis

Obwohl eine integrative, räumliche Orientierung in der Suchtprävention von vielen Fachleuten befürwortet wird, existieren im Suchtpräventionsbereich überwiegend isolierte Einzelprojekte, punktuelle Aktionen, die oftmals im Rahmen größer angelegter Kampagnen (etwa Aufklärungsprojekte über Busse) zu bestimmten Anlässen („Weltnichtrauchertag“, Ausstellungen etc.) stattfinden. Oftmals sind diese Präventionsveranstaltungen nicht mehr als purer Aktionismus, der medienwirksam von den Trägern der Drogenhilfe oder -politik vermarktet wird (im Hinblick auf das „Gutziel“ Keine Macht den Drogen!). Nachhaltigkeit kann jedoch nur über eine Verankerung in arbeitsfähige Strukturen und Institutionalisierung erreicht werden, in Formen, in denen interdiszip-

linär und multiprofessionell und sozialräumlich verankert und vernetzt gearbeitet wird und ein regelmäßiger Austausch stattfindet. Nur eine perspektivische und zukunftsorientierte Netzwerkarbeit im Stadtteilbereich bietet Aussicht darauf, suchtpreventive Arbeit zu reflektieren, zu verstetigen und letztlich sichtbar zu machen. Dies ist oftmals ein wenig medienwirksamer Prozess, es handelt sich eher um die stille Arbeit und die „Mühen der Ebene.“

Eine sehr sinnvolle Vernetzung bundesweit ist mit der Datenbank „Bestandsaufnahme von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland“ gelungen (<http://artemis.bzga.de/ldb/site/>). Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt Gesundheit Berlin e.V. eine Bestandsaufnahme von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland durch.

Bisher (Stand: August 2003) haben sich rund 2.600 Angebote an der Erhebung beteiligt, die jetzt auf einer Datenbank mit umfangreicher Recherchefunktion bereitsteht. Hier können Angebote nach unterschiedlichen Kategorien wie Alter, Zielgruppe, Setting oder Region gesucht werden. Die Anbieter können sich einloggen und ihre Daten selbständig aktualisieren. Diese „lebendige Datenbank“ dient der bundesweiten Vernetzung, dem Informations- und Erfahrungsaustausch und möchte einen qualifizierten Überblick über Maßnahmen und Projekte auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte bieten. Insbesondere diejenigen Projekte sind erfasst, die sich teilweise oder vorwiegend an Menschen in schwierigen und belastenden Lebenssituationen wenden.

Es zeigt sich häufig, dass Suchtpräventionsprojekte nicht niedrighschwellig zugänglich und darüber hinaus in Ansprache, Zielvorstellungen und Durchführung eher mittelschichts-, d.h. kognitiv- und verbalorientiert sind. Hier ist dringend ein Paradigmenwechsel nötig. Formen der spielerischen Interaktion, sinnlicher Erfahrungen, aber auch die Nutzung neuer Medien und interaktiver Angebote (z.B. www.drugcom.de) bilden eher eine Ausnahme.

Zeitlich längerfristig angelegte Projekte (im schulischen Bereich etwa „Be smart, don't start“ – schulische Nichtraucherförderung in 7. und 8. Klassen, vgl. PÜSCHL/ SCHLÖMER 2002, vgl. Praxisbeschreibung „sign“) die im schulischen Bereich institutionalisiert, außerschulisch und weitergehend im Stadtteil vernetzt und verankert sind, sind ebenfalls eher selten.

Viele suchtpreventive Projekte verharren zu stark in der Trennung von primär- und sekundärpräventiven Strategien. Es reicht nicht

aus, primärpräventiv nur im Vorfeld von Konsumerfahrungen anzusetzen, wenn z.T. gleichzeitig andere, gleichaltrige Gruppenmitglieder bereits Konsumerfahrungen aufweisen. Insbesondere für die Zielgruppen bereits erfahrener jugendlicher Konsumenten/innen müssen Strategien der Förderung von Risikokompetenzen und der Aneignung kontrollierter genussorientierter Gebrauchsmuster entwickelt werden.

Suchtpräventive Angebote sollten sich mehr als bisher auf die bereits vorhandenen Kompetenzen und das Wissen von jugendlichen Drogenkonsumenten/innen beziehen. Sie sind Experten/innen ihrer Lebenswelt, ihre Expertise muss auch zur Erhöhung der Glaubwürdigkeit einbezogen werden. Methodisch stehen dafür „von-gleich-zu-gleich“-Modelle (peer support; peer education) zur Verfügung.

Lebensweltnahe und zielgruppenspezifische Konzepte bilden in der Praxis eher die Ausnahme, obwohl der Gebrauch psychotroper Substanzen in der Sozialisation, Biographie, Kultur und Geschlecht ganz unterschiedliche Bedeutungen, Funktionalitäten und Sinngebungen erfährt. So wenig wie beispielsweise Jugendarbeit geschlechtsneutral organisiert werden kann, so wenig lassen sich mit allgemeinen suchtpräventiven Konzepten Mädchen und Jungen in ihren Besonderheiten ansprechen.

Viele der suchtpräventiven Projekte setzen nur auf der Verhaltensebene an. Das Konzept der Gesundheitsförderung schließt aber auch eine Veränderung der Verhältnisse mit ein. Diese Blickrichtung beinhaltet notwendigerweise drogenkonsumfördernde Strukturen (Werbung, hohe Griffnähe bspw. über das europaweit einzigartige Netz von Zigarettenautomaten in Deutschland). Eine stadtteilorientierte Praxis kann diese Strukturen nur zum Teil verändern, aber sie kann dafür Verantwortliche und Betroffene sensibilisieren.

Im Rahmen kommunaler Gesundheitsberichterstattung sollte auch über die Entwicklung suchtpräventiver Angebote berichtet werden, um ihnen eine angemessene Aufmerksamkeit zu verleihen. Das beinhaltet auch Evaluationen der Maßnahmen, die an den vorhandenen Mitteln orientiert sein und nicht immer wissenschaftlichen Charakter aufweisen müssen.

Abschließend lassen sich die Kritikpunkte an der gängigen Drogen- und Suchtprävention wie folgt zusammen fassen. Drogen-/Suchtprävention

- ist substanzfixiert, statt die (Vielfalt der) Konsummuster zu betrachten,
- wird mystifiziert statt sachlich-nüchtern betrachtet,
- ist verhaltenszentriert statt auch verhältnisorientiert,
- basiert auf einer Negativ-Einstellung statt

einer Anerkennung, Wertschätzung von Sinnhaftigkeit und Funktionalität des Drogengebrauchs,

- ist in der Regel genussfeindlich,
- ist fixiert auf Abhängigkeit, statt die Vielfältigkeit und Dynamik der Konsummuster zu beachten,
- basiert grundsätzlich auf Abstinenz statt auf Stärkung der „Risikokompetenz“ und Selbstbestärkung,
- ist ausgrenzend statt integrierend.

Defizitbereiche der Präventionsdebatte und -praxis vor allem für die Zielgruppe sozial benachteiligter Jugendlicher in sozialen Brennpunkten der E&C-Gebiete

Für die Zielgruppen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in sozialen Brennpunkten sind kaum gut ansprechende Curricula bzw. Suchtpräventionsstrategien vorhanden. Diese müssten zielgruppenspezifisch auch die Stärken und Schwächen der Migrantinnen/innen und (anderer) sozial benachteiligter Gruppen aufnehmen. Es geht nicht darum „Präventionsveranstaltungen“ (nur) für diejenigen zu planen und durchzuführen, die möglicherweise auch über Zugänge zu anderen Vermittlungsquellen präventiver Botschaften verfügen, sondern darum, nicht-erreichte Jugendliche anzusprechen und sie für unerwünschte Risiken zu sensibilisieren.

Dieses Defizit äußert sich in der Tatsache, dass sich in dem Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention – Ergebnisse eines bundesweiten Wettbewerbs“ wohl einige der 220 am E&C-Programm teilnehmenden Kommunen (N=11) finden, nicht aber mit Suchtpräventionsangeboten in ihren E&C – sozialen Brennpunkten (N= 300 Programmgebiete) vertreten sind. Dieses Defizit ist deshalb so wichtig, weil gemäß einer Untersuchung der Universität Bielefeld (2001) sozial Schwächere ein deutlich schlechteres Gesundheitsverhalten aufweisen (vgl. auch HENKEL 1998, 2000; HELMERT/ MASCHEWSKY-SCHNEIDER 1998). Umgekehrt sind soziale Brennpunkte durch eine „chronische Unterversorgung“ an Präventionsangeboten gekennzeichnet.

Ansätze für Interventionen könnten sein:

- Familienunterstützung,
- Stärkung sozialer Ressourcen,
- Bessere Vernetzung der Präventionsangebote,
- Motivation zur Inanspruchnahme der Versorgungsangebote,
- zielgruppengerechte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen,
- Abbau von Zugangsschranken (bspw. Sprachbarrieren).

Die Anforderungen wären:

- eine umfassende Bedarfsanalyse,
- die Einbeziehung der Zielgruppen in Planung und Durchführung,
- eine angemessene Ausstattung,
- eine verständliche Sprache,
- der Einbezug von Migranten/innen als Mitarbeiter/innen der suchtpreventiven Angebote,
- schicht- und kulturspezifische Kommunikation, Dokumentation und Evaluation.

Übergeordnete Aufgaben müssten dabei sein:

- die Schaffung eines bundesweiten Überblicks über suchtpreventive Angebote in sozialen Brennpunkten,
- der Transfer der Erfahrungen und Projektdaten,
- die Verbesserung der Koordination solcher Projekte.

Spezieller Fokus auf Gender: jungen-/männerspezifische Aspekte der Suchtprävention

In sozial benachteiligten städtischen Quartieren besteht vor allem die Notwendigkeit, neben zielgruppenspezifischen (Kinder, Jugendliche und/oder Heranwachsende/Erwachsene) vor allem geschlechts- und kulturspezifische Schwerpunktsetzungen vorzunehmen.

Drogenriskantes Verhalten wird von beiden Geschlechtern unterschiedlich interpretiert und konstruiert. „Drogenkonsum“ und „Sucht“ sind vor allem Männerthemen: Zwei Drittel der 2,5 Mio. Alkoholiker/innen sind Männer, ebenso zwei Drittel der etwa 150 000 Opiatkonsumenten/innen. Während Männer ihren Konsum vor allem öffentlich sichtbar, in Gruppen, risikoreich und zum Teil provokativ inszenieren und ihren Rausch ausleben, zeigt sich bei Frauen eher der „heimliche Konsum psychotroper Substanzen“ (z.B. Medikamente). Trotzdem gibt es kaum männer- oder jungenspezifische Ansätze in der Suchtprävention, die sich mit den Phänomenen wie dem frühen Einstieg in den Drogenkonsum oder die großen psycho-sozialen Folgeproblematiken bei Männern befassen.

Will man etwa den jugendlichen Alkoholkonsum verstehen, müssen für folgende, mit Alkoholkonsum verbundene Konstruktionen von Männlichkeit Antworten gefunden werden:

- Unverletzlichkeitsphantasien,
- Übermut vor allem im Gruppenerleben,
- „Kampf- und Komatrinken“, Quantifizierung des Getrunkenen als Konstruktionsbaustein von Männlichkeit,
- Trophäensammlung,
- Demonstration von Stärke und Macht,
- Anwendung von Gewalt,
- Symbolisierung – die Sprache des Alko-

hols,

- Selbstverleugnung und Betäubung.

Geschlechts- und kulturhomogene Bezugspersonen können hier von großer Bedeutung sein, was auch bedeutet, dass die Mitarbeiter/innen die am stärksten im Quartier vertretenen Kulturen repräsentieren sollten.

5. Wie lässt sich die suchtpreventive Praxis in benachteiligten städtischen Quartieren mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung verbessern?

Suchtpreventive Projekte sollten sich über ihre Prämissen (Welche Haltung zu Drogen soll wie verändert werden?), Zielorientierung (Primär-/Sekundärprävention), ihren Handlungsrahmen (Verhaltens- und/oder Verhältnisprävention) vor Beginn solcher Maßnahmen klar werden.

Suchtpreventive Projekte sollten im Quartier verankert und vernetzt sein und gemeinsam von Jugend- und Drogenhilfe, Schule und Eltern getragen werden. Nur die Vernetzung und enge Kooperation im Sozialraum verspricht Aussicht auf Verstetigung und Nachhaltigkeit.

Wenn Suchtprävention im Wesentlichen zur Vermeidung oder zu einem kontrollierten Umgang mit Risiken „befähigen“ soll, dann ist eine Transparenz der Planung und des Vorgehens, aber vor allem eine Partizipation der Betroffenen unerlässlich. Ihre Sprache, ihre Konstruktion der Wirklichkeit ist wichtig und erreicht vor allem peers. Nicht konfrontativ geführte Botschaften, sondern ein Verständnis „von innen“ durch Jugendliche, die selbst Experten/innen ihrer biographischen Lebensphase sind, verspricht Aussicht darauf, Jugendliche auch in ihrer eigenen Lebenswelt zu erreichen.

Konsequenterweise müssen methodische Umorientierungen vorgenommen werden: peer support-Modelle („von-gleich-zu-gleich-Modelle“, oder die Einbeziehung älterer peer leader) sind eher in der Lage, brisante und sensible Botschaften ohne Kultur-/Alters- und Geschlechterbarriere zu transportieren. Alle Erfahrungen der Jungen- und Mädchenarbeit in der Jugend- und Drogenhilfe und Schule sind hier anzubringen. Mit Modellen der Schaffung von „funktionellen Äquivalenten“ kann man Jugendliche mit nicht-drogengebundenen Selbsterfahrungen anziehen.

Kontinuität ist gefordert und nicht isolierte, punktuelle oder gar medienwirksam inszenierte Maßnahmen. Suchtpreventive Projekte müssen langsam wachsen können, dabei sind Vernetzungen und Kooperationen prozesshaft zu verstehen und können erst mit jahrelanger vertrauensvoller gemeinsamer Arbeit erreicht werden.

Personalkommunikative, spielerische Strategien, an den Problemen und Stärken der Zielgruppen ausgerichtet, sind zu entwickeln, statt Informationsvermittlung, die auf kognitive Aspekte setzen. Mehr Wissen heißt nicht mehr Risikobewusstsein im Alltag! Reine pharmakologische Faktenvermittlung kann sogar negative Auswirkung haben, insoweit sie bei Jugendlichen nicht unbedingt Ablehnung, sondern auch Neugier auf die Drogen wecken kann.

Integrierte, sowohl suchtmittelspezifische als auch suchtmittelunspezifische Strategien sind zu wählen: Standfestigkeitstrainings, Erleben von Selbstwirksamkeit und Kollektivität, Stärkung von Handlungskompetenz und Zuwachs an life skills sind entscheidende Stichwörter für suchtpreventive Angebote.

Karin Böhme, Regionalstelle für Suchtvorbeugung, Greifswald

Gesunde Schule

„Lass dir aus dem Wasser helfen, oder du wirst ertrinken“, sprach der freundliche Affe und setzte den Fisch sicher auf einen Baum.

In diesem Beitrag möchte ich die Frage diskutieren, viel und welche Unterstützung Schule von außen braucht, um gesund zu sein und/oder zu werden. Am Beispiel des Projekts „Grenzüberschreitendes Netzwerk in der Suchtvorbeugung für die Euroregion Pomerania“ aus der Region Ostvorpommern zeige ich, wie vorhandene Ressourcen für Schule, Universität und Kommune zum Vorteil aller dort lebenden Menschen genutzt werden können. Die Regionalstelle für Suchtvorbeugung und Konfliktbewältigung (RSK) Greifswald arbeitet seit zwei Jahren in diesem Projekt.

1. Ausgangslage: Darstellung des grenzüberschreitenden Effekts

Vor dem Hintergrund zunehmender Probleme in der Hansestadt Greifswald und des Landkreises Ostvorpommern sowie der Region Stettin (zunehmender Drogenkonsum, Drogenschmuggel, steigende Kriminalität, Arbeitslosigkeit, Ausländerfeindlichkeit) beschlossen die RSK Greifswald und – unter ihrem Impuls – die Universitäten von Greifswald und Stettin, im Bereich der primären Suchtvorbeugung als Gegenmaßnahme grenzüberschreitende und koordinierte Netzwerke aufzubauen.

Gerade in einer Grenzregion, wie es die Hansestadt Greifswald, der Landkreis Ostvorpommern und Stettin mit seinem Umfeld sind, treten besondere Problembelastungen auf wie Kriminalität, Drogenschmuggel, Prostitution, Aids-Probleme u.a. Polnische Partner aus Stettin beklagen, dass in ihrer Region bereits 15 Prozent der Jugendlichen Erfahrungen mit Drogen haben, davon sogar 1,5 Prozent diese regelmäßig konsumieren und die Gewinnung von Neueinsteigern direkt durch Dealer an den Schulen erfolgt. In Mecklenburg-Vorpommern ist ebenfalls ein verstärktes Interesse am Konsum illegaler Drogen festzustellen. Die Prohibierbereitschaft ist bei den Jüngeren deutlich größer als noch vor einigen Jahren. 17 Prozent der befragten Jugendlichen haben Erfahrungen mit Cannabisprodukten.

Das geplante Projekt wendet sich vorrangig den Zielgruppen Eltern, Lehrern und Jugendliche der beiden Grenzregionen vorbeugend gegen Suchtgefahren zu. Sie sollen für die Problematik sensibilisiert und zu Aktionsträgern weitergebildet werden. Dabei kommt der

„emotionalen Bildung“ und der Förderung der Lebensqualität besondere Wichtigkeit zu.

In unterschiedlichen Bereichen (Kultur, Wirtschaft, Aidsprävention) gibt es bereits vielfältige Beziehungen und Begegnungen der Menschen aus der Grenzregion. Diese Beziehungen sollen gerade hinsichtlich der Suchtprävention ausgebaut werden.

Die vorhandenen Unterschiede aufgrund gesellschaftlicher, politischer und kultureller Erfahrungen wird für das Projekt als Chance gesehen, voneinander zu lernen, sich wechselseitig zu bereichern und systematisch an der Bewältigung gemeinsamer Probleme zu arbeiten. Auch sollen bisher unterschiedliche Herangehensweisen bzw. Verhaltensweisen überprüft und für die weitere Verwertung genutzt werden.

Die bisherige Ausbildung zukünftiger Lehrer/innen zeigt hinsichtlich der Suchtprävention große Defizite. Gerade diese Berufsgruppe benötigt aber eine besondere Kompetenz zur Suchtvorbeugung in doppelter Hinsicht. Einmal sind sie es, von denen Schüler/innen ein verstärktes Engagement gegen den Drogenkonsum erwarten und die große Einflussmöglichkeiten in der Institution Schule haben. Zum anderen wirken Lehrer/innen in besonderer Weise im kommunalen Kontext in der Arbeit mit den Eltern und können als Multiplikatoren tätig werden. Inzwischen haben sowohl Lehrer/innen als auch Studierende der Lehrämter diesen Mangel erkannt und suchen oft schon von sich aus nach Möglichkeiten der eigenen Qualifizierung und der Praxisgewinnung auf diesem Gebiet.

Die RSK besitzt aufgrund jahrelanger Arbeit in der Suchtvorbeugung mit Schüler/innen, Eltern und Lehrer/innen umfangreiche Erfahrungen und ist ein geeigneter Partner, um die bestehenden Defizite auf diesem Gebiet mit abzubauen. Aufgrund der hohen Akzeptanz der Regionalstelle in der Gegend, kann von dort aus auch mit den verschiedenen Adressatengruppen fachbezogen wirkungsvoll kooperiert werden. Aus dem notwendigen Bedarf präventiver Arbeit im Suchtbereich ergibt sich der Anspruch an eine breite Kompetenzentwicklung bei Kindern, Jugendlichen und Eltern. Diesem kann nur über die Entwicklung von Multiplikatoren, wozu vor allem Lehrer/innen und Lehramtsstudent/innen gehören, entsprochen werden. Deshalb muss ihrer Befähigung bereits in der universitären Ausbildung hohe Aufmerksamkeit geschenkt werden. Bisher konnten die mit Suchtprävention beauftragten Basisinstitutionen (RSK) Pädagogen/innen und Lehrer/innen erst nach Beendigung ihres Studiums für diese Dimension des Lehrerauftrages sensibilisieren und zur Mitarbeit gewinnen.

In dem geplanten Projekt sollen nun Studierende der Universitäten Stettin und Greifswald in enger Zusammenarbeit mit der RSK auf dieses wichtige Aufgabenfeld zielgerichtet vorbereitet werden und an jeweils sechs polnischen und deutschen Schulen Praktikamöglichkeiten erhalten.

Die durch dieses Projekt eingeleitete frühzeitige und praxisnahe Ausbildung schon während der Studienzeit sowie die Einbeziehung der Eltern in den gesamtgesellschaftlich orientierten Weiterbildungsprozess ist mit Sicherheit in der Konzentration auf das Dreiecksverhältnis Familie – Schule – Universität als ein einzigartiges Ziel anzusehen.

2. Ziel und Projektbeschreibung

Ziel des Projektes ist die Stärkung der Heranwachsenden – die Entwicklung ihrer sozialen Kompetenz, des Selbstwertgefühls, der Kommunikationsfähigkeit und der emotionalen Bildung – durch vernetzte Arbeit in einer Region, durch das Zusammenwirken der mit den Kindern und Jugendlichen umgehenden Personen. In speziellen Kursen sollen zukünftige Lehrer/innen, Eltern und Schüler/innen mit der Suchtvorbeugung vertraut gemacht werden. Aus wissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass Gleichaltrige einen besonderen Einfluss aufeinander nehmen und dadurch prägende Wirkungen ausüben. Aus diesem Grunde sind bereits an einigen Schulen Greifswalds und Ostvorpommerns Schülerpräventionsgruppen entstanden, die unter dem Motto „Schüler für Schüler“ in der Suchtvorbeugung arbeiten. Dieser Prozess soll zielgerichtet befördert und neue Schülerpräventionsgruppen gebildet werden.

Allgemein versteht sich das Projekt als einen wichtigen Beitrag zur kommunalen Gesundheitsvorsorge.

Anliegen des Projektes ist es, insbesondere die Universitäten stärker in den Prozess der primären Suchtvorbeugung einzubinden und Studierende zu qualifizierten Multiplikatoren in der Suchtvorbeugung auszubilden. Die Ausbildung soll so gestaltet werden, dass in beiden Ländern Studierende für das Berufsfeld „Schule“ praxisnah ausgebildet werden.

Dieser Weg soll langfristig dazu führen, dass Suchtgefahren frühzeitig erkannt und ihnen vorbeugend begegnet werden kann. Dies erfordert, dass die Voraussetzungen der beiden Grenzregionen berücksichtigt und die Wirkungen in den unterschiedlichsten Anwendungsbereichen geprüft werden.

Im Rahmen des Projektes kommt den teilnehmenden Schulen hinsichtlich der Umsetzung der Aspekte der Suchtvorbeugung eine besondere Relevanz zu. Sie sind die Orte, an denen

unterschiedliche Arbeitsformen der praktischen Suchtvorbeugung zur Wirkung kommen und das Tätigkeitsfeld für die in der Suchtvorbeugung Ausgebildeten. Dazu bedürfen die Schulen auch einer besonderen Unterstützung, damit sie die erforderlichen Bedingungen für die Praktika schaffen können.

3. Vorgehensweise

Es wird ein Curriculum entwickelt für die Ausbildung der Fach- und Methodenkompetenz bei den Studierenden hinsichtlich von Suchtvorbeugung. Dieser setzt sich aus Grund- und Aufbaukurs und Erprobungsfeld (=Praktika) zusammen.

Die Ausbildung wird in Form von Kursen als Blockveranstaltungen mit polnischen und deutschen Teilnehmer/innen gemeinsam durchgeführt, so dass auch unterschiedliche Erfahrungshintergründe und Erkenntnisse berücksichtigt werden können. Die Gestaltung von Maßnahmen, Vorhaben und Projekten in Form von Praktika sollen den Teilnehmer/innen der Kurse praxisnahe Erfahrungen mit dem Erlernten bieten.

Alle Maßnahmen, die hier spezifisch zur Suchtvorbeugung realisiert werden, sollen sich einordnen in das Handlungsspektrum der jeweiligen Schule. Deshalb sind dafür an der jeweiligen Schule die materiellen und personellen Voraussetzungen rechtzeitig zu schaffen.

Zur effektiveren Umsetzung der schulischen Suchtprävention mit Hilfe der Studierenden brauchen auch die an der Schule tätigen Lehrer/innen Grundkenntnisse zur Suchtvorbeugung. Aus diesem Grunde sind auch Lehrer/innen zu schulen bzw. Schüler/innen höherer Klassen in die Suchtvorbeugung mit einzubeziehen.

Während der Ausbildung erhalten die Student/innen die Möglichkeit, das Gelernte mit Eltern, Schülern und Lehrern unter der Anleitung von Mentor/innen in sechs Schulen je Land auszuprobieren. Am Ende der zweijährigen Projektarbeit erhalten sie einen Qualitätspass.

Die vernetzte Arbeit Universität – Schule – Familie soll in der Grenzregion Greifswald und Stettin zu einer dauerhaften Struktur auf- und ausgebaut werden. Dadurch soll auf darauf hingewirkt werden, dass Suchtvorbeugung nicht ausschließlich als Aufgabe der Schule gesehen wird.

5. Zusammenfassung

Das Projekt läuft seit eineinhalb Jahren (Stand: Juli 2003). Die Ausbildung der Student/innen wurde abgeschlossen, die Praktikumsphase ist beendet. Eltern und Lehrer/innen wurden in speziellen Kursen geschult, die letzten wissenschaftlichen Untersuchungen werden durch-

geführt und im Herbst 2003 werden auf einem Kongress mit Teilnehmer/innen aus elf Ländern das Ergebnis präsentiert.

Was steht fest? Vorläufige Ergebnisse

1. Alle studentischen Teilnehmer/innen erwarben eine entsprechende Fach- und Methodenkompetenz in der Suchtvorbeugung.
2. Die Teilnehmer/innen waren in der Lage, ihre erworbenen Kompetenzen unmittelbar in der Schule einzubringen.
3. Die Teilnehmer/innen arbeiteten unter der Anleitung von Uni und RSK unmittelbar mit Schulen zusammen.
4. Während der Ausbildung hatte die Student/innen bereits Einsatzchancen zur Entwicklung der pädagogischen Handlungskompetenz in der Suchtvorbeugung. Die Berufsmotivation ist gestiegen.
5. Durch die Kooperation von Universitäten, Schulen und RSK wurden vorhandene Ressourcen genutzt und durch Vernetzung neue Ressourcen geschaffen.
6. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen, Institutionen und Personen (Universitäten, Stadt- und Landschulen unterschiedlicher Schulformen, RSK, Künstler/innen u.a.) kam es zu einem intensiv genutzten Erfahrungsaustausch.
7. Die RSK bekam durch diese Kooperation eine größere Wirkungsbreite und konnte ihre Leistungsmöglichkeiten steigern.
8. Durch das komplexe Herangehen und das Arbeiten mit unterschiedlichen Adressatengruppen (Eltern, Lehrer/innen, Schüler/innen, Student/innen) wurden lokale und regionale Kommunikationsmöglichkeiten zur Suchtvorbeugung geschaffen, die eine themen- und problembezogenen Zusammenarbeit aller Beteiligten möglich macht.

Kooperationsgewinn

Die Bündelung der vorhandenen separaten Ressourcen führt zu Synergieeffekten und zur Erschließung neuer Handlungsmöglichkeiten in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Die einzelne Einrichtung oder Institution gewinnt durch die Zusammenarbeit an Profil und erhöht ihre Wirkungsmöglichkeiten in Breite und Vielfalt. Mit den neu geschaffenen Netzwerken werden vorhandene Ressourcen erschlossen und damit neue mit höherer Qualität geschaffen. Erst langfristige, kontinuierliche, verlässliche und partnerschaftliche Arbeit führt zum Erfolg.

Kooperationshemmnisse

Die einzelnen Einrichtungen und Institutionen arbeiten in der Regel auf der Basis der Konkurrenz und kommen deshalb nicht zu einer

Kooperation, die erst Synergieeffekte möglich machen kann. Das Fehlen von Kommunikations- und Kooperationsstrukturen verhindert eine sinnvolle Zusammenarbeit und zweckmäßige Nutzung vorhandener Ressourcen. Die Gleichwertigkeit der beteiligten Einrichtungen, Institutionen und Personen muss gegeben sein, da hierarchische Strukturen partnerschaftliches Arbeiten verhindert. Der Arbeitsprozess sollte reflexiv begleitet werden, so dass Bewährtes fortgeführt und gestärkt, Hemmendes abgebaut und korrigiert werden kann.

Gesundheitsförderung – ein Schlüssel für Integration und Kooperation insbesondere in sozialen Brennpunkten

Sachsen-Anhalt ist ein Bundesland, das mit einer offiziellen Arbeitslosenquote von derzeit ca. 21 Prozent – rechnet man Frühberentete, Menschen, die Altersteilzeitlösungen in Anspruch nehmen, Umschüler/innen, in ABM oder SAM befindliche Menschen dazu, kommt man sicher auf das Doppelte – insgesamt ein sozialer Brennpunkt ist. Was kann, was soll da Gesundheitsförderung und inwiefern kann sie Schlüssel für Integration und Kooperation sein?

In diesem Beitrag möchte ich von einigen Beispielen zur Integration und Kooperation mit verschiedenen Partnern – insbesondere im Setting Schule, einem wesentlichen Lebensraum von Kindern und Jugendlichen – berichten.

Zu Beginn gehe ich kurz auf das Gesundheitsförderungsverständnis der Landesvereinigung für Gesundheit in Sachsen-Anhalt ein. Gesundheitsförderung ist eine noch sehr junge Disziplin, über deren Ausrichtung und Umsetzung es durchaus kontroverse Auffassungen gibt. Das unterscheidet unsere Disziplin im Übrigen sehr von der Jugendhilfe, die – etwas salopp formuliert – schon länger auf dem Markt ist.

Sieht man sich die WHO-Definition an, so liest man von Gesundheitsförderung als einem Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht, man liest auch, dass es um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden geht. Dieser breit gefassten Definition kann sicher jeder zustimmen, der in der Jugendhilfe arbeitet – ein höheres Maß an Selbstbestimmung ist etwas, das auch die Jugendhilfe verfolgt, ebenso das viel zitierte Wohlbefinden. Menschen, die Prävention betreiben, nehmen das ebenfalls für sich in Anspruch. Was unterscheidet also die Gesundheitsförderung von anderen Disziplinen bzw. was macht sie aus?

Zunächst einmal unterscheidet Gesundheitsförderung von anderen Disziplinen der Blickwinkel. Was das konkret bedeutet, fasse ich in vier Thesen zusammen:

(1) Jugendhilfe schaut auf den Einzelnen, auf seine Situation, sein Problem. Gesundheitsförderung blickt auf die Organisationseinheiten, in denen Kinder und Jugendliche leben.

(2) Während Jugendhilfe – das sagt schon das Wort – bei Problemen, aber auch im normalen Lebensalltag Hilfestellung gibt und Unterstützungsleistungen bietet, ist Gesundheitsförderung ergebnisoffen und auf Selbstentwicklung gerichtet.

(3) Jugendhilfe arbeitet überwiegend klientenzentriert, also einzelfallbezogen. Dagegen befasst Gesundheitsförderung sich überwiegend mit Organisationen, ihren Strukturen und Rahmenbedingungen.

(4) Während Jugendhilfe überwiegend problembezogen agiert, versteht Gesundheitsförderung sich als Potenzial- und Ressourcenschließer, geht also von den Stärken, nicht den Schwächen der Betroffenen und ihrer Lebensumfelder aus.

Viele Akteure nehmen beides für sich in Anspruch – das, was die Jugendhilfe und das, was die Gesundheitsförderung im Kern ausmacht. Trotzdem tun sie aber nicht unbedingt das gleiche. Im 11. Kinder- und Jugendbericht ist formuliert, dass die Förderung der Gesundheit und die Integration behinderter Kinder und Jugendlicher in dem Sinne eine Aufgabe für Jugendhilfe werden muss, dass sie die Prävention verstärkt, gesundheitsbewusste Lebensweisen fördert und die Nutzung von individuellen und kollektiven Ressourcen unterstützt. Hier wird deutlich, dass das Verständnis von Gesundheitsförderung nicht unbedingt von Organisations- und Personalentwicklung ausgeht, nicht von der Struktur, sondern vom Individuum.

Generell ist aber festzustellen, dass sich die Arbeitsweisen der verschiedenen Professionen wandeln und auch annähern. Trotzdem ist es wichtig, die unterschiedlichen Ausgangspositionen und Grundansätze wahrzunehmen, denn nur so kann es gelingen, Synergien zu schaffen und Doppelarbeit zu vermeiden.

Die konkreten Projekte, die ich hier vorstellen möchte, sind Gesundheitsförderungsprojekte, die grundsätzlich als Kooperationsprojekte angelegt sind. Sie haben den Anspruch, Gewinnsituationen für alle Kooperationspartner zu bieten und Integration besonders von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu befördern.

Als Landesvereinigung für Gesundheit, die seit 1990 tätig ist, haben wir drei Strategien zur Umsetzung unserer Ziele entwickelt:

Wir arbeiten, erstens, in Settings, Schule ist eins davon. Kita, Kommune und Region, Krankenhaus, Betrieb – insbesondere Kleinbetrieb – und Verein sind weitere Settings, in denen wir tätig sind.

Wir arbeiten, zweitens, mit bestimmten Zielgruppen, insbesondere mit Kindern und Jugendlichen, mit Frauen, mit Senioren/innen,

aber auch z.B. mit Arbeitnehmern/innen und Arbeitgebern/innen.

Die dritte, die klassische Strategie, ist die Prävention, deren Instrumentarium wir selbstverständlich auch nutzen.

Projekt 1

Das Regionale Unterstützungszentrum gesundheitsfördernder Schulen (RUZ)

Das RUZ versorgt ca. 500 Schulen über den RUZ-Letter regelmäßig mit Informationen, es bietet Angebote zur schulinternen Lehrer/innenfortbildung, über Projektberatung, Referentenvermittlung, Fachkonferenzen bis zur Begleitung einer Schulentwicklung zur gesundheitsfördernden Schule. Im engeren Sinne gibt es in Sachsen-Anhalt ca. 80 gesundheitsfördernde Schulen, ebenso acht Knotenpunktschulen (KPS) – kleine Regionalzentren an Schule und durch Schule verwaltet. Diese wiederum kooperieren mit ca. zwanzig Schulen und Regionalpartnern u.a. Kitas, Jugendeinrichtungen und Vereinen, und werden vom RUZ betreut. Darüber hinaus gibt es so genannte Kompetenzzentren, Schulen, die sich einem Arbeitsschwerpunkt in besonderer Weise widmen z.B. dem Programm „Fit und stark fürs Leben.“ Sie sind Multiplikatoren im Netz. Jährlich bietet das RUZ ca. dreißig, nur auf Schule gerichtete Veranstaltungen an.

Ziel des RUZ ist es, Schulen bei ihrer individuellen Entwicklung behilflich zu sein, sie zu unterstützen, gesunde Einrichtungen zu werden und den Weg zu diesem Ziel selbst in die Hand zu nehmen.

Partner in diesem Prozess sind Ministerien und Krankenkassen, aber es wird auch mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, den Schul- und Jugendämtern kooperiert, z.B. werden gemeinsam Veranstaltungen durchgeführt, wobei die jeweilige Disziplin ihre Fachkompetenz einbringt.

Finanziert wird das RUZ seit seinem Aufbau 1996 von der Landesvereinigung für Gesundheit (LVG), die ein Teil ihrer Mittel vom Gesundheitsministerium bekommt, zu einem leider immer kleiner werdenden Teil vom Kultusministerium, durch ABM bzw. SAM, also vom Arbeitsamt und seit drei Jahren auch durch die Unfallkasse. Ebenso kommen Gelder, die die LVG für Leistungen im Schulbereich einnimmt, dem RUZ wieder zu Gute.

Interessant ist, dass vier der Knotenpunktschulen in sozialen Brennpunkten angesiedelt sind, d.h. hier Schule offensichtlich durch die besondere Situation auch nach besonderen Problemlösungen sucht.

Magdeburg-Olvenstedt ist ein Neubaugebiet am Rande der Stadt, in dem viele Arbeitslose

und Ausländer/innen leben, und wo es kaum entwickelte Infrastruktur gibt. Hier begann die LVG vor dreizehn Jahren mit einer Schule zu arbeiten. Damals gab es an der Schule ein massives Gewaltproblem, heute – formuliert der Schulleiter – sind seine Lehrer/innen „gesund“, er merke es, weil er nicht dauernd die Unterrichtsplanung nachbessern müsse. An der Schule existiert kein Gewaltproblem mehr, jedenfalls kein überdurchschnittliches. Die Schule verfügt z.B. über ein Fitnesszentrum, über einen Entspannungsraum, über eine Cafeteria, über Bewegungsangebote für die Pausen usw.. Das Schulklima gefällt Kindern, Jugendlichen, Lehrer/innen und Eltern offenbar so gut, dass es trotz vielfältiger Versuche von außen bisher nicht gelungen ist, den Schulstandort abzuschaffen. Schule ist hier ein Stück autonomer geworden und damit auch gesünder.

Die Ausrichtung des Projektes RUZ auf Kooperation war Grundbedingung für die Etablierung des Zentrums. Ohne den Rückhalt beim Sozial- und beim Kultusministerium, ohne die Finanzierung einzelner Vorhaben durch unterschiedliche Partner, ohne das Know-how und die Zugangsebenen der Ämter wäre eine solche Entwicklung nicht möglich gewesen. Kooperation hieß und heißt bis heute, gemeinsam zu schauen, welche Ressourcen jeder Partner einbringen kann und welcher Gewinn ihm dafür zukommt.

Projekt 2

Ganz sicher meine Schule

Dieses Projekt wurde initiiert, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob Gesundheitsförderung eine Strategie ist, die auch klassische Krankheitsthemen – insbesondere die Unfallentwicklung – erfolgreich bearbeiten kann.

Das Projekt wurde an der Grundschule „Astrid Lindgreen“ in Stendal durchgeführt, wo gerade eine Stadt- und eine Dorfschule zusammengelegt worden waren. In dieser Umbruchzeit stießen hier unterschiedliche Lehrkonzepte und Lehrstile aufeinander, die von zwei Kollegien vertreten wurden. Über den oben angeführten Erkenntnisgewinn und die Senkung der Unfallzahlen hinaus, war deshalb ein weiteres Ziel des Projekts, das Zusammenwachsen zweier Strukturen und der in ihnen arbeitenden Menschen – Lehrer/innen und Schüler/innen zu unterstützen und zu fördern.

Partner des Projektes war die Unfallkasse. Im Projektverlauf kamen regionale Einrichtungen wie Krankenkassen, Vereine und Verbände dazu.

Eine Vielfalt von Maßnahmen wurden umgesetzt, z.B. die Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt im Deutschunterricht, die Ge-

staltung des Pausenhofes, die Einrichtung eines Entspannungsraums, die Nutzung von Nachdenkhilfen usw.

Nach Abschluss der dreijährigen Modellphase ist festzustellen, dass die gesetzten Ziele erreicht wurde. Schwere und insbesondere aggressionsbedingte Unfälle bei Mädchen sind zurückgegangen (Übrigens nahmen Bagatellunfälle infolge von mehr Bewegungsaktivitäten zu, ein Problem, das in der Zukunft Beachtung finden muss).

Lehrer/innen, Kinder und Eltern stellten in einer Befragung am Schluss des Modellprojektes fest, dass sich viel verändert hat, vor allem in der Zusammenarbeit untereinander. Man habe voneinander gelernt hat, voneinander profitiert. Alle an Schule Beteiligten wurden stärker in Schule selbst, in ihre Veränderung und Entwicklung integriert. Dabei haben sich Kooperationen als fruchtbringend für alle erwiesen.

Projekt 3

Action – mit Sicherheit

ist die Fortsetzung des Projektes „Ganz sicher meine Schule“ für den Sekundarschulbereich. Dieses Projekt ist gerade gestartet. Hier geht es insbesondere um die Senkung der Unfallzahlen im Sportunterricht und bei Bewegungsaktivitäten, und das mit gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung. Neben den Projektträgern werden sicher weitere Partner eingebunden werden.

Projekt 4

Gesundheitskoffer

Dieses Projekt läuft momentan an dreißig Schulen in Sachsen-Anhalt. Interessant ist hier vor allem, dass sich die Wirtschaft engagiert – natürlich auch zum eigenen Vorteil, aber eben auch zum Nutzen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Die methodischen Materialien, die im Gesundheitskoffer gepackt wurden, reichen von Anregungen zur Stärkung von Lebenskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Schulentwicklung. Sie sollen Lehrer/innen einen schnellen Einstieg in das große Feld der Gesundheitsförderung bieten. So wird die gesunde Lösung leicht gemacht – auch darin sieht die LVG eine ihrer Aufgaben.

Projekt 5

Gesund leben lernen von sozial Benachteiligten

war bzw. ist eine Initiative, die wir seit vielen Jahren verfolgen. Hier wurde mit einem freien Bildungsträger, der überwiegend Jugendliche

mit geringen Schulabschlüssen zu einem Berufsabschluss führt – also eine Berufs-Förder-einrichtung –, zusammengearbeitet.

Ursprünglich wurden dort von Kolleg/innen aus der LVG Projekttag zur Sexualerziehung und AIDS-Prävention durchgeführt. Konfrontiert mit mannigfaltigen Problemen wurde beschlossen, der Einrichtung eine gesundheitsförderliche Entwicklung nahe zu legen.

Mit der Begleitung durch die LVG veränderte sich dann der Bildungsträger nach und nach. Im Ergebnis entstand eine Einrichtung, die ihre Potenziale und Ressourcen besser nutzt – so führte z.B. die Ausbildung im Küchen- und Gartenbereich dazu, dass ein Kräutergarten angelegt und mit dessen Produkten die Ernährung verbessert wurde. Die Klempner- und Malerlehrlinge legten selbst Hand bei der Sanierung der Sanitärräume ihrer Ausbildungsstätte an. Lehrkräfte und Erzieher/innen erwarben Kompetenzen, die ihnen eine bessere Interaktion vor allem auch in Gesundheitsfragen mit den Jugendlichen ermöglichen. Durch die Kooperation mit niedergelassenen Ärzt/innen konnten insbesondere bei Suchtfragen betroffenen Jugendlichen gangbare Lösungswege aufgezeigt werden. Ein Gesundheitsmarkt hat alle Einrichtungen der Region, die sich mit Benachteiligten befassen, zusammengeführt – manche arbeiteten bereits Jahre in der gleichen Stadt und kannten sich nicht – und so ein zielgerichtetes, abgestimmtes Arbeiten ermöglicht. Daraus entstand ein regionaler Arbeitskreis Suchtprävention und Gesundheitsförderung.

Dieses Beispiel zeigt deutlich, wie Integration – auf vielen Ebenen und von unterschiedlichen beruflichen Professionen, nicht nur von Benachteiligten – aussehen kann und was Kooperation vermag. Kooperation stiftet Verweissungszusammenhänge und führt dazu, dass nicht mehr alle alles machen.

Projekt 6

Gesunde Ernährung im Setting Schule

Hier geht es darum, Lehrer/innen, Eltern und Schüler/innen Hilfen an die Hand zu geben, die richtigen Entscheidungen für ihre Schule und für sich zu treffen. Förderer und Partner des Projektes sind die AOK und Wirtschaftsunternehmen. Alle Beteiligten haben ein Interesse an den Projektergebnissen und erwarten „Gewinn.“ Deshalb kooperieren sie. Gewinn kann dabei sehr unterschiedlich aussehen und von Kosteneinsparung über Absatzsteigerung, Imagegewinn bis hin zu einem individuellen Gesundheitsgewinn reichen.

Auch dieses Projekt zielt auf die Verminderung sozialer Benachteiligung und die Integration von Randgruppen.

Projekt 7

Gesund leben lernen

Wie man schon am Namen merkt, greift diese Projekt die Idee der Erhöhung der Gesundheitschancen und der Verbesserung der Gesundheitszugänge sozial Benachteiligter auf (s. Projekt 5). Das Projekt ist in Sachsen-Anhalt ein Modellprojekt zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Schule, insbesondere in sozialen Brennpunkten.

Hier soll versucht werden, nicht das Rad wieder neu zu erfinden, sondern bewährte Instrumente – in diesem Fall der betrieblichen Gesundheitsförderung – für Schule nutzbar zu machen. Auch dieses Projekt hat gerade begonnen und wird drei Jahre lang laufen. Kooperation ist hier gesetzt, d.h. Vertragsbestandteil zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den beteiligten Landesvereinigungen. Im Vorfeld wurden neben den Zielen auch die „Gewinnerwartungen“ der Kooperationspartner thematisiert, denn sie sind eine wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Kooperation.

Projekt 8

Zertifizierung bzw. Auditierung gesundheitsfördernder Schulen

Hier geht es um die Qualitätssicherung und die Auseinandersetzung von Schule mit ihrer eigenen Entwicklung im Rahmen einer Selbst- und einer Fremdevaluation. Zu den untersuchten Kriterien wird z.B. auch gehören, inwieweit Schule allen Kindern und Jugendlichen gleiche Gesundheitschancen ermöglicht, und inwieweit Schule sich öffnet und mit Partnern kooperiert. Das Zertifizierungs-Projekt selbst wird in Kooperation entwickelt und umgesetzt.

Gesundheitsförderung bietet mit ihrer Ausrichtung auf Organisations- und Personalentwicklung, mit ihrer Ergebnisoffenheit – d.h. dem gemeinsamen Entwickeln gangbarer individueller Wege zur Gesundheit von Lebenswelten und Individuen unter Beteiligung der Betroffenen im Sinne von Empowerment, Selbstbefähigung und Selbstermächtigung –, mit ihrem Anspruch auf Konsensfindung, Feld- bzw. Konkurrenzklärung, mit ihrer Ressourcen- und Potenzialorientiertheit und mit ihrem Ziel, Gewinn für alle Beteiligten zu erwirtschaften, einen Schlüssel für Integration und Kommunikation, insbesondere, wenn es um den Abbau sozialer Benachteiligung und um mehr Chancengleichheit geht.

Die hier knapp vorgestellten Strategien erfordern zwar einen hohen Arbeitsaufwand, aber sie lohnen sich sowohl für die Betroffenen als auch für die Begleitinstanzen.

Gesunder Stadtteil

Ausgangslage

Komplexe Problemlagen in Gebieten des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt bzw. „Entwicklung und Chance von jungen Menschen in sozialen Brennpunkten“ (E&C) stellen bundesweit umfassende Aufgaben und neue Herausforderungen im weitesten Sinn an Stadtentwicklung, Stadtsanierung und Stadterneuerung. Defizite in den definierten Stadtteilen werden in quasi allen gesellschaftlich relevanten Bereichen sichtbar.

Häufig sind starke Verkehrsbelastungen, wenig gestalteter öffentlicher Raum, städtebauliche Mängel und in gründerzeitlichen Stadtteilen noch zu kleine, mitunter feuchte Wohnungen festzustellen. Ferner sind vermehrt Suchtkrankheiten, Gewalt, teils schlechte Ernährung, Deprivationserscheinungen und Verhaltensauffälligkeiten mitunter durch mangelnde Anreize bzw. fehlende Förderung von Kindern zu beobachten.

Faktoren wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Notlagen, evtl. dauerhafte Abhängigkeit von Sozialhilfe, geringes Bildungs- und Qualifizierungsniveau sowie schlechte Wohn- und Lebensverhältnisse tragen die Tendenz in sich, sich gegenseitig zu verstärken und führen zu erheblichen, zum Teil direkten und messbaren gesundheitlichen Schäden. (vgl. Soziale Stadterneuerung Neustadt. Bestandsaufnahme/Analyse. Flensburg 1999)

Dies erfordert eine neue Herangehensweise, die durch ein integriertes Handlungskonzept umgesetzt werden soll. Unter größtmöglicher Beteiligung der Einwohner/innen sowie der jeweils betroffenen Institutionen sollen Erneuerungsprozesse in den verschiedenen Handlungsfeldern initiiert, gemeinsam entwickelt und realisiert werden. Der Bereich Gesundheit erscheint in diesem Kontext eine Querschnittsaufgabe zu sein.

Neue Wege der Stadtteilentwicklung und Förderung der Lebensqualität

Das 1999 aufgelegte Bund-Länder-Programm Soziale Stadt sieht ein den Erfordernissen des jeweiligen Standortes zu entwickelndes Handlungskonzept vor. In der Flensburger „Neustadt“, seit 1999 im Programm und Modellstandort für Schleswig-Holstein in der Projektbegleitung des Deutschen Instituts für Urbanistik, Berlin, für das Programm Soziale Stadt, sind folgende Schwerpunkte erarbeitet worden, die in kurz-, mittel- und langfristigen

Maßnahmen und Projekten umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang sind interdisziplinäre Abstimmungsprozesse, kooperatives Handeln und Ressourcenbündelung von besonderer Bedeutung.

Möglichkeiten der Kooperation

Vernetzung, Kooperation und Beteiligung auf allen Ebenen sind wesentliche Voraussetzungen für die konstruktive Entwicklung eines Stadtteils und der Verbesserung der Lebensbedingungen.

Lebensqualität und Gesundheit werden nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO durch Selbstbestimmung und Wohlbefinden in körperlicher, sozialer, ökologischer und spiritueller Hinsicht definiert. Anhand nachfolgend dargestellter Maßnahmen und Projekte zu den beschriebenen Handlungsschwerpunkten wird ersichtlich, dass der Faktor Gesundheit stets eine wesentliche, förderliche Rolle im Rahmen des ganzheitlichen, die Menschen einbeziehenden Stadtteilerneuerungsprozesses darstellt.

In diesem Beitrag können nur einige ausgewählte Projekte zu den acht Handlungsfeldern exemplarisch vorgestellt werden.

Handlungsschwerpunkte

(1) Organisation, Stadtteilmanagement, -büro, Stadtteilimage und -marketing/ Partizipation

Für den Stadtteil Neustadt soll ein neues, eigenes Image entwickelt werden, die „Neustädter Mischung.“ Gemeint ist damit ein spezifisches Profil, das sich an den Potenzialen dieses Stadtteils orientiert und diese positiv ergänzt. Ein lebendiger Stadtteil soll erhalten bleiben unter Berücksichtigung und Stärkung von Akzeptanz, mit Vielfalt, Toleranz und Demokratie als Leitbild.

Beispiel: Modellbauprojekt

In Zusammenarbeit mit der Jugendförderung, einem Jugendtreff, mit Architekt/innen und mit Jugendlichen wurde ein Stadtteilbereich überplant. Nach einer Planungswerkstatt wurde wöchentlich an dem Modell gearbeitet, das ein Gelände als Freizeitpark und Grünfläche mit Zugang zum Wasser darstellt. Wesentlich an diesem Projekt ist, dass Ideen und Interessen Jugendlicher einbezogen wurden, wobei auch die Rahmenbedingungen, d.h. Möglichkeiten und Grenzen hinsichtlich der Umsetzbarkeit des Projekts dargestellt und diskutiert wurden.

Sich einbringen zu können, im Team zu arbeiten und Akzeptanz zu erfahren, können hier als gesundheitsfördernde Faktoren gesehen werden, wenn es darum geht, sich im sozialen

Kontext wohl zu fühlen.

(2) Wohnen und Wohnumfeld:

Ziel ist die Schaffung gesunder Wohnverhältnisse und attraktiver Wohnumfeldbedingungen. Das heißt u.a. differenzierte Wohnangebote zu schaffen, Wohnraum instandzusetzen und zeitgemäß – unter Berücksichtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Bewohner/innen – zu modernisieren, Höfe zu entsiegeln, zu begrünen und bedarfsgerecht zu gestalten.

Beispiel: Wohnungsmodernisierung, Sanierung, ergänzender Neubau, bedarfsorientierte Änderungen der Wohnungsgrundrisse

Allergische Reaktionen, Asthma und häufige Erkältungen stehen lt. Auskunft von Ärzt/innen, besonders von Kinderärzt/innen, in direktem Zusammenhang mit feuchten, schimmelpilzbefallenen Wohnungen. Um die Wohnungsschäden möglichst nachhaltig zu beheben, hat sich eine Arbeitsgruppe aus dem Bereich der Bauordnung, dem Gesundheitsamt, dem Sozialamt, der Stadtsanierung und dem Stadtteilmanagement gebildet. Soweit möglich, sollen Bausubstanzschäden bzw. Mieterfehlerverhalten differenziert und geeignete Maßnahmen eingeleitet werden.

(3) Förderung der lokalen Ökonomie, des Einzelhandels und der Versorgung, der Arbeit und Beschäftigung, der Qualifizierung sowie der Aus- und Weiterbildung

Angestrebt werden die Stabilisierung und Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen sowie wirtschaftlichen Lage der Einwohner/innen, insbesondere der Jugendlichen im Stadtteil. Das Stadtteilzentrum soll durch den Erhalt und die planungsrechtliche Förderung von klein- und mittelständischen Betrieben, somit der Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, gestärkt werden.

Beispiel: Freiwilliges Soziales Trainingsjahr (FSTJ), Bundesmodellprojekt Abbau von Arbeitslosigkeit bei türkischen Jugendlichen und Berufsorientierung „Heran an die Zukunft“ (HadZ)

Im Rahmen des FSTJ können junge Menschen ohne Schulabschluss, ohne Ausbildungsplatz und mit teils schwierigen Lebensläufen einen Weg ins Berufsleben finden. Mit der Projektidee HadZ soll die berufliche und damit auch gesellschaftliche Integration junger Türken verbessert werden. Bildung und Ausbildung sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben leisten einen wesentlichen Beitrag zum Selbstverständnis und Selbstwertgefühl der jungen Menschen und wirken sich u.a. durch Beteiligung am Stadtteilleben positiv aus.

(4) Ökologie, Grün, Wasser, Freizeit und Naherholung

Dieser Handlungsschwerpunkt beinhaltet die Umsetzung des Agenda 21-Prozesses. Hierzu zählen: Naturräume erlebbar und Wasserflächen für die Bevölkerung zugänglich zu machen, den Versiegelungsgrad und die Lärmbelastungen zu reduzieren sowie unwirtliche Außen- und Zwischenräume zu nutzbaren Lebensräumen für die Bevölkerung umzugestalten.

Beispiel: Spielplatzneugestaltung, Ostseelabor

Im Sommer 2000 wurde das Ostseelabor der Universität Flensburg am Ostseebad/Neustadt eröffnet. „Neue Wege zur Natur“ ist ein Gemeinschaftsprojekt zwischen dem Kinder- und Jugendtreff Ramsharde und dem Ostseelabor mit der Zielsetzung, die Umweltbildung sowie das Natur- und Umweltbewusstsein unter besonderer Berücksichtigung der Naturbegegnung zu fördern.

(5) Stadtstruktur, Stadtgestalt

Wesentliche Ziele sind die „Neustadt als Stadtteil an der Förde“ zu präsentieren, den Quartierscharakter und die historischen Straßenräume zu erhalten.

Beispiel: Die Active area

In Abstimmung und Zusammenarbeit mit der Jugendhilfeplanung, dem Freiwilligen Sozialen Trainingsjahr, der Stadtsanierung, den „Sportpiraten“ und Jugendlichen aus dem Stadtteil wurde ein Jugendaktivitätsraum, die „Active area“, geplant und gebaut. Insbesondere Kinder und Jugendliche, denen u.a. auch die finanziellen Möglichkeiten für eine Vereinsmitgliedschaft fehlen, finden in diesem breitgefächerten Freizeitangebot vielseitige Möglichkeiten, sich körperlich zu betätigen, Sport zu machen, Kontakte zu knüpfen, Freundschaften zu schließen, Toleranz zu üben, Anerkennung zu finden, eigene Fähigkeiten kennenzulernen, Fertigkeiten zu erwerben und letztlich auch Spaß und Freude zu erfahren.

(6) Verkehr

Die Verkehrsregelung soll gute Erreichbarkeit gewährleisten, aber den Durchgangsverkehr reduzieren. Fuß- und Radwege sollen vernetzt werden.

Beispiel: Rad- und Fußwege verbinden Verkehrsreduzierung

In diesem Zusammenhang sollen Verkehrswege- und Übergänge sicherer gestaltet werden, vorrangig im Hinblick auf sog. „Angsträume“, aber auch um im Freizeitbereich die Wege besser nutzen zu können.

(7) Schule und Kulturarbeit

Ziel ist die Förderung einer lebendigen Stadtkultur unter Berücksichtigung der multikulturellen Aspekte des Stadtteils durch Stärkung der Kommunikation und Weiterbildung, durch stadtteilbezogene Veranstaltungen und Aktivitäten.

Beispiel: Arbeitskreis Flensburg Nord, Kooperation Nord, interkulturelle Arbeitskreise

Der Arbeitskreis Flensburg Nord (AKFN) ist ein Zusammenschluss fast aller sozialen Institutionen und Schulen, der IG-Neustadt (Gewerbetreibende), der Polizei, der Jugendförderung, des Stadtteilbüros, des Frauenhauses, der Wohnungsbaugesellschaften, der politischen Parteien, der Kirchen, von Vertreter/innen ausländischer Gruppen und Einzelpersonen. Der AKFN ist ein Stadtteil- und Fachgremium mit Institutions- oder Interessenvertreter/innen. Er befasst sich mit aktuellen Themen wie dem Sanierungsprozess in der Neustadt, Einzelmaßnahmen und Projekten in diesem Stadtteil sowie Förderprojekten für Jugendliche mit besonderen Problemen.

Die Kooperation Nord (KoNo) ist eine angegliederte Untergruppe des AKFN, die sich vorwiegend mit der Angebotsstruktur am Nachmittag für Schüler/innen beschäftigt. Ziel ist die verstärkte Kooperation von Schule, Offener Jugendarbeit und anderen Anbietern, um das Angebot zu verbessern. Schularbeitshilfe und Mittagstisch sind ebenfalls im Programm.

Zur Förderung des Zusammenlebens im Stadtteil und des Dialogs wurden interreligiöse Arbeitskreise, einer nur für Frauen, eingerichtet. Hier werden kulturelle, soziale und gesundheitsbezogene Fragen diskutiert. Unter anderem wurde in Zusammenarbeit mit der Jugendförderung ein Jugendraum an einer Moschee eingerichtet.

(8) Soziales, Kinder und Jugend, Gesundheit:

Die Stabilisierung und Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen sowie wirtschaftlichen Lage der Einwohner/innen soll durch die Förderung der Integration, der Toleranz und des Zusammenlebens im Stadtteil erreicht werden. Armutsbekämpfung, Kriminalprävention, der Ausbau sozialer Netze, sowie die Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen sind Ziele, die ein besonderes Maß an Kooperation und Abstimmung erfordern.

Beispiele: Landesmodellprojekt Förderverein Schutzengel e.V., Neubau einer kommunalen Kindertagesstätte, Wegweisungsprojekt der Polizei

Das Schutzengel-Projekt wurde gegründet, um ergänzende Hilfestrukturen für junge Familien

in der Neustadt einzurichten und zu verbessern. Es ist ein Netzwerk-Projekt, an dem Wohnungsbaugesellschaft, Beratungsstellen, Gesundheitsamt, Kinderärzte und Gynäkologen, Kindergarten, Kirchengemeinde, Frauen- und Kinderkrankenhaus, Jugend- und Sozialamt, Stadtteilbüro, Polizei, das Phänomenta-Museum sowie Einzelpersonen und ehrenamtlich Tätige beteiligt sind.

Mit dem durch das Jugendministerium geförderte Landesmodellprojekt soll mittelfristig ein Hilfenetzwerk entstehen, das Familien mit kleinen Kindern stabilisiert, die in schwierigen Verhältnissen leben. Die aufsuchenden Tätigkeiten der Familienhebamme und der Familienbegleiterin sind Kernbausteine dieses Projektes, um auch präventiv tätig zu werden, wenn es z.B. um das frühzeitige Erkennen einer erforderlichen ärztlichen Untersuchung geht. Ferner soll eine Steigerung der Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfe der Betroffenen erreicht werden. Durch die Netzwerkarbeit ist eine Ressourcen-Optimierung gewährleistet.

In Zeiten schwieriger finanzieller Lagen sollte der Neubau einer Kindertagesstätte Beachtung finden, er macht den Stellenwert deutlich, den die Kommune der Stadteilerneuerung und besonders der Kinderförderung einräumt. Der Einzug ist bereits erfolgt, die offizielle Einweihung war am 2. Oktober 2003.

Das Wegweisungs-Modellprojekt der Polizei wendet sich gegen gewalttätige Personen, die durch die Polizei der Wohnung verwiesen oder auch in Gewahrsam genommen werden können. Ziel ist, die Gewalt in Familien zu reduzieren. Folgehilfsmaßnahmen sind in der Planungsphase.

Unter den letztgenannten Handlungsschwerpunkt Soziales, Kinder und Jugend, Gesundheit fallen viele Projekte, die teilweise originäre Aufgaben u.a. des Gesundheitsamtes übernehmen und Lösungsansätze auch umsetzen. Allerdings wirken diese Projekte besonders in den so genannten sozialen Brennpunkten sozialkompensatorisch. Zu nennen sind Beratungen für psychisch Kranke und deren Angehörige, Beratung für Suchtkranke und deren Angehörige, Kriseninterventionen, aber auch orthopädisches Schwimmen, Kinder- und Jugendzahnpflege, Psychomotorik-Angebote für Kinder mit Wahrnehmungs-, Konzentrationsstörungen oder Störungen der Körperkoordination, Kurse für übergewichtige Kinder und deren Eltern, u.a.m.

Zusammenfassung:

Die genannten Projekte machen positive Effekte sowohl im Stadtteil als auch bei den betroffenen Personen und Institutionen deutlich. Das Deutsche Institut für Urbanistik hat in einer

bundesweiten Analyse in dem Bereich strategische Handlungsinstrumente – Quartiermanagement – und dem Bereich Projekte und Maßnahmen – Gesundheitsförderung: Projekt Schutzengel – als good-practice Beispiele positiv bewertet. Die Studie erfolgte im Auftrag des Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen (s. Good-Practice in Altbau- und gemischten Quartieren. Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf – die Soziale Stadt.“ Berlin 2003).

Dennoch treten gelegentlich auch Umsetzungsschwierigkeiten auf: Zielkonflikte, mangelhafte Kompatibilität der Förderrichtlinien, ungeübtes Kooperieren unterschiedlicher Berufsgruppen sind zu beobachten. Dennoch ist der Prozess zunehmender Kooperation, der vermehrten Abstimmung und auch der Mittelbündelung deutlich sichtbar und nachweisbar. Grundsätzlich ist festzustellen, dass von der Stadtteilebene über Institutionen und Verwaltung bis zur politischen Ebene neue Formen der Zusammenarbeit und des Zusammenwirkens sich allmählich etablieren.

Die Kategorie Gesundheit, den Menschen in allen Projekten und Maßnahmen dienlich, scheint besonders geeignet, diesen Prozess entscheidend voranzubringen.

Fachforum C

Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe

Dieser Beitrag beruht wesentlich auf den früheren Erfahrungen des Autors als Leiter eines Jugendamtes. Die genannten §§ beziehen sich – soweit nicht anders angegeben – auf das 8. Buch Sozialgesetzbuch – SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz, KJHG)

1. Bedeutung der Gesundheit für das Aufwachsen

Ein umfassender Gesundheitsbegriff versteht Gesundheit ...

- ... als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden
- ... als Lebenshaltung, die in Kindheit und Jugend erworben und erlernt werden kann: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheits-erziehung
- ... als Erkennung, Prävention und Abwendung von allgemeinen gesundheitlichen Gefahren
- ... als Erkennung und Abwendung von individuellen Gefährdungen bzw. Risikofaktoren für einzelne Kinder und Jugendliche
- ... als gesicherte Zugangs- und Teilhabemöglichkeit an der gesundheitlichen Versorgung einschließlich Prävention, Diagnostik und Therapie
- ... als „gesunde Umwelt“ bzw. als „gesunder sozialer Nahraum“ (gesunde Entwicklungs- und Lebensbedingungen)

2. Verantwortung für das Aufwachsen

Neben der Verantwortung der Eltern (Art. 6 Abs. 2 Grundgesetz; § 1 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII) gibt es eine öffentliche Verantwortung für das Aufwachsen (§ 1 Abs. 1-3 SGB VIII).

Diese wird insbesondere wahrgenommen

- von der Kinder- und Jugendhilfe,
 - vom Gesundheitswesen,
 - vom Bildungsbereich,
 - durch staatliche Transferleistungen (Kindergeld, Steuern etc.),
 - durch Wirtschaft und Gewerkschaften (Lohnzuschläge, Betriebskindergärten etc.),
- usw.

Die betreffenden Dienste und Bereiche müssen kooperieren, um der öffentlichen Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden.

3. Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe und Berührungspunkte zum Gesundheitswesen

Präventions- und Förderauftrag
(§ 1 Abs. 1 + Abs. 3 Nr. 4, konkret § 11 Abs. 3 Nr. 1+2, § 14, § 16)

Individueller Leistungsauftrag, z.B.

- Tagesbetreuung §§ 22 ff.,
- Hilfe zur Erziehung §§ 27 ff.,
- Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte § 35 a,
- Verfahrensvorschrift: Hilfeplanung § 36.

Schutzauftrag, „staatliches Wächteramt“

(Art. 6 Abs.2 Satz 2 Grundgesetz; § 1 Abs. 2 Satz 2 + Abs. 3 Nr. 3 SGB VIII)

Der Schutzauftrag wird konkretisiert durch folgende Aufgaben und Interventionsmöglichkeiten:

- Inobhutnahme § 42,
- Herausnahme § 43,
- Aufsicht über Einrichtungen und Erlaubniserteilung §§ 44 – 48 a,
- Anrufung des Gerichts, Mitwirkung im gerichtlichen Verfahren § 50.

4. Kooperationsgestaltung

4.1 Kooperationsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe nach § 81 Nr. 3:

- mit öffentlichen Gesundheitsdiensten
- mit sonstigen Gesundheitsdiensten
- (z.B. niedergelassene Ärzt/innen)

Bis auf Ausnahmen gibt es keinen analogen gesetzlichen Auftrag für die Gesundheitsdienste (z.B. in Landesgesetzen).

4.2 Sich ergänzende Kompetenzen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitsdiensten, z.B. bei

- Gefahren- und Gefährdungserkennung,
- Erkennung von Mangelversorgung,
- Entwicklungsdiagnostik,
- Behinderung,
- Misshandlung,
- sexuelle Gewalt („Missbrauch“).

4.3 Kooperation im Einzelfall

- allgemein, z.B. im Hinblick auf Zugang zur medizinischen Versorgung
- fachliche Begründung von Leistungsansprüchen, Bereitstellung von Leistungen
- Hilfeplanung bei Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe (§ 36 Abs. 2 + 3)

(Zusammenwirken von Fachkräften – soweit erforderlich unterschiedlicher Professionen unter Federführung des Jugendamtes)

4.4 Strukturelle Kooperation, z.B. bei

- Jugendhilfeplanung § 80,
- Mitwirkung bei Einrichtungsaufsicht (Hygiene),
- Hinwirken auf flächendeckende medizinische und kinderpsychiatrische Versorgung,
- Sicherung von Zugangswegen zu den örtlichen Gesundheitsdiensten,
- Entwicklung eines Kooperationsrahmens für den Sozialraum.

Vertraulichkeit, Datenschutz § 64 und § 65),
(10) Stellung und Beteiligung des Klienten (§ 8),
(ohne Wissen, mit Kenntnis, mit mündlichem oder schriftlichem Einverständnis).

4.5 Zielgruppen:

- Kinder,
- Jugendliche,
- (zukünftige) Eltern,
- Personal in den Einrichtungen und Diensten.

4.6 Inhalte von Gesundheitsförderung in Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitsdiensten, z.B.:

- gesundheitsbewusste Ernährung und Verhalten,
- Zahnpflege,
- Umgang mit Drogen, Suchtprävention,
- Sexualpädagogik,
- Säuglingspflege,
- Entwicklungsverlauf bei Säuglingen,
- Bewegung, Sport.

4.7 Dimensionen der Kooperation zwischen Institutionen

Wenn tragfähige und wirksame Kooperationsbeziehungen angestrebt werden, sollten folgende Punkte zwischen den Kooperationspartnern geklärt und vereinbart werden:

- (1) Anlass, Motivation für die Kooperation,
- (2) Ziele,
- (3) Formen (fallbezogen/ aufgabenbezogen/ anlassbezogen; sporadisch/kontinuierlich),
- (4) Art (gleichgestellt, hierarchisch, weisungsbefugt; Kompetenzabgrenzung),
- (5) Ebenen (Arbeits-/ Leitungsebene/ Ausschuss/ psychosoziale Arbeitsgemeinschaft evtl. nach § 78),
- (6) Institutionalisierungsgrad, mündliche Absprache auf Arbeits- oder Leitungsebene, Schriftwechsel, Kooperationsvertrag, Beschluss der Aufsichts- bzw. politischen Gremien, (Jugendhilfeausschuss § 71, Gesundheitsausschuss, Rat),
- (7) Verbindlichkeit (auf Anfrage/Zugriffsrecht),
- (8) Ausprägung (Informationsaustausch, zur Verfügung Stellung von technischen, räumlichen, personellen und finanziellen Ressourcen),
- (9) Informationsfluss (Mitteilungspflichten,

„Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten!": Gesundheitsförderung für obdachlose Familien und Straßenkinder

1. Kinderarmut und Gesundheit

Eine immer wieder gestellte Frage lautet: Macht Armut krank oder führt Krankheit zu Armut? Das Fazit der vom Bundesministerium für Gesundheit 1997 in Auftrag gegebenen Expertise „Soziale Chancengleichheit für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ lautet: „ ..., dass ungünstige sozio-ökonomische und sozio-kulturelle Lebensumstände der Eltern, verbunden mit gesundheitsschädigendem Verhalten (...) und schwachen bzw. defizitären sozialen Ressourcen von maßgeblicher Bedeutung für eine erhöhte postnatale Mortalität (vor allem durch Unfälle und Verletzungen) sowie für das häufigere Auftreten schwerer chronischer Erkrankungen im Kindesalter sind.“ (SIEGRIST 1997) Macht also Armut zumindest Kinder, die in Armut aufwachsen müssen, krank?

Anhand einer Auswertung des sozio-ökonomischen Panels (Repräsentativstichprobe) ergab eine Studie der Universität Marburg zu Armutslebensläufen in Deutschland, dass bei Erwachsenen vorwiegend eine soziale Selektion vorliegt (Selektionseffekt), das heißt, chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Risiko von Armut. Dagegen gibt es bei Kindern Hinweise auf einen Kausationseffekt, d.h. wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit. Im Zusammenhang mit der Armutsentwicklung in Deutschland spricht man mittlerweile auch von einer Infantisierung bzw. Familialisierung von Armut. Dass sich die sozio-ökonomische Lage, die Ausstattung mit finanziellen Ressourcen auch auf die Gesundheit auswirkt, wissen wir seit geraumer Zeit. Gerade für Kinder und Jugendliche trifft dies in verstärktem Maße zu.

2. Projektbeschreibung und Zielsetzung

Sozialer Brennpunkt Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“

Ausgangssituation

Lage: Die Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“ besteht aus insgesamt 5 Mehrfamilienhäusern mit einer Geschosshöhe von 4 Stockwerken. Die Häuser liegen abseits „normaler“ Wohngebiete in einem Industriegebiet. Begrenzt wird das Wohngebiet durch zwei stark befahrene Eisenbahnlinien, einer schnellstrassenähnlichen Hochtangente sowie einer stark frequentierten Straße. Des Weiteren liegt in unmittelbarer Nähe das städtische Tierheim. Aufgrund der Lage sind die Bewohner/innen der Obdachlosensiedlung einer erheblichen Umweltbelastung (u. a. Autos, Eisenbahn, Industrieanlagen) sowie Lärmbelastigung (Verkehr, Tierheim), gerade auch nachts, ausgesetzt.



Wohnraumsituation: Es sind insgesamt
■ 33 x 1-Raum-Wohnungen, teilweise mit WC (8,45 bis 12,3 qm),

- 34 x 2-Raum-Wohnungen (36,4qm),
- 31 x 3-Raum-Wohnungen (45,4 bis 51,65 qm) sowie
- 33 x 4-Raum-Wohnungen (69,5 bis 72,5 qm).

Die Einzelzimmer ohne Toilette erhalten ausschließlich Großfamilien als zusätzlichen Wohnraum. Es handelt sich bei allen Wohnungen um Einfachstwohnungen mit kleinen integrierten Kochnischen, ohne Bad/Dusche. In den Kellern stehen Sammelduschen zur Verfügung (pro Stockwerk 1 Dusche).

Sonstige Einrichtungen:

In einem der Wohngebäude ist eine Kindertagesstätte (Kindergarten und Hort) unter städtischer Trägerschaft untergebracht. Weiterhin stehen Räumlichkeiten für den Allgemeinen Sozialdienst der Stadt Mainz zur Verfügung (Büro, Besprechungszimmer, Mädchenraum).

Einwohnerzahl und -struktur:

Im Februar 2003 leben 310 Menschen in der Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“. 115 Personen sind ausländischer Herkunft. 16 Personen sind allein erziehende Elternteile, häufig mit mehreren Kindern (zurzeit mit bis zu 8 Kindern). Insgesamt leben in diesen Notunterkünften 75 Kinder unter 14 Lebensjahren, 30 im Alter von 14 bis 18 Lebensjahren und 17 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 21 Lebensjahren.

Vorhandene bzw. angestrebte Kooperationspartner:

Kommune (Jugend- und Sozialamt), Gesundheitsamt, Land Rheinland-Pfalz, Bezirksärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, niedergelassene Ärzte in der Nähe des sozialen Brennpunktes, Betroffeneninitiativen, Initiativen im Wohnungslosenbereich, Tafel-Projekte, Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte, Sportvereine, Sportbund usw..

Konzeptionelle Überlegungen:

- Angebote „vor Ort“ innerhalb des sozialen Brennpunktes,
- Vernetzung und Kooperation,
- vorhandene institutionelle Ressourcen nutzen,
- vorhandene individuelle Ressourcen nutzen,
- geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen,
- interkulturelle Aspekte berücksichtigen.

3. Gesundheitspräventionsmodule:

(1) Ernährung

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Allgemein bekannt ist, dass eine ausgewogene Ernährung für die kindliche Entwicklung mitentscheidend ist. Aus verschiedenen Untersuchungen wurde in diesem Kontext deutlich, dass bei Kindern und Jugendlichen, die von Armut betroffen sind, ein ungünstiges Ernährungsverhalten zu beobachten ist, das fast alle wichtigen Ernährungsvariablen beinhaltet. Zahlreiche Ernährungswissenschaftler weisen darauf hin, dass die materiellen Ressourcen z.B. von Sozialhilfeempfänger/innen eine ausreichende und ausgewogene Ernährung entsprechend den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung als fast unmöglich erscheinen lassen.

Kennzeichen der Mangel- und Fehlernährung ist eine fettreiche und vitaminarme Kost, zusätzlich ist der Kohlenhydrat- und der Obstanteil geringer als im Bevölkerungsdurchschnitt. (KLOCKE/ HURRELMANN et. al., 1994). 16 Prozent der armen Kinder kommen hungrig in die Kindertagesstätte (AWO 2000).

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Ernährungsberatung (gemeinsames Kochen; Elternberatung, Ressourcen nutzen)
- Ernährungsergänzung in der Kindertagesstätte (Anlieferung von frischem Obst, Gemüse, Milchprodukte, Ballaststoffe, Müsli usw.)

Etwaige Kooperationspartner:

- Initiative „Tafel“,
- Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte,
- Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
- Gesundheitsamt.

(2) Bewegung

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Neben einer unausgewogenen Ernährung findet man bei sozial benachteiligten Kindern auch einen Bewegungsmangel. Zwischen Gesundheitsförderung und sportlichen Aktivitäten besteht eine positive Beziehung. Mit dem Lisrel-Modell (Lisrel= Linear Struktural Relationsship) können Korrelationen zwischen Formen der psychosozialen Belastung und allgemeinem subjektivem Gesundheitsstatus dargestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen aus unteren Sozialschichten kann einerseits eine geringere sportliche Betätigung und andererseits eine hohe Quote an psychosomatischen Beschwerden festgestellt werden. Zudem fällt das Selbstwertgefühl betroffener Kinder und

Jugendlicher deutlich niedriger aus im Vergleich zu Kindern aus höheren sozialen Schichten. Es lässt sich zwar keine lineare Beziehung zwischen dem Grad der sportlichen Aktivität und dem Ausmaß psychosomatischer Beschwerden verifizieren. Doch da in frühen Lebensphasen die im Erwachsenenalter zur Verfügung stehenden Verhaltensweisen geprägt werden, kann die Hypothese aufgestellt werden, dass die kompensatorische und entlastende Wirkung sportlicher Betätigung im Hinblick auf Stressbewältigung und Gesundheitsprävention im späteren Alltag bei den betroffenen Kindern seltener angewandt wird.

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Anschaffung von Sportartikel (u.a. Fußball, Tischtennis, Federball)
- Sport- und Freizeitangebote innerhalb und außerhalb der Siedlung

Etwaige Kooperationspartner:

- Sportgeschäfte als Sponsoren,
- Sportjugend Rheinland-Pfalz,
- Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

(3) Entspannung vs. Gewalt

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Verschiedene Studien (die so genannte Bielefelder Studie und eine Untersuchung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen, WETZELS, 1997) zeigen einen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation der Familien und Gewaltanwendungen gegenüber den Kindern auf. So beträgt die Quote gravierender Gewaltanwendung durch die Eltern in Familien, die Sozialhilfe beziehen bzw. von Arbeitslosigkeit betroffen sind, 24 Prozent, während sie in anderen Familien bei 14,6 Prozent liegt (PFEIFFER, 1998). Hier ist einerseits eine problemorientierte Thematisierung von Gewalt innerhalb der Familie, unter Berücksichtigung des Lebenskontextes notwendig. Andererseits müssen Kinder und Jugendliche stärker vor Gewalt geschützt werden. Dies bedeutet, dass betroffenenzentrierte Hilfsangebote und gesetzgeberische Schutzmaßnahmen auf- und ausgebaut werden müssen. Auch hier ist eine Vernetzung medizinischer und sozialpädagogischer Dienstleistungen dringend erforderlich.

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Einrichtung von Ruheinseln, Ruheräume u.a. in Kita, in den Wohnblöcken,
- Einrichtung von Snoezelen-Räumen (heilpä-

dagogisches Konzept; visuelle, akustische, taktile, olfaktorische Reize),

- Informationsveranstaltungen zum Thema Gewalt und Gewaltprävention,
- Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training).

Etwaige Kooperationspartner:

- Polizei
- Tm = therapeutische Medien (privater Anbieter von Entspannungsmedien)

(4) Umwelt

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Kinder aus sozial unterprivilegierten Verhältnissen sind häufiger an Unfällen, speziell Verkehrsunfällen beteiligt. So kam eine Einschulungsuntersuchung in Brandenburg zu dem Ergebnis, dass 15 bis 20 Prozent aller Kinder bis zu ihrer Einschulung an einem Unfall beteiligt waren, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien bei Verbrühungs- und Verkehrsunfällen doppelt so häufig betroffen waren wie Kinder aus Familien mit einem höheren sozialen Status.

Unfälle mit tödlichem Ausgang findet man ebenfalls häufiger bei von Armut betroffenen Kindern. Diese erhöhte Quote ist u.a. auf die Wohnverhältnisse sowie auf das Wohngebiet zurückzuführen, das durch verkehrsreiche Straßen, schlechte Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel und weite Wege zu Schule und Sportstätten geprägt ist. (BIELIKT, 1996; BÖHM, A. Kuhn J., 2000).

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Bepflanzungen innerhalb der Siedlung,
- Pflanzen innerhalb der Kita-Einrichtung,
- Luftbelastungsmessungen (Bahn, Autobahn, Industriegebiet),
- Sicherung der Gehwege, Zebrastreifen, Sichern von „Kinderwegen“.

Etwaige Kooperationspartner:

- Sozial- und Ordnungsamt sowie Gesundheitsamt,
- Gärtnereien,
- Universität Mainz.

(5) Impfungen

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Gesundheitspräventive und prophylaktische Maßnahmen, so wie sie derzeit in Deutschland hauptsächlich konzipiert sind, werden von sozial benachteiligten Menschen unzureichend wahrgenommen. So ergab eine Studie des Gesundheitsamtes Göttingen, dass bei 30 Prozent der Kinder von arbeitslosen Eltern (Arbeitslo-

sigkeit korreliert in starkem Maße mit Einkommensarmut), ein unzureichender Impfschutz vorlag, zudem wurden Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen (KRAUSS 1998).

Die Impfraten bei Masern und Mumps waren laut einer Schuleingangsuntersuchung der Stadt Braunschweig signifikant schlechter bei Kindern arbeitsloser oder allein erziehender Eltern (SCHUBERT 1996). Diese Ergebnisse wurden innerhalb regionaler Untersuchungen aus anderen Großstädten (z.B. Hamburg) bestätigt (ZIMMERMANN, BRANDT 1996). Eine Studie in Brandenburg ergab, dass Kinder aus sozial schwachen Familien deutlich seltener gegen *Hämophilus B* geimpft sind.

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Impfmöglichkeiten für Kinder und Erwachsene „vor Ort“ (u.a. geschlechtsspezifischer Aspekt bei Mädchen Röteln-Impfung),
- Impfberatungen,
- speziell für Jugendliche Hepatitis B-Impfmöglichkeit mit Sexuaufklärung bzw. Informationen zu sexuell übertragbare Erkrankungen (Hepatitis B und C, Aids usw.)

Etwaige Kooperationspartner:

- Sozialamt (Gesundheitsamt),
- niedergelassene Ärzte in der näheren Umgebung,
- Universitätsklinikum Mainz (Institut für Mikrobiologie und Hygiene),
- Pharmaindustrie (als Sponsoren),
- Drogenberatungsstelle (Die Brücke, Cafe Balance),
- Aids-Beratungsstelle,
- Pro Familia,
- Krankenkassen.

(6) Gesundheitsinformation

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Aus der Pränatalforschung ist bekannt, dass die sozialen Verhältnisse, die Lebensbedingungen der Eltern, speziell der werdenden Mutter, sich auf die Gesundheit des sich im Mutterleib befindlichen Embryos auswirkt. Die Lebensweise und das Risikoverhalten der Eltern spielt hierbei eine wichtige Rolle. Dass sich Alkohol- und Zigarettenkonsum negativ auf die embryonale Entwicklung auswirkt bzw. dass es zu entsprechenden organischen Schädigungen kommen kann, ist genügend erforscht worden. Die Alkoholembryopathie kann diesbezüglich exemplarisch hervorgehoben werden. Das Risikoverhalten der Eltern bzw. der werdenden Mutter sollte im sozialen Lebenskontext gesehen werden und darf nicht ohne diese Form der Reflexion individualisiert werden.

Im Zusammenhang mit Schmerzsymptomen (Kopfschmerzen), die häufig von Kindern benannt werden, muss auch die Einnahme von Arzneimitteln problematisiert werden. So beträgt, nach einer Studie der Barmer Ersatzkasse (GLAESKE 1999) der Medikamentenkonsum aufgrund von Kopfschmerzen bei Schülerinnen bis zu 40 Prozent, während er bei Schülern zwischen 15 bis 20 Prozent liegt. Verschiedene Untersuchungen belegen übereinstimmend, dass die Selbstmedikation bei Kopfschmerzen die häufigste Ursache für einen unkontrollierten Medikamentenmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen darstellt. Zusätzlich ist der Zigaretten- und Alkoholkonsumanteil bei Schülerinnen mit häufig auftretenden Kopfschmerzen signifikant höher als bei Kindern und Jugendlichen, die eine geringere Kopfschmerzquote aufweisen.

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Regelmäßige Informationsveranstaltungen zu speziellen medizinischen Themen (Ernährung, Zigarettenrauchen, Infektionskrankheiten, Hauterkrankungen, parasitäre Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Atemwegserkrankungen),
- Info-Veranstaltungen zu den Themen Sucht und Suchtgefahren (legale und illegale Drogen),
- Beratungen zu Krankenkassenleistungen und -ansprüchen.

Etwaige Kooperationspartner:

- Pro Familia,
- Drogenberatungsstellen,
- Aids-Hilfe,
- Ärzt/innen,
- Krankenkassen,
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Fachforum „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“, Elterninformationen im gelben Untersuchungsheft (teilweise auch in Fremdsprachen – interkultureller Aspekt –) sowie Bewerbung der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9.

(7) Gesundheitserziehung

Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Feststellung und Forderungen der Niedersächsischen Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit (2002):

„Bildung ist mehr als Schulbildung, und die notwendigen Grundlagen für den Bildungserwerb werden bereits früh gelegt. Sie müssen kontinuierlich überprüft und an die gesellschaftliche Entwicklung angepasst werden, die sich Privatisierungs- und Deregulierungs-

tendenzen entgegenstellt. Eine Vernachlässigung dieser Bemühungen führt andernfalls sowohl zu auffälliger Ungleichheit von Bildungschancen für Kinder und Jugendliche, wie auch zu ungleichen Gesundheitschancen mit einem erheblich höheren Erkrankungs- und Sterberisiko.

Im Gesundheitsbericht für Deutschland wird dem Bildungsstatus unter den Risikomerkmale der sozialen Lage ein besonderes Gewicht zugewiesen und der Einfluss des Bildungsniveaus auf Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten ausdrücklich betont. Umgekehrt gilt, dass gesundheitsfördernde Schulprojekte positive Auswirkungen auf Klassen- und Schulklima, wie auch auf Leistungsbereitschaft und Leistungserfolg aller schulischen Akteure haben.“

Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

Gesundheitserziehung in Kindergarten und Schule (Konzept u.a. MediPäds – Ärzte und Lehrer als Team, Projekt Klasse 2000 – Gesundheitsförderung und Suchtprävention an Grundschulen, CSH-Modell [Coordinated School Health/ USA])

Etwaige Kooperationspartner:

- Kindertagesstätte,
- Lehrer/innen aus der Grund- und Hauptschule,
- Drogenberatungsstellen,
- Ärzt/innen,
- Krankenkassen

Beispiel Kooperationspartner Krankenkasse:

Die Krankenkassen sind gemäß §20 Abs. 1 SGB V (GKV-Gesundheitsreformgesetz) zur Primärprävention verpflichtet. §20 Abs. 1 SGB V: „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“ Es wurden von den Krankenkassen prioritäre Handlungsfelder für die Primärprävention benannt: (1) Bewegungsgewohnheiten, (2) Ernährung, (3) Stressreduktion/Entspannung, (4) Genuss- und Suchtmittelkonsum.

Zitat aus dem Leitfaden der Krankenkassen:

„Damit nicht eine stark mittelschichtspezifische Inanspruchnahme erfolgt, sind Leistungsangebote mit zielgruppenspezifischen Zugangswegen zu konzipieren — ggf. im Sinne ‚aufsuchender‘ Programme.“

4. Zur Gesundheitssituation wohnungsloser Kinder und Jugendlicher (Strassenkinder)

Die Situation von „Straßenkindern“ ist oft von ihrem illegalen Status bestimmt, der einen Arztbesuch sowie eine Kontaktherstellung zu Behörden (Sozial- und Jugendamt) be- und teilweise verhindert (FITZNER 1991).

JORDAN und TRAUERNICHT (1981) unterscheiden zwischen:

- (1) Ausreißer/innen (kurzfristiges Weglaufen),
- (2) in Obdachlosensiedlungen lebende Kinder und Jugendliche und
- (3) Treber/innen.

Treber/innen definieren sie als Kinder und Jugendliche, „die aus massiven Konfliktlagen heraus aus den ihr Leben bestimmenden Sozialisationsinstanzen ausbrechen und in aller Regel ohne festen Wohnsitz und ohne regelmäßige Einkünfte eine häufig illegale Existenz in subkulturellen Lebenskontexten führen.“ (JORDAN/ TRAUERNICHT 1981).

Neuere Untersuchungen differenzieren zwischen den so genannten Straßenkindern, die besonders in den Cityszenen der Großstädte anzutreffen sind, und den sogenannten Stadtteilstraßenkids, die nicht nur in sozialen Brennpunkten, sondern auch in herkömmlichen Arbeitervierteln zu beobachten sind. Im Unterschied zu den klassischen Straßenkindern leben diese Kids mit „einem Bein“ noch zu Hause, haben jedoch in der Regel ebenfalls eine erhebliche Distanz zu Familie, Schule, Ausbildung und Arbeit.

Zur Anzahl der sogenannten Strassenkinder gibt es keine verlässlichen Daten: Die Zahlen schwanken zwischen 5000 bis 50.000 in Deutschland. Der Off-Road-Kids-Förderverein nennt eine Zahl von 1500 bis 2500 Strassenkinder in Berlin, Terre des Hommes betreute im Jahr 2001 9000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, wobei der Mädchenanteil bei 30 Prozent lag. Nach Schätzungen der BAG Wohnungslosenhilfe lebten im Jahr 2002 72.000 Kinder in Deutschland in Obdachlosensiedlungen, das entspricht einem Anteil von 22 Prozent an der Gesamtzahl wohnungsloser Menschen in Deutschland.

In den alten Bundesländern sind besonders Stadtteile mit einem hohen Immigrantenteil betroffen, während in ganz Deutschland besonders Stadtteile mit einer hohen Arbeitslosenquote betroffen sind. Die Gründe, warum Kinder und Jugendliche das Elternhaus verlassen, sind mannigfaltig und können hier nicht im Detail differenziert dargestellt werden. Häufig spielen Gewalterfahrungen, Vernachlässigung oder Gleichgültigkeit in der Familie oder auch in Heimen, diverse Belastungen und Konflikte

in Schule und Beruf, die u.a. zu Spannungen hinsichtlich der sozialen Kontakte zu der Kernfamilie, Gleichaltrigen und z.B. Lehrpersonal führen, eine wichtige Rolle. Nach Expertenmeinung gibt es in den neuen Bundesländern besondere Bedingungen, die für die Flucht der Kinder aus ihren Familien verantwortlich sind. So seien viele Eltern mit den Folgen der Wende und der daraus resultierenden umfangreicheren Verantwortung für die Betreuung und Zukunftsgestaltung ihrer Kinder überfordert. Interessant ist des Weiteren, dass die so genannten Straßenkinder in den Innenstädten in der überwiegenden Mehrheit Jugendliche und junge Erwachsene sind, während es sich bei den so genannten Stadtteilstraßenkids eher um Kinder unter 14 Jahren handelt (PERMIEN 1998).

Eine besondere gesundheitliche Gefahr stellt die Prostitution dar. Geschlechtskrankheiten bzw. durch Geschlechtsverkehr übertragbare Krankheiten spielen hierbei eine bedeutende Rolle: Lues, Gonorrhoe, Aids, Hepatitis B/C (FITZNER 1991, GESUNDHEITSAMT KÖLN 1993)

Teilweise, wenn auch selten, konsumieren auch in Deutschland Strassenkids Schnüffelfstoffe als Billigdroge mit folgenden Gefahren:

- akute Gefahr: Bewusstlosigkeit und Atemlähmung mit Todesfolge bei Überdosis,
- Langzeitfolgen: Verätzung der Atemwege,
- neurotoxische Wirkung: spastische Lähmungen, bei längerem Konsum Demenz,
- multiple Organschäden (u.a. da leber- und nierentoxische Wirkung).

Des Weiteren spielen psychosomatische Beschwerdekompexe und Erkrankungen eine wichtige Rolle. Hierbei können die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zur Korrelation Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (COLLATZ, HURRELMANN) ebenfalls herangezogen werden.

Folgende Erkrankungen können gehäuft in diesem Zusammenhang festgestellt werden: psychosomatische Erkrankungen bzw. Beschwerdekompexe, Kopf- und Rückenschmerzen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Zahn- und Infektionskrankheiten sowie Erkrankungen der Atmungsorgane.

Bei sämtlichen Maßnahmen hinsichtlich einer niederschweligen medizinischen Versorgung von Straßenkindern bzw. Stadtteilstraßenkids ist, wie schon erwähnt, der illegale Status zu berücksichtigen. Hier ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gerade mit Vertreter/innen der Sozialarbeit, speziell der Streetworker, von besonderer Wichtigkeit und Notwendigkeit.

Ein Hemmnis dürfte die negativen Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen mit der Erwachsenenwelt generell darstellen. Unter-

suchungen ergaben, dass Kinder und Jugendliche vor der Welt der Erwachsenen flüchten, weil sie jetzt

- Kommunikationsschwierigkeiten mit ihren Eltern haben,
- in zu engen Wohnverhältnissen leben,
- sexuell mißbraucht werden,
- Schwierigkeiten mit ihren Lehrer/innen haben,
- von ihren Eltern keine Zuwendung bekommen,
- gewalttätig behandelt werden,
- Drogen konsumieren.

HEINZ stellt fest, dass das Phänomen der Straßenkinder in der Bundesrepublik mit der Problematik der Straßenkinder etwa in Lateinamerika überhaupt nicht zu vergleichen sei. „Während in den Ländern der so genannten Dritten Welt Kinder auf der Straße leben, weil ihre Eltern sie materiell nicht ernähren können, gehen unsere Kinder auf die Straße, weil ihre Eltern sie emotional verhungern lassen.“

Federführung versus Multiprofessionalität im Hilfeplanverfahren

Auf den ersten Blick scheinen der Titel dieses Beitrags und das übergeordnete Thema der gesamten Dokumentation, Vernetzung – Macht – Gesundheit, konträr zueinander zu stehen. Auf der einen Seite wird Federführung gegen die Multiprofessionalität gestellt, auf der anderen Seite steht die klare Aufgabe der Vernetzung, Gesundheit zu schaffen, und das auch noch mit Macht. Und dieser (scheinbare) Widerspruch soll dann auch noch Kraft Gesetzes in das Hilfeplanverfahren im gegenseitigen Einvernehmen eingebettet werden.

Im Hilfeplanverfahren, ein in § 36 SGB VIII gesetzlich normiertes Grundelement der Hilfen zur Erziehung, liegt die Federführung im Verantwortungsbereich des örtlichen Trägers der Jugendhilfe, sprich dem Jugendamt. Dabei gibt der Begriff Federführung über Rolle und Status des Jugendamtes bzw. seiner Mitarbeiter/innen wenig bis gar keine Auskunft.

Im Rahmen eines kleinen Gedanken- bzw. Wortexperiment könnte man das Hauptthema dieser Tagung in Bezug auf Rolle und Status des Jugendamtes im Hilfeplanverfahren auf „Federführung macht Gesundheit“ umformulieren. Betrachtet man dann das Wort „macht“ auch noch als Verb im Sinne von „etwas tun“, könnte man zu dem Schluss kommen, dass die Aussage stimmt: Das Jugendamt ist durch seine Federführung im Hilfeplanverfahren die „Gesundheit machende“ Instanz.

Die Aussage ist wahr, weil durch die Entscheidungen, die das Jugendamt im Hilfeplanverfahren federführend trifft, Gesundheit „gemacht“ wird. Familien bekommen eine/n Familienhelfer/in, das Kind wird stationär untergebracht und der Onkel von der Tante bekommt auch noch eine institutionelle Erziehungsberatung. Das alles, um Gesundheit zu machen.

Die Sache hat nur einen Haken. Gemäß § 36 SGB VIII sind der junge Mensch, seine Personensorgeberechtigten sowie an der Durchführung der Hilfe andere beteiligte Personen, Einrichtungen und Dienste, in Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen. Diese können nun ja auch anderer Meinung über Notwendigkeit und Geeignetheit einer Hilfe sein. So halten vielleicht die Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes, die selbstverständlich ordnungsgemäß in das Hilfeplanverfahren integriert sind, ja neben der sozialpädagogischen Familienhilfe, der stationären Unterbringung und der institutionellen Erziehungsberatung zusätzlich

eine systemische Familientherapie für notwendig und geeignet. Sie wollen also ein bisschen mehr Gesundheit machen. Argumentativ wird das durch die Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes eindrucksvoll mit dem kleinen Lateinum unterlegt.

Und wo ist denn nun eigentlich der Haken? Den gibt es wohl nicht, da das Jugendamt ja federführend im Hilfeplanverfahren ist und demzufolge letztendlich auch über Hilfe oder Nichthilfe entscheidet. In dem konstruierten Fall gibt es also keine zusätzliche Familientherapie. Gerade in Zeiten fiskalischer Engpässe kann hier leicht eine falsche Status- bzw. Rollenwahrnehmung erfolgen.

Vielleicht hilft es an dieser Stelle weiter, wenn der Begriff Federführung gegen den Begriff „Moderation“ ausgetauscht wird, das Jugendamt also das Hilfeplanverfahren mit den zentralen Bestandteilen Fachgespräch und Hilfeplangespräch erfolgreich „moderiert“. Und wenn von einer erfolgreichen Moderation gesprochen wird, dann heißt das, alle Argumente der Beteiligten für und gegen eine Hilfe stehen gleichberechtigt nebeneinander.

Wie zuvor schon erwähnt, sind im Hilfeplanverfahren auch andere Personen, Dienste und Einrichtungen zu beteiligen. Das können auch Mediziner/innen bzw. medizinische Einrichtungen sein. Die Medizin hat sich als erste Wissenschaft mit dem Thema Krankheit/Gesundheit befasst. Hieraus lässt sich nun auch wieder ein bestimmter Status und eine bestimmte Rolle herleiten. Wegen der jahrelangen Forschung und dem dadurch erworbenen, faktisch-medizinischen Wissen könnte argumentiert werden, dass aufgrund der großen Erfahrung das Definitionsmonopol über Gesundheit/Krankheit und damit über zu gewährende Hilfen im Bereich der Medizin anzusiedeln sei. Im Fall unserer Multiproblemfamilie würde dies dann doch die Gewährung der zusätzlichen Familientherapie bedeuten.

Unterstützt würde diese These sicher noch durch die Tatsache, dass Sozialpädagog/innen keine weißen Kittel tragen und das kleine Lateinum oft nicht mal im Ansatz beherrschen.

Vielleicht kann die endgültige Lösung doch nur in der Zusammenarbeit liegen, wenn man den Hauptschwerpunkt der Medizin in der Akut- bzw. Heilbehandlung und den Hauptschwerpunkt der Sozialarbeit in der (Re-)Integration durch entweder Anpassung des Umfeldes oder durch Steigerung der individuellen Fähigkeiten sieht. Nun sind Abgrenzungen immer schwierig zu ziehen. Dieser Gedanke ist deshalb mehr Anregung als konkrete Handlungsanweisung.

Unabhängig davon können beide Berufsgruppen vom gegenseitigen Expertenwissen profitieren, wenn sie dieses, insbesondere im

Gespräch mit den Hilfeempfänger/innen und Anspruchsberechtigten, in eine einheitliche, für alle verständliche Sprache bringen. Dementsprechend gilt für die Jugendhilfe, auch Verantwortung dafür zu übernehmen, dass Ärzt/innen zumindest Kenntnis von Angeboten der Jugendhilfe haben.

Gesundheitsorientierte soziale Arbeit und Fürsorge für junge Familien im sozialen Nahraum am Beispiel eines Familienhebammen-Projekts

Familienhebammen stehen in einer Tradition von zwanzig Jahren Erfahrung. Familienhebammen haben für die Betreuung von Familien, in denen soziale und gesundheitliche Belastungen und die daraus resultierenden Risiken kumulieren, wesentliche Vorteile im Vergleich mit anderen Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens. Der Wert der Arbeit der Familienhebammen ist mittlerweile allgemein anerkannt.

In der Rückschau zeichnen sich für Familienhebammen-Einrichtungen drei Strukturmodelle ab:

1. Im ursprünglichen Modell und als immer noch häufigste Struktur sind Familienhebammen *Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes*. Die Hebammen sind beim Gesundheitsamt angestellt, die Kommune erhält über die abrechenbaren Leistungen eine teilweise Refinanzierung. Die Tätigkeitsprofile der Hebammen sind in den verschiedenen Städten unterschiedlich, wobei der Schwerpunkt der Tätigkeit die Einzelfallhilfe ist.

2. *Freiberufliche Hebammen* übernehmen Familienhebammen-Leistungen über den Rahmen der Hebammengebührenordnung hinaus, sowohl zeitlich als auch im Umfang. Der Landkreis, die Kommune oder das Land tragen hier die entstehenden Kosten. Freiberufliche Hebammen arbeiten als Beauftragte des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder des Jugendamts in Honorartätigkeit. Neuestes Beispiel hierfür ist ein Projekt, das die Stiftung „Eine Chance für Kinder“ in Kooperation mit der Niedersächsischen Landesregierung durchführt.

3. Familienhebammen sind im Setting der Gemeinwesenarbeit *Angestellte eines Trägers der freien Wohlfahrtspflege*. Auch hier refinanziert sich ein Teil der Lohnkosten über die Leistungen, die nach der Hebammengebührenverordnung abgerechnet werden, und das Land bzw. die kommunalen Bezirke der Stadt tragen die Differenz der Kosten.

In dieser letzten Form arbeitet das Projekt „Familienhebammen im Kinder- und Familienhilfe-Zentrum (KiFaZ) Barmbek-Süd“ seit nunmehr fünf Jahren. Im Hamburger Stadtteil Barmbek-Süd kommt ein Teil der Leistungen

allen Frauen des Stadtteils zugute, da der hier gewählte Arbeitsansatz explizit integrativ wirken soll. Die aktive Integration der betreuten Frauen und Familien in die sozialen Strukturen des Stadtteils wird als Zielstellung der Familienhebammenarbeit formuliert. Mit dieser Zielgruppendefinition weicht das Projekt von früheren ab und entwickelt diese weiter. Dadurch soll eine verbesserte Wahrnehmung gesundheitlicher oder pädagogischer Leistungen erreicht werden, ebenso ein verstärkter Kontakt der betreuten Frauen und Kinder zu anderen Müttern und Babies.

Weil die Familienhebammen in das Team des Kinder- und Familienhilfe-Zentrum eingebunden sind und deshalb eng mit den Sozialpädagoginnen kooperieren, kann Müttern und Vätern auch am Ende des ersten Lebensjahres des Kindes eine Weiterbetreuung in einem Umfeld angeboten werden, das den Menschen aus der Hebammenbetreuung vertraut ist. Die Nachhaltigkeit der Familienhebammenarbeit in Barmbek-Süd erhält so eine neue Qualität und überwindet den sonst üblichen Bruch am Ende des Betreuungszeitraumes. Eine Förderung der Kinder in der Kleinkindphase wird damit möglich und auch eine weitere Unterstützung vor allem der Mütter in ihrem Stadtteil.

Die strukturelle Anbindung von Familienhebammen an einen freien Träger des Sozialwesens verbindet medizinische Grundversorgung mit sozialpädagogischen Angeboten. Ebenso verknüpft sich gezielte Familienhebammentätigkeit mit einer offenen Gemeinwesenarbeit im Stadtteil.

Bewusst werden nicht mehr nur die klassischen Risikogruppen betreut, die Gruppen- und Kursangebote stehen allen Frauen im Stadtteil offen und werden damit zu einem Ort der Begegnung. Mit der Einbindung der Hebammen in das KiFaZ wurde ein Rahmen entwickelt, der konkrete Übergänge und soziale Vernetzungen von Menschen fördert, die im normalen Alltag selten den Kontakt zu einander finden. Diskriminierung und Stigmatisierung sollen auf diese Weise gemindert werden.

Die Hebammen haben auch eine zusätzliche Koordinierungsaufgabe zwischen dem Bedarf und dem Angebot an freiberuflicher Hebammenhilfe: Frauen, die noch keine Hebamme haben, werden an freiberufliche Kolleginnen weitergeleitet.

Die Tragfähigkeit von Arbeitsansätzen der Familienhebammen im ersten Lebensjahr des Kindes wird durch die Folgeangebote der Pädagoginnen in der Kleinkindphase gesteigert. Dadurch wird eine längerfristige Stabilisierung der Familie im sozialen Netz des Stadtteils gefördert, ebenso wie die Kräfte und Kompetenzen der Mütter selbst gestärkt werden.

In dem für die Familien im KiFaZ entstandenen, vertrauten Lebenszusammenhang zeigen sich etwa seit Herbst 2002 Erfolge im Hinblick auf die wachsende Eigeninitiative besonders der Mütter. Damit hat es sich als erfolgreich für die Familienhebammenarbeit erwiesen, wenn Arbeitsziele der Sozialarbeit (wie Parteilichkeit, Partizipation, Ressourcenorientierung und Freiwilligkeit) explizit mit der Familienhebammenarbeit integriert werden.

Und es zeigt, dass Familienhebammen durch ihre kontinuierliche und längerfristige Präsenz im Stadtteil eine höhere Qualität an Wirksamkeit erreichen.

Obwohl der Wert von Familienhebammen-Einrichtungen bundesweit anerkannt ist, steht die personelle Kapazität in den Kommunen in einem krassem Missverhältnis zum Bedarf. Angesichts der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklung, was Armutsprozesse und soziale Konfliktfelder angeht, bei leeren Kassen der Kommunen und Länder, sind der öffentliche Gesundheitsdienst bzw. die Institutionen der Jugendhilfe gemeinsam mit den Hebammen herausgefordert, zukunftsfähige Finanzierungs- und Organisationsmodelle zu entwickeln.

Die gesundheitliche Förderung dieser zentralen Lebensphase von Müttern, Kindern und der ganzen Familie sollte als Ganzes deutlicher in die Obhut einer durchdachten Planung gestellt werden. Dabei ist zu bedenken, dass der hier betrachtete Lebensabschnitt als biographische Krise auch als eine sensible Zeit anzusehen ist, was Verhaltens- und Bewusstseinsänderungen angeht.

Krisenzeiten sind Lernzeiten. Und in der überwiegenden Zahl der Familien gibt es eine hohe Motivation, eine gute Mutter oder ein guter Vater für das Baby zu sein, wodurch sich die Bereitschaft, neue Dinge zu lernen, verstärkt. Der Weg zu einer Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lage der Familie ist in dieser speziellen „Krisenzeit“ also aussichtsreich, so dass es sich für das Gesundheits- oder Jugendhilfesystem lohnen würde, in diese Zeit Geld und Aufmerksamkeit zu investieren.

Wenn Prävention durch Familienhebammen-Leistungen für die Lebensphase von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres eines Kindes strukturiert und bedarfsgerecht institutionalisiert werden könnte, würden von Anfang an positive Impulse für die einzelne Familie gegeben. Dafür ist allerdings eine langfristig institutionell verankerte und finanziell gesicherte Angebotsstrukturen der Familienhebammen-Einrichtungen unverzichtbar.

Fachforum D

Armut macht krank – Gesund- heit gemeinsam fördern

Armut macht krank - Gesundheit gemeinsam fördern

E&C-Fachforum
Vernetzung-macht-gesund

Thomas Altgeld
Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.

1



Thomas Altgeld

2

Daten für Taten?

Die Zusammenhänge
zwischen sozialer
Benachteiligung und
Gesundheit sind gut belegt!

3

Armut macht krank:

Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001

- **Magengeschwür, Gastritis (ab 45 Jahren) nach Haushaltseinkommen:**
Unterste 15% : 10,2 %/ 9,5%
Oberste 15% : 5,4 % / 0,9%
- **Diabetes**
Unterste 15%: 7,6 %/ 15,4%
Oberste 15%: 1,7% / 3,3 %
- **Unfälle außerhalb der Arbeitszeit (Freizeitunfälle):**
Männer/ Frauen
Unterste 15%: 13,9 %/10,4%
Oberste 15%: 6,5% /7,0%

Thomas Altgeld

4

Fehlende Vorsorgeuntersuchungen (Schubert, 1996)

Untersuchungen	Niedriger beruflicher Status der Eltern	Mittlerer oder Höherer beruflicher Status der Eltern
U1 (1. Lebenstag)	4,8	1,9
U2 (3.-10. Lebenstag)	4,6	2,1
U3 (4.-6. Woche)	7,4	2,8
U4 (3.-4. Monat)	7,9	2,8
U5 (6.-7. Monat)	9,4	4,0
U6 (10.-12. Monat)	10,5	4,8
U7 (21.-24. Monat)	12,2	6,7
U8 (43.-48. Monat)	13,5	9,4
U9 (60.-64. Monat)	31,4	29,8

Thomas Altgeld

5

Subjektiver Gesundheitszustand und Einkommen

Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001

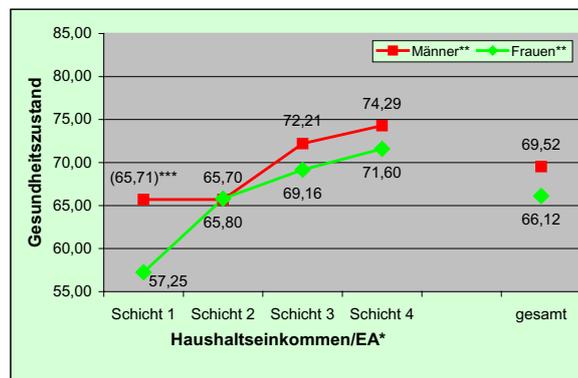


Abb. 3: Subjektiver Gesundheitszustand (0=sehr schlecht, 100=bestmöglich) in Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen/EA* und dem Geschlecht (Alter ab 45 Jahren)

Thomas Altgeld

6

Wohlfühlen, kein Thema?

Indikatoren	Armutsguppe (in %)	Übrige (in %)
Lebenszufriedenheit, nicht sehr glücklich	23,0	11,2
Außenseiter, häufig	13,5	6,0
Von Mitschülern akzeptiert, selten/nie	18,9	9,2
Einsamkeit, sehr/ziemlich oft	18,9	9,6
Hilflosigkeit, häufig/immer	9,3	4,4
Selbstvertrauen, selten/nie	22,2	17,1
N	380	2838

Psychosoziales Wohlbefinden der 12- bis 16-jährigen nach sozialer Lage (Angaben in Prozent)
(vgl. Klocke, 2001, S. 303)

Thomas Altgeld

7

Zwischen dem Gesundheits-, Jugend- und Sozialektor liegen Welten

Eine Zusammenarbeit findet nur punktuell statt.

Die Zusammenarbeit wird durch unterschiedliche gesetzliche Rahmenvorgaben eher erschwert als gebahnt.

8

Soziale Systeme (frei nach Luhmann):

- sind unsichtbar und schwer zu durchschauen
- sind mehr oder weniger subtil, aber intensiv vernetzt
- besitzen hohes Maß an Eigendynamik und interner Rückkoppelung
- soziale Systeme lassen sich nur schwer auflösen
- Sind zumeist schwer zu steuern: wo und wie ansetzen?
- widersetzen sich zumeist technokratischem Systemmanagement (anders als Maschinen)
- sorgen für ihre Selbsterhaltung; besonders erfolgreiche soziale Systeme vermehren sie sich sogar
- alle anderen Systeme werden als Umwelten betrachtet und dagegen grenzen sich Systeme notwendigerweise ab

Thomas Altgeld

9

Funktionale Differenzierung - Was ist das?

- ⇒ Gesellschaften funktionieren, indem sie Funktionssysteme ausdifferenzieren, z.B. Religion, Wissenschaft, Wirtschaft, Kunst oder Recht. Diese Funktionssysteme haben eigenständigen Charakter, obwohl sie Teilsysteme eines größeren Systems sind.
- ⇒ “Das heißt auch, dass das Funktionssystem seine Funktion für sich selbst monopolisiert und mit einer Umwelt rechnet, die in dieser Hinsicht unzuständig oder inkompetent ist.” (Luhmann, 1997, S.746)

Thomas Altgeld

10

Systematik der Sozialgesetzbücher

- SGB I Allgemeine Regelungen
- SGB III Arbeitsförderung
- SGB IV Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
- SGB V Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung
- SGB VII Gesetzliche Unfallversicherung
- SGB VIII Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)
- SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- SGB X Sozialverfahren und Sozialdatenschutz
- SGB XI Soziale Pflegeversicherung
- Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

Thomas Altgeld

11

Präventive, gesetzliche Regelungen auf Bundeslandebene:

- Öffentlicher Gesundheitsdienst (14 „neue“ Gesundheitsdienstgesetze der Länder, 2 Regelungen nach dem Reichvereinheitlichungsgesetz von 1934 in Niedersachsen und Hessen)
- Schulgesetzgebung der Länder (16 unterschiedliche Regelungen)
- Landesgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG)
- Hochschulgesetzgebung der Länder
- Krankenhausbedarfspläne
- Landesjugendhilfepläne nach SGB VIII
- Landesumweltrecht
- Landesvereinbarungen zur Gruppenprophylaxe (nach § 21, SGB V)

Thomas Altgeld

12

Was erschwert die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren?

- Unterschiedliche gesetzliche Regelungsgrundlagen
- Abgekoppelte Ausbildungsroutinen
- Unterschiedliche Sprachen, Jargons
- Nicht-Rezeption von Veröffentlichungen aus dem anderen Sektor
- Abgeschlossene Begegnungsroutinen (Gremien, Arbeitskreise, Fortbildungen, Fachgesellschaften etc.)
- Entwertung von Alltagserfahrungen der jeweils anderen Praxis

Thomas Altgeld

13

Beispiel 1: Dokumentation 2001 der Leistungen der Kassen in Settings nach § 20, Abs.1&2 SGB V

- Insgesamt wenig Engagement im Setting (bundesweit 1332 dokumentierte Aktivitäten)
- Keine Finanzvolumina angegeben
- Ungleichgewicht zwischen Engagement in Betrieben (1.189 dokumentierte Aktivitäten) und Engagement in anderen Settings (143 dokumentierte Aktivitäten)
- Von dem Engagement in anderen Settings finden mit Abstand die meisten Aktivitäten in Berufsschulen statt (24 %) und damit wiederum im betrieblichen Bereich
- Dokumentierte Aktivitäten im Stadtteil 3,6 % (Platz 11 von 16)
- Zumeist nur kurzfristige Engagements (unter einem Jahr 42%; 23,8% nicht zuordbar)

Thomas Altgeld

14

Beispiel 2: Umsetzung von § 20, SGB V im Sozialbereich

- Befragung von Sozialprojekten in Niedersachsen 9 - 10/2001
- 348 Projekte befragt
- Rücklaufquote 43 %
- 1. Ist Ihnen bekannt, dass Krankenkassen Projekte zur Gesundheitsförderung im Rahmen des § 20 SGB V finanziell fördern?
 - Ja 42 %
 - Nein 58 %
- 2. Haben Sie bereits Mittel bei den Krankenkassen für solche Projekte beantragt?
 - Ja 15 %
 - Nein 85%

Thomas Altgeld

15

Wechselseitige Informationsdefizite I

- Sozial benachteiligte Personengruppen wissen wenig über:
 - Risikoverhalten und die Bewältigung von gesundheitlichen Problemen
 - Gesundheitsförderung allgemein und die Umsetzung von Empfehlungen in den Alltag
 - Die Regelversorgung und die relevanten Ansprechpartner
 - Bedarfe von Kindern und Jugendlichen und besondere Fördermöglichkeiten
 - Ihre Rechte.

Thomas Altgeld

16

Wechselseitige Informationsdefizite II

- Die Anbieter von Gesundheitsförderung wissen oft wenig über:
 - Die Zusammenhänge von Armut und Gesundheit
 - Bedürfnisse, Probleme, Lebenslage und Bedarf der Zielgruppe
 - Das Ausmaß des Armutspotentials vor Ort
 - Mögliche Kooperationspartner
 - Bereits vorhandene Hilfsangebote für die Zielgruppe.

Thomas Altgeld

17

Verknüpfung von Sozial- und Gesundheitsberichterstattung

1995	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg	BAGS
1998	Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern	SM für Arbeit und SO, Familie, Frauen und Gesundh.
1998	Landesbericht zur Entwicklung von Armut und Reichtum	Niedersächsischer Landtag
1999	Landesarmutsbericht Schleswig-Holstein	Schleswig-Holsteinischer Landtag
2000	Gesundheit von Zuwanderern in NRW	MFJFG
2001	Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen
2002	Kinder- und Jugendgesundheitsbericht	Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales
2002	Kinder Ernährung in Baden-Württemberg	MELR, SM

Thomas Altgeld

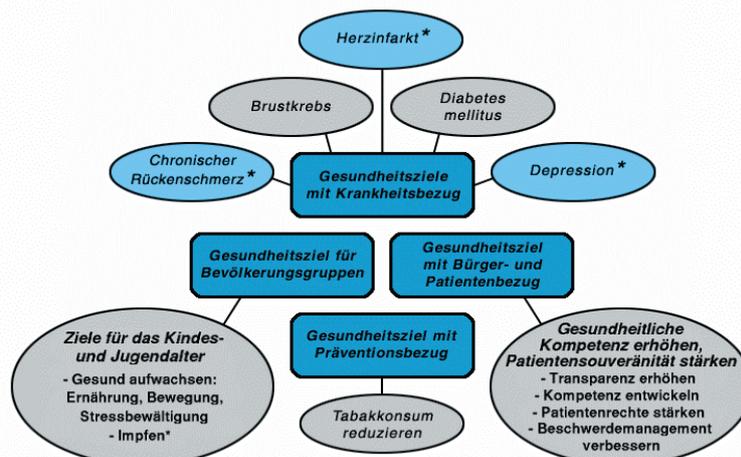
18

Gesundheitsziele gegen Armut?

Gesundheitliche
Chancengleichheit in den
Gesundheitszielprozessen auf
Bundes- und Länderebene

19

Entwicklung exemplarischer Gesundheitsziele: Themen



* Diese Ziethemen werden zeitlich versetzt bearbeitet

Thomas Altgeld

20

Querschnittsanforderungen an die Entwicklung aller Gesundheitsziele



Thomas Altgeld

21

Ergebnisse AG 7: Gesund aufwachsen

Übergreifende Teilziele

- KiTa und Schule werden als Lebensraum begriffen und die Verantwortung für Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung wird von allen Beteiligten übernommen
- Der Kohärenzsinn der Kinder bzw. Jugendlichen ist gestärkt
- Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt

Thomas Altgeld

22

Gesundheitszielprozesse auf Bundeslandebene in:

- Hamburg (1992/4)
- Nordrhein-Westfalen (1995)
- Berlin (1996)
- Sachsen-Anhalt (1997)
- Schleswig-Holstein (1998-2002)
- Niedersachsen (2002/3)
- Brandenburg (2003)
- Mecklenburg-Vorpommern (2003)
- Sonderfall: BayernAktiv

Thomas Altgeld

23

Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW (1995)

1. Herz-Kreislaufkrankheiten reduzieren
2. Krebs bekämpfen
3. Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit
4. Tabak, Alcohol und psychoaktive Substanzen
5. Umwelthygiene-Management
6. Primäre Gesundheitsversorgung
7. Krankenhausversorgung
8. Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse
9. Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich
10. Unterstützung durch Gesundheitsinformation

Thomas Altgeld

24

Chancengleich Gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern (2003)

- Entwicklung von Bewegungsangeboten zur Reduzierung des Bewegungsmangels
- Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens zur Reduzierung von Fehlernährung
- Stärkung der Fähigkeiten zur Stressbewältigung
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Suchtprävention in den Lebensräumen von Kindern und Jugendlichen

Thomas Altgeld

25

Niedersachsen (2003)

- Verminderung von Kinderunfällen
- Verminderung der Raucherquoten bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen
- Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (U1 – U9, Jugendgesundheitscheck) bei sozial benachteiligten Jugendlichen

Thomas Altgeld

26

Wie kann die Zusammenarbeit verbessert werden?

Zielgruppenspezifische,
kleinräumige Kooperation
fördern

27

Stufenleiter möglicher Kooperationen:

Integrierte Angebote (unter einem Dach) auf kommunaler Ebene

Gemeinsame Projekte bzw. Trägerschaft

Kleinere, gemeinsame Arbeitsvorhaben

Zusammenarbeit in allgemeinen Gremien

Wechselseitige, regelmäßige Information

Kontakte, Kommunikation, Vereinbarungen

Thomas Altgeld

28

Gruppen, die von der Gesundheitsförderung bislang kaum erreicht werden: (Deneke u.a. 2001)

- Sozial benachteiligte Männer allgemein,
- Männliche Jugendliche
- MigrantInnen, hier besonders männliche,
- Arbeitslose, hier besonders mit Migrationshintergrund
- Alte Menschen

Thomas Altgeld

29

Zielgruppen genau ausdifferenzieren:

- Kinder von Alleinerziehenden
- Jugendliche alleinerziehende Mütter,
- Kinderreiche Familien in belasteten Lebenssituationen
- Kinder von nicht-integrierten ausländischen Mitbürgern (z.B. Migranten, Asylbewerbern und Bürgerkriegsflüchtlingen)
- Kinder arbeitsloser Eltern
- Kinder suchtkranker Eltern
- Kinder mit Behinderungen
- Kinder aus benachteiligten Wohngebieten
- Sonder- und Hauptschüler
- Arbeitslose Jugendliche
- Jugendliche Nichtseßhafte (AGLMB, 1997)

Thomas Altgeld

30

Fazit 1

- Kooperation beginnt mit wechselseitigen Interesse aneinander. Diese Interesse ist in den letzten Jahren angestiegen, weil die Probleme nicht bereichsspezifisch gelöst werden können.
- Zielgruppenorientierung heisst Sektorgrenzen auflockern und Zusammenarbeit ermöglichen.
- Informationen über Zuständigkeiten, gesetzliche Grundlagen, Arbeitsergebnisse und -routinen müssen Professionellen im Gesundheits-, Sozial und Jugendbereich bereichsübergreifend vermittelt werden.

Thomas Altgeld

31

Fazit 2

- Die Sektoren müssen auch auf „ministerieller Ebene“ durchlässiger werden, das gilt für Bund, Länder und Kommunen gleichermaßen.
- Gesundheit läßt sich nur gemeinsam fördern und wird insbesondere für sozial Benachteiligte nicht in erster Linie über das Gesundheitswesen selbst gefördert.
- Sozial- und Gesundheitsberichterstattung können die Erfolge strategischer Kooperationen langfristig messen.

Thomas Altgeld

32

Synergiegewinne aus Kooperation?

Das Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG) ist eine gemeinsame Einrichtung der Universität Lüneburg und der Fachhochschule Nordostniedersachsen. Forschungsschwerpunkte sind u.a. soziale Benachteiligung und Gesundheit, der Bedarf und die Evaluation von Interventionen und Gesundheitsförderung im Rahmen sozialer Dienste. In diesen Rahmen passt die Durchführung des Modellprojektes „Selbst is(s)t der Mann!“, das ich im Folgenden als Beispiel für ein kooperatives Projekt (BÖHM et al. 1999) vorstellen möchte.

Das ZAG hat das Projekt entwickelt und ist mit der Koordination und Evaluation beauftragt. Die Modellumsetzung findet bei fünf norddeutschen Jugendhilfeträgern statt. Neben diesen Trägern sind auch die Mittelgeber als Kooperationspartner zu nennen, nämlich das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, das Niedersächsische Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. für die Freie und Hansestadt Hamburg.

Gleichzeitig kooperieren wir mit Fachorganisationen, die Ernährungsberatung anbieten. Diese sind, neben der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sektion Niedersachsen, und die Verbraucherzentrale Niedersachsen e.V.

Ziel des Projekts „Selbst is(s)t der Mann!“ ist die Verbesserung der Ernährung sozial benachteiligter, männlicher Jugendlicher und die Erweiterung ihrer Haushaltskompetenzen. Zum Begründungszusammenhang des Projektes sei auf eine andere Veröffentlichung verwiesen (DENEKE et al. 2003).

Die Interventionen des Projekts sollten weitgehend im Rahmen von offener Jugendarbeit stattfinden, weil hier die Zielgruppe sozial benachteiligter, männlicher Jugendlicher (zwischen 12 und 20 Jahren) gut zu erreichen ist. Interventionsorte sind:

- ein Jugendzentrum in Wilhelmshaven, in der ärmsten Region Niedersachsens;
- ein Jugendzentrum in Neu Wulmstorf, in der reichsten Region Niedersachsens (Hamburger Speckgürtel);
- ein Jugendzentrum in Bleckede, in geographischer Randlage, sehr ländlich, ein sozialer Brennpunkt des Landkreises Lüneburg,

im Rahmen des niedersächsischen Gewaltpräventionsprogrammes PRINT;

- eine Jugendhilfeeinrichtung in Hildesheim, die hauptsächlich männliche, strafrechtlich gefährdete oder betroffene junge Menschen qualifiziert und betreut sowie
- ein Jugendzentrum in Hamburg-Heimfeld, das überwiegend männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund anspricht; das Projekt ist hier eingebunden in Aktivitäten im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“.

Auch die Träger der Praxisprojekte sind recht unterschiedlich:

- in Wilhelmshaven ein kleiner gemeinnütziger Verein ohne nennenswerte Infrastruktur,
- in Neu Wulmstorf die Gemeinde,
- in Bleckede ein großer freier Träger mit verschiedenen Einrichtungen in der Region,
- in Hildesheim ein kleiner freier Träger mit verschiedenen Angeboten für die Zielgruppe und
- in Hamburg-Heimfeld ein großer Wohlfahrtsverband.

Das Projekt war auf drei Jahre befristet (2000 bis 2003), die Praxisphase ist abgeschlossen. Als Ergebnis kann man festhalten, dass die Erreichung der Zielgruppe, die im Kontext von Gesundheitsförderung als besonders schwierig gilt, im Rahmen von Sozialer Arbeit, also hier im Rahmen von offener Jugendarbeit, sehr gut gelingt.

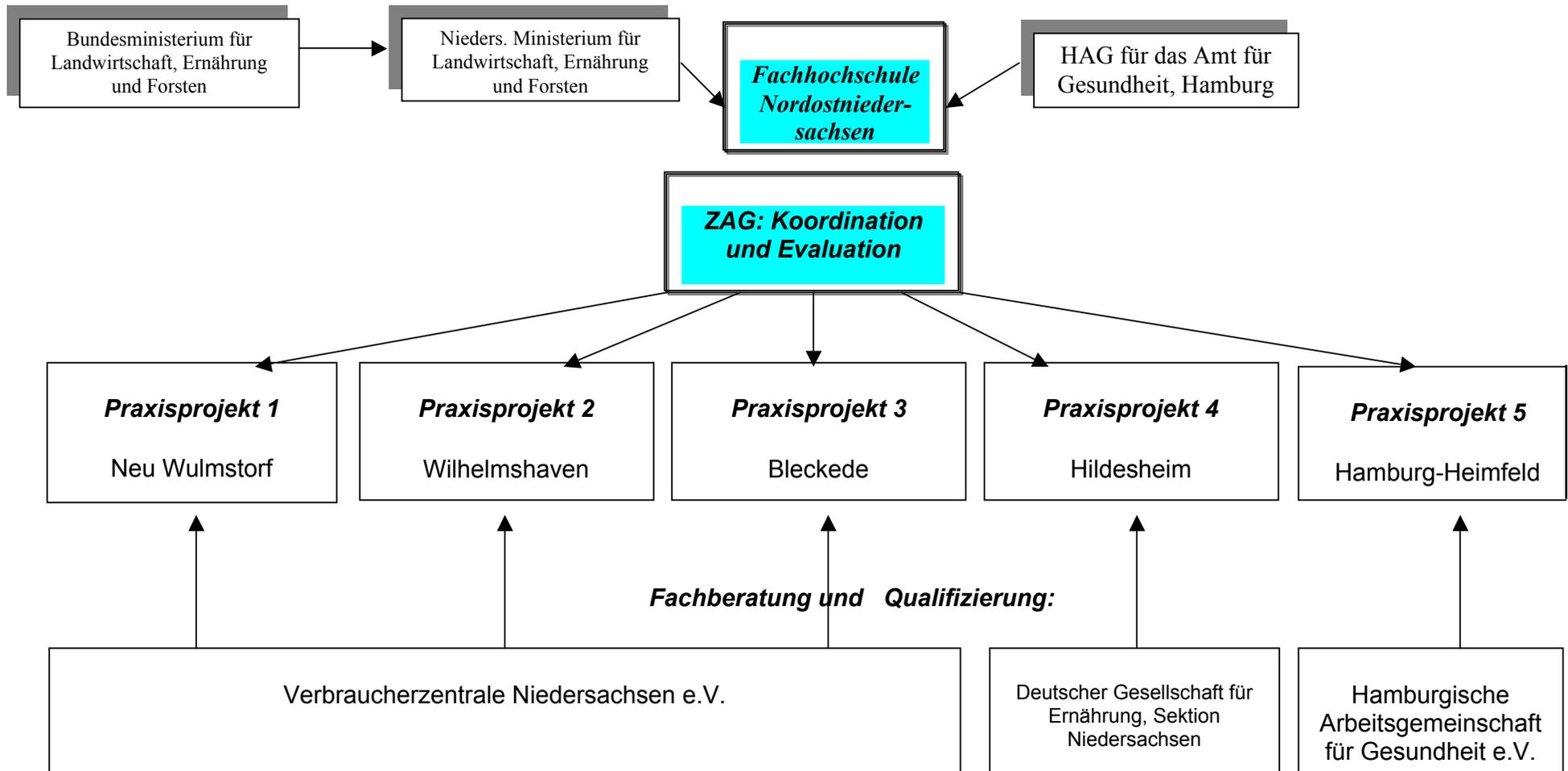
„Alle Beteiligten am Modellprojekt, Verantwortliche wie Anleiter/innen, werten das Projekt in ihrer Einrichtung als Erfolg. Das Angebot konnte in die soziale Arbeit integriert werden. Der Zugang auch zu schwierigen Jugendlichen ist über Essen und Essenzubereiten gut realisierbar.“ (DENEKE et al. 2003a)

Dennoch gibt es Schwierigkeiten, die Aktivitäten im Rahmen der Einrichtungen weiterzuführen. „Die Schwierigkeiten der Projektverstärkung liegen nicht im mangelnden Interesse der Mitarbeiter oder gar der Teilnehmer. Die Schwierigkeiten liegen in den problematischen Rahmenbedingungen der Jugendarbeit: mangelnde Ressourcen der Einrichtungen, Kürzungen in ihren Kernaufgaben. Denn eine Versorgung von Jugendlichen mit Essen gehört nicht zu diesen Kernaufgaben, auch wenn es dringend notwendig erscheint“ (DENEKE et al. 2003a).

Hier geht es aber nicht so sehr um den Erfolg in Bezug auf die inhaltliche Zielsetzung des Projekts, sondern um die Frage, wie die Kooperationen zu bewerten sind.

Kooperation ist nicht voraussetzungslos, sie erfordert m.E.:

Struktur des Modellvorhabens: „Selbst is(s)t der Mann!“



- Kenntnis von einander,
- Wertschätzung für einander,
- Zeit und Dauer,
- ein – gemeinsames – Ziel,
- Interesse an – gemeinsamer – Arbeit,
- eine gemeinsame Sprache und
- eine „Gewinnerwartung“.

Diese Faktoren klingen sehr banal, sind aber durchaus nicht immer gegeben. So zeigte eine Studie in Niedersachsen, dass Implementationshemmnisse für gemeinsame Projekte von Gesundheits- und Sozialsektor vielfältig sind. Sie liegen in

- (1) der Finanzierung der Sozialen Arbeit, die Gesundheitsförderung und Prävention nur bedingt als Leistung anerkennt und kaum sektorübergreifende Kooperationszeit ermöglicht;
- (2) der geringen Sektorverknüpfung, die stärker ein Verweissystem als ein Kooperationsystem darstellt und Problemlagen eindimensional zuordnet („arm“ oder „krank“);
- (3) den geringen Kenntnissen über die jeweils andere Profession, deren Arbeit und Kooperationsmöglichkeiten;
- (4) der geringen Wahrnehmung relevanter Aspekte des Sozialen bzw. der Gesundheit durch die jeweils andere Profession und
- (5) der starken Orientierung der Professionellen am Verhaltensmodell von Gesundheitsproblemen und der damit zumindest vereinzelt verbundenen Schuldzuweisung an die Betroffenen (DENEKE et al. 2002).

In der gleichen Untersuchung haben wir an erster Stelle gesundheitsbezogene Interventionsprojekte für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen recherchiert und auch durchaus erfolgreiche Projekte gefunden (DENEKE und HOFRICHTER 2000). Eine unserer Forschungsfragen war die Frage nach dem Bedarf an Vernetzung zwischen Anbietern und wie dieser Bedarf ggf. zu decken sei. Dabei ergab sich, dass nicht so sehr ein zusätzlicher Vernetzungsbedarf zwischen Anbietern besteht, sondern ein Bedarf an Vernetzungsmöglichkeiten zwischen

dem Sozial- und dem Gesundheitssektor für potenzielle Anbieter.

Dieser Bedarf kann z.B. über gemeinsame Fortbildungen oder gezielte Informationen über die Ansätze und Handlungsmöglichkeiten der Professionellen des jeweils anderen Sektors erfolgen.

Sind nun die oben genannten Bedingungen für Kooperation gegeben und Kooperationen zustande gekommen, stellt sich erst die Frage nach dem möglichen Gewinn (und natürlich auch nach den Kosten).

U.E. liegt der Hauptgewinn in der Multidimensionalität der Arbeit. Damit kann eine deutliche Qualitätsverbesserung einhergehen. Synergiegewinne liegen z.B. beim Projekt „Selbst is(s)t der Mann!“ darin, dass gesundheitliche, bildungs- und sozialpädagogische Ziele integriert erreicht werden. Gemeinsames Essen ist ein guter Einstieg in die Beratungsarbeit. Essen vorbereiten und kochen ist eine praktische Möglichkeit zum Kompetenzerwerb. Gemeinsames Kochen stellt ein Trainingsfeld für konstruktives Gruppenverhalten dar. „Schulung“ in Sachen gesunde Ernährung ergibt sich aus den Hilfestellungen beim Einkaufen, Vorbereiten und Kochen. Der Lerneffekt steht nicht im Vordergrund, sondern die Befriedigung von Grundbedürfnissen. Aber auch „schwache Schüler“ lernen ganz nebenher Relevantes zur Ernährung, erwerben Haushaltskompetenz und Selbständigkeit.

Nun ist es allerdings so, dass im Bereich der Jugendarbeit durchaus gesundheitsrelevantes angeboten wird, auch wenn sich keine Expertinnen aus dem Gesundheitswesen beteiligen. Eine kleine Studie aus Hamburg (WIRTZ et al. 2003) zeigt, dass Einrichtungen der offenen Jugendarbeit sehr wohl gesundheitsbezogene Angebote machen, auch wenn sie es nicht unbedingt so nennen.

Typisch waren dabei allerdings die Aussagen eines Mitarbeiters einer Einrichtung. Die Frage nach gesundheitsbezogenen Angeboten verneinte er. Die Nachfragen nach Ernährungs-,

Angebote	Anzahl der Einrichtungen mit Angeboten	Angebote insgesamt
Bewegung	88	271
Ernährung	72	88
Stressprävention	10	12
Gewaltprävention	12	12
Suchtprävention	9	13
Unfallverhütung	3	4
Sonstige	17	28
insgesamt	102	428

Tabelle 1: Gesundheitsbezogene Angebote Hamburger Jugendeinrichtungen

Quelle: WIRTZ et al., 2003

Bewegungs- und Angeboten der Suchtprävention wurden alle bejaht. Kurz gesagt: Nicht nur, wo Gesundheit draufsteht, ist Gesundheit drin, die Jugendhilfe hat nicht unbedingt auf die „Gesundheit“ – allemal als „Gesundheitswesen“ – gewartet.

Dennoch ist ein unschätzbare Gewinn für Professionelle, die nicht aus der Jugendhilfe kommen, die Erfahrung, dass „unerreichbare“ Zielgruppen, wie sozial benachteiligte Jugendliche, sehr wohl zu erreichen sind – sie kommen sogar freiwillig!

Krankenkassenengagement in den Settings KiTa, Schule und Sozialraum

Das Engagement der gesetzlichen Krankenkassen in den Settings KiTa, Schule und Sozialraum fußt auf dem § 20 SGB V. Der Gesetzesauftrag des § 20 SGB V neuer Prägung seit dem 01.01.2000 beinhaltet,

- dass durch Prävention nicht nur allgemein die Gesundheit der Versicherten verbessert, sondern insbesondere auch ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen geleistet werden soll;
- dass sich die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen auf prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Präventionsleistungen, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik zu verständigen haben;
- dass es eine – jährlich anzupassende – finanzielle Sollvorgabe je Versicherten (2,66 für 2003) gibt.

Entsprechend der gesetzlichen Anforderungen haben die Spitzenverbände der GKV noch im Jahr 2000 den sogenannten GKV-Leitfaden zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V (1) verabschiedet und in 2001 aktualisiert. In diesem Leitfaden werden Qualitätskriterien und Rahmenbedingungen definiert, die von allen Kassen und den mit ihnen kooperierenden Partnern eingehalten werden müssen. Dadurch soll eine einheitliche qualitätsgesicherte Leistungserbringung gewährleistet werden. Der GKV-Leitfaden beschreibt zwei Ansätze, mit denen Krankheitsrisiken und Belastungen eingedämmt bzw. deren Entstehung verhindert werden soll und durch die Gesundheit gefördert werden kann: Einerseits Interventionen, die mehr auf Verhältnisse abzielen und durch Strukturbildung die Gesundheit fördern (Setting-Ansatz z.B. Schule, KiTa, Betrieb), und andererseits Interventionen, die in erster Linie auf den Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind und die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung stärken (individueller Ansatz, z.B. Kursangebote).

Seit Ende 2000 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst (MDS) freiwillig ein einheitliches Dokumentationsverfahren erarbeitet, nach dem alle Präventionsaktivitäten des § 20

Abs. 1 und 2 der einzelnen Kassen dokumentiert und erfasst werden. Im Frühjahr 2003 konnte erstmalig eine GKV-Dokumentation (s. Anhang 2) für die Krankenkassenaktivitäten im Setting Betrieb sowie in den nichtbetrieblichen Settings für das Jahr 2001 vorgelegt werden.

Anhand dieser Dokumentation lässt sich, bezogen auf die hier interessierenden Settings KiTa, Schule und Sozialraum, Folgendes feststellen:

1. Die Krankenkassenaktivitäten in nicht betrieblichen Settings zeigen unterschiedlichste Interventionsfelder mit einem Schwerpunkt auf Schulen, insbesondere Berufsschulen (vgl. Abb. 1).
2. Bei mehr als einem Drittel der erfassten Aktivitäten kann sicher davon ausgegangen werden, dass sie mehr als ein Jahr beanspruchten.
3. Mit den Aktivitäten wurden häufig gezielt Multiplikatoren angesprochen, so dass über die primäre Zielgruppe von Kindern und Jugendlichen hinaus eine Gruppe von Personen erreicht wird, die maßgeblich zur Nachhaltigkeit und Verstetigung von Gesundheitsförderungsprozessen beiträgt.
4. In rund 60 Prozent der Fälle arbeiten die Krankenkassen mit Kooperationspartnern, in der Regel mehreren, im Setting zusammen. Dies waren besonders häufig Vereine, öffentliche Verwaltung sowie sonstige Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.
5. In rund 44 Prozent der Fälle gab es eine Entscheidungs- und Steuerungsstruktur, über die die Setting-Aktivitäten koordiniert wurden, was darauf hindeutet, dass es sich um umfassendere Gesundheitsförderungsprojekte handelte.
6. Am Anfang eines Gesundheitsförderungsprojektes steht die Bedarfsermittlung, die in knapp 70 Prozent der Fälle mit mehreren Methoden erfolgte (Befragung der Zielgruppe, Expertenbefragung, Begehung des Settings etc., vgl. Abb. 2).
7. Die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten konzentriert sich vor allem auf „klassische“ Gesundheitsthemen der Krankenkassen, wie z.B. Bewegung und Ernährung. Gleichzeitig wird durch die Kombination verschiedener Handlungsfelder ein umfassenderer Gesundheitsförderungsprozess unterstützt (vgl. Abb. 3).
8. Dem Modell des Setting-Ansatzes entsprechend wurden verhaltensorientierte Interventionen häufig mit verhältnisorientierten Aktivitäten kombiniert. Dies trifft auf fast zwei Drittel aller dokumentierten Aktivitäten der Primärprävention in den nicht betrieblichen Settings zu (vgl. Abb. 4).
9. Durchgeführte Erfolgskontrollen wurden

erst für ein Drittel der Setting-Aktivitäten gemeldet; dies muss auch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass viele Aktivitäten am Jahresende 2001 noch nicht abgeschlossen waren. Wenn Erfolgskontrollen stattfanden, umfassten diese interessanterweise mehrere Messparameter (z.B. Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Zufriedenheit, messbare Veränderungen von Verhaltensparametern etc., vgl. Abb. 5).

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Krankenkassen schon im Jahre 2001 in dem für sie eher neuen Feld der nicht betrieblichen Settings, insbesondere in Schulen, aktiv waren und dort wirklich einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gerade durch setting-orientierte Aktivitäten leisten. Ein Blick in einzelne Gesundheitsförderungsprojekte zeigt auch, dass durch die Interventionen z.B. im Setting Schule das jeweilige lokale Umfeld ebenfalls gesundheitsförderliche Impulse erhält und diese auch wieder rückkoppelt.

Derzeit wird die GKV-Dokumentation (2) für das Jahr 2002 erstellt. Schon jetzt zeigt sich, dass hier ein deutlicher Anstieg der Projekte zu konstatieren ist. Die Krankenkassen sind hier also auf dem richtigen Weg des stärkeren gemeinschaftlichen Engagements in diesem gesundheits- und gesellschaftspolitischen Feld.

So ist die AOK zunehmend an Projekten, insbesondere mit Schulen nach dem Settingansatz, auf regionaler Ebene beteiligt. Diese erfolgen mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten und verschiedenen örtlichen Kooperationspartnern. Ein Beispiel hierfür ist das Projekt „Gesunde Ernährung in der Schule“ in der Hansestadt Rostock, bei dem die AOK gemeinsam mit anderen verantwortlichen Partnern (vgl. Abb. 6) nachhaltige Veränderungen der Ernährungsverhältnisse in Schulen und darüber auch eine Verbesserung des individuellen Ernährungsverhaltens der Schüler/innen anstrebt. Die verschiedenen Schwerpunkte, die sowohl verhältnis- als auch verhaltenspräventiv wirken (Abb. 7), setzt die AOK gemeinsam mit diesen Partnern und den Schüler/innen sowie dem pädagogischen und nichtpädagogischen Personal um. Dieses Beispiel steht für das vielfältige Engagement der AOK mit verschiedenen Akteuren in Schulen in allen Teilen Deutschlands, wobei sich die Themen jeweils am Bedarf der Schulen orientieren (3).

Es gibt auch schon Projekte, bei denen mehrere Krankenkassen gemeinsam mit anderen verantwortlichen Partnern im Setting Schule aktiv werden. Ein Beispiel hierfür ist das GKV-Projekt in Brandenburg (4), bei dem die Kassen mit den zuständigen Landesministerien für Bil-

dung und für Gesundheit gemeinsam Schulen bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Organisation, Abläufe und Inhalte unterstützen.

Auf der Ebene der Spitzenverbände der Krankenkassen hat in diesem Jahr ebenfalls ein kassenartenübergreifendes Kooperationsprojekt im Setting Schule begonnen, das gemeinsam mit den drei Landesvereinigungen für Gesundheit – Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt – in diesen Bundesländern durchgeführt wird.

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Verantwortungsfelder, die weit über das Gebiet der Krankenkassen und auch über das Gesundheitswesen hinausreichen. Aus Sicht der GKV ist ein integriertes Gesamtkonzept erforderlich, welches auch die Politikbereiche Wirtschaft und Arbeit, Bildung, Umwelt, Städtebau, Verkehr, Verbraucherschutz etc. einzieht und alle verantwortlichen Träger klar benennt. Deshalb ist das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung so bedeutsam, in dem die GKV natürlich auch vertreten ist und als ein wichtiger Partner neben anderen wichtigen Partnern ihren Input leistet. Im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung sollte aus Sicht der GKV ein solches Gesamtkonzept abgestimmt werden, in dessen Rahmen die GKV sich weiter an der Gemeinschaftsaufgabe Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen wird.

In die Arbeitsgruppe Kindergarten und Schule des Deutschen Forums, einer von vier Arbeitsgruppen, hat die GKV ein Positionspapier eingebracht, in dem die Grundhaltung der GKV und die Rahmenbedingungen formuliert werden, unter denen die GKV sich einbringt (s. Anhang 1).

Außerdem haben die Spitzenverbände der Krankenkassen im Mai dieses Jahres Eckpunkte und Kriterien für eine GKV-Beteiligung an präventiven/ gesundheitsförderlichen Gemeinschaftsprojekten verabschiedet. Das Papier formuliert die Möglichkeiten und Bedingungen, unter denen sich die GKV anteilig an den gesamtgesellschaftlichen Querschnittsaufgaben Gesundheitsförderung und Prävention beteiligen kann (s. Anhang 2).

Literaturhinweise:

(1) GKV-Leitfaden zur Prävention; im Internet: www.g-k-v.com unter „Die GKV“ steht das Dokument unter „Rundschreiben“ in der aktuellen Fassung vom 12. September 2003

(2) GKV-Dokumentation 2001 – Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V; im Internet: www.mds-ev.de unter

„downloads“ steht das Dokument (Bericht und Tabellenband) unter dem Stichwort „Krankenversicherung“ mit dem Titel „Präventionsbericht“

(3) G+G Spezial „Gesundheit wächst mit“ 4/2003; erhältlich über die Referentin

(4) Gesunde Schule – Gemeinsames Pilotprojekt des Arbeitskreises primärprävention im Land Brandenburg. Dokumentation; erhältlich u.a. über katrin.kunert@brb.aok.de

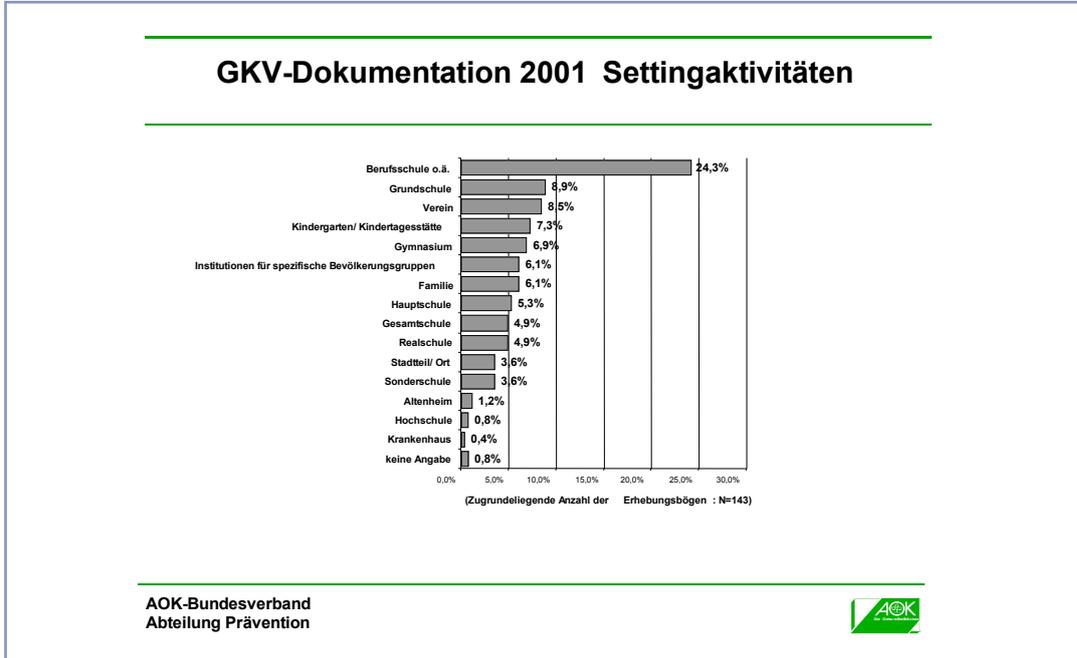


Abbildung 1

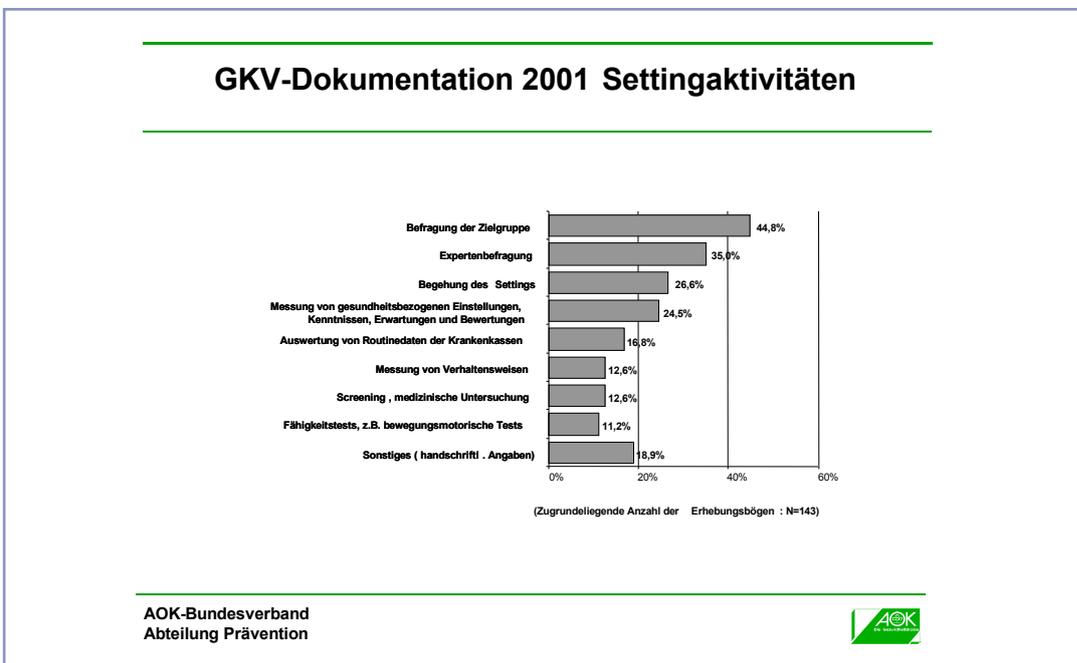
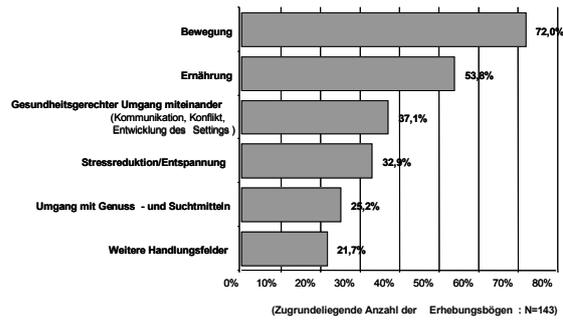


Abbildung 2

GKV-Dokumentation 2001 Settingaktivitäten

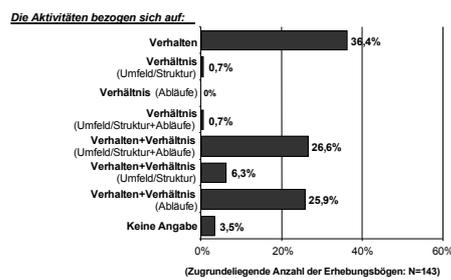


AOK-Bundesverband
Abteilung Prävention



Abbildung 3

GKV-Dokumentation 2001 Settingaktivitäten

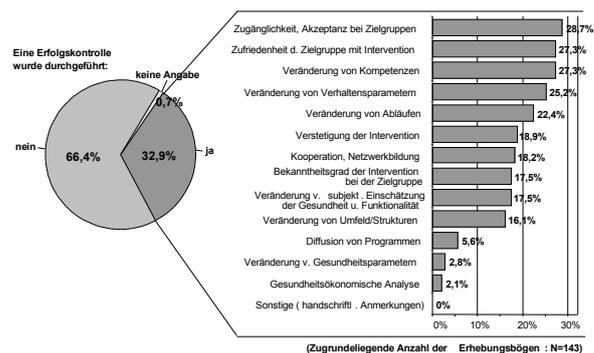


AOK-Bundesverband
Abteilung Prävention



Abbildung 4

GKV-Dokumentation 2001 Settingaktivitäten

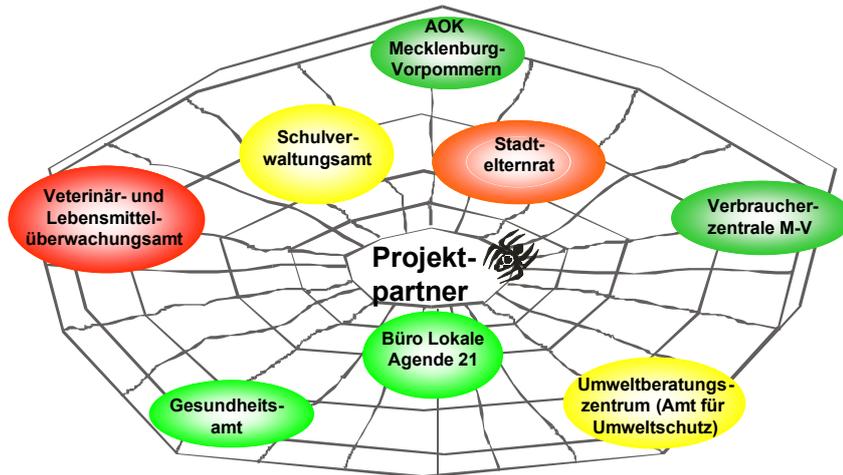


AOK-Bundesverband
Abteilung Prävention



Abbildung 5

Projekt „Gesunde Ernährung in der Schule“ in der Hansestadt Rostock



AOK-Bundesverband



Abbildung 6

Projekt „Gesunde Ernährung in der Schule“ in der Hansestadt Rostock



AOK-Bundesverband



Abbildung 7

GKV-Positionierung für die AG „Gesunde Kindergärten und Schulen“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung

1. Gesundheitsförderliche bzw. -riskante Verhaltensweisen werden bereits im Kindes- und Jugendalter geprägt. Deshalb sind der Aufbau von Gesundheitsressourcen und das Erlernen entsprechender Verhaltensweisen in diesem Lebensalter prioritär.

2. Soziale Unterschiede und soziale Ungleichheit nehmen unter den aktuellen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu und mit ihnen die Anzahl der Jugendlichen, die schon als Kinder von Armut betroffen sind. Soziale Benachteiligung ist eine der Ursachen für schlechtere Bildungs- und Berufschancen und geht einher mit einer geringeren Gesundheits- und Lebenserwartung.

3. In der Familie gelebte und vermittelte gesundheitsbezogene Verhaltensweisen prägen jeden Menschen. Die geistige, körperliche und emotionale Entwicklung in den ersten Lebensjahren eines Kindes liegt fast ausschließlich in der Verantwortung der Eltern. Durch die Familie werden Art und Umfang des Zugangs zu weiteren Sozialisationsinstanzen geregelt. Familien mit Kindern sind in Deutschland finanziell benachteiligt. Insbesondere stellt heutzutage eine größere Kinderzahl ein Risikofaktor für Armut dar. Alleinerziehende sind vielfach zusätzlich durch fehlende Erholungszeiten und fehlende entlastende soziale Netze physisch und psychisch stark belastet.

4. Kindertagesstätten bzw. Kindertageseinrichtungen sind u.a. Kinderkrippen (für Kinder unter 3 Jahren), Kindergärten (für Kinder ab 3 Jahren) und Horte (für Schulkinder) Sie stellen eine bedarfsgerechte Unterstützungsleistung für Familien dar und sind gleichzeitig die erste Bildungsinstanz für Kinder. In Kindertagesstätten werden wichtige soziale und gesundheitsförderliche Erfahrungen und somit gesellschaftlich notwendige Fähigkeiten und Kenntnisse erworben. Innerhalb der Settingarbeit in der Gesundheitsförderung wurden bisher Kindertagesstätten vernachlässigt. Dies kann insbesondere bei sozial benachteiligten Kindern zu weiteren Benachteiligungen in Bezug auf ihre Gesundheitschancen führen.

5. Da schulpflichtige Kinder und Jugendliche etwa ein Drittel des Tages in der Schule verbringen, nimmt sie eine zentrale Bedeutung im Leben der Schülerinnen und Schüler ein und trägt große Verantwortung für deren psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung. Schule ist somit der Ort, an dem auch grundlegende Weichenstellungen für die Gesundheit außerhalb der Familie gelegt werden. Insbesondere Schulen mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Schülerinnen und Schülern haben einen besonderen Gesundheitsförderungsbedarf. Die Förderung von Ganztagschulen aus Bundesmitteln stellt eine besondere Chance dar für die Berücksichtigung gesundheitsbezogener Rahmenbedingungen (siehe 6 und 7).

6. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche soll aus Sicht der GKV auf der Basis der im Zieldefinitionsprozess der AG 7 von „gesundheitsziele.de“ fokussierten Settings Familie und Freizeit, Kindertagesstätten und Schule auf den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und der Förderung des Nichtrauchens erfolgen. Dies schließt jedoch gesundheitsförderliche Interventionen in anderen Handlungsfeldern, für die im jeweiligen Setting ein Bedarf gesehen wird, nicht aus.

7. Um die Gesundheitsziele in den drei Hauptlebensumfeldern von Kindern und Jugendlichen über beispielhafte Einzelprojekte hinaus auch in der Fläche zu erreichen, ist es aus GKV-Sicht unabdingbar, die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der KiTa, der Schule, der Familie und Freizeit zu optimieren (vgl. Ziel 10 – AG 7 „gesundheitsziele.de“).

8. Die Settings Familie und Freizeit, Kindertagesstätten und Schulen gesundheitsförderlich zu unterstützen, ist aus Sicht der GKV vorrangig eine Aufgabe der Träger der Daseinsvorsorge in den Bereichen Familien-, Jugend-, Gesundheits-, Sozial- und Bildungspolitik. Ländern, Kommunen, Trägern von Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, Lehrern, Erziehern und Eltern kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.

Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche ist auch Bildungsaufgabe, die maßgeblich mit dazu beitragen kann, den Rangplatz Deutschlands im internationalen

Leistungsvergleich (vgl. PISA) anzuheben und sowohl die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen als auch die sozial bedingte Ungleichheit von Bildungs- und Zukunftschancen zu reduzieren. (Beispiel: Bewegung im Kindesalter führt zu größerer motorischer Sicherheit, wirkt unfallpräventiv, wirkt positiv auf das Körpergewicht und damit auf die Prädisposition für viele chronische Krankheiten, hat Einfluss auf die Entwicklung der intellektuellen Leistungsfähigkeit, auf den Umgang mit Stressbelastungen und stärkt psychosoziale Kompetenzen. Bewegungsförderung in der Schule kann somit zur Erhöhung der Effizienz des Systems Schule beitragen.)

9. Gemeinsam mit den genannten primär verantwortlichen Akteuren ist die GKV bereit, im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages ihre Erfahrungen im Projektmanagement der Betrieblichen Gesundheitsförderung einzubringen und mit den verantwortlichen Akteuren zu kooperieren. Aufgrund ihrer begrenzten Zuständigkeit kann sie jedoch nicht an deren Stelle treten.

10. Unter der Voraussetzung optimierter Rahmenbedingungen für die Prävention (Aufgabe der Kommunen, der Kultusbehörden etc.) definiert die GKV folgende wichtige Bedingungen bzw. Erfolgsfaktoren für die Zusammenarbeit mit z.B. Schulen:

- Vorliegen eines entsprechender Beschlusses der Schulkonferenz
- Einbindung des Schulträgers und der Schulaufsicht
- Bestellung eines entscheidungskompetenten Schulprojektteams mit allen relevanten Akteuren
- (Bereitschaft zur) Integration in ein regionales Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen
- Dokumentation und Evaluation der eingesetzten Maßnahmen.

Analoge Voraussetzungen gelten für die Unterstützung anderer Settings durch die GKV.

11. Beleg für die Bereitschaft der GKV, Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche im Setting mitzugestalten, ist das kassenartenübergreifende Kooperationsprojekt der Spitzenverbände der Krankenkassen. In diesem werden modellhaft die Voraussetzungen für eine erfolgreiche und nachhaltige Kooperation der verantwortlichen Akteure vor Ort für gemeinschaftliche Gesundheitsförderung von Schülerinnen und Schülern mit einem einmalig hohen finanziellen Engagement der GKV erprobt. Daneben gibt es vielfältige weitere Beispiele für das Engagement, die Übernahme von Mitverantwortung und für die Zusammenarbeit der GKV mit den hauptverantwortlichen Akteuren der o.g. Settings in verhältnis- und verhaltenspräventiv wirkenden Projekten.

12. Die GKV ruft alle für die o.g. Settings verantwortlichen Akteure auf, die Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche in Deutschland verantwortlich zu gestalten. Geeignet dafür sind Maßnahmen, die die unter 7. genannten Rahmenbedingungen in den Settings in der Verantwortung der unter 8. genannten Hauptakteure verbessern. Sofern die unter 10. genannten Voraussetzungen erfüllt sind, besteht die Möglichkeit der Förderung konkreter Projekte vor Ort.

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK-Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Bundesknappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

Eckpunkte und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen für eine GKV-Beteiligung an präventiven und gesundheitsförderlichen Gemeinschaftsprojekten

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben, die weit über die etablierten Institutionen des Gesundheitssystems hinausreichen. Eine effiziente Präventions-/Gesundheitsförderungs politik erfordert daher ein integriertes Konzept, welches auch die Politikbereiche Wirtschaft und Arbeit, Bildung, Umwelt, Städtebau, Verkehr, Verbraucherschutz etc. einbezieht und die verantwortlichen Träger klar benennt. Diese gemeinsame Verantwortung kommt insbesondere bei der Durchführung von Kooperationsprojekten in Settings zum Tragen.

Die GKV engagiert sich schon heute im Rahmen ihrer Verantwortung in einer Vielzahl von Gemeinschaftsprojekten, insbesondere im Lebensumfeld Schule. Im Rahmen der jetzt vom BMGS geplanten Festschreibung der Ausgaben für Gemeinschaftsprojekte (vgl. GMG-Arbeitsentwurf) sollen jedoch einseitig die Krankenkassen als Finanzgeber derartiger Projekte verpflichtet werden. Ein Gesamtkonzept, welches alle Verantwortlichen – insbesondere die Gebietskörperschaften aller Ebenen sowie die übrigen Zweige der Sozialversicherung – entsprechend ihrer Zuständigkeit an der Finanzierung beteiligt, liegt bis dato nicht vor.

In Folge dieser einseitigen Belastung würde die GKV noch stärker zum Hauptzahler, während die übrigen Verantwortlichen keinen Anlass mehr für eine Ausweitung ihres Engagements auf diesen Feldern haben. Bereits heute ist ein finanzieller Rückzug der Primärverantwortlichen festzustellen. Besonders deutlich wird dies bei der Entwicklung des Anteils der öffentlichen Haushalte an der Finanzierung präventiver Ausgaben, der zwischen 1992 bis zum Jahr 2000 von 26,1 auf 17,5 Prozent gesunken ist. Es steht zu befürchten, dass sich diese Tendenz bei der Umsetzung der im GMG-Entwurf vorgesehenen Regelung noch verstärkt. Vor diesem Hintergrund ist eine „Zwangsverpflichtung“ eines einzelnen Akteurs – der GKV – ohne Gesamtkonzept, das alle anderen Akteure entsprechend verpflichtet, für die Krankenkassen-Spitzenverbände inakzeptabel.

Die GKV fordert die Politik auf, ein Gesamtkonzept zu entwickeln, in welchem alle Verantwortung tragenden Akteure auf dem Feld der Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden und finanziell verpflichtet werden. Diese Konzeption sollte im Deutschen Forum mit den übrigen Trägern der Prävention und Gesundheitsförderung abgestimmt werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Kompetenzen und die Eigenständigkeit der Krankenkassen auf dem Feld der Prävention/Gesundheitsförderung erhalten bleibt. Es darf zu keinen „Verschiebebahnhöfen“ zu Lasten der GKV kommen; eine schlichte Umleitung von GKV-Mitteln ist nicht akzeptabel.

Im Rahmen eines umfassenden Gesamtkonzeptes ist die GKV bereit, auch weiterhin ihren Beitrag zu der wichtigen gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung in Settings zu leisten. Bedingung ist, dass die gemeinschaftlich zu fördernden Projekte wirksam und wirtschaftlich Krankheitsrisiken senken und Gesundheitspotenziale der Zielgruppen stärken. Weitere Voraussetzungen für ein Engagement der Krankenkassen sind:

- Die GKV beteiligt sich nur an Projekten, die einen erkennbaren Bezug zu den Kernaufgaben der gesetzlichen Krankenkassen haben.
- Die Auswahl geeigneter Projekte hat im Rahmen eines transparenten Verfahrens unter Einbindung aller Projektpartner zu erfolgen.
- Bei der Konzeptionierung und Durchführung gemeinsamer Maßnahmen ist ein angemessenes Mitspracherecht der GKV zu gewährleisten (Stimmengewichtung im Verhältnis zu den von den jeweiligen Organisationen eingebrachten finanziellen Ressourcen).
- Die GKV beteiligt sich in einem gegenüber den übrigen Trägern finanziell angemessenen Verhältnis an der Finanzierung von Kooperationsprojekten, wobei der Finanzierungsanteil der anderen Projektpartner mindestens 50 Prozent umfassen sollte.
- Die Projektdesigns müssen die Zielgruppe(n), die zu erreichenden Ziele sowie die angewandten Qualitätssicherungsmaßnahmen/Evaluation klar benennen. Die projektbegleitende Implementierung dieser Maßnahmen muss sichergestellt sein.

Projektmanagement und Umgang mit Drittmitteln

Armut, und ganz besonders Armut von Kindern und Jugendlichen in einem reichen Land wie Deutschland, wurde in den letzten zehn Jahren als wachsendes gesellschaftliches Problem weder öffentlich noch politisch ausreichend wahrgenommen. Darauf haben in begrenztem Umfang primär kommunale Sozialberichte und wohlfahrtsverbandliche Armutsuntersuchungen hingewiesen. Mit dem Sozialbericht 1993 der Stadt Karlsruhe wies Bürgermeister Harald Denecken frühzeitig auf dieses Problem hin. Gleichwohl beschränkte sich die öffentliche politische und zum Teil fachliche Diskussion sehr lange darauf, über Armutsdefinitionen, über die Betroffenenzahlen und über die Auswirkungen bei den Betroffenen zu reden.

Als Betroffene wurden Haushalte und im Weiteren Erwachsene verstanden. Arme Familien wurden primär als Erwachsene/Eltern definiert, und davon abgeleitet die Kinder und Jugendlichen in diesen Familien betrachtet. Dass Armut eventuell kinderbezogene Ausformungen und Folgen hat, wurde weder in der Armutforschung noch in der Kinder- und Jugendhilfepraxis problematisiert. Diese seit der ersten Hälfte der 90er Jahre auch zahlenmäßig am stärksten gefährdete Armutsgruppe, die unter 18-Jährigen, und hier besonders die unter 7-Jährigen, spielte folglich in der Frage der Armutsbewältigung in Fragen des öffentlichen Engagements und erst recht in der Weiterentwicklung der kommunalen Kinder- und Jugendhilfesysteme leider keine Rolle. Diese wahrnehmbare Diskrepanz zwischen einem konkreten Problemzuwachs und der geringen Beachtung in der Sozial-, Kinder- und Jugendhilfepolitik sowie das begrenzte Wissen der Forschung zur Kinderarmut waren Anlass, Studien zur Wahrnehmung, Umfang, Formenfolgen und gesellschaftlichen Bewältigungsmöglichkeiten der Armut von Kindern und Jugendlichen zu konzeptionieren und bundesweit zu realisieren.

Die Bundesregierung hat am 25.04.2001 den Armuts- und Reichtumsbericht verabschiedet. Dieser Bericht führt auch die Situation von Familien und Kinder auf. Mit Blick auf diesen Bericht wurde auf verschiedene Anfragen aus dem Karlsruher Gemeinderat von Seiten des Bürgermeisters Harald Denecken zugesagt, dass im Sozialausschuss des Karlsruher Gemeinderats eine Kurzfassung des Armuts- und Reichtumsberichtes der Bundesregierung und analog Karlsruher Daten vorgestellt wurden.

Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung soll ein differenziertes Bild über die soziale Lage in Deutschland geben. Dabei wurde die Berichterstattung als Querschnittsaufgabe verstanden. Dies zeigt bereits ein Blick in das Inhaltsverzeichnis des Berichtes, in welchem

- Einkommen,
 - Vermögen und Überschuldung,
 - soziale und ökonomische Situation von Personen im Bereich der Sozialhilfe,
 - Lebenslagen von Familien und Kindern,
 - Bildung,
 - Arbeitsmarkt,
 - Wohnen,
 - gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit,
 - Behinderung sowie
 - Zuwanderung
- als Überschriften der einzelnen Titel des Berichtes A „Die soziale Lage in Deutschland bis 1998“ aufgeführt sind.

Unter der Überschrift „Grundlagen der Berichterstattung“ wird die Existenz von Armut, Unterversorgung und sozialer Ausgrenzung in einem wohlhabenden Land als eine Herausforderung dargestellt. Der Sozialstaat beruht auf dem Grundprinzip sozialen Ausgleichs und der Sicherung von Chancengleichheit, die aufgrund sozialer Polarisierungstendenzen gefährdet werden kann. Dem Bericht dient unter anderem als Impuls das „gemeinsame Wort der großen christlichen Kirchen“ (1997), die Veröffentlichungen vom DGB/DPWV (1999), Caritasverband/Diakonisches Werk (1993/1997), Arbeiterwohlfahrt (2000) sowie die zahlreichen kommunalen Armutsberichte, die in den 90er Jahren erstellt wurden.

Die Zielsetzung der Berichterstattung auf Bundesebene ist von dem Leitgedanken getragen, dass nur auf der Basis genauer Analyse der sozialen Wirklichkeit in Deutschland der Armut zielgenau entgegengewirkt werden kann und gesellschaftspolitische Vormaßnahmen zur Stärkung sozialer Gerechtigkeit und gleicher Chancen für die Menschen ergriffen werden können. Des Weiteren soll über die Berichterstattung eine Versachlichung der Diskussion über Armut und Reichtum erreicht werden.

Gefragt wird beim Lebenslagenkonzept nicht nach den verfügbaren Ressourcen, die ein bestimmtes Versorgungsniveau ermöglichen, sondern nach der tatsächlichen Versorgungsgrundlage von Personen, Haushalten oder sozialen Gruppen in zentralen Lebensbereichen. Solche Lebensbereiche sind: Arbeit, Wohnen, Bildung, Gesundheit sowie gesellschaftliche Teilhabe.

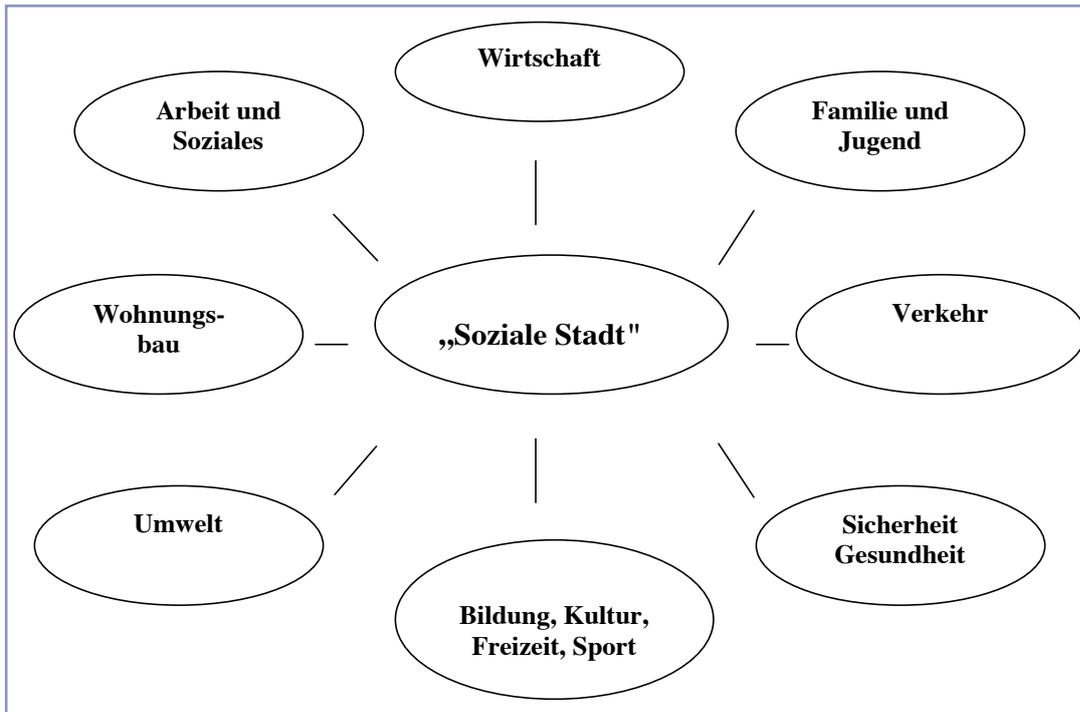


Abbildung:
Armut- und Reich-
tumsbericht der
Bundesregierung
Kap. VI: „Menschen
ein Zuhause geben“
(S. 276 ff)

Synergieeffekte der unterschiedlichen Ressourcen zu erreichen, ist mithin das oberste Ziel des neuen stadtentwicklungspolitischen Ansatzes. Dieser Auftrag wendet sich deshalb an alle staatlichen Ebenen.

- Umweltentlastung
- Öffentlicher Personennahverkehr
- Wohnumfeldverbesserung
- Kultur
- Freizeit
- Sport
- Gesundheit

Mit dem Programm „Soziale Stadt“ werden gefördert:

1. Investitionen städtebaulicher Maßnahmen – zur innovativen, nachhaltigen Stadtteilentwicklung

- Verbesserung der Wohnverhältnisse
- Initiierung neuer wirtschaftlicher Tätigkeiten, Schaffung und Sicherung der Beschäftigung auf lokaler Ebene
- Verbesserung der sozialen Infrastruktur
- Verbesserung der Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten
- Maßnahmen für eine sichere Stadt

2. Integriertes Konzept/ganzheitliche Aufwertungsstrategie – eine zielgerichtete soziale und ökologische Infrastrukturpolitik

Bezüglich des Lebensbereiches Gesundheit ist der sozioökonomische Status der Menschen sehr bedeutsam. Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht ist für den Gesundheitszustand im Sinne von Risikomerkmale der sozialen Lage wie Einkommensverhältnisse, Bildung, Wohnungsverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Gewalt gravierend.

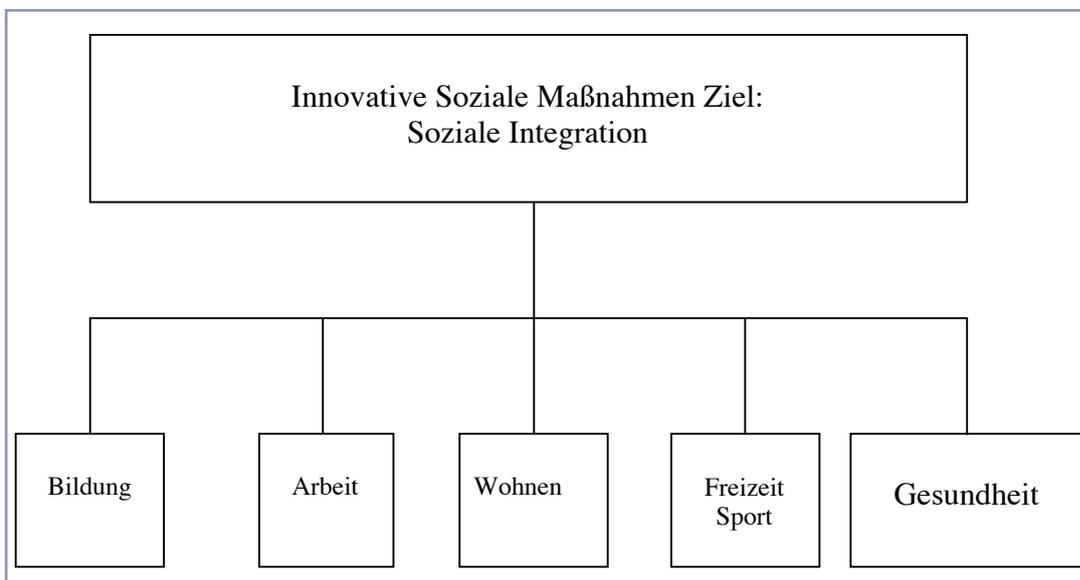


Abbildung:
Beispiel Karlsruher
Oststadt

In der Gesellschaft besteht eine soziale Chancengleichheit bezüglich der Gesundheit und der Lebenserwartung. Das höchste Erkrankungsrisiko besteht für Bevölkerungsgruppen mit

- geringem Einkommen,
- geringer Bildung,
- geringen Gestaltungsmöglichkeiten,
- schwächster sozialer Unterstützung,
- geringstem politischem Einfluss.

Daraus schlussfolgernd könnte man ein Präventionsziel so definieren: *Mehr Selbstbestimmung führt zu mehr Gesundheit.*

Der Karlsruher Gemeinderat hat in seiner Plenarsitzung am 14. November 2000 zum Bundesländer-Programm 2000 „Stadt- und Ortsteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ die Karlsruher Oststadt als Sanierungsgebiet festgelegt.

Die Oststadt liegt zwischen „Kompetenzzentren“: Universität, Fachhochschule, Hochschule für Musik und Technologiezentrum. Im Gebiet befinden sich die Tullaschule und die Schillerschule als Grund- und Hauptschulen. Weiterhin haben Bedeutung für das Gebiet die Lidellschule, die Tulla-Realschule und die Heinrich-Köhler-Schule. Daneben gibt es weitere Einrichtungen, Kindertagesstätte/Schülerhort und fünf Kindergärten. Das Kinder- und Jugendhaus in der Rintheimer Straße 47 ist für jüngere Kinder des Gebietes südlich der Durlacher Allee schwer erreichbar, wobei die Durlacher Allee von allen Gruppen als Barriere innerhalb des Stadtteils empfunden wird.

Der jeweilige Einzugsbereich der Einrichtungen deckt sich nicht mit den Grenzen des Sanierungsgebietes. Die Schillerschule ist eine so genannte „Brennpunktschule“. Die Schüler/innen stammen aus vierzig unterschiedlichen Nationen, nur ein bis drei Schüler/innen der Abgangsklassen schaffen den Sprung in eine Ausbildung. Die Erwartungen der Firmen und die vorhandenen Kenntnisse der Jugendlichen klaffen weit auseinander. Im Gebiet Oststadt sind häufig Handwerksbetriebe und Kleingewerbe angesiedelt, die teilweise auch ausbilden. Die Interessen der Jugendlichen beziehen sich jedoch häufig auf neue Technologien und weniger auf die traditionellen Berufe des Handwerks und der Dienstleistung.

Auch lässt eine frühzeitige Resignation der Schüler/innen angesichts der empfundenen Perspektivlosigkeit die Entwicklung von Potenzialen und Selbstvertrauen der Schüler/innen stagnieren. Die Jugendlichen haben trotzdem häufig eine starke Bindung an den Stadtteil, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die weitere Förderung der Identifikation mit ihrem Lebensumfeld zur positiven Entwicklung beiträgt.

Der Ansatzpunkt für eine Besserung der

Situation wird in einem kleinräumigen, maßgeschneiderten Vorgehen von bereits gut vernetzten Einrichtungen und Institutionen gesehen. Der Komplexität der Probleme können nur differenzierte Strategien gerecht werden, die in möglichst vielen Entwicklungsstufen greifen und synergisch zusammengeführt werden.

Im Rahmen von Bürgerbeteiligung und Quartiersentwicklung in diesem Stadtteil wurden im Verlauf der letzten Jahre sichtbare und vermittelbare Aktivitäten durchgeführt. Aufgrund der umfangreichen Voruntersuchungen beschäftigten sich die Fachleute der Verwaltung bereits intensiv mit der Karlsruher Oststadt, und auch von Seiten der Politik wurden Beschlüsse zu den Problemen im Stadtteil gefasst. Der Handlungsbedarf für die Stadterneuerung in der Oststadt ist somit aus der Perspektive von Verwaltung und Politik klar zu benennen.

Die Arbeitsgemeinschaft Ortsnetz/KOMMA.PLAN wurde mit der externen Begleitung und Moderation des Stadtteilentwicklungsprozesses in der Karlsruher Oststadt beauftragt. Sowohl der Jugendhilfeplanung als auch der Sozialplanung der Sozial- und Jugendbehörde der Stadt Karlsruhe liegen aktualisierte Übersichten zur sozialen Infrastruktur in der Karlsruher Oststadt vor. Die bestehenden Angebote der Kinder- und Jugendhilfe reichen von der Jugendarbeit der Kirchen, Verbände und (Sport-)Vereine bis hin zur Einrichtung sozialpädagogischer Gruppenarbeit des Sozialen Dienstes der Stadt Karlsruhe, therapeutischen Tagesgruppen der Arbeiterwohlfahrt und Jugendsozialarbeit des Jugendamtes. Kindertagesstätten und Horte sind neben einem differenzierten Schulangebot in der Schillerschule und Tullaschule ebenso vorhanden. Neben dem Steuerungskreis als formalisierte Zusammenarbeit besteht eine Vielzahl von fall-, sozialraum- und zielgruppenbezogenen Kooperationen des Jugendamtes mit anderen Ämtern der Stadt Karlsruhe. Diese Kooperationen weiter zu realisieren und auszubauen, ist ein Hauptziel, das mit den Grundsätzen der Partizipation, Akquisition und Kooperation verfolgt werden soll. Folgende Abbildung gibt hierzu einen Überblick.

Projekt: Gesunde Kinder in einer gesunden Stadt

Im Rahmen dieser engen Vernetzung findet seit September 2002 ein Agenda-21-Projekt hier in Karlsruhe statt. Mit dem 3-jährigen Pilotprojekt soll durch gezielte Förderung der Gesundheitsressourcen – gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung und eine nachhaltige Alltagsmobilität – erreicht werden, dass der steigende Anteil der übergewichtigen Kinder bei der Einschulung geringer wird. Das Projekt

Organisation der Stadtteilarbeit



wird von der Stadt Karlsruhe und den Krankenkassen finanziert. Wissenschaftlich begleitet wird es vom Gesundheitsamt Karlsruhe, dem Sportinstitut der Universität Karlsruhe und der Bundesforschungsanstalt für Ernährung.

Die Leitungen und Mitarbeiter/innen der Einrichtungen, die Eltern und die Kinder werden durch drei Themenbereiche informiert und angeregt, neue Verhaltensweisen zu erlernen: (1) Ernährung, (2) Mobilität, (3) Bewegung und Sport.

Die Einrichtungen und die Kinder werden aktiv mit einbezogen und sollen mit Hilfe von beispielhaften Übungsstunden nachhaltig zu einem gesundheitsbewusstem Leben angeregt werden.

Dieses Pilotprojekt und die Finanzierung ist ein gutes Beispiel, wie städtische Angebote in der Öffentlichkeit dargestellt und im Rahmen des Stadtteilentwicklungskonzeptes die Soziale Stadt präsentiert werden können.

Es gibt verschiedene Modelle von Sponsorpartnerschaften. Neben dem Modell des Exklusivsponsors gibt es auch ein Pool von Sponsoren, die ein soziales Unternehmen unterstützt. Meistens beschränkt sich die Sponsorpartnerschaft auf konkrete Projekte oder Tätigkeiten von sozialen Trägern. Eine wichtige Aufgabe des Eventmarketings besteht darin, die grundlegenden betrieblichen Prozesse mit einem Ergebnis oder einer Veranstaltung zu verbinden. Der erste Schritt ist deshalb die Auswahl bzw. Festlegung einer Veranstaltung im Rahmen der gesamten Aktivitäten.

In unserem Beispiel heißt dies: Gesunde Kinder in einer gesunden Stadt! Bewegung, Sport, Mobilität und Ernährung für Kindergartenkinder bilden den Rahmen dieses Pilotprojektes. Wir verbinden die Hoffnung, dass diese Veranstaltung bzw. dieses Projekt eine Eigendynamik entwickelt und somit Synergieeffekte erzielt. Das erlebnisorientierte Vermarkten von einzelnen Angeboten, Produkten oder Dienstleistungen geschieht vorwiegend innerhalb eines Bereiches, in dem ein Erlebnis bzw. eine Erfahrung vermittelt wird. Die einzelnen Angebote erhalten so einen Erlebnischarakter. Eventmarketing im sozialen Bereich vermittelt soziale Anliegen emotional und erlebnisorientiert. Eigene soziale Kompetenz und Wahrnehmung steht für das Interesse potenzieller Sponsoren im Mittelpunkt, nachvollziehbare Prozesse werden sichtbar und machen die Identifikation mit dem eigentlichen Projekt deutlich.

Einige Gedanken zu Projektmanagement:

Stellen Sie sich vor, Sie sollen mit einer Ihnen bislang unbekanntem Gruppe von Fachleuten in einem Ihnen bislang kaum erforschten Land ein Bürgerhaus errichten. So etwas nennt man

ein Projekt, und Sie sind der Projektleiter.

Es handelt sich immer um eine komplexe Aufgabe, die neu ist, mit der ein klares Ziel verfolgt wird, die in einer bestimmten Zeit mit festen Kosten erledigt sein muss.

Eine solche Projektaufgabe ist mit hohen Risiken behaftet, birgt aber gerade in der Erledigung in einer Projektgruppe (Expert/innen) eine große Chance.

Die Hauptrisiken liegen bereits im Projektvorfeld: Unklare Ziele und Aufgabe, wer gibt den Auftrag?, Kompetenzen der Projektleitung ungeklärt, Auswahl der Projektgruppe usw. Gute Arbeit in diesem Projektabschnitt ist bereits die halbe Miete, der Spruch „Sag mir, wie dein Projekt beginnt, und ich sage dir, wie es endet“ gilt hier unbeding.

„Kick-off“ – jetzt erst beginnt das eigentliche Projekt. Die Aufgabenstellung wird in einzelne Aufgabenpakete zergliedert, die in der Abfolge nach sinnvollen Kriterien und Abhängigkeiten voneinander erledigt werden müssen („kritischer Pfad“). In großen Projekten mit komplexen Aufgabenstellungen ergeben sich aus einzelnen Aufgabenpaketen schnell kleine Teilprojekte. Zeitbudgets und Kosten sind ständig zu beachten, Zielabweichungen sind rechtzeitig mit dem Auftraggeber abzuklären.

Nachdem die Projektaufgabe beendet ist, werden Sie als Projektleiter vom Auftraggeber entlastet und die „Expert/innen“ der Projektgruppe kehren zu ihrer eigentlichen Arbeit zurück.

Der Projektleiter benötigt neben dem Wissen um Projektmanagement-Tools (Handwerkzeug) hohe kommunikative Kompetenz und Fähigkeit zum Umgang mit Konflikten, damit er oder sie gemeinsam mit dem Team innerhalb der vorgegebenen Zeit die neue Aufgabe bewältigen kann.

Projektmanagement ...

... ist eine Führungsaufgabe,
... verlangt Methodenwissen,
... verlangt Kenntnisse der Konfliktsteuerung,
... beinhaltet fachübergreifendes Koordinieren,
... beinhaltet eine systematische Vorgehensweise.

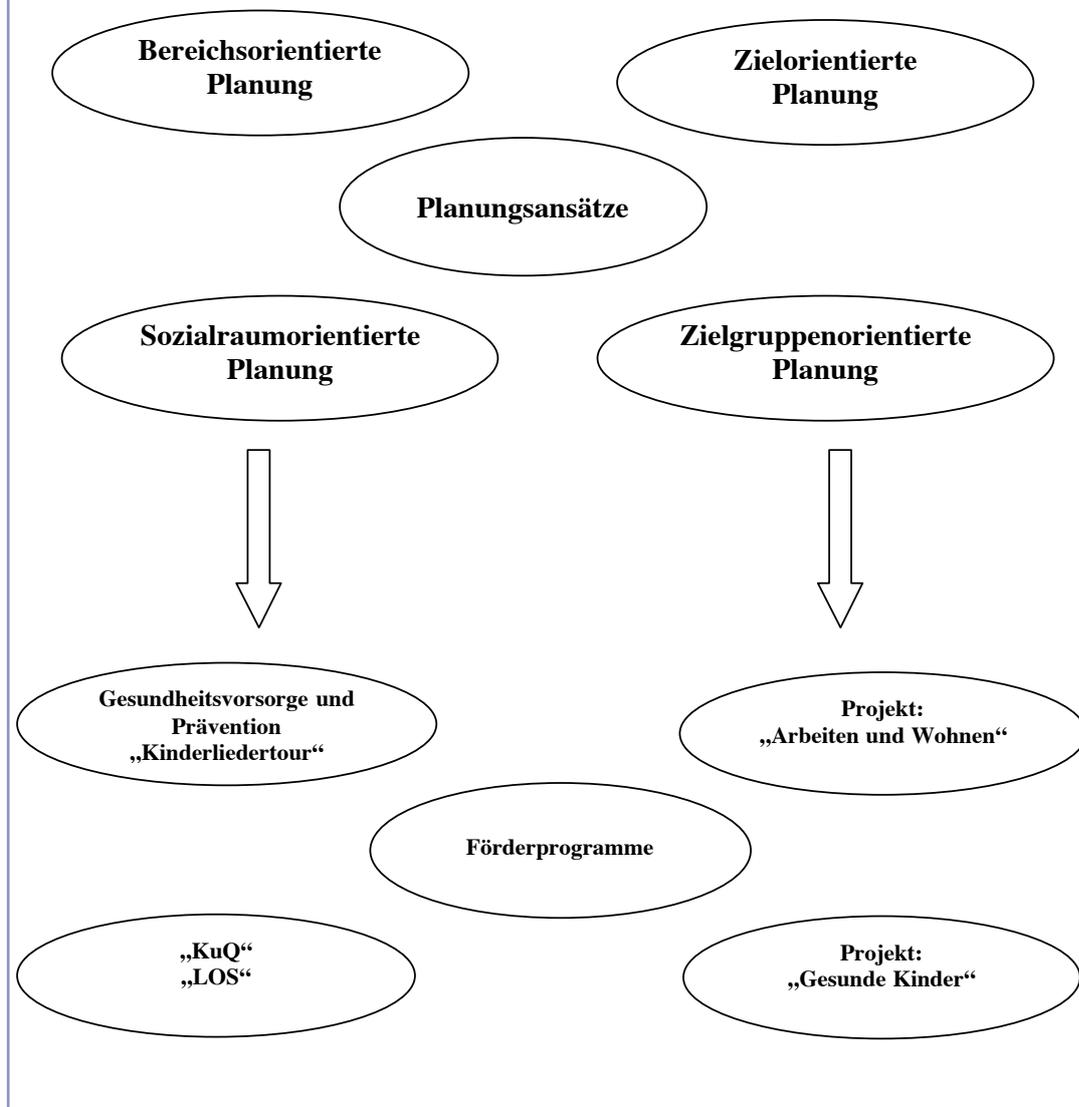
Projektdefinition ...

... ist zeitlich begrenzt,
... hat ein definiertes Ziel,
... ist mit einem Risiko behaftet,
... weist eine gewisse Einmaligkeit auf,
... muss in Teilprojekte untergliedert werden,
... erfordert die Zusammenarbeit mehrerer Spezialist/innen,
... erfordert Projektleitung.

Kontakt:

Peter Stieglbauer
Brettenerstrasse 60
76676 Graben-Neudorf

Jugendhilfeplanung (§§ 71,79)



Literatur

- ABEL, M. (1998): Stadtteilorientierte Projekte zur Verbesserung der Gesundheitschancen von Kindern. Beitrag im Rahmen der Fachtagung „Die im Dunkeln sieht man nicht“ am 14.7.1998 in Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen
- AJPH American Journal of Public Health, 87 (9): 1491-8
- ALTGELD, Thomas (2002): Die Präventionspolitik in Deutschland bleibt symbolisch! Neue Diskussionen, Strukturen und die bestehende Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention. Impulse 35: 2-3
- ALTGELD, Thomas/ Ina Laser/ Ulla Walter (Hg.) (1997): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden?, Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hindernisse. Weinheim, München: Juventa
- ANDERSEN, T. (1984): Persistence of Social and Health Problems in the Welfare State: A Danish Cohort Experience from 1948 to 1979. Soc Sci Med. 18 (7). S. 555-560
- ANTONOVSKY, Aaron (1997): Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dt. erweiterte Ausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.) (2003): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003. Bergisch Gladbach: IKK-Bundesverband
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.) (2002): Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22. Mai 2002. o.O.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.) (2001): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001. o.O.
- Arbeitskreis zur Verbesserung der schulärztlichen Dokumentation (1988): Pilotprojekt schulärztlicher Dokumentation: Einschulungsuntersuchungen in den Bezirken Hamburg-Nord und Harburg 1987 und 1988.
- AWO-ISS-Studie (2000): Gute Kindheit – Schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Sozialbericht 2000 der Arbeiterwohlfahrt/Studie des ISS – Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Frankfurt
- BARIC, Leo/ Günter Conrad (2000): Gesundheitsförderung in Settings, Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit – zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- BECKER, I./ R. Hauser (2000): Zur Entwicklung von Armut und Wohlstand in der Bundesrepublik Deutschland – eine Bestandsaufnahme. In: BUTTERWEGGE Ch./ M. Klundt (Hg.): Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Leske + Budrich, Opladen, 25-41
- BELAU D. (1994): Gesundheit und Lebensstil. In: Gesundh.-Wes. 56, 6-13
- BENGEL, Jürgen/ Regine Strittmatter/ Hildegard Willmann (1998): Was erhält Menschen gesund?, Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6,. Köln: BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
- BERGMANN, Jens (2003): „Preußischer Anachronismus – Schule soll Kindern Lust auf die Welt machen. Dummerweise ist das deutsche Bildungswesen eine Welt für sich“. In: brandeins, 01/03, 57-60
- BERTSCH, Frank: Kinder- und Jugendarmut, In: NDV 5/2003
- BIELIGK, A. (1996): Die armen Kinder. Essen : Die blaue Eule
- BLUM, R. W./ T. Beuhring/ P.M. Rinehart (2000): „Protecting Teens: Beyond Race, Income and Family Structure.“ Hg. von Center For Adolescent Health, University of Minnesota, Minneapolis
- BLUM, R. W./ T. Beuhring/ P.M. Rinehart (2000): „The effects of race/ethnicity. Income and family structure on adolescent risk behaviors.“ In: American Journal of Public Health, 90 (12)
- BLUM, R. W./T. Beuhring/ P. M. Rinehart (2000): „Protecting Teens: Beyond Race, Income and Family Structure“, Center For Adolescent Health, University of Minnesota: Minneapolis
- BÖHM, B./ M. Janßen/ H. Legewie (1999): Zusammenarbeit professionell gestalten, Freiburg i.B.
- BÖHN, A./ J. Kuhn (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern. Ergebnisse von Einschulungsuntersuchungen im Land Brandenburg. Soziale Arbeit 9/2000, S. 343-346

- BOSSONG, H. (1991): Akzeptanz als drogenpolitische Perspektive. Hamburg (Ms.)
- BRÖSSKAMP-STONE, U./I. Kickbusch/ U. Walter (1998): Gesundheitsförderung. In: SCHWARTZ, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. München u.a.: Urban & Schwarzenberg, 141ff
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, Elfter Kinder- und Jugendbericht, Bundestags-Drucksache 14/8181 vom 04.02.2002
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden
- Bundesministerium für Gesundheit/ Gesundheit Berlin e.V. (Hg.) (2001): Armut und Gesundheit, gemeinsame Interpräsentation, www.bmgesundheit.de/armut sowie www.armut-und-gesundheit.de
- Bundesregierung (2001): Lebenslagen in Deutschland – Erster Armuts- und Reichtumsbericht, Drucksache 328/01, Berlin
- Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hg.) (2000): Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen, Leitfragen zur Umsetzung, Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
- Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hg.) (2000): Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen, Leitfragen zur Umsetzung, Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.. Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Grundsätze, Methoden und Anforderungen, Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15. Köln: BZgA
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): „Nationale Gesundheitsziele Schweden.“ In: Die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Beseitigung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich: Politische Empfehlungen. Broschüre zum Forschungsbericht „Report on the Role of Health Promotion in Tackling Inequalities in Health.“ Köln: BZgA
- CARSTAIRS, V./ R. Morris (1991): Deprivation and Health in Scotland, Aberdeen. Aberdeen: University Press
- COLLATZ, J. et al. (Hg.) (1992): Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung. Hamburg
- DAHRENDORF, Ralf (1992): Der moderne soziale Konflikt, Stuttgart
- DELEKAT, D./ A. Kis (2001): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht 2001-1: Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin.
- DENEKE, Christiane/ H. Bruns/ H. Waller (2003): Selbst is(s)t der Mann! Ein Ernährungsprojekt in der offenen Jugendarbeit. In: Ernährung im Fokus, 07/03
- DENEKE, Christiane/ P. Hofrichter (2000): Armut und Gesundheit – Praxisprojekte aus Gesundheits- und Sozialarbeit in Niedersachsen/ Lüneburg
- DENEKE, Christiane/ P. Hofrichter/ H. Waller (2002): Armut und Gesundheit – Bestandsaufnahme, Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen, Lüneburg
- DETLING, Warnfried (29.10.1993): „UMDENKEN Visionen und Revisionen“, 5. Teil. In: DIE ZEIT Nr. 44
- DOMBERG, H./ D. Nadalian/ A. Dunker (1997): Suchtpräventive Drogenarbeit mit Jugendlichen ausländischer Herkunft. In: BOSSONG et al. (Hg.): Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt: Campus, 245-265
- ECCLES John C. (1993): Die Evolution des Gehirns – die Erschaffung des Selbst, 2. Aufl.
- EHLERT/ Heidermann (2001): Peer-Support in der schulischen Suchtprävention. In: akzept (Hg.): Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel. Berlin: VWB, 313-322
- ERDELYI (1996): Überregionale Kooperationsstrukturen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Drogenhilfe und Jugendhilfe. In: WEGEHAUPT/ Wieland (Hg.): In Kontakt bleiben – Kinder Drogen Jugendliche Pädagogen. Votum: Münster
- FEHR, Rainer (2001): Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen – Strategien – Umsetzungswege. Bern Göttingen: Huber
- FILSINGER, Dieter (2000): Wissenschaftliche Konzepte, Einleitung zu Abschnitt VIII. In: Bundesvereinigung für Gesundheit (2000b): Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand, I-V.

- FITZNER, H. (1991): Als Arzt in der Stricherszene: Sie nannten mich „Pille“. In BADER, B./ E. Land (Hg.), Stricher – Leben. Hamburg: (Verlag aufgelöst)
- FORD, G. et al. (1994): Patterns of class inequality in health through the lifespan: class gradients at 15, 35 and 55 years in the West of Scotland. Soc Sci Med. 39 (8), S. 1037-1050
- FRANKE, Martin/ Raimund Geene/ Eva Luber (Hg.) (1999): Armut und Gesundheit, Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 1. Berlin: b_books
- GADAMER, Hans-Georg (1993): Über die Verborgtheit der Gesundheit. Frankfurt/M.
- GDG (1994): Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz – GDG), vom 4. August 1994, Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin vom 16. August 1994. Berlin
- GEENE, Raimund/ Sebastian Graubner/ Ingrid Papies-Winkler/ Klaus-Peter Stender (Hg.) (2002): Netzwerke für Lebensqualität, Gesundheit Umwelt Stadtentwicklung, Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 9. Berlin: b_books
- GEENE, Raimund/ Carola Gold/ Christian Hans (2001a): Armut macht krank!, Teil 1, Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 5. Berlin: b_books
- GEENE, Raimund/ Carola Gold/ Christian Hans (2001b): Armut macht krank!, Teil 2, Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 6. Berlin: b_books
- GEENE, Raimund/ Carola Gold/ Christian Hans (2001c): Armut macht krank!, Teil 3: SGB V § 20 Gesundheitsförderung zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen, Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 7. Berlin: b_books
- GEENE, Raimund (2000a): AIDS-Politik, Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Frankfurt/M.: Mabuse
- GEENE, Raimund/ Eva Luber (Hg.) (2000b): Gesundheitsziele, Planung in der Gesundheitspolitik. Frankfurt/M.: Mabuse
- GEENE, Raimund/ Carola Gold (Hg.) (2000c): Gesundheit für Alle!, Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 4. Berlin: b_books
- GEENE, Raimund/ Christian Denzin (Hg.) (1997): Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy-City-Programm: Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik. Berlin: Schmengler
- Gesundheit 21 – Die Einführung zur Politik „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO, Kopenhagen, EUR/RC48/9, 22. Juli 1998, 05008
- GESUNDHEITSAMT KÖLN/ Projektgruppe „männliche Prostitution“ (1993): Stricher – oder ... Dokumentation zu einem gleichnamigen Symposium. Köln
- GKV (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen) 2001: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001. o.O.
- GLAESKE, G. (1998): Arzneimittel für Kinder und Jugendliche – Hinweise auf sozialschichtspezifische Verbrauchsmuster?. Beitrag im Rahmen der Fachtagung „Die im Dunkeln sieht man nicht“ am 14.7.1998 in Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen
- GROßE-OETRINGHAUS, H.-M./ P. Strack(1995): Verkaufte Kindheit. Kinderarbeit für den Weltmarkt. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot
- GVG Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.) (2002): Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte, Schriftenreihe der GVG Bd. 37. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft
- HANESCH, Walter/ Peter Krause/ Gerhard Bäcker (2000): Armut und Ungleichheit in Deutschland, Hamburg
- HEINRICH J/ Andreas Mielck/ I. Schäfer/ W. Mey (1998): Soziale Ungleichheit und umweltdingte Erkrankungen in Deutschland. Empirische Ergebnisse und Handlungsansätze. In: WICHMANN et al. (Hg.): Fortschritte in der Umweltmedizin. Landsberg/Lech: ecomed
- HEINS, R. (1996): Zuhause auf der Straße. Göttingen: Lamuv
- HELMERT, Uwe/ Maschewsky-Schneider (1998): Zur Prävalenz des Tabakrauchens bei Arbeitslosen und Armen. In: HENKEL, Dieter (Hg.): Sucht und Armut – Alkohol, Tabak, illegale Drogen. Opladen
- HENKEL, Dieter (2000): Alkohol- und Tabakprävention für Arbeitslose, Arme und Obdachlose. In: SCHMIDT, Bettina/ Klaus Hurrelmann (Hg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Opladen
- HENKEL, Dieter (Hg.) (1998): Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, illegale Drogen. Opladen
- HERMANN, S./ G. Meinlschmidt (1994): Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung. Gesundheitsbarometer. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit

- HILGERS, H. (2001): Kinderarbeit in Deutschland. Zusammenfassende schriftliche Stellungnahme des Präsidenten des Deutschen Kinderschutzbundes Heinz Hilgers, Berlin, 7.2.2001
- HOCK, Beate/ Gerda Holz (Hg.) (2000): Erfolg oder Scheitern? Arme und benachteiligte Jugendliche auf dem Weg ins Berufsleben, Frankfurt/M. ISS-Pontifex Bd. 3
- HOCK, Beate/ Gerda Holz/ Renate Simmedinger/ Werner Wüstendörfer (2000): Gute Kindheit – Schlechte Kindheit? Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen. In: Deutschland, Frankfurt/M. ISS-Pontifex Bd. 4
- HOCK, Beate/ Gerda Holz/ Werner Wüstendörfer (1999): Armut – eine Herausforderung für die verbandliche Kinder- und Jugendhilfe, Frankfurt/M. ISS-Pontifex Bd. 2
- HOCK, Beate/ Gerda Holz/ Werner Wüstendörfer (2000): Folgen familiärer Armut im Frühen Kindesalter – eine Annäherung anhand von Fallbeispielen, Frankfurt/M. ISS-Pontifex Bd. 1
- HOCK, Beate/ Gerda Holz/ Werner Wüstendörfer (2000): Frühe Folgen – langfristige Konsequenzen, Frankfurt/M. ISS-Pontifex Bd. 2
- HOLZ, Gerda / Susanne Skoluda (2003): Armut im frühen Grundschulalter, Frankfurt/M. ISS-Pontifex Bd. 1
- HOLZ, Gerda/ Susanne Skoluda (2002): Armut im frühen Grundschulalter. Eine vertiefende Untersuchung zu Lebenssituation, Ressourcen und Bewältigungshandeln von Kindern. ISS-Aktuell Bd. 14, Frankfurt /M.
- HUBER, Ellis (2003): Gesundheit – Zur gesellschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens, In: DEUFEL, Konrad / Manfred Wolf (Hg.): Ende der Solidarität? – Die Zukunft des Sozialstaates. Freiburg
- HURRELMANN, Klaus (2001): Einführung in die Sozialisationstheorie, Weinheim: Beltz
- HURRELMANN, Klaus (1998): Armut macht seelisch und körperlich krank – Bielefelder Studie: Schon das Wohlbefinden von Kindern ist stark abhängig von ihrer sozialen Lage. Tagung: „... die im Dunkeln sieht man nicht!“ Armut und Gesundheitsgefährdung von Kindern. Hannover, 14.7.1998. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- JORDAN, E./ G. Trauernicht (1981). Ausreißer und Trebegänger - Grenzsituation sozialpädagogischen Handelns. München: Juventa
- KALTENBORN, Olaf (28.05.1999): „Planungswut in Essen – 1300 Bürger entscheiden mit, was in ihrer Nachbarschaft entsteht.“ In: Süddeutsche Zeitung
- KETTERER, A. (1998): Strukturelle Prävention im theoretischen Kontext und als Spiegel der Zeit: Vorbilder, Einflüsse, Abgrenzungen, Merkmale. In: BEIßWENGER, K.-D./ Chr. Höpfner: Strukturelle Prävention: Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe. Berlin: DAH (AIDS-Forum DAH, Bd. 23): 39-56
- KIRSCHNER, Wolf/ Renate Kirschner/ Michael Radoschewski (1995): § 20 SGB V, Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Sankt Augustin: Asgard
- KLOCKE, Andreas (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 03/01, Robert Koch – Institut, Berlin
- KLOCKE, Andreas (1996): Aufwachsen in Armut. Auswirkungen und Bewältigungsformen der Armut im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 16 (4), 390-409
- KLOCKE, Andreas (1995): Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kindes- und Jugendalter. In: BARLÖSIUS E./ E. Feichtinger/ B. M. Köhler (Hg.): Ernährung und Armut. Berlin: rainer bohne verlag. 185-203
- KLOCKE, Andreas/ Klaus Hurrelmann (1998): Kinder und Jugendliche in Armut. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- KLOCKE, Andreas/ Klaus Hurrelmann (1995): Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 2. Beiheft. 138-151
- KLÜSCHE, Wilhelm/ F. C. Schubert (2001): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe sozialer Arbeit. In: Prävention 24, 3, 84ff
- KOLBE, M. (2000): Gesundheit gestalten – Strategien für eine nachhaltige Entwicklung/ in: Neue Partner für Gesundheit 2000/ 124-129/ Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad: Gamburg
- KOLBE, M./ A. Hoffmann/ V. Hesse/ M. Ömler/ G. Pabst/ Diedrichs (2002): Entwicklung von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen im regionalen Raum durch Entwicklung und Vernetzung von Kleinst-, Klein- und Mittelbetrieben (KMU). Hg. von der LVG Sachsen-Anhalt
- KONRÁD, György (1990): Plädoyer für eine interkommunikative Architektur in Europa. In: Peter Sloterdijk (Hg.): Vor der Jahrtausendwende Bd. 1, Frankfurt, 277-291

- KRAUS, C. (1998): Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung durchgeführt vom Gesundheitsamt Stadt und Landkreis Göttingen. Protokoll des Arbeitskreises „Armut und Gesundheit“. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover 26.1.1998 und Aufgaben und Möglichkeiten des kinder- und jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter
- KÜNZEL-BÖHMER, Jutta/ Gerhard Bühringer / Teresa Janik-Konecny (1994): Prävention ist wirksam. In: Drogenmagazin, 20. Jg., Nr. 2
- KURELLA, S. (1997): Modellprojekt im Kreis Perleberg gestartet. Aktiv und gesund bleiben - auch ohne Job. In: Journal für Gesundheit der Plan- und Leitstelle Gesundheit Berlin-Hohenschönhausen. II. Quartal. 16-17
- KÜRNER, P./ R. Nafroth(1994): Die vergessenen Kinder. Köln: PapyRossa
- LABONTÉ, Ronald (1993): „A holosphere of healthy and sustainable communities.“ In: Australian Journal of Public Health 1:17(1). Zitiert nach: RAEBURN, John M./ Irving Rootman (1996): Quality of Life and Health Promotion. In: RENWICK, Rebecca et al. (Hg.): Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications. London: Sage: 16
- LENHARDT, Uwe (2001): Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in Bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden verursachte Arbeitsunfähigkeit, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01-203. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- MACLURE, A./ G. Stewart (1984): Admission of children to hospitals in Glasgow: Relation to unemployment and other deprivation variables. Lancet 2 (8404). S. 682-685
- MARSH G. N./ D. M. Channing (1988): Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community. BMJ 296: 173-176
- MASCHEWSKY, Werner (2001): Umweltgerechtigkeit, Public Health und soziale Stadt. Frankfurt/Main: VA
- MASEIDE, P. (1990): Health and social inequity in Norway. Soc Sci Med. 31 (3), S. 331-34
- MICHEELIS, W./ J. Bauch (1991): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Materialienreihe Bd. 11.1. Köln: IDZ Deutscher Ärzte Verlag
- MIELCK Andreas/ H. Graham/ S. Bremberg (2002): Children, an important target group for the reduction of socio-economic inequalities in health. In: MACKENBACH J./ M. Bakker (Hg.): Reducing inequalities in health: A European perspective. London: Routledge: 144-168
- MIELCK, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern u.a.: Hans Huber
- MIELCK, Andreas (1998): Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. In A. Klocke & K. Hurrelmann (Hg.), Kinder und Jugendliche in Armut (S. 225-249). Opladen, Westdeutscher Verlag
- MIELCK, A./ P. Reitmeir/ M. Wjst (1996): Severity of Childhood Asthma by Socioeconomic Status. International Journal of Epidemiology. 25: 388-393
- MILZ, Helmut (1996): Gesundheit fördern – Trotz oder mit einer lebensbegleitenden Krankheit? Die Ottawa Charta als Herausforderung. In: TROSCHEKE et al.: Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. Freiburg
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hg.) (1991): Kinderarbeit. Untersuchung zur Kinderarbeit in den Aufsichtsbezirken der Gewerbeaufsichtsämter Köln, Recklinghausen und Münster
- MINKLER, Meredith (1994): Community Organizing als Gesundheitsförderung – Eine Fallstudie zu einem Projekt mit alten Menschen in einer amerikanischen Millionenstadt. In: ROSEN-BROCK, R./ H. Kühn/ B. M. Köhler (Hg.): Präventionspolitik – gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin, 247-266
- MÜLLER, U./ M. Heinzl-Gutenbrunner (1998): Armutslebensläufe und schlechte Gesundheit – Kausation oder soziale Selektion? Untersuchungsergebnisse vorgestellt auf dem 104. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, April 1998, in Wiesbaden (Philipps-Universität Marburg)
- NEUHAUS, Birgit (2002): Die Gesunde-Städte-Bewegung in Europa. In: GEENE et al.: Berlin: b_books, 40-45
- NOLL, H.H./ R. Habich (1990): Individuelle Wohlfahrt: Vertikale Ungleichheit oder horizontale Disparitäten? In: Berger, P. A./ Stefan Hradil (Hg.): Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Göttingen: Schwarz
- NUTBEAM, Don (2000): Health literacy as a public health goal, A challenge for contemporary health education an communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International 15, 3

- O'NEILL, Peter (1984): Gesundheit 2000. Deutsche Fassung des WHO-Dokuments „Health 2000“. Frankfurt/M.: Mabuse
- OPPERMANN, H./ M. Kolbe (2002): Von den Mühen der Ebene: Gesundheitsziel „Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90% der Bevölkerung“ in Sachsen-Anhalt. In: Gesundheitswesen 2002/ 64/ 664-668. Stuttgart, New York: Georg Thieme
- ÖSTBERG, V. (1996): Social Structure and Children's Lives Chances. An Analysis of Child Mortality in Sweden. Unpublished PhD Dissertation, University of Stockholm
- PAPIES-WINKLER, Ingrid (2002): Interkulturelle Gesundheitsförderung. In: GEENE, R./ Graubner/ Ingrid Papies-Winkler/ Stender, K. P. (Hg.): Gesundheit-Umwelt-Stadtentwicklung. Netzwerke für Lebensqualität, Berlin
- PAPIES-WINKLER, Ingrid (2003): Dolmetschen im Gesundheits- und Sozialwesen – Projekt des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerks Berlin. In: BORDE, T./ M. David: (Hg.): Gut versorgt? Frankfurt/M.
- PAPIES-WINKLER, Ingrid, Hildegard Josten (2000): Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk Berlin. In: DAVID, M./ T. Borde (Hg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Frankfurt/M.
- PERMIEN, H. (1998): „Mit einem Bein zu Hause, mit einem Bein auf der Straße“ – Straßenkinder in sozialen Brennpunkten. Referat auf der Tagung: „Die im Dunkeln sieht man nicht ...“. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
- PFEIFFER, Christian (2002): Vortrag gehalten auf dem Kongress „Die Soziale Stadt – Zusammenhalt, Sicherheit, Zukunft“. Berlin, 7. bis 8. Mai
- PFEIFFER, Christian et. al. (1998): Ausgrenzung, Gewalt und Kriminalität im Leben junger Menschen. Kinder und Jugendliche als Opfer und Täter. Sonderdruck zum 24. Deutschen Jugendgerichtstag vom 18. bis 22. September 1998 in Hamburg, Hannover
- PLÜMER, Klaus D. (1996): „Wenn Schule nicht krank, sondern Spaß macht.“ In: Blickpunkt öffentliche Gesundheit, 13. Jg., 2/96
- POWER, C. (1991): Social and Economic Background and Class Inequalities in Health among Young Adults. Soc Sci Med. 32 (4). S. 411-417
- PRÄVENTION 3/2002, Zeitschrift für Gesundheitsförderung: Schwerpunktheft „Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung.“
- PÜSCHL, M./ H. Schlömer (2002): Suchtprävention 2002: Gesundheitsförderung und Drogen-erziehung? In: BÖLLINGER, L./ H. Stöver (Hg.): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Fachhochschulverlag Frankfurt: Frankfurt: 119ff
- RAPPAPORT, J. (1985): „Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit – Ein sozialpolitisches Konzept des empowerment anstelle präventiver Ansätze.“ In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2/85: 257-278
- REIL-HELD A. (2000): Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Universität Mannheim, Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Nr. 580-00.
- RICHTER M./ H. Brand/ G. Rössler (2002): Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW. Gesundheitswesen 64: 417-423
- RIEGE, Fritz (1999): Gesundheitsförderung: Ein gesundheitspolitisches Lehrbuch. Frankfurt/M.: Haag und Herchen
- ROBERT-KOCH-INSTITUT (2003): Kinder Umwelt Gesundheit 21. Berlin: rki
- ROSENBROCK, Rolf (2003): Innovationen statt Katastrophe. Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. In: WZB-Mitteilungen, H. 100, Juni 2003, 33-36
- ROSENBROCK, Rolf (2001): Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen – was ist das und welche Rolle können Krankenkassen dabei spielen?. In: GEENE et al. (Hg.): Armut macht krank! Materialien zur Gesundheitsförderung. Berlin: b_books, 14-24
- ROSENBROCK, Rolf/ Raimund Geene (2000): Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik. In: GEENE, Raimund/ Carola Gold (Hg.): Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Materialien zur Gesundheitsförderung, Bd. 4. Berlin: b_books
- ROSENBROCK, Rolf/ Martin Moers/ Doris Schaeffer/ Françoise Dubois-Arber/ Patrice Pinell/ Michel Setbon (1999): Die Normalisierung von AIDS in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P99-201. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- ROSENBROCK, Rolf (1998a): Gesundheitspolitik, Einführung und Überblick, Veröffentlichungs-

- reihe der Arbeitsgruppe Public Health, P98-203. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- ROSENBROCK, Rolf (1998b): Statement. In: BEIßWENGER, K.-D./ Chr. Höpfner: Strukturelle Prävention: Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe. Berlin: DAH (AIDS-Forum DAH, Bd. 23): 39-56
- RUCKSTUHL, Brigitte/ Thomas Abel (2001): Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung, Eine kommentierte Darstellung des Ansatzes von Don Nutbeam. In: Prävention 24, 2, 35-38
- SAVATER, Fernando (1990): Die Zukunft der Ethik. In: SLOTERDIJK, Peter (Hg.): Vor der Jahrtausendwende Bd. 2, Frankfurt: 600-626
- SCHUBERT, R. (1996): Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern während der Einschulungsuntersuchung am Beispiel von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen. In: MURZA, G./ Klaus Hurrelmann (Hg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung. Weinheim, München: Juventa
- SCHWARTZ, F.W. et al. (1998): Prävention. In: SCHWARTZ, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. München u.a.: Urban & Schwarzenberg: 151ff
- SCHWARTZ, Friedrich Wilhelm/ Bernhard Badura/ Reiner Leidl /Heiner Raspe /Johannes Siegrist (Hg.) (2000a): Das Public Health-Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban & Fischer
- SCHWARTZ, Friedrich-Wilhelm/ Ulla Walter/ Bernt-Peter Robra / Thomas Schmid (2000b): Prävention. In: SCHWARTZ et al. 2000a. München, Jena: Urban & Fischer: 151-170
- SENNETT, Richard (2002): Respekt im Zeitalter der Ungleichheit. Berlin Verlag: Berlin
- SHAW George Bernard (1994): zitiert in: European Journal of Public Health. Vol. 4, No. 1
- SIEGRIST, Johannes/ Ljiljana Joksimovic (2001): „Tackling Inequalities in Health“ – ein Projekt des European Network of Health Promotion Agencies (ENHPA) zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“: Abschlussbericht für das deutsche Teilprojekt. Köln: BZgA
- SIEGRIST, Johannes/ J. Frühbuß/ A. Grebe (1997): Soziale Chancengleichheit für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf
- SPENCER, N. (1996): Poverty and Child Health. Oxon, UK: Radcliff Medical Press
- STADLER, Rainer (2003): „Endlich reden die Leute miteinander!“ In: Süddeutsche Zeitung Magazin
- STEINMEYER, R. (2001): Kariesprävalenz und -sanierung bei Koblenzer Erstklässlern in Bezug zu stadtteilbezogenen Sozialindikatoren. Gesundheitswesen 63: 423-429
- STING, Stefan/ Günter Zurhorst (Hg.) (2000): Gesundheit und soziale Arbeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern sozialer Arbeit. Weinheim, München: Juventa
- STRAßBURG, H. (1999): Kinder, Armut und Gesundheit (Vortragsscript). Würzburg
- STRAßBURG, H. (1997): Entwicklungsstörungen bei Kindern – Grundlagen für eine interdisziplinäre Betreuung. Fischer: Stuttgart
- SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003. Bonn: SVR
- SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Gutachten 2000/2001. Baden-Baden: Nomos
- SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001. Bonn: SVR
- TOWNER, E. et al. (1994): Measuring Exposure to Injury Risk in Schoolchildren aged 11-14. Brit. Med. J. 308, S. 449-452
- TROJAN, Alf/ Heiner Legewie (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung., Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt/M.: VA
- TROSCHKE, Jürgen von/ Georg Reschauer, / Axel Hoffman-Markwald (Hg.) (1996): Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. Freiburg
- WALTER, Ulla (2003): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland, Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, revidierte Fassung April 2003, Hannover: Medizinische Hochschule
- WELTEKE, Rudolf/ Ralph Menke/ Helmut Brand (2000): Das NRW-Gesundheitszielkonzept im europäischen und internationalen Vergleich. In: GEENE, Raimund/ Eva Luber (Hg.): Gesundheitsziele, Planung in der Gesundheitspolitik. Frankfurt/M.: Mabuse

- WEST, P. (1997): Health Inequalities in the Early Years. Is there Equalisation in Youth? Soc Sci Med. 44 (6), S. 833-858
- WETZELS, P. (1997): Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. Forschungsbericht Nr. 59 des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen, Hannover
- WHO – Regionalbüro für Europa (1991): Gesunde Städte – ein Projekt wird zur Bewegung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- WHO – Regionalbüro für Europa (1992): Gesunde Städte – Leitfaden zur Entwicklung eines Gesunde-Städte-Projektes. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. New York: WHO
- WHO (1981): Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen, 31. Tagung des Regionalkomitees für Europa. Kopenhagen: WHO
- WHO (1986/1994): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Erklärung der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa/Kanada 1986, deutsche Übersetzung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- WICHMANN, H. E./ H. W. Schlipkötter/ Georges Fülgraff (Hg.) (1992): Handbuch der Umweltmedizin. Toxikologie, Epidemiologie, Hygiene, Belastungen, Wirkungen, Diagnostik, Prophylaxe. Landsberg/Lech: ecomed
- WICHMANN, H. E./ H.W. Schlipkötter/ Georges Fülgraff (Hg.) 1998): Fortschritte in der Umweltmedizin. Landsberg/Lech: ecomed
- WIENOLD, H./ H. Ingenhorst (1991): Aspekte der Kinderarbeit in Deutschland. Diskurs 2/1991, S. 53-55
- WILKINSON, Richard (2001): Kranke Gesellschaften. Berlin: Springer
- WIRTZ, / M. Schnoor/ E. Forman/ Christiane Deneke (2003b): Gesundheitsbezogene Angebote in Einrichtungen der offenen Jugendarbeit in Hamburg. In: Dokumentation des 8. Kongresses „Armut und Gesundheit“. Berlin
- WOLFRAM, W. (1995): Präventive Kindergartenpädagogik. Weinheim, München: Juventa
- ZENKE, K. G./ G. Ludwig (1985): Kinder arbeitsloser Eltern. Erfahrungen, Einsichten und Zwischenergebnisse aus einem laufenden Projekt. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Heft 2, S. 265-278
- „Ziele zur Gesundheit für alle“ In: EUR/RC 48/9 (22. 07.1998): Die Gesundheitspolitik für Europa, Kopenhagen 1993
- ZIMMERMANN, I./ H. Brand (1996): Evaluation von Gesundheitsberichten am Beispiel des Hamburger Berichts zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“. In: MURZA, G./ Klaus Hurrelmann (Hg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung. Weinheim, München: Juventa



E&C-Fachforum:

Vernetzung – Macht – Gesundheit

Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten

Fachforum

30. Juni bis 1. Juli 2003 in Berlin

Veranstaltungsort:

Ernst-Reuter-Haus
Straße des 17. Juni 112
10623 Berlin

Montag, 30. Juni 2003

- 11.30 Öffnung des Tagungsbüros, Imbiss**
- 13.00 Begrüßung**
Hartmut Brocke, Stiftung SPI
- 13.15 Grußworte**
Rosmarie Apitz,
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Hartwig Möbes,
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen u. Jugend
- 13.45 Tagungshinweise**
Regiestelle E&C
- 14.00 Gesundheit von benachteiligten Kindern und Jugendlichen – Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**
Dr. Elisabeth Pott,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- 14.30 Chancengleichheit für benachteiligte Kinder und Jugendliche: Daten – Fakten – Konsequenzen**
Dr. Andreas Mielck, GSF – Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Neuherberg
- 15.15 Pause**
- 15.45 Hindernisse und Möglichkeiten der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe – „Ein Dialog“**
■ **Gesundheitsamt**
Helga Heidbüchel-Braatz,
Dezernat Gesundheit und Umwelt, Hamburg
■ **Jugendamt**
Georg Horcher, Jugendamt der Hansestadt Rostock
■ **Gesunde-Städte-Netzwerk**
Klaus-Peter Stender, Gesunde-Städte-Netzwerk, Hamburg
- 17.00 Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen – Projekte aus der Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Gesundheit Berlin e.V.**
Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V.
- 17.45 Kooperation ist ansteckend – Zwei Vorhaben der BZgA**
Dr. Monika von dem Knesebeck,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- 18.00 Projektpräsentation von vernetzten Gesundheits- und Jugendhilfeinitiativen aus sozialen Brennpunkten**
- 19.30 Abendessen**

Dienstag, 1. Juli 2003

8.00 **Öffnung des Tagungsbüros**

9.00 **Visionen der Zusammenarbeit – Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen**

Klaus D. Plümer,
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

9.30 **Gesundheitsförderung als ein wichtiger Bestandteil integrierter Stadtteilstrategien: Kooperationsanforderungen in sozialen Brennpunkten**

Hartwig Möbes, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn

10.00 Pause

10.30 Beginn der Fachforen mit Arbeitsgruppen

Fachforum A

Räumliche Sozialstrukturen und Ressourcensteuerung – Grundlagen lokaler Jugendhilfe und Gesundheitsplanung

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin

Arbeitsgruppen:

A 1 | Kommunale Vernetzung und Gesundheitsförderung – Alternativen zur Gesundheitsberichterstattung

Johannes Spatz, Gesundheit 21, Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin

A 2 | Kooperationsvereinbarungen

Lutz Wiederanders, Jugendamt Leipzig

A 3 | „Wie Du mir, so ich Dir?“ – Jugend- und Gesundheitsamt in vertauschten Rollen

John Coßmann, Therapiezentrum Berlin e.V.

Fachforum B

Gesundheitsförderung – Zentrales Handlungsfeld in sozialen Brennpunkten

PD Dr. Heino Stöver, Universität Bremen

Arbeitsgruppen:

B 1 | Gesunde Schule

Karin Böhme,
Regionalstelle für Suchtvorbeugung, Greifswald

B 2 | Gesundheitsförderung – ein Schlüssel für Integration und Kooperation insbesondere in sozialen Brennpunkten

Martina Kolbe, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt, Magdeburg

B 3 | Gesunder Stadtteil

Helene I. Luig-Arlt,
Büro für Stadtteilmanagement, Flensburg

Fachforum C

Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag der Jugendhilfe

Dr. Dr. h. c. Reinhard Wiesner, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn

Arbeitsgruppen:

C 1 | „Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten“ Gesundheitsförderung für obdachlose Familien

Prof. Dr. Gerhard Trabert,
Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Nürnberg

C 2 | Federführung versus Multiprofessionalität im Hilfeplanverfahren

Jan Peters, Verbund für soziale Projekte e.V., Stralsund

C 3 | Gesundheitsorientierte Soziale Arbeit und Fürsorge für junge Familien im sozialen Nahraum am Beispiel eines Familienhebammenprojekts

Barbara Staschek,
Kinder- und Familienzentrum Barmbek-Süd, Hamburg

Fachforum D

Armut macht krank –

Gesundheit gemeinsam fördern!

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover

Arbeitsgruppen:

D 1 | Synergiegewinne aus Kooperation

Christiane Deneke, Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften, Lüneburg

D 2 | Krankenkassenengagement in den Settings Kita, Schule und Sozialraum

Karin Schreiner-Kürten, AOK Bundesverband, Bonn

D 3 | Projektmanagement und Umgang mit Drittmitteln

Peter Stieglbauer, Stadt Karlsruhe

13.30 Mittagsimbiss

14.30 **Berichte aus den Arbeitsgruppen**

16.00 Ende des Fachforums

Liste der Teilnehmer/innen am 2. Fachforum Gesundheit – 30. Juni bis 1. Juli 2003 in Berlin

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Artmaier	Hermann	Stadtjugendamt München	Orleansplatz 11 81667 München	089-23320446	089-23326307	hermann.artmaier@muenchen.de
Bär	Gesine	Weeber + Partner	Emser Str. 18 10719 Berlin	030-8616424		weberlin@weeberpartner.de
Bauer	Christoph	Gesundheitsamt Karlsruhe	Beierteimer Allee 2 76137 Karlsruhe	0721-9365906		gesundheitsfoerderung@landratsamt-karlsruhe.de
Baumann	Angelika	Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock	Georg-Str. 9 18055 Rostock			angelika.baumann@rostock.de
Belzner	Eva					
Benkert	Ines					
Bern	Christl	Gesundheitsamt	Schwanallee 23 35037 Marburg	06421-189138		bornc@marburg-biedenkopf.de
Bethlehem	Klaus	Landschaftsverband Westfalen-Lippe	Warendorfer Str. 25 48133 Münster	0251-5914581		k.bethlehem@lwl.org
Beyersmann	Inge	Amt für soziale Dienste Bremen	Hintern den Ellern 13 28309 Bremen			inge.beyersmann@nwn.de
Blank	Beate	empowerment consulting	Fraubronnstr. 9/1 70599 Stuttgart	0711-4597062		blank@empowerment-consulting.de
Bleymehl	Frank	Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit u. Soziales	Franz-Josef-Röder-Str.23 66119 Saarbrücken	0681-5013123	0681-5013239	f.bleymehl@soziales.saarland.de
Bode	Dagmar	Universität Osnabrück QM Belm	Seminarstrasse 19a/b 49069 Osnabrück	0541-9694895		dbode@nas.de
Bogenhardt	Susanne	Hansestadt Lübeck	Sophienstr. 2-8 23560 Lübeck	0451-1225310	0451-1225390	susanne.bogenhardt@luebeck.de
Böhme	Peter	Fachbereich Jugend	Fr.-Ebert-Str. 79/81 14461 Potsdam	0331-2893130		peter.boehme@rathaus.potsdam.de
Boroczinski	Sandra	Kreisjugendring Müritz e.V.	Neuer Markt 21 17192 Waren / Müritz			kjr_mueritz_ev@t-online.de
Breitenfeldt	Cordula	Jugendamt Oldenburg	Bloherfelderstr. 173 26129 Oldenburg	0441-5601165		treff.gwa@web.de

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Brendler	Claudia	Gesundheit Berlin e.V.	Straßburger Str. 56 10405 Berlin	030-44319066	030-44319083	duman@gesundheitberlin.de
Bresche	Sabine	Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Berlin e.V.	Malplaquetstr. 38 13347 Berlin			info@kinderschutzbund-berlin.de
Brodam	Rüdiger	Deutsche Guttempler-Orden IOGT Destrikt Berlin-Bran- denburg				
Büchl	Christa	Gesundheitsamt Stadt Lüneburg	Esplanade 29 85049 Ingolstadt	0841-3051461		elke.redenius@ingolstadt.de
Buchwald	Andrea	Ja zur altersgemischten Lebensform e.V.	Bayerischstr. 23 10707 Berlin	030-88681245		
Büthner	Dr. Bärbel	Jugendamt Treptow-Köpenick	Neue Krugallee 4 12435 Berlin	030-61724173		baerbel.buethner@ba-tk.verwalt-ber- lin.de
Burgard	Rita					
Colakoglu	Petra	Stadt Krefeld	47792 Krefeld	02151-863327	02151-863036	p.colakoglu@krefeld.de
Dahm	Miro	Babyboom OAO e.V.	Kartrijkerstr. 1 153177 Bonn	0228-8431311	0228-843388	
Datz	Karin	CLiK e.V.	Fröbelstr. 15 10405 Berlin			info@clic-berlin.de
Dilger	Helga	Arbeitsgemeinschaft für Ge- fährdetenhilfe und Jugend- schutz in der Erzdiözese Freiburg e.V.	Kartäuserstr. 77 79104 Freiburg			maks@agj-freiburg.de
		Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle				
Doettloff		Deutsche Guttempler-Or- den IOGT Destrikt Berlin- Brandenburg	Wildenbruchstr. 80 12045 Berlin	030-68237621	030-6615552	
Doettloff	Klaus Peter	Deutsche Guttempler-Orden IOGT Destrikt Berlin-Bran- denburg	Wildenbruchstr. 80 12045 Berlin	030-68237621	030-6615552	

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Dombek-Meegoda	Doris	Drogen- und Suchtberatungsstelle der Stadt Erlangen	Henkestr. 53 91054 Erlangen			drogenberatung@stadt.erlangen.de
Drechsel	Dr. Uwe	Landratsamt Vogtlandkreis	Friedrich-Naumann-Str. 5 08209 Auerbach	03744-254240		dezernat.gesundheit-soziales@vogtlandkreis.de
Duman	Tülin	Gesundheit Berlin e.V.	Straßburger Str. 56 10405 Berlin	030-44319066	030-44319083	duman@gesundheitberlin.de
Ennenbach	Nina	BZgA	Ostmerheimerstr. 220 51109 Köln	0221-8992339	0221-8992300	ennenbach@bzga.de
Erdogan	Hülya	Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg	Leonhardstr. 13 90443 Nürnberg			erdogan@fbs-nuernberg.de
Ernst	Dr. Helmut	Jugendamt Main-Kinzig-Kreises	Eugen-Kaiser-Str. 9 63450 Hanau	06181-2922445		
Fein	Rosi	Jugendamt Offenbach	Berliner Str. 100 63061 Offenbach	069-80652116		rosi.fein@offenbach.de
Fischer	Horst	Stadt Siegen	Weidenauer Str. 211-213 57076 Siegen	0271-4042225		h_fischer@siegen.de
Frey	Brigitte	PRO FAMILIA-Beratungsstelle Nürnberg	Tafelfeldstr. 13 90443 Nürnberg			nuernberg@profamilia.de
Freyburg	Patrick	Fachteam Kinderschutz im Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg	Ohlauerstr. 41 10999 Berlin			lHaase@t-online.de
Freynik	Dr. med. Petra	Gesundheitsamt Essen	Hindenburgstr. 29 45127 Essen	0201-8853424		petra.freynik@gesundheitsamt.essen.de
Friedrich	Ilona	Jugendamt Werra-Meissner-Kreis	Schlossplatz 1 37269 Eschwege	05651-959210		sennhenn.KI@Werra-Meissner-Kreis.de
Fritscher	Gertaud	Deutscher Hausfrauen-Bund e.V. Ortsverband Augsburg	Zeugplatz 3 86150 Augsburg			info@hausfrauenbund-augsburg.de
Fuchs	Johannes	Landratsamt Gesundheitsamt Konstanz	Maria Ellenrieder-Strasse 4 78462 Konstanz	07531-800782	07521-800787	johannes.fuchs@landkreis-konstanz.de
Futtig	Ellen	Kreisgesundheitsamt Werra-Meissner-Kreis	Schlossplatz 1 37269 Eschwege	05651-959210		sennhenn.KI@Werra-Meissner-Kreis.de
Geissler	Notburga	QM Soziale Stadt	Humboldtstr. 44 93053 Regensburg	0941-6985754	0941-6985755	quartiersbuero@r-kom.net

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Geng	Christiane	Bezirksamt Altona	Platz der Republik 1 22765 Hamburg	040-428112061		christiane.geng@altonahamburg.de
Gier	Petra	Evangelisches Jugendhilfe- zentrum Godesheim	Oxfordstr. 12 53111 Bonn			pgier@ggmbh.de
Giesler	Sven	Mann-O-Meter e.V. Info- und Beratungszentrum für Schwule	Bülowstraße 106 10783 Berlin			info@mann-o-meter.de
Glamann	Karin	Kreisjugendring Müritz e.V.	Neuer Markt 21 17192 Waren / Müritz			kjr_mueritz_ev@t-online.de
Götz	Andreas					
Gold	Carola	Gesundheit Berlin e.V.	Straßburger Str. 56 10405 Berlin	030-44319066	030-44319083	gold@gesundheitberlin.de
Grabe	Dipl.-Med. Ilona	GA Dresden	Braunsdorfer Str. 13 01159 Dresden	0351-4240325	0351-4240333	
Grap	Christine	Kreisjugendring Müritz e.V.	Neuer Markt 21 17192 Waren / Müritz			kjr_mueritz_ev@t-online.de
Grempel	Ingeborg	Gesundheitshaus in Bis- marck e.V.	Franziskusstr. 18-24 45889 Gelsenkirchen			info@gesundheitshaus-bismarck.de
Grießbach	Bernd	Bundesstadt Bonn	Bollterplatz 1 53103 Bonn	0228-775232		bernd.griessbach@bonn.de
Grodde	Lothar	Städt. Gemeinschaftshaupt- schule Aretzstraße	Aretzstraße 10-20 52070 Aachen			HauptschuleAretzstrasse@t-online.de
Gronemann	Dr. Bodo	Gesundheitsamt	Fr.-Ebert-Str. 19a 04109 Leipzig	0341-6800		bgronemann@leipzig.de
Grund	Thomas	Stadt Jena Jugendamt	Hugo-Schrade-Str. 41 07745 Jena	03641-215596		streetwork.jena-winzel@t-online.de
Grünke	Ramona	Stadtteilbüro „Am Wald- rand“	Engels-Str. 18-20 16303 Schwedt/Oder	03332-839570		stadtteilbuero.stadt@schwedt.de
Haase	Ilse	Fachteam Kinderschutz im Bezirksamt Friedrichshain- Kreuzberg	Ohlauerstr. 41 10999 Berlin			IHaase@t-online.de
Hall	Robert	Kontakt- und Beratungs- stelle für junge Menschen in Not	Feurigstraße 8 10827 Berlin			info@kub-berlin.de

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Heuer	Hans-Peter	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg	10216 Berlin	030-23244519		hans-peter.heuer@ba-fk.verwalt-berlin.de
Holluba-Rau	Karin	DHB Deutscher Hausfrauenbund	Albersreuther Weg 17 91126 Schwabach	09122-12461		karin.holluba@web.de
Hoffmann	Ludger					
Hünert	Monika	BZgA	Ostmerheimerstr. 220 51109 Köln			huenert@bzga.de
Jacobi	Hans-Joachim	Landkreis Eichsfeld Jugendamt	Aegidiemstraße 24 37308 Heilbad Heiligenstadt	03606-650320		hjjacobi@lk-eichsfeld.de
Jung	Gabi	Medicus-Institut	Wittelsbacher Str. 17 10707 Berlin	030-88046411		jung@medicus-institut.de
Jungbluth	Maragrete	Stadtverwaltung Fontanestadt Neuruppin	Karl-Liebknecht-Str. 33-34 16816 Neuruppin	03391-355666		margarete.jungbluth@stadtneuruppin.de
Kaynak	Eva	Gemeinsam im Stadtteil e.V.	Sprengelstr. 15 13353 Berlin	030-45028523	030-45028521	info@gisev.de
Keller	Heike	Gesundheitsamt LB	Hindenburgstr. 20/1 71638 Ludwigsburg	07141-1441338	07141-1441340	praevention@landkreis-ludwigsburg.de
Kensbock	Renate	Gesundheitsamt Dortmund	Hövelstr. 8 44122 Dortmund	0231-5023518		rkensbock@stadtdo.de
Kersting-Dürrwächter	Dr. Georg	Kreis Gesundheitsamt Ludwigsburg	Hindenburgstr. 20/1 71638 Ludwigsburg	07141-1441324	07141-1441340	georg.kersting@landkreis-ludwigsburg.de
Kilian	Holger	Gesundheit Berlin e.V.	Straßburger Str. 56 10405 Berlin	030-44319066	030-44319083	kilian@gesundheitberlin.de
Kirchmann	Wolf	Medicus-Institut	Wittelsbacher Str. 17 10707 Berlin	030-88046411		jung@medicus-institut.de
Klee	Andreas					
Koesling	St.	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung	Helgolandstr. 19 01097 Dresden	0351-5635523	0351-5635524	koesling@slfg.de
Köhler	Andreas	Jugend-und Sozialamt Frankfurt a.M.	Berliner Str. 33-35 60311 Frankfurt a.M.	069-21231587		andreas.koehler.amt51.@stadt-frankfurt.de
Kolle	Anja	Sozialplanung Stadt Flensburg	Rathausplatz 1 24931 Flensburg	0461-851241	0461-852726	soziales@flensburg.de

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Krampitz	Lars-Peter	bwp QM Boxhagener Platz	Warschauer Str. 46 10243 Berlin	030-2346555		info@bwp-berlin.de
Kranz	Anna	Projektbüro Düren	Friedenstr. 2b 52351 Düren	02421-971773		projektbuero-ost.dueren@t-online.de
Kraus	Armin	Stadt Braunschweig	Eiermarkt 4-5 38100 Braunschweig	0531-4703070		armin.kraus@braunschweig.de
Kreipner	Franziska	Caritasverband Diakonisches Werk	Kirschenallee 180 64293 Darmstadt	06151-895727	06151-898195	
Kressler	Heike	Projekte e.V.	Wissmannstr. 45 12049 Berlin	030-62706866	030-62706867	info@projekte-ev.de
Krönauer-Ratai	Dr. Angela	Gesundheitsamt Bremerhaven	Wurster Str. 49 27580 Bremerhaven	0471-5902422		angela.kroenauer-ratai@magistrat.bremerhaven.de
Kruse	Dr. Katja	Stadtverband Saarbrücken	Postfach 103055 66030 Saarbrücken	0681-5065139		katja.kruse@svsbr.de
Kummel	Norma	Gesundheit Berlin e.V.	Straßburger Str. 56 10405 Berlin	030-44319066	030-44319083	kummel@gesundheitberlin.de
Kümmel	Volker	Kreisjugendamt Neunkirchen	Wilhelm-Heinrich-Str. 36 66564 Ottweiler	06824-906189		v.kuemmel@landkreis-neunkirchen.de
Kunkel	Hajo	Stadtverwaltung Mainz	Kaiserstrasse 3-5 55116 Mainz			hajo.kunkel@stadt.mainz.de
Lamberty	Dr. Thomas	Gesundheitsamt St. Wendel	Mommstr. 25a 66606 St. Wendel	06851-801376		vera.schmidt@lkwnd.de
Langmesser	Thomas	Stadt Heiligenhaus	Postfach 100553 42570 Heiligenhaus	02056-922491		t.langmesser@t-online.de
Laubmann	Gabriele	Tannenhof-Schule/Drogenhilfe Tannenhof e.V.	Mahlower Str. 23/24 12049 Berlin			g.laubmann.ts@tannenhof.de
Law	Brigitte	Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin	Oranienstr. 106 10969 Berlin	030-90281334		brigitte.law@lageso.verwalt-berlin.de
Lenger	Stefanie	Evangelisches Jugendhilfzentrum Godesheim	Oxfordstr. 12 53111 Bonn			pgier@ggmbh.de
Lewin	Dr. Hans-Ulrich	KJGD BA Treptow-Köpenick	Südozialallee 134 12487 Berlin	030-61724701	030-61726703	
Liesaus	Dr. Eberhard	Sozialdezernat Amtsarzt	Ägidienstr. 24 37308 Heiligenstadt	03606-650300		dr_lieraus@lk-eichsfeld.de

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Luber	Prof. Dr. Eva	Hochschule Magdeburg Stendal	Breitscheidstr. 2 39114 Magdeburg	0391-8864292		
Majewski	Brigitte	Institut für Jugendhilfe der Stadt Duisburg, Arbeitskreis Frühförderung	Heckenstraße 22 47049 Duisburg			institut-jugendhilfe@stadt-duisburg.de
Markert	Elke	Fachteam Kinderschutz im Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg	Ohlauerstr. 41 10999 Berlin			lHaase@t-online.de
Marquardt	Karin	Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock	Georg-Str. 9 18055 Rostock			angelika.baumann@rostock.de
Mehlin	Marco	Stadtteilbüro Westhagens	Dessauer Str. 22 38444 Wolfsburg	05361-779559	05361-779560	info@westhagens.de
Meier	Sarah	QM Celle-Neustadt	Neustadt 63 29225 Celle	05141-901516		sarah.meier@web.de
Menke	Gerhard	Freie Hilfe Berlin	Osloer Str. 80 13359 Berlin	0163-2387926		gerhardmenke@web.de
Moeller	Wolfgang	Landratsamt Jugendamt Halberstadt	Fr.-Ebert-Str. 42 38820 Halberstadt	03941-577328	03941-577330	w.moeller@landkreis.halberstadt.de
Moritz	Bärbel	Büro „Soziale Stadt“ Ebersbach-Oberland	Sachsenstr. 36 02730 Ebersbach/Sa.	03586-369743		soziale-stadt@web.de
Nießen	Dr. Johannes	Freie und Hansestadt Hamburg	Jessenstr. 19 22767 Hamburg	040-428113023	040-420113078	johannes.niessen@altona.hamburg.de
Nowak	Inge	Stadt Monheim und AWO-Kreisverband - Niederrhein (Trägerverbund)	Grünauer Str. 2 40789 Monheim a. Rh.			INowak@monheim.de
Oefner	Dr. Gabriele	Gesundheitsamt Kassel	Obere Königsstr. 3 34112 Kassel	0561-7875371		gabriele.oefner@stadt-kassel.de
Otten	Anneke	Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften	Wilschenbrucherweg 84a 21336 Lüneburg			deneke@fhnon.de
Paul	Ute	Präventionsteam Kinderschutz BB	Ohlauer Str. 41 10999 Berlin			
Peetz	Eva-Maria	Noris-Arbeit (NoA)	Welserstr. 43 90489 Nürnberg	0911-5863300	0911-5863350	evamaria-peetz@yahoo.de
Peral Ruiz	Consuelo	Soziale Stadterneuerung Gießen	Berliner Platz 1 35390 Gießen	0641-3061267		cperalruiz@giessen.de

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Peral Ruiz	Carmen	Spanisch-Deutscher Kindergarten Alegria	Mohenstr. 7 10117 Berlin	030-20917980	030-20917981	kiga.algeria@gmx.de
Pieczkowski	Joachim	Bezirksamt Reinickendorf	Eichborndamm 213-239 13437 Berlin	030-41926064	030-41926007	jugplan.rdf@web.de
Pieper	Detlef	Landesjugendamt Brandenburg	Postfach 1165 16311 Bernau	03338-701801	03338-701802	detlef.pieper@lja.brandenburg.de
Pinto	Eric					
Plass	Horst	Landesjugendamt Thüringen	Linderbacher Weg 30 99099 Erfurt	0361-3788410		hplass@lasfef.thueringen.de
Pöhlmann	Monika	Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg / Gesundheitstreffpunkt Südstadt	Glockenhofstraße 24-26 90478 Nürnberg			monikapoehlmann@t-online.de
Preusser	Norbert	Amt für soziale Arbeit Wiesbaden	Dotzheimer Str. 97/99 65197 Wiesbaden	0611-312661	0611-313998	norbert.preusser@wiesbaden.de
Puppe	Helga	Gesundheitsamt Potsdam	Fr.-Ebert-Str. 79/81 14469 Potsdam	0331-2892365	0331-2892353	helga.puppe@rathaus.potsdam.de
Rasche	Dr. Sabine	Gesundheitsamt Flensburg	Norderstraße 58-60 24939 Flensburg	0461-852649		h.rasche@t-online.de
Reiter	Sylvia	BA Neukölln Jugendamt	Blaschkoallee 32 12359 Berlin	030-68092004		sylvia.reiter@ba-nkn.verwalt-berlin.de
Rennert	Hans-Georg	Kommunales Forum Wedding e.V.	Wiesenstr. 29 13357 Berlin	030-46507355		kom.forum.rennert@web.de
Rieck	Dr. Renate	Region Hannover	Hildesheimer Str. 20 30169 Hannover	0511-9838613		renate.rieck@region-hannover.de
Risk	Regina	Landkreis Wittenberg Jugendamt	Breitscheidstr. 3 06886 Wittenberg	03491-454412		iris.thimm@landkreis.wittenberg.de
Röder	Matthias	Jugendamt Main-Kinzig-Kreises	Eugen-Kaiser-Str. 9 63450 Hanau	06181-2922485		michael.lindner@mkk.de
Savelsberg	Nicole	Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Bismarckstr. 16 52348 Düren	02421-222696		n.savelsberg@kreis-dueren.de
Sch.-Petcke	Angelika	JC-Heimfeld	21075 Hamburg	040-79142378		
Schäfer	Benedict	Sozialdezernat St. Wendel	Mommstr. 25a 66606 St. Wendel	06851-801376		vera.schmidt@lkwnd.de

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Schaffeld	Werner	Jugendamt Hamburg-Mitte	Billstedter Hauptstr. 12 Hamburg	040-428547541		werner.schaffeld@hamburg-mitte.hamburg.de
Scharnweber	Inge	Landkreis Ostprignitz-Ruppin Dezernat Gesundheit	Virchowstr. 14-16 16816 Neuruppin			
Schiffmann	Werner	Bezirksamt Mitte	Müllerstr. 146 13341 Berlin	030-200943028		werner.schiffmann@ba-mitte.verwaltungs-berlin.de
Schneider	Dr. Barbara	Stadtgesundheitsamt Offenbach	Dreieichring 24 63067 Offenbach	069-80652901		barbara.schneider@offenbach.de
Schober	Alexander	Gemeinde Schwabach	Ensdorfer Str. 2a Schwalbach	0170-7388584		alexanderschober@t-online.de
Schock	Bärbel	Jugendwerk Aufbau Ost e.V.	Golliner Str. 8 12689 Berlin			jugendwerk@kunde.inter.net
Schoof	Dr. Andreas	Gesundheitsamt Hamburg Elmsbüttel	Grindelberg 66 20139 Hamburg	040-428013376	040-427903376	andreas.schoof@elmsbuettel.hamburg.de
Schröder	Uta	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen	Carl-August-Allee 1 99423 Weimar	03643-59223		info@agethur.de
Schröter	Brigitta	Gesundheitsamt Frankfurt Oder	Leipziger Str. 53 15232 Frankfurt Oder	0335-5525307	0335-5525300	brigitta.schroeter@frankfurt-oder.de
Schubert	Dr. Karoline	Gesundheitsamt	Fr.-Ebert-Str. 19a 04109 Leipzig	0341-1236765		kschubert@leipzig.de
Schubert	Ursula	Jugendamt Marzahn-Hellersdorf	Riesnerstr. 94 Berlin	030-902934494		
Schubert	Rainer	Stadt Braunschweig	Hamburger Str. 226 38114 Braunschweig	0531-4707003		rainer.schubert@braunschweig.de
Schubert	Gisela	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Berlin	Widderstr. 18 12059 Berlin	030-62705954		
Schubert	Dieter					
Schulze-Borges	Dr. Gabriele	Region Hannover	Hildesheimer Str. 20 30169 Hannover	0511-9838613		gabriele.schulze-borges@region-hannover.de
Schumann	Dr. Eike	Gesundheitsamt Augsburg	Hoher Weg 8 86152 Augsburg	0178-5098199		eikeschumann@aol.com
Schwab	Hermann	Stadt Osnabrück	Natruper-Tor-Wall 2 49076 Osnabrück	0541-3234428	0541-323154428	schwab@osnabrueck.de

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Schwarz	Günter	Stadt Aachen Jugendamt	Adalbertsteinweg 59 52070 Aachen	0241-4325100	0241-4325737	guenter.schwarz@mail.aachen.de
Schweele	Sabine	BA Friedrichshain-Kreuzberg	Frankfurter Allee 35-37 10216 Berlin	030-23244392		sabine.schweele@ba-fk.verwalt-berlin.de
Schwertmann-Nikolay	Hildegard	Landkreis Osnabrück, Fachdienst Gesundheit	Am Schölerberg 1 49082 Osnabrück			langef@lkos.de
Seidl	Alexandra	Frauen für Frauen e.V.	Hahnenstr. 47 71634 Ludwigsburg			info@frauenfuerfrauen-lb.de
Siebraht	Ulrike	KOMPLAN	Kanalstr. 64 28552 Lübeck	0451-7020999		ulrike.siebraht@web.de
Sigusch	Kathrin	Stadtverwaltung Erfurt	Turniergasse 17 99084 Erfurt	0361-6551755		gesundheitsamt@erfurt.de
Sommer	Peter	Jugendamt Mannheim	Holzbauerstr. 6-8 68167 Mannheim	0621-2939150		peter.sommer@mannheim.de
Städtler	Hermann	Fridtjof-Nansen-Schule (GS)	Fridtjof-Nansen-Schule (GS) 30179 Hannover			h.staedtler@sl-media.de
Stahlberg	Dr. Annelore	Gesundheitsamt HAST Stralsund	Knieperdamm 3a 18435 Stralsund	03831-379427		gesundheitsamt@stralsund.de
Stankewitz	Manfred	Stadt Dortmund	Südwall 2-4 44122 Dortmund	0231-5025758		manfred.stankewitz@stadtdo.de
Steege	Petra	Stadtteilbüro Birkenstrasse	Birkenstr. 54 40233 Düsseldorf	0211-6999639		petra.steege@stadt.duesseldorf.de
Steiner	Hans	Freiburg im Breisgau	Rathausplatz 2-4 79100 Freiburg i. Breisgau	0761-2013016	0761-2013098	steinha@stadt.freibugr.de
Strack	Angela	Amt für Kinder, Jugend und Familie - Bonn	Siemensstr. 248 53121 Bonn			KGS-Kettelerschule@t-online.de
Straub	Klaus-Harald	BA Friedrichshain-Kreuzberg	10216 Berlin	030-23244620		klaus-harald.straub@ba-fk.verwalt-berlin.de
Strutwolf	Volkhardt	Magistrat der Stadt Kassel, Jugendamt	Obere Königsstr. 8 34112 Kassel	0561-7877052		jugendamt@stadt-kassel.de
Syring	Volker	Förderverein Schutzengel e.V.	Lerchenstr. 4-6 24939 Flensburg			vsyring@adelby.de
Tabery	Stefan	Drogenhilfe Schwaben e. V.	Johanes-Rösle-Str. 6 86152 Augsburg			streetwork@drogenhilfeschwaben.de

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Taube	Christine	BA Mitte von Berlin	Reinickendorfer Str. 60b 13347 Berlin	030-200946131		
Teigky	Jenny	Universität Osnabrück QM Belm	Seminarstrasse 19a/b 49069 Osnabrück	0541-9694895		jteigky@web.de
Tempel	Marion	QM Vicelinviertel Neu- münster	Vicelinstr. 23 24534 Neumünster	04321-250225		quartiersmanagement@awo-neumu- enster.de
Tritschel- Schuette	Christa	Stadtjugendamt Arnsberg	Rathausplatz 1 59759 Arnsberg			Ch.Tritschel-Schuette@arnsberg.de
Truglowski	Kathrein	Stadt Duisburg	Kuhstr. 6 47051 Duisburg	0203-2833662		
Vienken	Elke	Stadt Karlsruhe Sozial- und Jugendbehörde	Rathaus West 76133 Karlsruhe	0721-1335410		peter.stieglbauer@sjb.karlsruhe.de
Vojinovic	Michailo	Stadt Bad Fallingborstel QM	Schillerstraße 40 29683 Bad Fallingborstel	05162-901217		
Volk	Antonia	Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg	John-F.-Kennedy-Platz 10820 Berlin	030-75606152	030-75602116	volk@ba-temp.verwalt-berlin.de
Völkner-Stre- tefeld	Petra	Gesundheitsamt Kreisaus- schuss Marburg-Bieden- kopf, Arbeitskreis Jugend- pflege	Schwanallee 23 35037 Marburg			gesundheitsamt@marburg-bieden- kopf.de
Wahl	Anna	Städt. Gemeinschaftshaupt- schule Aretzstraße	Aretzstraße 10-20 52070 Aachen			HauptschuleAretzstrasse@t-online.de
Walter	Martina	AspE e.V.	Erlanger Str. 7 12053 Berlin	030-6243369	030-74768474	aspe.berlin@t-online.de
Walter-Grö- ger	Andrea	AspE e.V.	Erlanger Str. 7 12053 Berlin	030-6243369	030-74768474	aspe.berlin@t-online.de
Wannicke	Achim	Kinderakademie Sterntaler	Kantstr. 61 10627 Berlin	030-32704994	030-32704996	info@kinderakademie.de
Weber	Regina	Haus der Zukunft	Lüssumer Heide 6 28777 Bremen	0421-36179295		
Weber	Ralf	Kreisjugendamt Saarlouis	Prof.-Notton-Strasse 66740 Saarlouis	06831-444220	06831-444600	amt51-jhp@kreis-saarlouis.de
Wegner	Dr. Robert E.	Gesundheitsamt Köln	Neumarkt 15-21 50667 Köln	0221-22124786		kindergesundheit@web.de

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Weihmann	Bärbel	Landkreis Oberspreewald Lausitz	Dubinaweg 1 01968 Senftenberg	03541-8705141		foerderung@osl-online.de
Weiß	Sigrid	Deutsche Guttempler-Orden IOGT Destrikt Berlin-Bran- denburg	Wildenbruchstr. 80 12045 Berlin	030-68237621	030-6615552	
Wendt	Dieter	Gemeinde Trappenkamp	Am Markt 3 24610 Trappenkamp	04323-914145		dieterwendt@hotmail.com
Wiesemann- Wagenhuber	Michael	Frecher Spatz e.V.	Kirchstr. 2 Berlin	030-3918581	030-39908853	wagenhuber@t-online.de
Willms	Dr. Judith	BA Mitte von Berlin	Reinickendorfer Str. 60a 13347 Berlin	030-200945183		
Wistuba	Petra	Landkreis Wittenberg Ju- gendamt	Breitscheidstr. 3 06886 Wiitenberg	03491-454412		iris.thimm@landkreis.wittenberg.de
Witzel	Thomas	LAG Soziale Brennpunkte Hessen e.V.	Moselstr. 25 60329 Frankfurt a.M.	069-2578280	069-25782855	lagsb@aol.com
Wöllenstein	Heike	AOK-Bundesverband	Kortrijker Str. 1 53177 Bonn	0228-843311		heike.woellenstein@bv.aok.de
Wulfert-Voigt	Christa	Landkreis Osnabrück, Fach- dienst Gesundheit	Am Schölerberg 1 49082 Osnabrück			langef@lkos.de
Zirkel	Christof	Mann-O-Meter e.V. Info- und Beratungszentrum für Schwule	Bülowstraße 106 10783 Berlin			info@mann-o-meter.de
Brocke	Hartmut	Stiftung SPI	Müllerstr. 74 13449 Berlin	030-4597930	030-45979366	regiestelle@eundc.de
Riesling- Schärfe	Dr. Heike	Stiftung SPI	Nazarethkirchstr. 51 13447 Berlin	030-4579860	030-45798650	regiestelle@eundc.de
Meyer	Sabine	Stiftung SPI	Nazarethkirchstr. 51 13447 Berlin	030-4579860	030-45798650	regiestelle@eundc.de
Lück	Dorette	Stiftung SPI	Nazarethkirchstr. 51 13447 Berlin	030-4579860	030-45798650	regiestelle@eundc.de
Schwarz	Rainer	Stiftung SPI	Nazarethkirchstr. 51 13447 Berlin	030-4579860	030-45798650	regiestelle@eundc.de
Hemme	Andreas	Stiftung SPI	Nazarethkirchstr. 51 13447 Berlin	030-4579860	030-45798650	regiestelle@eundc.de

Name	Vorname	Institution	Adresse	Tel	Fax	Email
Munko	Stefan	MNS				
Herrmann	Lars	MNS				
Peter	Jörg	MNS				
Nickel	Florian	MNS				
Varahram	Maryam	MNS				

Liste der Referent/innen am 2. Fachforum Gesundheit – 30. Juni bis 1. Juli 2003 in Berlin

Name	Vorname	Institution	Adresse	email	Telefon
Altgeld	Thomas	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.	Fenskeweg 2 30165 Hannover	thomas.altgeld@gesundheit-nds.de	05113505595
Apitz	Rosmarie	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung	Am Propsthof 78 a 53123 Bonn	rosmarie.apitz@bmgs.bund.de	018884413132
Böhme	Karin	Hansestadt Greifswald Regionalstelle für Suchtvorbeugung und Konfliktbewältigung (RSK)	Anklamer Str. 15/16 17489 Greifswald	rsk-greifswald@t-online.de	03834510356
Coßmann	John	Therapiezentrum Berlin e.V.	Habsburger Straße 9 10781 Berlin	cossmann@therapiezentrum-berlin.de	0308522478
Deneke	Christiane	Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften Lüneburg	Wilschenbrucherweg 84a 21335 Lüneburg	deneke@fhnon.de	04131677965
Geene	Dr. Raimund	Gesundheit Berlin e.V. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung	Straßburger Str. 56 10405 Berlin	geene@gesundheitberlin.de	03044319060
Horcher	Georg	Stadt Rostock, Jugendamt	Neuer Markt 3 18055 Rostock	georg.horcher@rostock.de	03813812500
von dem Knesebeck	Dr. Monika	BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Ostmerheimer Str. 220 51109 Bonn	knesebeck@bzga.de	02218992266
Kolbe	Martina	Landesvereinigung für Gesundheit, Land Sachsen-Anhalt	Bandwikerstr. 12 39114 Magdeburg	martina.kolbe@onlinehome.de	03918364111
Luig-Arnt	Helene	Büro für Stadtteilmanagement Flensburg-Neustadt	Schulgasse 10 24939 Flensburg	fb4-schulgasse@foni.net	0461851270
Meinlschmidt	Prof. Dr. Gerhard	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Abt. IIa	10969 Berlin	gerhard.meinlschmidt@sengsv.verwalt-berlin.de	03090282660
Mielck	Dr. Andreas	GSF - Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit	Postfach 1129 85758 Neuherberg	mielck@gsf.de	08931874460
Möbes	Hartwig	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Rochusstr. 8 - 10 53107 Bonn	hartwig.moebes@bmfsfj.bund.de	02289302837
Papies-Winkler	Ingrid	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg	Urbanstr. 24 10967 Berlin	gespl@ba-fk.verwalt-berlin.de	03074765338
Peters	Jan	VSP - Verbund für Soziale Projekte e.V., Jugendhilfestation Stralsund	Wasserstr. 18 18439 Stralsund	vsp.stralsund@t-online.de	03831494003

Name	Vorname	Institution	Adresse	email	Telefon
Plümer	Klaus	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Gesundheitsförderung und Management	Auf'm Hennekamp 70 40225 Düsseldorf	pluemmer@mail.foeog.nrw.de	02113109640
Pott	Dr. Elisabeth	BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln	pott@bzga.de	022189920
Schreiner-Kürten	Karin	AOK Bundesverband	Kortrijker Str. 1 53177 Bonn	karin.schreiner-kuerten@bv.aok.de	0228843680
Spatz	Johannes	Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin, Gesundheit 21, Jugend, Gesundheit und Umwelt	Bergstr. 90 12154 Berlin	johannes.spatz@berlin.de	03063214703
Staschek	Barbara	Kinder- und Familienzentrum Barmbek-Süd, Supervisorin	Gehrenrode 5 37581 Bad Gandersheim	info@staschek.com	051835609
Stender	Klaus-Peter	Gesunde-Städte-Netzwerk, Behörde für Umwelt und Gesundheit	Tesdorfstr. 8 20148 Hamburg	klaus-peter.stender@bug.hamburg.de	040428482216
Stieglbauer	Peter	Stadt Karlsruhe Rathaus West, Sozial- und Jugendbereich	76133 Karlsruhe	peter.stieglbauer@sjb.karlsruhe.de	07211335410
Stöver	PD Dr. Heino	Universität Bremen, FB 06	PF 330440 28334 Bremen	heino.stoever@uni-bremen.de	04212183173
Struzyna	Karl-Heinz	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Referat 511, Kinder- und Jugendhilfe	Taubenstr. 42/43 10117 Berlin	karl-heinz.struzyna@bmfsfj.bund.de	030206551922
Trabert	Prof. Dr. Gerhard	Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule	Bahnhofstr. 87 90489 Nürnberg	gerhard.trabert@fh-nuernberg.de	06131870987
Wiederanders	Lutz	Stadt Leipzig, Jugendamt - Abt. Kinder- u. Jugendförderung - SG Straßensozialarbeit	Roßplatz 5/6 4103 Leipzig	lutz.wiederanders@streetwork-leipzig.de	03419604245
Hölling	Heike	Robert Koch- Institut, Berlin,	Seestraße 10 13353 Berlin	HoellingH@rki.de	018887543223
Schenk	Liane	Robert Koch- Institut, Berlin,	Seestraße 10 13353 Berlin	SchenkL@rki.de	018887543447