

E&C-Fachforum
Perspektive: Gesunder Stadtteil
Gesundheitsfördernde Setting-
ansätze und Jugendhilfestrategien
in E&C-Gebieten

Dokumentation der Veranstaltung vom
26. bis 27. Januar 2004 in Berlin

Impressum

Herausgeber:
Regiestelle E&C der Stiftung SPI
Sozialpädagogisches Institut Berlin
„Walter May“
Nazarethkirchstraße 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

Redaktion:
Lisa Kuppler (Wels Productions)

Layout:
MonteVideo Mediadesign

Inhalt:

- 7 Grußwort**
Rosemarie Apitz

- 12 Grußwort**
Hartwig Möbes

- 14 Koproduktion zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) und der Regiestelle E&C – Modell für die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen**
Gisela Marsen-Storz, Andreas Hemme

- 19 Vision gesundheitsfördernder Stadtteil: Eine Einführung und ein Bericht aus der Zukunft**
Prof. Dr. Eberhard Göpel

- 27 Gesundheitsfördernde Settings – Modelle für integrative Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen?**
Thomas Altgeld

- 36 Was muss jemand können, der Gesundheitsförderung im Stadtteil machen will?**
Prof. Dr. Beate Blättner

- 38 Chancengleichheit und Gesundheitsförderung – die EU-Perspektive**
Michael Hübel

- 52 Voneinander lernen – Gemeinsam etwas bewegen! Was macht es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?**
Klaus-Peter Stender

- 57 Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche: (Auch) ein Thema für die Krankenkassen?**
Margot Wehmhöner

- 60 Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen— eine ressortübergreifende Aufgabe**
Prof. Dr. Eva Luber

- 64 Dialog
Stadtentwicklung, Jugendhilfe, Gesundheitsförderung – vergleichbare Ansätze, gemeinsame Ziele**

- 64 Stadtentwicklung**
Dr. Rolf-Peter Löhr

- 66 **Jugendhilfe**
Hartmut Brocke
- 72 **Gesundheitsförderung**
Prof. Lotte Kaba-Schönstein
- 78 **Arbeitsgruppe 1:
Gesundheitsförderung für und mit Kindern
und Jugendlichen: ein Thema für Quar-
tiersmanagement, Gesundheitsdienst und
Jugendhilfe**
- 79 **Ein Platz für Marie – S.T.E.R.N. Berlin**
Birgit Wend
- 82 **Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten,
Nürnberg**
Gisela Bill
- 86 **Pilotprojekt „Evershagen – kinderfreundlicher
Ortsteil“ – stadtteilorientierte, integrierte Ge-
sundheitsförderung im Rahmen des Gesunde
Städte-Projektes der Hansestadt Rostock**
Angelika Baumann
- 88 **Arbeitsgruppe 2:
Familienorientierte Gesundheitsförderung:
Setting Kindertagesstätte**
- 89 **Sozial benachteiligte Kinder in Kitas stärken
und fördern**
Angelika Maasberg
- 91 **Elternorientierte Gesundheitsförderung
in der Kita**
Zeki Caglar
- 93 **Gesunde Kindertagesstätte –
erleben und gestalten**
Uta Schröder
- 95 **Arbeitsgruppe 3:
Schule im Stadtteil: Gesundheitsfördernde
Lebenswelt**
- 96 **Schule im Stadtteil – Gesundheitsfördernde
Lebenswelt: Beispiele zur Gesundheitsför-
derung an der Jens-Nydahl-Grundschule in
Berlin, Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg**
Manuela Seidel
- 101 **Gesunde Schule – Bewegte Schule: Wege
entstehen beim Gehen
Beispiel: Fridtjof-Nansen-Schule in Hannover**
Hermann Städtler

- 106 Vorstellung des Modellprojektes „Stadtteil-Netz Soziale Ökonomie für Kinder, Umwelt und Gesundheit“ in Berlin-Friedrichshain**
Stefan Purwin
- 108 Arbeitsgruppe 4:
Szenen im Stadtteil: Settings für Drogenprävention?**
- 109 Inanspruchnahme von Drogenhilfeangeboten vor dem Hintergrund ordnungspolitischer Ansätze**
Michael Prinzleve
- 131 Arbeitsgruppe 5:
Diversity-Strategien in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung**
- 132 Zusammenfassung der AG**
Petra Rattay
- 134 Umsetzung des Gender Mainstreaming-Ansatzes in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche**
Petra Rattay
- 139 „Ich fühl mich wohl – Gesundheitsförderung von Frauen in benachteiligten Quartieren“**
Christina Hey
- 144 Arabische Gesundheitsberatung**
Ibrahim Yehia
- 145 Integrationsstrategien durch das Quartiersmanagement Magdeburger Platz**
Barbara Ruff
- 149 Ernährungsverhalten von 3- bis 6-jährigen Kindern verschiedener Ethnien im Quartier Soldiner Strasse, Berlin-Wedding**
Anne-Madeleine Bau
- 152 Arbeitsgruppe 6:
Gesunde Städte – solidarische Städte? Auswirkungen des Gesunde-Städte-Netzwerke auf benachteiligte Quartiere**
- 153 Der Gesundheits-Pavillon – Zentrum für Ernährungsberatung in Theorie und Praxis: Ein Modellprojekt für präventive Gesundheitsmaßnahmen in Berlin-Kreuzberg**
Dr. Brigitte Wartmann
- 157 Gesunde Städte – solidarische Städte? Auswirkungen des Gesunde-Städte-Netzwerk auf benachteiligte Quartiere**
Ingrid Papies-Winkler

- 160 Integrationsförderung durch präventive Weiterbildungsangebote – Impulse und Investitionen für ein Zentrum Gesundheitspavillon der Volkshochschule**
Bernd O. Hölters
- 166 Arbeitsgruppe 7: Integrierte Gesundheits- und Jugendhilfeberichterstattung – Planung für Synergie im Stadtteil?**
- 167 Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme**
Prof. Dr. Meinlschmidt
- 168 Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001**
Dr. Dietrich Delekat
- 169 Auf dem Weg zur integrierten Sozialberichterstattung? Analysen auf der Ebene eines Berliner Bezirks (Marzahn-Hellersdorf)**
Dr. Rainer Ferchland
- 172 Integriertes Handlungskonzept in Soziale Stadt- und E&C-Gebieten**
Helene L. Luig-Arlt
- 177 Podiumsdiskussion
Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Thema der Qualifizierung für die Stadtteilarbeit?**
- Moderation: Dr. Raimund Geene,
Gesundheit Berlin e.V.
- Prof. Dr. Beate Blättner,
Fachhochschule Fulda
- Dr. Birgit Hoppe,
Stiftung SPI, Berlin
- Prof. Dr. Gerhard Trabert,
Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule,
Nürnberg
- Prof. Dr. Eva Luber,
Hochschule Magdeburg-Stendal,
Magdeburg
- Prof. Lotte Kaba-Schönstein,
Fachhochschule Esslingen
- 186 Programm**
- 188 Liste der Teilnehmer/innen**

Grußwort

Ich bedanke mich herzlich für die Einladung zur Fachtagung „Perspektive: Gesunder Stadtteil“, die ein wichtiges Thema aufgreift, und überbringe Ihnen die Grüße des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Gern werde ich Sie heute über die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung informieren.

Beim Thema Gesundheitsförderung und Prävention sind sich alle einig: Das deutsche Gesundheitswesen soll wesentlich stärker als bisher auf die Vermeidung von Erkrankungen ausgerichtet werden. Hierfür gibt es gute Gründe: Die demographische Entwicklung, die steigende Lebenserwartung, aber auch die Lebensumstände, die sich bei vielen Bürger/innen verändert haben, werden in absehbarer Zeit zu einem erhöhten Behandlungs- und Pflegebedarf führen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf chronische Erkrankungen. Damit unsere sozialen Sicherungssysteme, aber auch die gesamte Zivilgesellschaft in Deutschland, von dieser Entwicklung nicht überfordert werden, sondern leistungsfähig bleiben, ist eine grundsätzliche Neuausrichtung zur Vermeidung von Erkrankungen bzw. ihrer Chronifizierung erforderlich. Für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bedeutet dies, Prävention zur eigenständigen Säule neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege auszubauen.

Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, heißt:

- grundsätzlich die Gesundheit erhalten,
- die Entstehung von Krankheiten verhindern,
- Krankheiten frühzeitig erkennen,
- Krankheiten bewältigbar machen,
- Beschäftigungsfähigkeit erhalten,
- vorzeitige krankheitsbedingte Verrentung verhindern,
- Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. hinauszögern.

Paradigmenwechsel

Eine grundsätzliche Neuausrichtung des Gesundheitswesens und anderer gesellschaftlicher Bereiche ist dazu jedoch erforderlich. Ein Paradigmenwechsel weg von der reinen „Reparaturmedizin“ hin zu einer ganzheitlichen Medizin mit Prävention und Gesundheitsförderung ist überfällig. Deshalb müssen Prävention und Gesundheitsförderung aufgewertet und ausgebaut werden. 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.

Gemeinschaftsaufgabe

Prävention und Gesundheitsförderung dienen nicht nur dem Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung. Für die Sozialversicherungsträger verringern sich langfristig die Leistungsausgaben, wenn der Eintritt des „Versicherungsfalls“ verhindert werden kann. Dies gilt gleichermaßen für die gesetzliche Krankenversicherung wie für die gesetzliche Renten-, die Unfall- und die Pflegeversicherung. Trotzdem trägt die gesetzliche Krankenversicherung innerhalb der Sozialversicherungszweige derzeit die Hauptlast der Prävention und Gesundheitsförderung. Auch dies ist eine Schiefelage, die es zu beseitigen gilt. Prävention und Gesundheitsförderung müssen von allen genannten Sozialversicherungsträgern als gemeinschaftlich zu bewältigende Aufgabe begriffen werden. Alle, die davon profitieren, müssen sich beteiligen und ihren Beitrag leisten.

Aufgaben des Bundes

Dies gilt auch für den Bund, der bereits jetzt einen erheblichen Beitrag leistet, u.a. durch Forschung, Förderung von Modellprojekten sowie durch institutionalisierte Information und qualitätsgesicherte gesundheitliche Aufklärung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Schaffung von Datengrundlagen durch die Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene durch das Robert-Koch-Institut.

Vernetzung/Strukturen

Jetzt gilt es, die zahlreich vorhandenen Aktivitäten von Bund, Ländern, Gemeinden, Sozialversicherungsträgern und der Zivilgesellschaft besser zu organisieren und zu vernetzen. Es braucht Strukturen, die es ermöglichen, dass die Entwicklung prioritärer Präventionsziele, die Umsetzung vor Ort und die Begleitung durch geeignete Kampagnen Hand in Hand gehen. Auch muss dafür gesorgt werden, dass Präventionsmaßnahmen von Beginn an in zufriedenstellender Qualität erbracht werden. Der Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung ist somit eine Herausforderung für die gesamte Zivilgesellschaft: den Einzelnen wie den Arbeitgeber, den gesundheitsbezogenen Verein oder die Selbsthilfegruppe, die Sozialversiche-

Träger sowie die staatlichen Ebenen.

Präventionsgesetz/Rahmenbedingungen

Dem Bund kommt insbesondere die Aufgabe zu, die Rechtslage so zu verändern, dass Aufbau und Ausbau präventiver Strukturen auf allen Ebenen und mit allen beteiligten Akteuren ermöglicht werden. Die Bundesregierung wird daher zur Stärkung der Prävention in Deutschland ein „Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung“ in den Deutschen Bundestag einbringen. Damit erfüllt sie zum einen die Koalitionsvereinbarung vom Beginn der Legislaturperiode im Oktober 2002. Zum anderen folgt sie damit dem Beschluss des Bundestages vom 26.09.2003, innerhalb eines Jahres den Entwurf eines Präventionsgesetzes vorzulegen.

Nach dem Beschluss des Bundestages sollen die Krankenkassen zur Förderung von Maßnahmen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung stärker zur Kooperation untereinander und mit anderen Beteiligten verpflichtet werden. Das entscheidende Stichwort ist hierbei Kooperation. Es gilt, die vielen Akteure, die bereits erfolgreich arbeiten und dabei teilweise Erstaunliches geleistet haben, in Kontakt miteinander zu bringen und Wege für Kooperationen aufzuzeigen und wo nötig zu ebnen.

Lebensweltorientierung

Als Instrument einer Ausrichtung aller Präventionsakteure auf gemeinsame Präventionsziele soll der Bundestag künftig periodisch einen „Nationalen Präventionsplan“ verabschieden. Zur Zielorientierung gehört, die Menschen dort abzuholen, wo sie sind. Dies gelingt am besten in den Lebenswelten wie Schule, Arbeitsplatz, Betrieb, Stadt bzw. Stadtteil etc. Neben den individuellen Leistungen der Prävention sollen deswegen verstärkt Projekte gefördert werden, die den Setting-Ansatz der WHO verfolgen und mehr Gesundheit in die Lebenswelten hineinbringen, indem sie die Menschen dabei unterstützt, in ihrer Lebenswelt eine gesundheitsförderliche Entwicklung einzuleiten. Dazu gehören Maßnahmen, die sich auf den Einzelnen und auf die Strukturen der Lebenswelt beziehen. Solche Prozesse tragen dazu bei, dass alle mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit, aber auch für die Gesundheit in ihrer Lebenswelt übernehmen. Für den Bereich der lebensweltorientierten Leistungen soll ein Gemeinschaftsfonds geschaffen werden, in den alle Sozialversicherungszweige einzahlen und aus dem Projekte nach dem Setting-Ansatz gefördert werden.

Dies sieht auch der Bundestagsbeschluss vor. Wenn wir ernsthaft dem Setting-Ansatz folgen wollen, wenn wir Menschen in ihren

Lebenswelten dazu befähigen wollen, ihr eigenes Leben, aber auch ihre Lebenswelt gesundheitsförderlicher zu gestalten, dann brauchen wir einen solchen Gemeinschaftsfonds. Nur durch einen solchen Fonds kann sichergestellt werden, dass die Aktivitäten nicht von Partikularinteressen geleitet werden, sondern sich am Bedarf vor Ort orientieren. Es versteht sich von selbst, dass über die Mittelverwendung in einem solchen Fonds von denen entschieden wird, deren Gelder in ihn einfließen.

Qualität

Die Verwendung von öffentlichen Mitteln und Beiträgen der Versicherten lässt sich nur für Maßnahmen rechtfertigen, deren Nutzen prinzipiell nachgewiesen und deren qualitätsgesicherte Erbringung gesichert ist. Wir haben hier mit dem geplanten Präventionsgesetz die Chance, Qualitätssicherung von Anfang an zu verankern. Dafür sind verbindliche Kriterien der Evidenzbasierung und der Qualitätssicherung nötig.

Definitionen

Der Bundestagsbeschluss sieht auch vor, dass das Gesetz für einheitliche Definitionen der Prävention und Gesundheitsförderung sorgt. Dies ist lange überfällig. Die Begriffe in den einzelnen Sozialgesetzbüchern müssen vereinheitlicht werden. Primäre Prävention muss bei der Unfallversicherung die gleiche Bedeutung haben wie bei der Pflegeversicherung. Dies ist allerdings nicht zu verwechseln mit der vielfach befürchteten Vereinheitlichung der Aufgabefelder. Diese würde angesichts der Komplexität der Präventionsfelder in den jeweiligen Zuständigkeiten keinen Sinn machen und ist daher nicht vorgesehen.

Kampagnen/Stiftung

Über achtzig Prozent der Deutschen sind davon überzeugt, dass Gesundheit das wichtigste Gut in ihrem Leben ist. Die Lebensweise vieler Menschen steht jedoch im Widerspruch zu dieser Überzeugung. Sie bewegen sich zu wenig, sie essen zu viel und zu fett, sie rauchen und trinken zu viel Alkohol. Daraus folgt – neben dem persönlichen Leid durch spätere Erkrankungen – eine große Belastung für die Sozialversicherungssysteme. Mit bundesweiten, zielgruppenspezifischen und kooperativ organisierten Kampagnen soll bei allen Bürger/innen das Bewusstsein für die eigene Verantwortung geschärft werden. Jeder kann dazu beitragen, dass er gesund ist und auch gesund bleibt. Dies gilt es zu vermitteln. Hierzu soll es – natürlich auf der Grundlage der Präventionsziele – abgestimmte Kampagnen geben. Für diese und andere Aufgaben ist im Rahmen des

Präventionsgesetzes die Errichtung einer Bundesstiftung geplant, die im Zusammenhang mit dem Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung zu sehen sein wird.

Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung

Das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Prävention lässt sich selbstverständlich nur schwer per Gesetz schärfen. Um dieses wichtige präventive Feld dennoch bestellen zu können, hat Frau Bundesministerin Schmidt daher bereits im Sommer 2002 das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung gegründet. Gemeinsam mit rund vierzig Verbänden und Organisationen wurde dieses Forum ins Leben gerufen. Inzwischen hat es über 65 Mitglieder. Dazu zählen nicht nur wichtige Institutionen und Verbände aus dem Gesundheitswesen, sondern es sitzen auch andere für die Prävention relevante Organisationen und Ressorts (u.a. auch das BMFSFJ) mit am Tisch, darunter auch Vertreter der Länder, der Bildung, des Sports, der Städte und Gemeinden.

Das ist in unserem Gesundheitswesen 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. Die Arbeitsgruppen des Forums befassen sich mit Settings und Zielgruppen.

Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen

Last but not least fordert der Bundestagsbeschluss, dass bei der Ausgestaltung des Gesetzes sozialen, regionalen und zielgruppenspezifischen Erfordernissen Rechnung getragen werden soll. Besonders die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, die bereits jetzt im § 20 des SGB V verankert ist, wird auch im Rahmen des Präventionsgesetzes eine wichtige Rolle spielen. Aber auch andere Zielgruppen sind für uns wichtig: Was brauchen Arbeitnehmer/innen? Welche Präventionsangebote sind besonders für Frauen, Männer oder Kinder zu entwickeln? Hier gilt es, das Gesetz so auszugestalten, dass die Organisation der Leistungserbringung bereits die Auswahl von relevanten Zielgruppen ebenso wie die Berücksichtigung sozialer oder regionaler Gesichtspunkte erleichtert und bedarfsgerecht erfolgen kann.

So weit der Bundestagsbeschluss. Am Entwurf für das Präventionsgesetz wird derzeit im BMGS unter Hochdruck gearbeitet. Die Beteiligung der relevanten Fachverbände, vorrangig das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung, soll dabei selbstverständlich gewährleistet werden.

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird mit Sicherheit zu den prioritär anzugehenden Präventionszielen gehören, davon können wir, denke ich, ausgehen. Es muss früh damit begonnen werden, bei Kindern und Jugendlichen ein Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln, damit sie als Erwachsene lange gesund bleiben. Die Ergebnisse der kürzlich veröffentlichten WHO-Studie „Health Behaviour of School-aged Children“ zeigen für deutsche Kinder zwischen 11 und 15 Jahren jedoch Befunde, die uns nachdenklich stimmen müssen:

- Bei einem Drittel der befragten Kinder und Jugendlichen lässt sich aus den Angaben ableiten, dass sie entweder über- oder untergewichtig sind.
- Ebenfalls ein Drittel der Kinder und Jugendlichen nimmt entweder kein Frühstück zu sich oder frühstückt nur unregelmäßig.
- Zwei Drittel der Jungen und drei Viertel der Mädchen erfüllen nicht die Standards optimaler körperlicher Aktivität, nämlich an fünf oder mehr Tagen der Woche sechzig Minuten körperlich aktiv zu sein.
- 13 Prozent trinken regelmäßig Alkohol, 15 Prozent rauchen und bereits 10 Prozent der befragten Jungen und Mädchen geben an, regelmäßig mit Cannabis in Kontakt zu sein.

Wir wissen, dass bereits in der Kindheit das Gesundheitsverhalten in wesentlichen Teilen festgelegt wird. Wer sich bereits als Kind nicht gut ernährt, sich zu wenig bewegt oder keinen angemessenen Umgang mit Suchtmitteln erlernt, wird dies ins Erwachsenenalter mitnehmen und ist dann anfälliger für Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Krebs oder andere chronische Erkrankungen. Dies kann und muss durch frühzeitige Gesundheitserziehung, Prävention und Gesundheitsförderung beeinflusst werden.

Soziale Benachteiligung

Besonders groß ist die Herausforderung, Lösungsansätze für das Problem sozialer Benachteiligung zu finden. Dies ist aber nicht nur die Aufgabe einzelner Politikbereiche, z. B. der Gesundheitspolitik, hier müssen vielmehr alle Politik- und Gesellschaftsbereiche in Bund, Ländern und Gemeinden an einem Strang ziehen.

Leider sind wir in Deutschland und den meis-

ten anderen Ländern von einer Chancengleichheit oder -gerechtigkeit noch weit entfernt. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Einkommen bzw. sozialer Schicht in Deutschland ist 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.

Soziale Benachteiligungen wirken sich besonders nachhaltig auf die physische und psychische Gesundheit und Entwicklung von Kindern aus. Trotz erheblicher Verbesserungen der Lebensbedingungen und der medizinischen Versorgung haben weniger privilegierte Kinder und Jugendliche immer noch mehr Gesundheitsprobleme. Das äußert sich z. B. durch folgende Punkte:

- 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 leider 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 hat deshalb gemeinsam mit dem BMBF einen bundesweiten Survey für Kinder und Jugendliche initiiert, um Gesundheitsrisiken zu identifizieren und die Grundlagen für gezielte, vor allem präventive Maßnahmen zu verbessern. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Verknüpfung der Daten mit der sozialen Lage. Es wird auch zum ersten Mal versucht, Menschen mit Migrationshintergrund in die Datenerhebung einzubeziehen. Nach einer Pilotphase werden jetzt vergleichbare umfassende Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen vom Robert-Koch-Institut

erhoben. Die Daten werden durch Befragung der Eltern sowie 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, Qualitätssicherung und bei der Nachhaltigkeit. Ich denke, dass diese Veranstaltung dazu beiträgt, Verbesserungen anzustoßen.

Die meisten Präventionsangebote des Gesundheitswesens basieren auf sog. Komm-Strukturen, d. h. sie müssen von den Menschen aktiv aufgesucht und in Anspruch genommen werden. Das stößt jedoch immer wieder auf große Probleme bei Menschen, die dazu nicht in der Lage sind. Es müssen deshalb mehr aufsuchende Hilfen entwickelt werden, niedrigschwellige Angebote, die diesen Menschen den Zugang zu solchen Angeboten erleichtern. Es gibt derzeit gesundheitspolitische Ansätze in Richtung Familiengesundheitsschwester und den sog. präventiven Hausbesuch für die Zielgruppe älterer, noch nicht pflegebedürftiger Menschen. Aber es ist uns allen natürlich klar, dass es hier keine Patentrezepte gibt.

Das heute im Zentrum stehende Ziel, die Stadtentwicklung in den Quartieren und Stadtteilen, die ja auch Settings darstellen, mit dem Gesundheitssektor stärker als bisher zu verbinden, um auch die gesundheitliche Entwicklung sozial benachteiligter, insbesondere junger Menschen, zu verbessern, bietet gute Möglichkeiten zum Abbau sozial bedingter Ungleichheiten bei den Gesundheitschancen. Aber dazu muss es gelingen, insbesondere die sektorübergreifende Zusammenarbeit auf allen Ebenen entscheidend zu verbessern und wenn möglich die jeweiligen Einzelinteressen zurückzustellen. Nur dann besteht die Chance auf entscheidende Fortschritte in der Prävention und Gesundheitsförderung und damit auch bei der Verbesserung der Lebenssituation sozial Benachteiligter.

Wir stehen hier am Anfang einer Entwicklung, die große Chancen in sich birgt. Wir haben die Möglichkeit, Prävention als eigenständige Säule im Gesundheitssystem gesetzgeberisch zu gestalten und gleichzeitig die Bündelung des vorhandenen bürgerschaftlichen Engagements im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung sicherzustellen. Damit kann mehr Prävention und Gesundheitsförderung für alle Bürger/innen unseres Landes Realität werden.

Wir wollen dabei dafür Sorge tragen, dass dies von Anfang an mit einem Höchstmaß an Effizienz, Qualität und Partizipation geschieht.

Wir wollen – auch international – Standards setzen, die gleichermaßen auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse wie auf dem Stand politischer Erkenntnisse und Notwendigkeiten pragmatisch und alltagstauglich sind.

Wir sind uns darüber im Klaren, dass dies nur gelingen kann, wenn alle Kräfte gebündelt werden und sich dem gleichen Ziel verpflichten. Dies gilt für die politischen Ebenen – in Deutschland sind dies Bund, Länder und Gemeinden – ebenso wie für unsere Sozialversicherung mit ihren Zweigen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung, sowie für die gesamte Zivilgesellschaft – von Verbänden über Arbeitgeber bis hin zum Einzelnen, der die Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung annehmen muss.

Wir haben uns ein ehrgeiziges Ziel gesteckt. Und wir wissen, dass wir dieses Ziel nur gemeinsam erreichen können. Daran arbeiten wir.

Grußwort

Ich möchte Sie für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sehr herzlich hier in Berlin begrüßen. Für unser Ministerium als Initiator und Finanzier dieses E&C-Fachforums werden mit der Veranstaltung heute und morgen wichtige konzeptionelle Linien der Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ fortgeführt.

Zum einen sind es die bundesweiten Fachveranstaltungen der Regiestelle E&C. Mit den E&C-Fachforen gelang es der Regiestelle in den letzten Jahren aktuelle Themen der Debatte um eine moderne Jugendhilfe und auf den Stadtteil bezogenen Konzepte der Sozialen Arbeit aufzugreifen und, was mir noch wichtiger erscheint, voranzubringen. Ob es in den letzten Jahren um die effiziente Kooperation von Ämtern und Behörden, integrierte Planungsmodelle und -verfahren, um eine offene und Bildungschancen für alle bereit haltende Schule, um kluge Strategien der Integration von jungen Zuwanderern und Zuwanderinnen oder Lokale Aktionspläne für Demokratie und Toleranz ging, von den E&C-Fachforen gingen Impulse für die Entwicklung von Jugendhilfe, Sozialer Arbeit, Stadtteilentwicklung und Präventionsarbeit aus.

Zum anderen wird mit diesem Fachforum das unserem Ministerium besonders wichtige Thema der Gesundheitsgerechtigkeit für benachteiligte Kinder und Jugendliche erneut aufgegriffen und fortentwickelt. Grundlage dieser Schwerpunktsetzung sind die Feststellungen des 11. Kinder- und Jugendberichts. Die Sachverständigenkommission hebt hierin hervor, dass gesundheitliche Benachteiligungen und Beeinträchtigungen, die sich aus der sozioökonomischen Lage der Familien ergeben, nicht allein mit Jugendpolitik gelöst werden können, sondern von der „... Sozialpolitik im weiteren, Sinne d.h. unter Einschluss der Familien-, Arbeitsmarkt-, Gesundheits-, Bildungs- und Ausbildungspolitik.“ gelöst werden müssen. Auf dem ersten Fachforum zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten im Juni 2002 bestand schnell Einigkeit darüber, dass Befunde und Beobachtungen von Gesundheitswissenschaftler/innen und Ärzt/innen, von Sozialwissenschaftler/innen und Sozialarbeiter/innen, von Stadtteilentwickler/innen und Quartiersmanager/innen eindeutig sind: Kinder, Jugendliche und Familien aus benachteiligten Quartieren sind höheren

Gesundheitsrisiken ausgesetzt, partizipieren weniger von Gesundheitsför- und vorsorge und werden von Gesundheitsförderangeboten seltener erreicht. Das Fachforum zog auch die Schlussfolgerung, dass die Überwindung dieser Gesundheitsungerechtigkeiten der gemeinsamen Anstrengungen von Ressorts und Institutionen im Stadtteil, aber auch auf kommunaler, Landes- und Bundesebene bedarf. Folgerichtig erging an die Regiestelle E&C der Auftrag, auf einer weiteren Fachtagung die Kooperation relevanter regionaler Akteure wie z.B. öffentlicher Gesundheitsdienst und Jugendhilfe zu thematisieren. Dies geschah im Juni 2003 mit dem Fachforum: „Vernetzung – Macht – Gesundheit“. Kooperationsmöglichkeiten, Kooperationspotenzen für eine bessere Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter, Rahmenbedingungen und Hindernisse der Zusammenarbeit von „Freien“ und „Öffentlichen“, von Jugendhilfe, Sozialer Arbeit, Gesundheitsförderung, Quartiersentwicklung und Prävention wurden hier richtungsweisend erörtert und dargestellt.

Und, meine Damen und Herren, der Entwicklungsgeschwindigkeit unserer jugendlichen Klientel folgend, treffen wir uns ein gutes halbes Jahr danach wieder um den nächsten Schritt zu gehen. Mit dieser Tagung: „Perspektive: Gesunder Stadtteil - Gesundheitsfördernde Settingansätze und Jugendhilfestrategien in E&C-Gebieten“ greift die Programmplattform E&C das Thema der integrierten Handlungsansätze für eine Verbesserung von Gesundheitsgerechtigkeit in sozialen Brennpunkten auf. Heute und morgen wird es darum gehen, das fachliche Know How des Settingansatzes der Gesundheitsförderung, der Sozialraumorientierung, der Koproduktion Sozialer Arbeit und der integrierten sozialen Stadtteilentwicklung miteinander zu verbinden. Ich bin sicher, dass dies den hier versammelten über 250 Fachleuten gelingen wird, dass Lösungsansätze entwickelt werden, die weit über den Rahmen der Programmplattform hinaus Bedeutung gewinnen.

Für ein Gelingen vor Ort, dies ist eine Erfahrung aus dem Bundesmodellprogramm E&C, ist eine Einbeziehung möglichst breiter gesellschaftlicher Kräfte nötig. Wir benötigen hier die Zusammenarbeit mit der lokalen Ökonomie, mit der regionalen und auch überregionalen Wirtschaft ebenso wie mit allen Bürgern und Bürgerinnen des Stadtteils bzw. der Region. Für die Umsetzung unserer sozialen Konzepte bedarf es ihrer Ideen, ihres Empowerments, ihrer Insiderkenntnisse, Wünsche und Vorstellungen ebenso wie ihrer „harten“ Ressourcen. Dies wird hier eine Rolle spielen und wir dürfen gespannt sein auf die Ergebnisse der Arbeits-

gruppen morgen hierzu. Ressortübergreifende Kooperation und intensive Beteiligung der Bürger und Bürgerinnen ist für die Ausgestaltung der Programmplattform E&C aber auch anderer Programme und Vorhaben unseres Bundesministeriums charakteristisch geworden.

Einige aktuelle Beispiele:

Das Programm LOS – Lokales Kapital für soziale Zwecke, gerade am Donnerstag und Freitag letzte Woche trafen sich die Akteure dieses Programms zu einer ersten großen Ideenschau in Berlin, wendet sich der Förderung der beruflichen Qualifikation und Perspektive in Sozialen Brennpunkten zu. Gemeinsam mit lokalen Wirtschaftinitiativen, der Arbeitsförderung, dem Sozialamt, der Jugendhilfe und der Quartierentwicklung initiieren und fördern die in 177 E&C-Gebieten neu installierten LOS-Koordinierungsstellen Mikroprojekte im diesen Stadtteilen und Regionen. Finanziert wird dieses Projekt mit 55 Mio. € aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds. Beschäftigungswirksame Mikroprojekte auch aus dem Bereich der lokalen Gesundheitsförderung können sich hier mit ihren Ideen einbringen und finden neben einer möglichen Anschubfinanzierung auch Kooperationsstrukturen vor.

Im Januar 2004 hat die Bundesministerin Frau Renate Schmidt in Berlin zusammen mit dem Präsidenten des Deutschen Industrie- und Handelskammertages, Ludwig Georg Braun, und dem Oberbürgermeister von Köln, Fritz Schramma, die Initiative Lokale Bündnisse für Familie vorgestellt.

Lokale Bündnisse für Familien wollen für mehr Familienfreundlichkeit in Städten und Gemeinden sorgen. In der Initiative engagieren sich Vertreterinnen und Vertreter von Unternehmen, Kommunen, Kammern, Verbänden, Kirchen und freien Wohlfahrtsverbänden. Diese bundesweite Initiative hat das Ziel, bis 2006 möglichst viele lokale Bündnisse nachhaltig zu etablieren. Auch diese Kooperationsinitiative - sicher interessant für die Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter im Setting Stadtteil.

Und ein drittes Beispiel, wie es gerade innerhalb der Programmplattform E&C gelingt unterschiedlichste gesellschaftliche Akteure zusammen zu bringen, um Benachteiligungen und Ungerechtigkeiten auszugleichen, ist das Schlaumäuse-Projekt. Gemeinsam mit weiteren Partnern stellt Microsoft Deutschland innerhalb dieses Projektes, das unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin steht, Kindertagesstätten in sozialen Brennpunktgebieten Tablet-PC, Software und Fortbildung für Erzieher/innen zur Verfügung, mit dem Ziel, die Sprachfähigkeiten der Kinder spielerisch zu

schulen und zu entwickeln.

Der Zusammenhang zwischen Bildungsbenachteiligung und gesundheitlicher Chancengleichheit steht für unser Ministerium ebenso außer Frage wie die Bedeutung der Kitas für eine stanteilorientierte Gesundheitsförderung. Der 11. Jugendbericht stellt hierzu fest: " Wenn es aber richtig ist, dass diese Einschränkungen weitgehend sozial bedingt sind und mit dem System sozialer Ungleichheit in Beziehung stehen, dann lassen sie sich selbst im Rahmen des medizinisch-technischen Fortschritts nur begrenzt überwinden; sie müssen an der Wurzel behandelt werden. Hierzu können jedoch die Kinder und Jugendlichen selber sowie ihre Familien und die Institutionen einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie ihre eigenen Ressourcen zur Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit nutzen, Health- Lifestyles bevorzugen, fördernde Netzwerke pflegen und gesundheitsfördernde Institutionen nutzen und stärken. Familien in sozial benachteiligten Lagen brauchen hierfür gezielte Unterstützung." Zur Rolle der Jugendhilfe hierbei lesen wir weiter: „Über den Gedanken der sozialräumlichen Vernetzung hinausgehend ist die Kooperation mit den Akteuren angrenzender Praxisfelder für die Kinder- und Jugendhilfe als typische Querschnittsaufgabe eine wesentliche Handlungsstrategie. Insbesondere die Kooperation mit Schule, Betrieb, Arbeitsverwaltung, Gesundheitswesen, Psychiatrie, Justiz und Polizei ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe.“

Sie sehen, das BMFSFJ hat allen Grund, gespannt auf die Ergebnisse dieser Tagung zu sein. Ihnen stehen zwei Tage mit anregende Vorträgen und Diskussionen bevor, die Regiestelle hat Ihnen ein arbeitsreiches Programm vorbereitet und ich bin sicher, dass wir mit nachhaltigen Wirkungen zu rechnen haben. Ich wünsche Ihnen und uns eine erkenntnisreichen und auch angenehmen Tagungsverlauf.

Vielen Dank.

Koproduktion zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Regiestelle E&C – Modell für die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen

Beiträge der BZgA:

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS). Sie verfolgt das Ziel, gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen und Gesundheitsrisiken vorzubeugen. Sie hat die Aufgabe, Strategien und Konzepte für gesundheitsförderliche Maßnahmen zu entwickeln sowie Fortbildungen und Arbeitshilfen für Multiplikatoren/innen anzubieten. Die BZgA führt außerdem Kampagnen zu verschiedenen Themen durch, z. B. zur Sucht- und Aidsprävention, zur Sexualaufklärung, zur Blut- und Plasmaspende und Organspende.

Ende der 90er Jahre bildete die BZgA ihren mittelfristigen Schwerpunkt „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.“ Um die gesunde körperliche, geistige und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu fördern, verfolgt die BZgA folgende Strategien:

- einen lebensbegleitenden und ganzheitlichen Ansatz,
- Abkehr von reiner Wissensvermittlung, Rat schlägen und Appellen,
- Stärkung der Gesundheitsförderungskompetenz von Eltern und Betreuungspersonen (und Multiplikatoren),
- Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen (Stärkung und Entwicklung von eigenverantwortlichem Verhalten),
- den Setting-Ansatz, da neben der individuellen Ansprache die Arbeit im Setting erfolgversprechend ist, z. B. im Kindergarten und in der Schule.

Insbesondere bei der Ansprache der Zielgruppe Kinder und Jugendliche sind folgende Aspekte von besonderer Bedeutung:

- (1) Gesundheit erlebbar machen heißt, einen lebendigen Zugang zu finden, der Kinder und Jugendliche auch emotional anspricht, Gelegenheiten zum Ausprobieren schafft, positives Erleben in den Vordergrund stellt und Eigenaktivität fördert.
- (2) Gesundheit erlebbar machen heißt auch, an den alltäglichen Bedürfnissen der Jugendlichen anzuknüpfen und Sinneserfahrungen zu ermöglichen und spürbar zu machen.
- (3) Integrierte Ansätze fördern heißt z. B. das

Wechselspiel zwischen Ernährung, Bewegung und Stressregulation zu berücksichtigen.

- (4) Neue Medien nutzen zielt vorrangig auf die Nutzung des Internets, da in Themenbereichen, die nicht so nah an „Gesundheit“ liegen, das Internet ein sehr attraktives Medium ist, um ältere Kinder und Jugendlicher zu erreichen.

Ein wesentlicher Anteil der BZgA-Arbeit wird in Kooperation mit anderen Einrichtungen durchgeführt, zum Beispiel mit den Bundesländern und den Landeszentralen/-vereinigungen für Gesundheit.

Ein Beispiel dafür ist die Kooperation mit dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen (ZI) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Überarbeitung des „Gelben Heftes“. Die Aufgabe der BZgA liegt in der Entwicklung von begleitenden Elterninformationen. Ein weiteres Beispiel ist die Kooperation mit dem Kinderkanal ARD/ZDF, um Gesundheitsthemen in verschiedene Sendeformate einzubringen.

Epidemiologische Befunde belegen den schlechteren Gesundheitsstatus und schlechtere Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen eindeutig. Deshalb hat die BZgA ihre Aktivitäten im Schwerpunkt Kinder- und Jugendgesundheit auf die Gruppe der sozial Benachteiligten gelegt.

Die BZgA hat das Angebot des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gerne angenommen, mit dem E&C-Programm zusammen zu arbeiten, weil sie nach geeigneten Strategien suchte, wie Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten gefördert werden können. Entscheidend ist, dass durch den sozialräumlichen Ansatz sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche und ihre Familien angesprochen und erreicht werden können, ohne sie zu stigmatisieren. Außerdem sieht die BZgA die Möglichkeit, über das E&C-Programm auch andere kommunale Politikfelder anzusprechen und ihnen zu vermitteln, dass die gesunde Entwicklung im Kindes- und Jugendalter eine wichtige Voraussetzung für die Realisierung von Bildungs-

und Lebenschancen ist. Darüber hinaus leben in sozialen Brennpunkten – im Vergleich zu Mittelschichtsquartieren – sehr viel mehr Kinder.

In sozialen Brennpunkten haben Kindergärten und Schulen eine besondere Verantwortung, einen anregenden Lebensraum zu schaffen, der eine gesunde Entwicklung der Kinder fördert. Traditionell spielt Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schule eine große Rolle.

Aber nach wie vor lassen sich gesundheitsfördernde Aktivitäten in Mittelschichtsquartieren leichter realisieren. Kindergärten und Schulen sind dort häufig besser ausgestattet, Eltern sind meist engagierter, können mehr Ressourcen einbringen und auch häufig mehr Einfluss auf kommunalpolitische Entscheidungen nehmen.

Kindergärtner/innen, Lehrer/innen und Betreuer/innen in sozialen Brennpunkten sind häufig stark belastet – angesichts der Probleme, die die Kinder in die Einrichtungen mitbringen. Gleichzeitig wird der Personalschlüssel häufig nicht eingehalten. Dies ist aber eine Mindestvoraussetzung zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen.

Dennoch gibt es inzwischen in sozialen Brennpunkten vorbildliche gesundheitsfördernde Projekte in Kindergärten und Schulen. Sie sind vor allem dann Erfolg versprechend, wenn sie sich als Unterstützung der Beschäftigten verstehen, sich als Teil der Region/des Stadtteils verstehen und die dort vorhandenen Ressourcen aktivieren (Erziehungsberatung, ÖGD, niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, Frühförderungseinrichtungen, Sportvereine etc.).

Durch eine Öffnung ins kommunale Umfeld können sie eine gesundheitsfördernde Breitenwirkung in den Stadtteil entfalten. Daher ist für die BZgA auch die Themenstellung des Fachforums „Perspektive: Gesunder Stadtteil“ und die damit verbundene Frage interessant, inwieweit ein Stadtteil selbst als Setting für Gesundheitsförderung verstanden werden kann. Die E&C-Regiestelle und die BZgA haben vereinbart, den aktuellen Schwerpunkt der Zusammenarbeit auf die Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitswesen und den Themenbereichen Ernährung, Bewegung und Stressregulation zu legen.

Früherkennungsuntersuchungen

Auf dem letzten E&C-Fachforum (s. Dokumentation „Vernetzung – Macht – Gesundheit“, Beitrag von Dr. Monika von dem Knesebeck, „Kooperation ist ansteckend – zwei Vorhaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“) sowie am Jugendgesundheitstag wurden bereits die Bewerbungsaktionen zur

Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 und J1 vorgestellt. Inzwischen ist die Modellphase der U-Aktion in einigen E&C-Gebieten angelaufen, und auch einige Jugendgesundheitstage starten in diesem Jahr.

Kinderliedertour

In der Kinderliedertour „Apfelklops und Co.“, mit Liedern von Genuss, körperlichem Wohlbefinden, von Dick- und Dünnsein, von Essritualen und Spaß an der Bewegung im Stil einer Revue, stellt die BZgA eine Verzahnung her zwischen den Themen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung. Kinderlieder eignen sich hervorragend, gesundheitsfördernde Botschaften emotional anregend und unterhaltsam zu vermitteln.

Bei diesem Projekt arbeitet die BZgA eng mit Kooperationspartnern wie z. B. Jugend- und Gesundheitsämtern, Schulen und Kindergärten im Sinne der Vernetzung zusammen. Die Konzerte für Kinder werden ergänzt durch Workshops für Eltern und Multiplikatoren/innen und ergänzende Materialien, z. B. ein Lieder- und Notenheft, um die Lieder auch zu Hause oder in der Schule nachsingen und nachspielen zu können. Die Auftritte werden seit letztem Jahr bevorzugt in Regionen mit sozialen Brennpunkten angeboten, um vor allem den dort lebenden Kindern die Chance zu einer gesunden Entwicklung zu geben.

„gut drauf“

Das Projekt „gut drauf“ richtet sich an ältere Kinder und Jugendliche. Es verfolgt den integrierten Ansatz zur Förderung gesunder Ernährung, Bewegung und Stressregulation im Jugendalter und wird in Kooperation mit Schulen, mit Sportvereinen, mit Jugendzentren, aber auch auf Jugendreisen umgesetzt. Dabei handelt es sich ebenfalls um ein Projekt, das im Rahmen der Kooperation mit E&C seit 2002 verstärkt in sozialen Brennpunkten angeboten wird.

Diese Aktivitäten in Kooperation mit der E&C-Regiestelle werden durch weitere Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte flankiert:

- Die BZgA hat eine „lebendige“ Internet-Datenbank über Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten aufgebaut. Diese steht seit August 2003 unter www.datenbank-gesundheitsprojekte.de online zur Verfügung. Die Datenbank, in der inzwischen über 2600 gesundheitsfördernde Angebote für sozial Benachteiligte recherchierbar sind, bietet Praktiker/innen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich einen guten und differenzier-

ten Überblick und soll zudem Projekterfahrungen und aktuelle Forschungsergebnisse verbreiten.

- Die Bundesvereinigungen für Gesundheit, die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und die BZgA haben im November 2003 eine Kooperationsvereinbarung zur Intensivierung der Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte unterzeichnet. Vereinbart wurde, die vorhandenen Erfahrungen und Instrumente zukünftig gemeinsam zu nutzen und weiterzuentwickeln (z. B. für Qualitätskriterien).

Auf dieser Basis werden in diesem Jahr in sechs Bundesländern regionale Knotenpunkte aufgebaut, die das Ziel verfolgen, bedarfsorientiert regionale Strategien und Aktivitäten im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ zu initiieren und zu unterstützen.

Beiträge der Programmplattform E&C

Das Leitmotto der Programmplattform E&C lautet: „Soziale Arbeit als Koproduktion“.

Netzwerke schaffen, Zusammenarbeiten für Synergiegewinnung sind und bleiben die Strategien, die geeignet sind, Chancenungleichheiten entgegenzuwirken, unter denen eine Großzahl von Kindern und Jugendlichen leben. Sie wachsen u.a. in benachteiligten Stadtteilen auf, deren Lebensbedingungen häufig dazu führen, dass sie:

- weniger Bildungschancen haben,
- über ungenügende Freizeitangebote verfügen,
- mehr Gewalt und Kriminalität erleben und
- häufig im soziopsychosomatischen Sinne nicht gesund sind.

Benachteiligte Kinder und Jugendliche aus benachteiligten Stadtteilen – haben und das ist in der Tat sehr erschreckend – ganz eindeutig eine um viele Jahre geringere Lebenserwartung. Das Aufwachsen unter Bedingungen, die wir aus den Gebieten der Sozialen Stadt und E&C-Gebieten kennen stiehlt Lebensjahre, führt früher zum Tod.

Wie bekannt, ist die Programmplattform E&C kein Gesundheitsförderungsprogramm (jedenfalls nicht im herkömmlichen Sinne). E&C fokussiert als Partner der Bund-Länder-Initiative „Die Soziale Stadt“ auf den Bereich der Jugendhilfe und greift daher vorrangig Themen wie sozialraumorientierte Jugendhilfe, Partizipationsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen und schwerpunktmäßig das Thema Bildung auf.

Aber all diese und weitere Bereiche haben sehr viel mit Gesundheit zu tun. Bildung schafft

Gesundheit, Koproduktion und vernetztes gemeinsames Arbeiten für und mit Kindern und Jugendlichen trägt zur Gesundheit bei. Und genau hier gibt es die Schnittstelle Gesundheitsförderung, die diese Bereiche vereinen kann.

Ende des Jahres 2001 wurde durch Vertreter des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der BZgA vereinbart, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten zum Thema eines bundesweiten gemeinsamen Fachforums zu machen.

So hat das Thema „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in E&C-Gebieten“ Einkehr in zwei Bereiche des E&C-Prozesses seit 2001 erhalten:

1. Die Verminderung von Chancenungleichheit im Zugang zu medizinischer Versorgung und gesundheitsfördernden Angeboten für Kinder und Jugendliche hat sich zu einem Querschnittsthema entwickelt. Hilfreich für diesen Prozess sind die bislang erst sehr wenig beachteten Schnittflächen und ähnlichen Handlungsstrategien der Jugendhilfe, der Gesundheitsförderung, der systemisch ausgerichteten Therapie und Beratung und der sozialräumlich orientierten Stattenarbeit. Obwohl mit zum Teil deckungsgleichen methodischen Vorgehensweisen und Handlungsschemata ausgestattet (Sozialraumorientierung, Lebensweltorientierung, Wohnumfeldverbesserung, Empowerment, Partizipation, Netzwerkbildung, Enabling, Settingansatz, Nachhaltigkeit), sind Kooperationen bislang eher selten anzutreffen.
2. Neben der Querschnittsaufgabe Gesundheitsförderung im E&C-Prozess fokussierte die Regiestelle mit Konferenzen und der Erstellung von Expertisen direkt auf das Themenfeld Gesundheit und „machte es offen“ für alle E&C-Akteure mit der Zielsetzung einer verbesserten Kooperation. Die Verhinderung von gesundheitlichen Chancenungleichheiten kann nur dann erfolgen, wenn diese Aufgabe als Gemeinschaftsaufgabe aller Akteure / Institutionen angesehen wird.

Ausgehend von den beschriebenen Problemlagen wurde im Jahr 2001 eine Kooperation zwischen Regiestelle E&C und BZgA mit der Zielsetzung beschlossen, das Thema „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“ aufzugreifen und ein Fachforum hierzu gemeinsam auszurichten. Im Vorfeld der Konferenz wurde durch die BZgA eine Recherche zu Interventionsprojekten und Gesundheitsförderungsprogrammen in benachteiligten Gebieten in Auftrag gegeben, auch um geeignete Projekte für die Präsentation auf der Fachtagung zu identifizieren.

Im Juni 2002 wurde in Düsseldorf erfolgreich ein Fachforum durchgeführt, dessen Teilnehmerfeld Kinderärzte/innen, Ärzte/innen aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), psychosoziale Fachkräfte, Jugendamtsmitarbeiter/innen, Quartiersmanager/innen, Lehrer/innen, Erzieher/innen und Vertreter/innen von Sexualberatungsstellen, Gesunde-Städte-Netzwerke, Krankenkassen und Krankenhäusern umfasste. Es gelang erstmals die Zielgruppen-Akteure des Programms E&C mit Vertreter/innen aus dem Gesundheitsbereich in Gebieten der „Sozialen Stadt / E&C-Gebieten bundesweit mit der Zielsetzung einer (besseren) Vernetzung zusammen zu führen.

Ausgehend von den Ergebnissen dieses Fachforums wurden folgende Themen für gemeinsame Aktionen der BZgA und der Regiestelle E&C festgehalten:

- Förderung der gesunden Ernährung,
- Förderung der motorischen Kompetenzen (Bewegung/Sport),
- Prävention von psychosomatischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten,
- Förderung des Zugangs zum Gesundheitswesen (Teilnahme U1-U9; J1 sowie Maßnahmen der Frühförderung),
- Wohnungsnahe, sichere Bewegungsräume in sozialen Brennpunkten,
- Sexualpädagogik,
- Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Suchtmitteln,
- Förderung der Zahngesundheit,
- Unterstützung von Alleinerziehenden und Elternpaaren,
- Leben von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen,
- Qualitätskriterien für Stadtranderholung für benachteiligte Kinder.

Am 30. Juni und 1. Juli 2003 fand das zweite Fachforum in Kooperation mit der BZgA statt. Unter dem Titel: „Vernetzung – Macht – Gesundheit – Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen“ wurden eine Veranstaltung konzipiert, die über die Darstellung der einzelnen Problemfelder (wie auf dem ersten Fachforum) hinausgeht und Hemmnisse und Möglichkeiten für eine bessere Zusammenarbeit mit Synergiegewinnung aufzeigt. Hauptzielgruppen dieses Fachforums waren Amtsleiter aus Sozial-, Jugend- und Gesundheitsämtern. Auf einem Markt der Möglichkeiten konnten sich stadtteilbezogene gesundheitsfördernde Projekte aus E&C-Gebieten vorstellen.

Die Dokumentationen beider Konferenzen wurde auf der homepage www.eundc.de veröffentlicht.

Fachforum 1:

www.eundc.de/download/ff_gesundheit.pdf

Fachforum 2:

www.eundc.de/download/ff_gesundheit_2.pdf

Ausgehend von den positiven Resonanzen auf diese beiden bundesweit ausgerichteten Fachforen wurde eine weitere Zusammenarbeit zwischen der Programmplattform E&C und der BZgA vereinbart. Der bisherigen Veranstaltungslogik folgend, stellt dieses dritte Fachforum den Versuch dar, gesundheitsförderliche Handlungsansätze konkret in die Stadtteilarbeit zu integrieren. Dem gesundheitsfördernden Settingansatz soll hier besonders Rechnung getragen werden.

Quartiersakteure als Multiplikatoren/innen für Gesundheitsförderung im Stadtteil

Wie bereits ausgeführt, stellen viele Aktivitäten von Schlüsselpersonen im Stadtteil aus der Sicht von Gesundheitsförderung sinnvolle Maßnahmen dar, die zur psychosozialen und gesundheitlichen Entwicklung für die Bewohner/innen im Stadtteil beitragen. Viele Handlungsansätze beschreiben gesundheitsfördernde Elemente. Good Practice Modelle des Quartiersmanagements mit Bürgerbeteiligung, Ressourcenorientierung und Netzwerkarbeit sind u.a. auch auf das psychosoziale Wohlbefinden der Bewohner/innen und insbesondere der Kinder und Jugendliche ausgerichtet und entsprechen oftmals den Handlungsansätzen der Gesundheitsförderung. Man kann mit einigem Recht behaupten, dass in nicht wenigen Quartieren von E&C bereits stadtteilbezogene, gesundheitsfördernde Ansätze verwirklicht wurden, die dem Settingansatz der Gesundheitsförderung nahe kommen. Fachleute aus der Gesundheitsförderung stellen fest, dass in diesen guten Beispielen der Stadtteilentwicklung, für sie als Experten/innen, viele Ansätze der Gesundheitsförderung bereits praktiziert werden, ohne in der Außendarstellung auf Gesundheit abzuheben und das für weitere gesundheitsfördernde Ideen im Stadtteil oftmals nur die eher traditionellen Themen, wie Prävention, Verbesserung in den Bereichen Ernährung oder Bewegung „übrig bleiben“.

Es ist umso erstaunlicher, dass dem Bereich „Gesundheit“ als Themenfeld im Quartier kaum Bedeutung zugemessen wird. So rangiert bei einer Befragung des Deutschen Instituts für Urbanistik in Quartieren der Sozialen Stadt „Gesundheit“ als Problemstellung im Stadtteil – weit abgeschlagen – auf einem hinteren Platz. Vorstellungen über die Bedeutung von Wohnumfeldverbesserungen, Schaffung hygienischer Verhältnisse, Verbesserung des Sicherheitsgefühls im Kiez werden nicht als gesundheitsbezogen aufgefasst. Begrifflichkeiten der Gesundheitsförderung sind weitestgehend unbekannt.

Es ist daher folgerichtig, etablierte gesundheitsfördernde Settings aus den Bereichen Kita, Schule und Betrieb auf den Stadtteil zu übertragen. Das Stadtteilmanagement mit den bereits geschaffenen Strukturen bietet hier eine hervorragende Ausgangslage, Gesundheitsförderung im Stadtteil weiter zu etablieren.

In der Entwicklung der Konferenzaktivitäten des E&C-Programms spielt das Thema Gesundheit u.a. auch die inzwischen etablierte Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine wichtige Rolle und konnte zu einer Sensibilisierung für Gesundheit bei der Zielgruppe Quartiersmanager/innen beitragen. Hiervon ausgehend macht es aus Sicht der Regiestelle E&C Sinn, ein Fort-/Weiterbildungsangebot zum Thema: „Gesundheit/Gesundheitsförderung im Kiez für Quartiersakteure“ bereitzustellen und in eine solche Qualifizierungsmaßnahme die Erfahrungen aus der Kooperation zwischen BZgA und E&C einfließen zu lassen.

Das was wir uns von den Akteuren im Stadtteil wünschen, nämlich die Kooperation der Aktivist*innen, müssen wir von uns selbst fordern. Zwei starke Partner, BZgA und die Programmplattform E&C, haben sich auf einen gemeinsamen Weg begeben, den es gilt fortzusetzen und andere starke Partner mit ins Boot zu holen.

Vision gesundheitsfördernder Stadtteil: Eine Einführung und ein Bericht aus der Zukunft

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“, heißt es in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Diese Begriffsbestimmung ist Ausdruck einer optimistischen Grundhaltung hinsichtlich der Möglichkeit, den eigenen Lebensverlauf in seinen wesentlichen Einflussfaktoren zu erkennen, zu verstehen und so zu beeinflussen, dass körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden entstehen kann. Gegen diesen Optimismus lassen sich viele entmutigende Einwände formulieren, wie z. B. „Selbstbestimmung ist doch eine Illusion in einer fremdbestimmten Umwelt“ oder „Sterben werden wir doch sowieso, was soll ich mir da noch Stress wegen meiner Gesundheit machen“ oder „Wer weiß schon, was morgen angesagt ist, vielleicht ist da alles anders“.

Deutlich wird dabei, dass menschliches Leben auf Hoffnung angewiesen ist, denn menschliche Gesundheit, die auch psychisches und soziales Wohlbefinden einschließt, entsteht im Lebensprozess nur und nur solange, wie sie von den Individuen auch gewollt und realisiert wird. Die Tatsache, dass sich gegenwärtig in Deutschland mehr als 11.000 Menschen pro Jahr aktiv das Leben nehmen und Millionen durch ihr Suchtverhalten eine schleichende Verelendung hinnehmen, zeigt, wie labil die Lebenshoffnungen in unserer Gesellschaft geworden sind. Die Unterstützung sinnhafter, nachhaltiger Lebensperspektiven ist daher zu einer zentralen Herausforderung für eine gesundheitsfördernde Lebenskultur geworden.

Da der Alltag vieler Menschen in hohem Maße durch gesellschaftlich vermittelte Routinen, Normen und Rituale sowie ökonomische und ökologische Rahmenbedingungen bestimmt wird, die durch individuelle Entscheidungen allein kaum zu beeinflussen sind, kommt der sozialen Verständigung über eine menschengemäße Gestaltung der alltäglichen Lebensräume große Bedeutung zu. Neben dem geographischen Lebensraum (Dorf, Stadt, Stadtviertel) haben dabei die Organisationen des Arbeitsalltags (Betriebe, Verwaltungen, Dienstleistungseinrichtungen) und die Qualität des Wohnumfeldes eine große Bedeutung. Als Zielperspektive ergibt sich daraus die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebenskul-

tur, die in sozialer und ökologischer Hinsicht die nachhaltigen Lebensinteressen der Menschen in ihrem unmittelbaren Lebenszusammenhang stützt und das Bemühen um eine gesündere Lebensweise auch im öffentlichen Handeln zur leichteren Entscheidung macht.

Gesund sein wollen alle Menschen. Dieses Motiv ist unabhängig von spezifischen Glaubensvorstellungen und politischen Überzeugungen. Alle wollen unnötiges Leiden und einen vorzeitigen Tod vermeiden. Dieses Bemühen verbindet die Menschen quer durch alle Kulturen und alle sozialen Schichten. Daher kann das Gesundheitsmotiv eine gemeinsame Orientierung für die Gestaltung menschlicher Lebenszusammenhänge vermitteln.

Kompetenzentwicklung im Bereich der Gesundheitsförderung und der Krankheitsbewältigung bilden eine der sinnvollsten kulturellen Investitionen überhaupt, denn sie können ggf. unnötige Leiden und Kosten vermeiden und Menschen darin stärken, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Von zentraler Bedeutung sind Orte der Gesundheitsförderung, denn „Gesundheit braucht Gelegenheiten“. Diese Orte können im öffentlichen Bereich in selbstverwalteten Gesundheitshäusern, Gesunde-Städte-Büros oder Bürgerzentren entstehen, von Volkshochschulen, Wohlfahrtsverbänden oder freien Verbänden getragen sein, aber auch in öffentlichen Einrichtungen, Betrieben oder Nachbarschaftseinrichtungen gestaltet werden. Hier kann sich eine vielfältige Praxis gesundheitsfördernder Alltagskultur entwickeln, die auch Anregungen für den privaten Bereich vermittelt. Der ursprüngliche Ort der Gesundheitsförderung ist die Wohnung und der eigene Haushalt, in denen Menschen ihren Alltag selbst organisieren.

Ausgangspunkt solcher Initiativen und Bewegungen ist das Konzept der „Salutogenese“ (von: *salus* (lat.) = Gesundheit, und *genese* (griech.) = Entstehung), die Entstehung von Gesundheit also, d.h. im weiteren Sinne die Suche nach fördernden Rahmenbedingungen für ein gelingendes Leben in Selbstbestimmung.

Besondere Aufmerksamkeit finden Räume und Beziehungen des Alltagslebens, die sog. Settings, in denen Menschen sich überwiegend aufhalten und in denen sie die in sozialer, psychischer, körperlicher, ästhetischer, geistiger und ökologischer Hinsicht prägenden und ihre Gesundheit bestimmenden Lebensmuster entwickeln. Das eigene Zimmer, die Wohnung,

die Nachbarschaft, die Straße, der Stadtteil werden so zu prägenden Merkmalen des eigenen Lebens.

Die Stärkung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen richtet sich entsprechend auf familiäre, wohnliche, nachbarschaftliche, betriebliche und lokale Lebenszusammenhänge und ist vor allem dort um einen Ausgleich ungleicher Lebenschancen bemüht, wo eklatante Defizite die selbstbestimmte Sorge für ein gelingendes Leben beeinträchtigen.

Dies ist gegenwärtig vor allem in den Stadtteilen und Stadtgebieten notwendig, in denen anhaltende Massenarbeitslosigkeit und eine Konzentration sozialer Problemlagen die Bewohner/innen oft in eine resignative Hoffnungslosigkeit verfallen lässt. In der tiefgreifenden wirtschaftlichen Krise der Industriegesellschaften sind viele Menschen von sozialen und materiellen Veränderungen betroffen, die sie als bedrohliche Verschlechterung ihres Lebensstandards und als kränkend erleben. Gesundheitsförderung im Sinne der WHO wird daher notwendigerweise zu einem zentralen Thema des aktuellen wirtschaftlichen und kulturellen Wandels in den europäischen Industrieländern.

Es begleitet den tiefgreifenden Verlust von tradierten Lebensmustern und eine Überflutung mit neuen Anforderungen und Verhaltensmustern, die bei vielen Menschen psychosomatische Reaktionen, Leidensformen und Krankheiten erzeugen. Für deren Bewältigung sind passive medizinische Behandlungsformen meist unzureichend, da eine aktive Beteiligung der Betroffenen bei der Suche nach einer neuen, subjektiv und objektiv stimmigeren Lebensweise unerlässlich wird. Am Beispiel des wachsenden Medikamenten-Konsums, der Suchterkrankungen und der psychischen Gesundheitsprobleme wird diese Entwicklung gegenwärtig besonders deutlich.

Mit den gesundheitspolitischen Programmen der WHO wurden in den letzten zwanzig Jahren vielfältige Ansatzpunkte für eine nachhaltige Gesundheitsförderung geschaffen. (Übersicht bei Trojan/Legewie 2001)

Insbesondere das Mehrebenen-Konzept der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung mit den Handlungsebenen

- Persönliche Kompetenzen entwickeln,
- Gemeinschaftsaktionen unterstützen,
- Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung,
- Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen und
- Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln

hat sich als Orientierung für integrierte Programme einer gesundheitsfördernden Organi-

sations- und Stadtentwicklung bewährt.

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ist z. B. der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung, d.h. die partizipative Gestaltung gesünderer Arbeitsumwelten, in den letzten Jahren erfolgreich erprobt und inzwischen auch auf viele öffentliche Einrichtungen übertragen worden (Kindergärten, Schulen, Verwaltungen, Krankenhäuser, Heime). „Gesundheitszirkel“ oder Projektgruppen identifizieren dabei zunächst die gesundheitlichen Problemlagen und erarbeiten Verbesserungsvorschläge. Im Rahmen eines Prozesses der Organisationsentwicklung werden belastende Strukturen verändert und die Beteiligten erhalten Unterstützung bei der Aneignung gesundheitsfördernder Kompetenzen. Häufig wird dabei auch das soziale Umfeld mit einbezogen. In einem größeren Maßstab lässt sich dieser Zugang auch auf Nachbarschaften, Stadtteile und ganze Gemeinden wie beim Gesunde-Städte-Projekt übertragen.

Konzepte nachhaltiger Daseinsvorsorge im Sinne der Lokalen Agenda 21 und der kommunalen Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerkes der WHO können sich dabei gut ergänzen und tragen dazu bei, die lokale und regionale Handlungsebene wieder in den Mittelpunkt öffentlichen Interesses, gemeinschaftlichen Handelns und politischer Initiativen zu rücken.

Dies wird allerdings nicht automatisch geschehen, sondern setzt wie bei der betrieblichen Gesundheitsförderung bewusste Planung und Unterstützung für ein aktives bürgerschaftliches Engagement und gemeinschaftliches Handeln voraus.

Eine unterstützende öffentliche Kommunikation, begleitende Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, ein Fonds für Gemeinschaftsprojekte und die Förderung von stadtteilbezogenen Infrastrukturen für vernetztes und kooperatives Handeln in den Städten und Gemeinden sind wesentliche Bestandteile einer wirksamen Gesundheitsförderungsstrategie. Die Unterstützung eines kompetenzfördernden Engagements der Bürger/innen wird damit zu einer herausragenden und anspruchsvollen öffentlichen Aufgabe.

Hier sind nicht nur Kommunalverwaltungen, sondern auch Bildungseinrichtungen, öffentliche Medien, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften, Kirchen und andere Organisationen mit Gemeinwohl-Interessen herausgefordert, die mit dem Programm des Gesunde-Städte-Projektes der WHO zur aktiven Mitwirkung aufgefordert werden.

Das verfügbare Wissen und Können zur Förderung von Gesundheit soll dabei als öffentliches Wissen allen Menschen zugänglich

werden. Es bildet ein „soziales und kulturelles Kapital“ in der Stadt und der Gesellschaft, das kein Privileg einzelner Berufe und Organisationen ist. Dies kann einen historisch neuen Freiraum für selbstbestimmte, gesellschaftlich nützliche Bürgerarbeit schaffen, wenn die politischen Rahmenbedingungen für ein positiv besetztes und gesetzlich abgesichertes bürgerschaftliches Engagement mit garantiertem Grundeinkommen geschaffen werden.

Ein öffentlich gefördertes Qualifizierungs- und Tätigkeits-Angebot für sorgende, pflegende, fördernde und planende Entwicklungstätigkeiten und Verantwortungen gegenüber der sozialen Mitwelt und der natürlichen und technisch gestalteten Umwelt im kommunalen Rahmen kann zu einem zentralen Merkmal einer bürgerorientierten Kommune werden. Im Folgenden wird als „konkreten Utopie“ beschrieben, wie diese Entwicklungsmöglichkeiten aussehen könnten.

Mögliche Skizze eines (noch) utopischen gesundheitsfördernden Stadtteiles im Jahre 2011

Ein zentrales Gelände im Stadtteil ist das von Hugo Kükelhaus gestaltete „Haus des Lernens“, das in einer vielgestaltigen Architektur soziale Begegnung, kulturelle Aktivitäten und systematisches Lernen unterstützt. Gesundheitsfördernde Lebenserfahrung ist dabei ins Zentrum schulischer Aktivitäten gerückt. Alle Altersstufen erhalten Hinweise, wie sie kompetent in einer häufig riskanten und belastenden Umgebung agieren können.

Im Rahmen des Europäischen Netzwerkes gesundheitsfördernder Schulen sind vielfältige Ideen und Konzepte für eine sinn- und sinnorientierte Gesundheitsbildung in einem „Haus des Lernens“ erarbeitet und erprobt worden, die hier Anwendung finden und die wiederum als Anregung für andere Stadtteile dienen.

Das „Haus des Lernens“ im Stadtteil ist von morgens bis spät abends geöffnet. Es wird von der Grundschule bis zum Seniorenstudium genutzt und organisiert auch die „Lern-Börse“ für informelle Lern-Verabredungen. Auch die verschiedenen selbstorganisierten Kultur-Initiativen haben hier eine organisatorische und räumliche Unterstützung gefunden. Neu ist seit zwei Jahren die Einrichtung einer „Gesundheits-Wirkstatt“ im Gesundheitshaus des Stadtteils, die mehrere Funktionen übernommen hat:

1. Vermittlungsfunktionen („Netz-Wirkstatt Gesundheit“)

- Erfahrungsaustausch, Kooperation und Kommunikation im informellen Bereich des Stadtteils fördern, Ideen- und Informationsbörse,

- Anerkennung und Akzeptanz des informellen Bereichs bei Fachbehörden und Verbänden fördern,
- Erneuerungsansätze und kreative gesundheitsbezogene Ideen von Bürger/innen und zukunftsbesessenen Minderheiten deutlicher hör- und sichtbar machen,
- Gesundheitsbedürfnisse in Stadtteil und Wohngebiet erkunden und in den formellen Bereich vermitteln,
- Impulse für den formellen Bereich geben, Kontakte mit dem informellen Bereich vermitteln.

2. Qualifizierungsfunktion („Bildungswerk Gesundheit“)

- Fort- und Weiterbildungsangebote entwickeln und umsetzen, insbesondere für Informationsträger in Wohlfahrtsverbänden, Gewerkschaften und Betrieben, Erwachsenenbildung, freien Einrichtungen, Vereinen und Initiativen,
- Kurse, Seminarangebote, Informationsveranstaltungen, Gesundheitstage und -wochen organisieren,
- Informationssammlung und Dokumentation,
- Transfer neuen Gesundheitswissens aus dem Wissenschaftsbereich in den Sozialraum Gemeinde,
- Transfer „sozialer Erfindungen“ aus dem informellen Bereich in den formellen Bereich, d.h. sie in Politik, Verwaltung und Verbänden zu verbreiten.

3. Beratungs- und Unterstützungsfunktion („Gesundheitspolitisches Innovations- und Gründerzentrum“)

- inhaltliche Beratung für Gesundheits- und Sozialprojekte, Gestaltung neuer Aufgabefelder,
- organisatorisch-rechtliche, finanzierungs- und verwaltungstechnische Beratung und Weiterbildung,
- Aufklärung über staatliche Förderprogramme und Finanzierungsvermittlung (z. B. an private Stiftungen),
- materielle und technische Unterstützung für die Entwicklung von Gesundheits- und Sozialprojekten, insbesondere bei kleinen, nicht rechtsfähigen Trägern,
- Hilfen zur Selbstreflexion und -evaluation.

In dem Gesundheitshaus haben sich vielfältige weitere Dienstleistungen, Firmen und Projekte im Rahmen einer Genossenschaft zusammengeschlossen. Besonders aufwändig sind gegenwärtig die zahlreichen Abstimmungsprozesse für eine integrierte Versorgung im Stadtteil, vor allem für chronisch Kranke, aber seit die Patientenstelle sich aktiv engagiert, sind viele Reibungspunkte beseitigt worden.

Hilfreich war auch, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen auf ihren Auftrag als Sozialver-

sicherung besonnen haben und nun endlich Maßnahmen zum Abbau sozial vermittelter Ungleichheit von Gesundheitschancen nach § 20 SGB V finanzieren.

Durch die Übernahme der italienischen Erbschaftssteuer-Regelung, wonach im Nachlass 15 Prozent der Erbschaftssumme an eine gemeinnützige Organisation eigener Wahl übertragen werden müssen, waren nun auch für die vielfältigen Initiativen und Vereine im Sozial-, Gesundheits- und Kulturbereich wieder Mittel verfügbar geworden.

Der ZukunftsFonds Gesundheitsförderung, den die GesundheitsAkademie und die Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheitshäuser seit langem forderten, wurde endlich eingerichtet. Der subsidiäre Ausgleich über den ZukunftsFonds sorgte dafür, dass auch in den weniger wohlhabenden Regionen Mittel für Initiativ-Projekte verfügbar wurden. Große Resonanz fand die Tätigkeitsbörse des Stadtteils, die über die Stadtteil-Zeitung und das Internet

zwischen Angeboten und Nachfrage vermittelte. Insbesondere, seitdem die Vermittlung von praktischen Kompetenzen mit der regionalen Tauschwährung belohnt wird, stellen sich viele ältere Menschen mit ihren Erfahrungen zur Verfügung, um vor allem Jugendlichen und jungen Familien Unterstützung anzubieten. Besonders nachgefragt ist das Programm „rent an Oma“ für die Nachmittags-Betreuung von schulpflichtigen Kindern.

Das Stadtplanungsamt hat mit den Beteiligten des Gesunde-Städte-Projektes einen neuen Planungsansatz für die Umsetzung der umfangreichen Stadt-Rückbau-Maßnahmen entwickelt, bei dem die Bewohner/innen des Stadtteils an der Identifikation und Konkretion von „Wohlfühl-Orten“ und einer verbesserten Lebensqualität im Stadtteil aktiv beteiligt werden. Dieser Planungsprozess ist spiralförmig organisiert und dient zugleich dem Kompetenzaufbau für die Beteiligung an Planungsprozessen im Stadtteil.

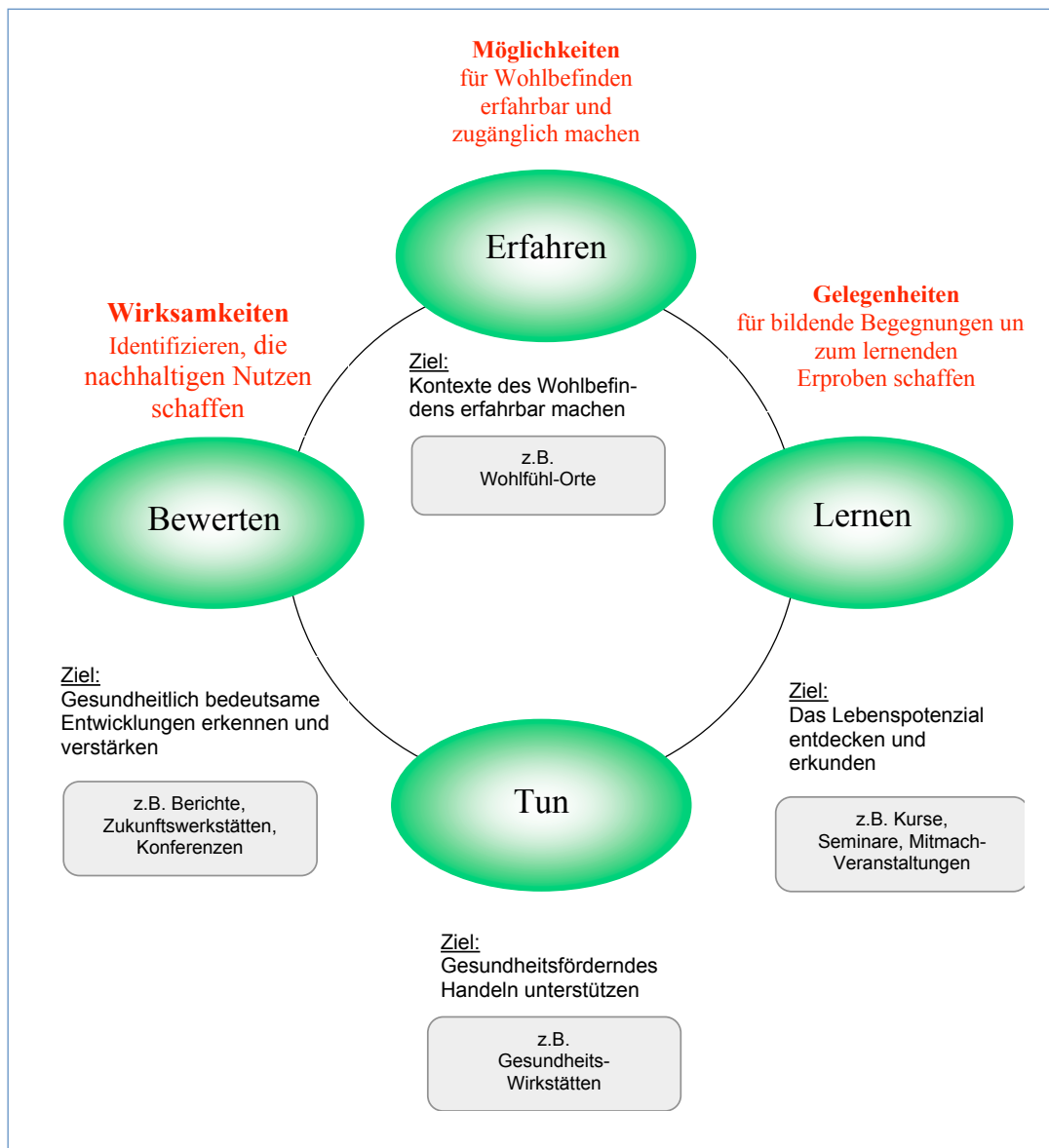


Abb. 1 :
Partizipativer
Planungszyklus
(PPZ)

Auf der Grundlage dieses Planungszyklus hat die neu gegründete „Pflegegenossenschaft auf Gegenseitigkeit“ ein intergeneratives Wohnkonzept entwickelt, das im Rahmen einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme für Jugendliche im Handwerksbereich zu 80 Prozent mit Recycling-Materialien aus dem Stadt-Rückbau-Programm realisiert wird. Die Architektur orientiert sich an Bauformen von F. Hundertwasser und während des dreijährigen Bauprozesses sind zahlreiche Anregungen der Bewohner/innen aufgegriffen worden, die auch in anderen Gebäuden im Stadtteil umgesetzt werden.

Große Veränderungen hat das neue Kommunikations- und Mobilitätskonzept des Stadtteils erzeugt. Durch das Car-Sharing-Konzept, den ÖPNV-Takt, das Bedarfs-Taxi und den neuen Rad- und Fuß-Wegeplan ist die Zahl der privaten Autos im Wohngebiet auf weniger als ein Viertel gesunken. Viele Straßenbereiche konnten als öffentliche Spiel- und Begegnungsräume vor allem für Kinder neu hergerichtet werden. Die kulturellen und sportlichen Aktivitäten auf den zahlreichen Plätzen laden zum Zuschauen, Verweilen und auch zum Mitmachen ein.

Besonderes Interesse findet seit einiger Zeit der „Wellness-Pfad“, der den alten „Trimm-Dich“-Pfad ersetzte und vielfältige praktische Anregungen für eine gesundheitsfördernde Alltagsgestaltung vermittelt. Er schlängelt sich durch das ganze Stadtviertel und jede Woche kommen neue Angebote dazu, die von den Bewohner/innen vorgeschlagen, ausgewählt oder nach einer öffentlichen Ausschreibung umgesetzt wurden. Der Wellness-Pfad, der ganz unterschiedliche Anregungen, Eindrücke und Erfahrungen im Stadtteil durch praktische Aktivitäten vermittelt, hat eine neue, sinnlichere Gesundheitskultur eröffnet, für die, nach anfänglichem Zögern, vor allem die Männer im Stadtteil zu schwärmen begonnen haben. Kopfschüttelnd und verwundert erinnern sie sich an die Zeiten, als sich Tausende bei Stadt-Marathons fertig machten und dies als Volkssport ansahen. Aus hechelnden Einzelkämpfern sind aufmerksame und anteilnehmende Mitspieler geworden. Die vielfältigen Erfahrungsstationen des Wellness-Pfades bieten Anlass und Gelegenheit für verschiedenste Erprobungen, Begegnungen und Erkundungen für alle Menschen des Stadtteils.

Die besten Beiträge zu einer kreativen Lebenskunst werden prämiert. Die lokale Agentur für Arbeit vergibt jedes Jahr 50 Stipendien für eine Ausbildung nach eigener Wahl für diejenigen, die die interessantesten Vorschläge für die Entwicklung des Stadtteils einreichen.

Die Identifikation mit dem Stadtteil ist durch diese Entwicklung stark gestiegen, vor allem,

seitdem auch zahlreiche Besucher/innen aus anderen Orten sich neugierig dem Stadtteil zugewandt haben.

Vorbei ist die Zeit passiver Öde und des privaten Verkriechens. Die Bewohner/innen des Stadtteils haben gelernt, den Fernseher auszuschalten und sich freundlich und aufmerksam zu begegnen. Sie haben verstanden, dass im modernen Kapitalismus zwei Drittel der Bevölkerung nur als Konsumenten/innen zählen und haben es aufgegeben, einem Arbeitsplatz in fremdbestimmter Lohnarbeit nachzutrauern. Sie wissen, dass sie ihre eigenen Subsistenz-Grundlagen dort erhalten und entwickeln müssen, wo sie leben und können sich auf die lokale Gemeinschaft mit anderen Menschen einlassen. Sie haben eine offene Beteiligungskultur für eine Partizipative Gemeinwesen-Entwicklung geschaffen, die zur Mitwirkung und Initiative einlädt.

In der aus dem Prozess der Lokalen Agenda 21 entstandenen, weltweiten „Vereinten Lebensgewerkschaft der Bürger/innen“ engagieren sich viele Menschen in einer globalen Initiative, die für eine gerechtere Verteilung des Reichtums und der menschlichen Entwicklungschancen zwischen den Erdteilen auf dem Planeten eintritt.

Ein neues ökonomisches Wohlstands-Modell löste vor einigen Jahren den zerstörerischen Wachstumswahn des 20. Jahrhunderts ab und eröffnete eine nachhaltige und gerechte Entwicklungsperspektive für alle Menschen auf der Erde. Der Konflikt zwischen globalen und regionalen Entwicklungsinteressen konnte im Rahmen der UN durch ausgleichende Entwicklungsregelungen friedlich gelöst werden.

Vorausgegangen waren drei grundlegende Veränderungen der vorherrschenden Wirtschaftsideologien, die die Menschen im 20. Jahrhundert in Kriege und Massenelend getrieben hatte:

(1) Essenz-Fokussierung

Unter der Fragestellung, was eigentlich ein menschliches Leben menschlich macht und worin das Ziel eines erfüllten Lebens für alle Menschen bestehen kann, wurden alte Einsichten der Lebensphilosophien früherer Zeiten neu belebt. Dies trug dazu bei, dass in dem Werbe- und Informations-Müll öffentlicher Kommunikation und Politik der Bezug auf grundlegende menschliche Lebensprinzipien wieder an Bedeutung gewann. Auch das Konzept der Gesundheitsförderung der WHO aus dem 20. Jahrhundert hatte dazu beigetragen.

(2) Suffizienz-Fokussierung

Wie viel ist genug?, lautete die immer dringlichere Frage der Suffizienz-Diskussion an-

Partizipative Gemeinwesen-Entwicklung

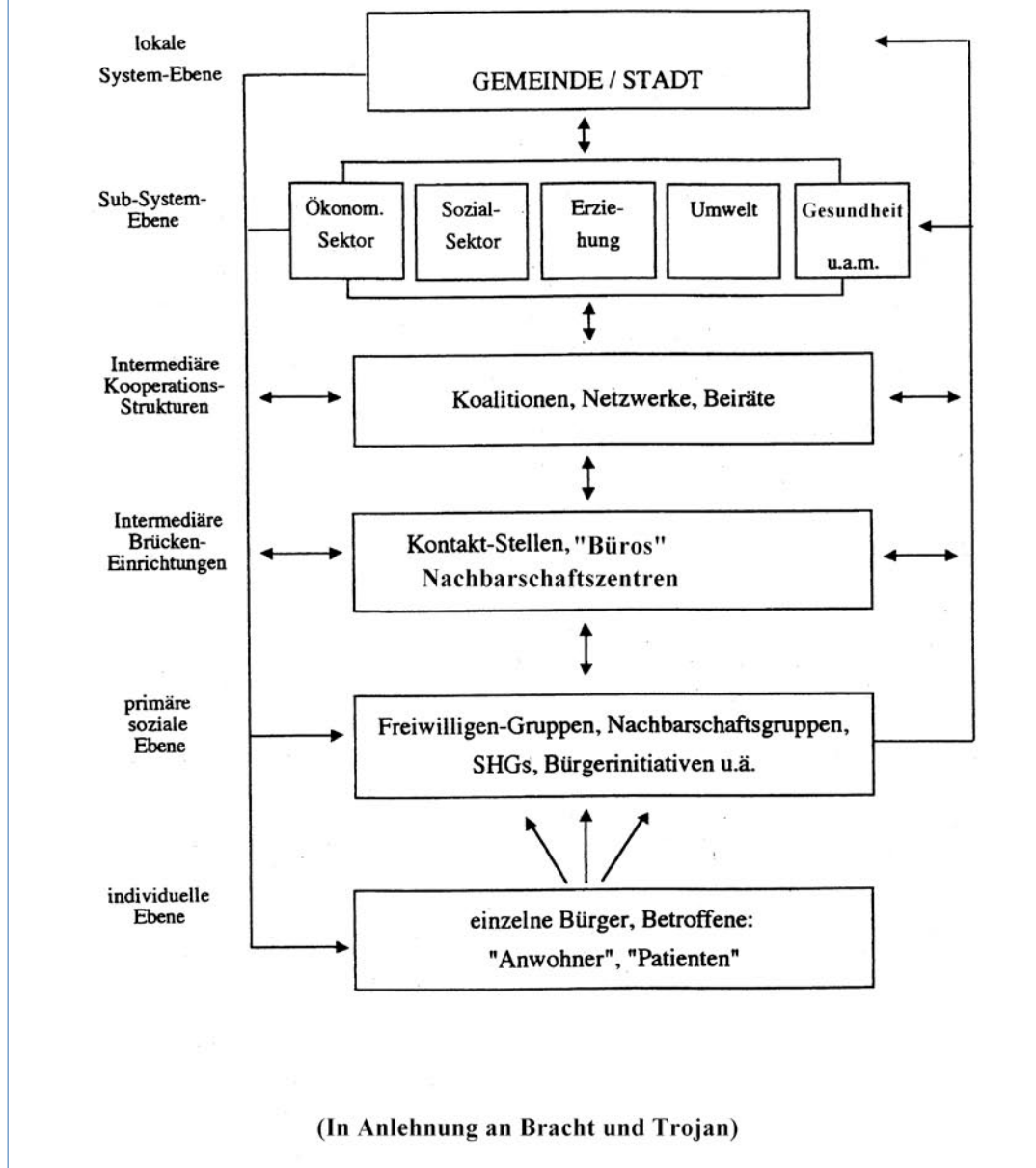


Abb. 2: Partizipative Gemeinwesen-Entwicklung

gesichts der hemmungslosen Ausbeutung der globalen Rohstoffe, der komplementären Müllproduktion und Umweltbelastung und der zunehmenden Verschuldung der Menschen im Konsumrausch. Im Rahmen der Suffizienz-Fokussierung wurde ein gesellschaftlicher Konsens geschaffen, wie ein zufriedenstellendes individuelles Wohlbefinden durch einen weniger güterintensiven Lebensstil nachhaltig gewahrt werden kann. Die Entwicklung der Stadtteil-Ökonomie hatte einen großen Anteil daran, diesen gesellschaftlichen Konsens auch in der Lebenspraxis der Menschen überzeugend zu verankern.

(3) Effizienz-Fokussierung

Hier ging es um die intellektuelle und technisch-praktische Herausforderung, mit einem

Minimum an Rohstoffverbrauch, Energie und Umweltbelastung nützliche Alltagstechnologien zur Vereinfachung von belastenden Alltagsbeanspruchungen zu entwickeln.

Hierauf richteten sich die kreativen Phantasien und sogar Forschungs- und Entwicklungsanstrengungen im Stadtteil, denn hier wurden wirtschaftliche Chancen und Potenziale erkennbar, die für eine nachhaltige Entwicklung von tragender Bedeutung sein können. Entsprechend groß war der Enthusiasmus im „Haus des Lernens“, wo im Rahmen von Zukunftskonferenzen die interessantesten Entwicklungen vorgestellt und diskutiert wurden.

Der Stadtteil hatte sich in den letzten Jahren auch zu einer Tüftler-Gemeinschaft entwickelt, in der vor allem auch junge Frauen Interesse

an einem über das Internet weltweit vernetzten Austausch über „kluge Alltagstechnologien“ zeigten. Sie hatten gemeinsame Entwicklungsprojekte mit Projektgruppen der globalen Aktion „Der Alltag zählt!“ in Japan, Kenia und Mexiko gestartet und dafür Mittel aus dem UN Entwicklungs-Fonds erhalten. Globale und lokale Entwicklungen zu verknüpfen, war in dem Stadtteil dadurch plötzlich praktisch konkret geworden. Als die ersten Kollegen/innen aus Mexiko, Kenia und Japan zu Besuch kamen, waren auch die Sprachkurse im „Haus des Lernens“ monatelang vorher ausgebucht.

Bei der Verbindung von „High Tech“ mit „High Touch“ wurden auch im Bereich der Krankheitsbehandlung, der Krankenpflege und in der Gesundheitsförderung neue Wege erprobt. Eine Gruppe von Hausärzten/innen, Bewegungstherapeuten/innen und Mitgliedern verschiedener Selbsthilfegruppen hatten das Konzept der Salutogenese-Initiative, abgekürzt „Salutive“, von der Gesundheits-Akademie übernommen und auf den Stadtteil übertragen.

Der Stadtteil wurde für diese Initiative beim letzten Symposium des Gesunde-Städte-Netz-

werkes mit einem Sonderpreis ausgezeichnet. Die Weiterentwicklung des staatlichen öffentlichen Gesundheitsdienstes zu einer stadtteilbezogenen Dienstleistungs- und Service-Einrichtung in der Form des Gesundheitshauses hatte viel öffentliche Anerkennung gefunden.

Als die Koordinatorin der Salutive® von den Redakteuren/innen der „Euro-News“ und des Stadtteil-Fernsehens zu den Gründen dieser erfolgreichen Entwicklung interviewt wurde, erinnerte sie an die desolatte Ausgangssituation im Stadtteil vor fünf Jahren, als die gemeldete Arbeitslosigkeit auf 35 Prozent gestiegen war, die jungen Menschen den Stadtteil verließen, die Alten sich vor den Fernseher zurückzogen und auf den Straßen jugendliche Banden randalierten.

„In dieser Zeit gab es eine Gruppe, die keine Lust mehr hatte, auf den Erfolg von Hartz XVI und die Agenda 2050 zu warten. Wir haben uns mit der Essenz-Fokussierung und dem Programm der Gesundheitsförderung der WHO beschäftigt, sind der Vereinigten Lebensgewerkschaft der Bürger/innen beigetreten und haben mit dem Aufbau der Pflegegenossenschaft und den Familienzirkeln begonnen.“

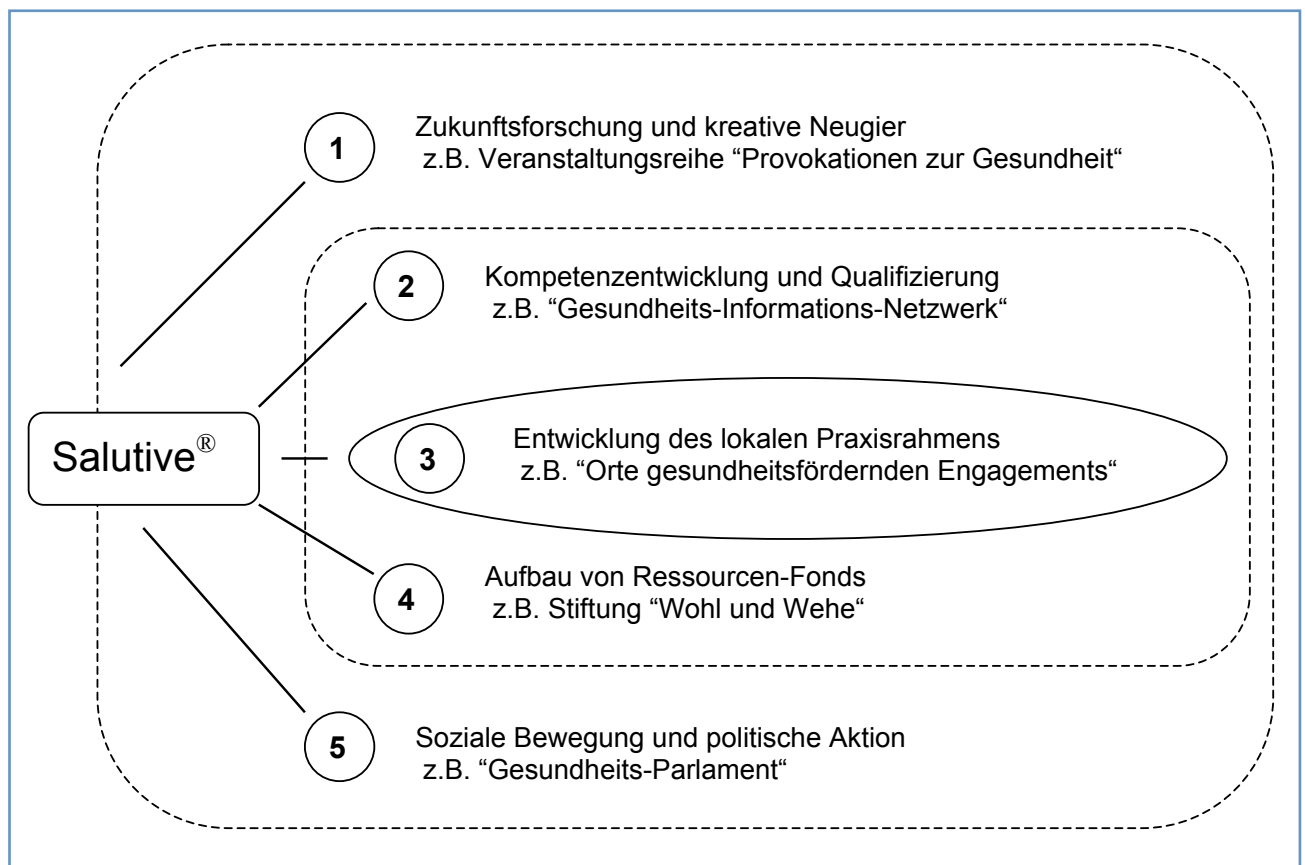


Abb. 3 :
Programm-elemente
der Salutive® im
Überblick (Salutoge-
nese-Initiative)

In der Anfangszeit war das Haus des Lernens ein wichtiger Motor der Stadtteil-Entwicklung, da dort über die Verknüpfung mit globalen Entwicklungen und möglichen Zukunftsperspektiven intensiv diskutiert wurde. Die Suffizienz-Bewegung hat die Hinwendung zur regionalen Wirtschaft und Vermarktung gefördert und insbesondere beim Stadt-Rückbau viele kreative Initiativen freigesetzt. Mit der Effizienz-Bewegung konnten wir den Ehrgeiz junger Menschen stimulieren und überregional bedeutsame wirtschaftliche Erfolge erzielen. Die Salutive® ist dann zusammen mit dem Wellness-Pfad zu einer Stadtteil-Initiative geworden, die für alle Menschen Beteiligungs- und Handlungsmöglichkeiten eröffnet. Damit haben wir den Übergang zu einer nachhaltigen Tätigkeitsgesellschaft exemplarisch vollzogen. Darum beneiden uns jetzt viele, und wir sind stolz darauf und laden zum Besuch ein.

In dem europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Stadtteile werden wir im nächsten Jahr im Wechsel die Koordination von Kollegen/innen in Nord-Belfast übernehmen und den Jahreskongress organisieren. Die Bewohner/innen bereiten sich bereits auf den zahlreichen Besuch vor und freuen sich auf den Erfahrungs- und Ideenaustausch.

Das Erfolgsgeheimnis unseres Stadtteils ist relativ einfach: Mann muss sich auf das Wesentliche im Leben besinnen, frau muss sich und anderen etwas zutrauen, alle gemeinsam müssen nach guten Beispielen und Programmen suchen und vor allem mit alle dem anfangen.“

Als sie das so freundlich lächelnd ins Mikrofon der Reporterin sprach, wussten die Zuschauer/innen, dass es natürlich auch viele Schwierigkeiten und Rückschläge gegeben hatte. Aber der freundliche Optimismus tat gut, und vielleicht war dies das eigentliche Erfolgsgeheimnis im Stadtteil.

Gesundheitsfördernde Settings – Modelle für integrative Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen?

Der Setting-Begriff hat die Expertenzirkel verlassen und erfreut sich nun auch über den Gesundheitsförderungsbereich hinaus einer gewissen Beliebtheit. In Settings zu arbeiten, scheint modern zu sein. Doch sind mit dem Setting-Begriff in der Gesundheitsförderung ein theoretischer Hintergrund und verschiedene Kernstrategien verbunden, die in vielen neuen, „selbst ernannten“ Setting-Projekten nicht rezipiert wurden.

Im Rahmen dieser Expertise zum Thema „Gesundheitsfördernde Setting-Ansätze in benachteiligten städtischen Quartieren“ wird deshalb zunächst das theoretische Konzept des Setting-Ansatzes erläutert und der Stand der Entwicklung in verschiedenen Settings zusammenfassend reflektiert. Bislang fehlen Setting-übergreifende Darstellungen, die die Ansätze und Entwicklungen in allen bislang entwickelten Setting-Theorien gegenüberstellen und für Professionelle und Interessierte aus anderen Kontexten transparent machen. Auch eine gemeinsame Diskussion von Setting-übergreifenden Qualitätskriterien wurde bislang von den Akteuren der unterschiedlichen Settings nicht vorgenommen. Dabei wäre sie zur dauerhaften Implementierung des Setting-Ansatzes jenseits plötzlicher Modernität unbedingt notwendig. Bislang schmoren die verschiedenen Settings eher in ihrem eigenen Saft.

Was ist ein gesundheitsförderndes Setting?

Die erste Ausformulierung des Setting-Ansatzes wurde etwa zeitgleich mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 vorgenommen. Die Definition von bestimmten gesundheitsfördernden Settings stellte einen notwendigen Konkretisierungsschritt zur Implementation von Gesundheitsförderungsansätzen dar. In der Ottawa-Charta wurde Gesundheitsförderung definiert als „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986, zitiert nach Franzkowiak/Sabo 1993, S. 96). Individuen und Gruppen sollen ihre Bedürfnisse wahrnehmen und ihre Lebensumstände verändern können. Dieser Ansatz versteht sich als emanzipatorisch – das Schlüsselwort in der Ottawa Charta lautet „Empowerment“ – und politisch, denn das Ziel war und ist es, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (Lebenswelten) zu schaffen, um mehr Chancengleichheit zu erlangen

(vgl. Altgeld/Kolip 2004). Als Grundsatzdokument bleibt die Ottawa-Charta notwendigerweise in vielen Formulierungen abstrakt. Deshalb wurde flankierend dazu das Konzept der gesundheitsfördernden Settings durch die Weltgesundheitsorganisation erarbeitet und ebenfalls 1986 das Gesunde-Städte-Netzwerk gegründet. In den Prinzipien der „Gesunden Stadt“ wird der Setting-Ansatz erstmals umgesetzt. „Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet werden können. ... Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren“ (BZgA 2003, S. 205).

Der Setting-Ansatz stellt eine Kernstrategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung dar. Ihr liegt die Idee zugrunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird. Gesundheitsförderung muss in diesem Lebensalltag ansetzen. Die Fokussierung auf definierte Sozialräume, sei es das Quartier, der Betrieb, die Schule oder das Krankenhaus, ermöglicht es, die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen.

Im Unterschied zur traditionellen Gesundheitserziehung wird innerhalb des Setting-Ansatzes nicht der einzelne Mensch und sein individuelles Verhalten in den Vordergrund der Interventionen und Maßnahmen gestellt, sondern das soziale System selbst. „Diese Systemintervention und die Salutogenese sind als Schlüsselkonzepte der Gesundheitsförderung und von Public Health bezeichnet worden, Gesundheitsförderung als Kernstück einer „New Public Health“ (Kaba-Schönstein 2003, S.75f). Dabei können dennoch einzelne Gesundheitsprobleme oder -risiken fokussiert werden, z. B. innerhalb von Gesunde-Stadt-Projekten die Verkehrssituation oder der Impfstatus bestimmter Bevölkerungsgruppen. Der Setting-Ansatz ermöglicht es zudem, individuen- und umweltbezogene Maßnahmen (z. B. Freiräume in städtischen Wohngebieten oder Schulhofgestaltung) miteinander zu verbinden. Als Kernstrategien in der Settingarbeit lassen sich folgende Vorgehensweisen festhalten:

- Einbezug und Beteiligung aller relevanten

Gruppen in dem jeweiligen Setting-Kontext.

- Prozessorientierung statt vorgegebener, festfügter Programme, deren Ausgangsbedingungen mit allen Beteiligten genau analysiert werden und darauf aufbauend Maßnahmen entwickelt. Nach Durchführung der Maßnahmen wird der Erfolg bewertet und eine neue Ausgangsanalyse vorgenommen.
- Systeminterventionen, die individuelle Verhaltensweisen genauso beeinflussen sollen wie die Verhältnisse innerhalb des Settings.
- Verankerung von Gesundheit als Querschnittsanforderung an die Kernroutinen des jeweiligen Settings.

Diese Kernstrategien werden zum Teil auch in der Qualitätsdiskussion wieder aufgegriffen und wurden z. B. als Qualitätsmerkmale in gesundheitsfördernden Betrieben definiert. Fast alle Setting-Ansätze wurden unter Beteiligung der WHO konzeptionell vorbereitet und innerhalb von internationalen Gesundheitskonferenzen über modellhafte Netzwerke gestartet. Maßgeblich für diesen Start war eine definierte Grundsatzprogrammatik und eine Selbstverpflichtung von Akteuren zur Erprobung des Setting-Ansatzes in ihrem jeweiligen Setting (vgl. Altgeld/Kolip 2003). Auf diese Weise wurden seit Ende der 1980er Jahre folgende Settings gestartet:

- Gesunde Städte,
- Gesundheitsfördernde Schulen,
- Gesundheitsfördernde Betriebe,
- Gesundheitsfördernde Krankenhäuser,
- Gesunde Regionen,
- Gesundheitsfördernde Gefängnisse,
- Gesundheitsfördernde Hochschulen.

Über diese „etablierten“ Settings hinaus gibt es in Deutschland konzeptuelle Überlegungen zur Definition weiterer Setting-Ansätze und teilweise auch erste Umsetzungsschritte in den Bereichen:

- Gesundheitsfördernde Kindertagesstätten (BZgA 2002, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen 2003),
- Gesundheitsfördernde Familien (Schnabel 2001),
- Gesundheitsfördernde Quartiere (Freie und Hansestadt Hamburg 2002).

Gerade in Deutschland hätte sich der Setting-Ansatz nicht vermitteln lassen können, wenn nicht genau benannt worden wäre, welches soziale System konkret gesundheitsförderlich verändert werden soll. Der abstrakte Begriff des Settings, der in der angelsächsischen Gesundheitsförderungsliteratur sehr gut verankert ist, hat in Deutschland bis Mitte der 90er Jahre nur innerhalb der Präventions- und Gesundheits-

förderungsliteratur Eingang gefunden. Im Gesundheitsbereich selbst und in angrenzenden Sektoren wie beispielsweise der Kinder- und Jugendhilfe oder dem Schulsektor war er lange Zeit weitgehend unbekannt.

Der Setting-Ansatz ist insbesondere durch Baric theoretisch mittlerweile weiterentwickelt worden (Baric/Conrad 2002). In seinem Buch Gesundheitsförderung in Settings wird der bisherige, klassische Ansatz von Gesundheitsförderung in einem Setting (z. B. Städte, Schulen oder Betriebe) weiterentwickelt zu einem Organisationsentwicklungsansatz „Gesundheitsförderndes Setting“, „das einen Politik- und Strategiewechsel eines Settings beinhaltet und zwar durch die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten, die volle Partizipation aller Teile eines Settings und die Einführung der Bewertung der Gesundheitsförderung und deren Einbeziehung in das bestehende Qualitätssicherungssystem dieses Settings“ (S. 16). Diese Neudefinition berücksichtigt, dass Settings hinsichtlich ihrer Art und Komplexität sehr unterschiedlich sein können. Sie „reichen von der Kernfamilie bis hin zu einer nationalen Armee oder einem internationalen Konzern. Alle diese Settings sind Organisationen, die durch ihre Struktur und Aufgaben eine anerkannte soziale Einheit darstellen“ (S.18).

Diese Erweiterung des Setting-Begriffs bringt einen zusätzlichen Vorteil: „Statt eines paternalistischen Ansatzes (Was soll die Gesundheitsförderung für Sie tun?) betont die neue Verlagerung einen partizipativen Ansatz (Was können Sie für sich selbst tun, und wie kann die Gesundheitsförderung Ihnen dabei helfen?)“ (S.12). Viele Setting-Ansätze gingen zwar ohnehin von diesem Selbstverständnis aus, aber es ist Barics Verdienst, den Organisations- und Beteiligungsansatz dabei als zentrale Dimension zu definieren, der Etikettierungen letztlich überflüssig macht und Organisationsprinzipien in den Vordergrund stellt.

Wie funktioniert Setting-Arbeit konkret? Beispiel Gesundheitsfördernde Schule

Gesundheitsbezogene Maßnahmen finden – z. B. in Form von Gesundheitserziehung – bereits seit Jahrzehnten im schulischen Kontext statt. Diese Maßnahmen orientierten sich bisher überwiegend am Präventionsparadigma und nutzten die Schule als Bildungseinrichtung, in der eine gesamte Bevölkerungsgruppe leicht zu erreichen ist (vgl. Altgeld/Kolip 2003). Die Schnittstellen des Bildungssektors zum Gesundheitssektor sind ansonsten marginal.

Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung spielt in den jeweiligen Schulgesetzen der Länder nur eine nachrangige Rolle, wenn

überhaupt explizite Regelungen dazu getroffen werden. Die Kultusministerkonferenz selbst hat nur 1992 einen Bericht „Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule“ verabschiedet. Er gibt eine länderübergreifende Übersicht zur Situation der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik und formuliert daraus Empfehlungen, die zwar den Ansatz der Gesundheitsförderung als relevant und zukunftssträftig für Schulen charakterisiert, aber im Wesentlichen der klassischen Gesundheitserziehung mit ihrem individuellen, risikominimierenden Ansatz verpflichtet bleibt (vgl. Kultusministerkonferenz, 1992).

„Mit dem Setting-Ansatz soll es Schulen ermöglicht werden, Gesundheit zum Thema ihrer Schule zu machen und einen Schulentwicklungsprozess mit dem Ziel einzuleiten, ein gesundheitsförderndes System Schule zu schaffen, das die auf den Arbeits- und Lernplatz Schule bezogene Gesundheit aller an der Schule Beteiligten fördert. Übergeordnetes Ziel ist die Steigerung der Bildungsqualität der Schule“ (Barkholz u.a. 2001, S. 9). Die Bedeutung von Schulen für Gesundheit der Schüler/innen wurde vor der Implementation des Setting-Ansatzes eher unterschätzt. Gesundheitserziehung hat sich in Schulen bis zur Verabschiedung der Ottawa-Charta auf die Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen (z. B. zu den Gefahren des Rauchen oder Alkoholkonsums) in bestimmten Fächern, insbesondere Biologie, und den Versuch einer „präventiven Einflussnahme auf gesundheitliche Risikoverhaltensweisen von Schülern“ (Paulus 2003, S. 970) beschränkt.

Schule als soziales System mit seinen positiven wie negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der dort lernenden und arbeitenden Menschen ist erst im Rahmen der Implementation des Setting-Ansatzes stärker ins Blickfeld geraten. „Die schulische Gesundheitsförderung will alle Mitglieder einer Schulgemeinschaft dazu befähigen, verantwortungsbewusst mit ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Mitmenschen umzugehen“ (vgl. ebd.). Die Weltgesundheitsorganisation hat bereits 1991 auf der Grundlage der Europarat-Empfehlung von 1988 mit dem Aufbau eines Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen begonnen. In Deutschland startete der erste Bund-Länder-Modellversuch „Gesundheitsförderung im schulischen Alltag“ 1990 in Schleswig-Holstein (vgl. Barkholz/Homfeldt 1994). 1992 wurde von der Kultusministerkonferenz der Länder der Bericht „Zur Gesundheitserziehung in Schulen einschließlich der Aus- und Fortbildung der Lehrer“ vorgelegt, in dem ein ganzheitliches Lebensweisenkonzept festgeschrieben wurde. 1994 veröffentlichte das Bundesministerium

für Bildung und Wissenschaft einen „Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung“ unter dem Titel „Gesundheit und Schule“. 1993 wurde der zweite Bund-Länder-Modellversuch gestartet, 1997 der dritte. Es kann in Deutschland also auf eine mehr als zehnjährige Erfahrung mit Modellen zur Gesundheitsfördernden bzw. Gesunden Schule zurückgeblickt werden.

Die Programmatik und Reichweite des Konzeptes ist im Rahmen des dritten Bund-Länder-Modellversuchs „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit (OPUS)“ umfassend definiert worden. „Die Gesundheitsfördernde Schule entfaltet sich nicht eindimensional. Ihre gesundheitsförderlichen Aktivitäten decken einen großen Bereich ab. Je nach den aktuellen Erfordernissen initiiert und führt sie Projekte zur Verbesserung des Unterrichts, zur Verbesserung der sozialen Beziehungen, zur Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte, zur ökologischen Umgestaltung der Schule, zur Kooperation mit externen Partnern, zur Verbesserung schulischer Organisationsstrukturen und -abläufe, zur Steigerung der Kenntnis und der Akzeptanz der Idee der Gesundheitsfördernden Schule bei den beteiligten Personengruppen in und außerhalb der Schule durch“ (Barmer Ersatzkasse 1998, S. 3).

Die durch den Setting-Ansatz initiierten Schulentwicklungsprozesse sollen es Schulen ermöglichen, den Lern- und Arbeitsplatz Schule gesundheitsfördernd zu gestalten. Einbezogen werden dabei sowohl die Schüler/innen, die Lehrer/innen, die Eltern, das nicht unterrichtende Personal sowie das kommunale Umfeld der Schulen. Gesundheitsförderung kann bei der Gestaltung von Schulgebäuden beginnen und hört bei veränderten Interaktionsstrukturen zwischen Eltern, Schüler/innen und Lehrer/innen auf. Gerade die neueren Modellversuche im schulischen Sektor verknüpfen diese Aktivitäten mit dem übergeordneten Ziel, die Bildungsqualität der Schule zu steigern. Hier sind insbesondere das von der Bertelsmann-Stiftung 2000 ins Leben gerufene Projekt „anschub.de“ und das von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen mit den Landesvereinigungen für Gesundheit 2003 gestartete Projekt „gesund leben lernen“ zu nennen.

Innerhalb von anschub.de wurde der Begriff der „guten, gesunden Schule“ (vgl. www.anschub.de, Zugriff 11/2003) entwickelt, der Schulen in ihren Kernroutinen unterstützen will und Gesundheit gleichzeitig als Produkt und Funktionsmerkmal einer guten Schule definiert. anschub.de versteht sich als nationale Allianz von Partnern, die gemeinsam nachhaltige gesundheitsförderliche Entwicklung von

Schulen durch ein Investment in Gesundheit und Bildung absichern will (vgl. ebd.)

Das Projekt „gesund leben lernen“ der Spitzenverbände der GKV mit den Landesvereinigungen verfolgt die Zielstellung, Gesundheitsmanagementansätze aus dem betrieblichen Kontext auf Schulen zu übertragen (vgl. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen 2003). Da es beteiligungsorientiert angelegt ist und an den Lern- und LehrROUTINEN ansetzt, wird Gesundheit nicht als zusätzlicher Auftrag an Schulen herangetragen, sondern auf die Probleme im Schulablauf und schulbezogenen Möglichkeiten zu deren Lösungen fokussiert (ebd.). In welchen Feldern können Veränderungen im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung in Schulen ansetzen? Dies beginnt bei einer anderen Gestaltung des Unterrichts, z. B. der Erprobung neuer Unterrichtsformen oder der Aufnahme gesundheitsbezogener Elemente (Bewegungspausen oder Klassenfrühstück) in den Unterricht selbst und endet bei der Entwicklung eines Schulprogrammes, in dem Gesundheitsförderung einen wichtigen Baustein darstellt. Außerdem spielt die Schulhof-, Klassenraum- und Gebäudegestaltung eine wesentliche Rolle bei der Veränderung von Schulleben. Dazu gehören Schulhöfe, die Bedürfnisse nach Bewegung und Kommunikation genauso befriedigen wie die nach Ruhe und Entspannung. Auch dem Stress- und Aggressionsabbau (z. B. über die Vermittlung einer gewaltfreien Streitkultur, Ausbildung von Schülermediatoren/innen) sowie der Stärkung psychosozialer Kompetenzen kommt eine besondere Rolle zu. Die gesundheitsfördernde Schule ist aber nicht auf die Schulzeit und den geographischen Raum Schule begrenzt, sondern enthält ebenso eine Öffnung in das kommunale Umfeld und leistet Beiträge zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung. Die Öffnung in das kommunale Umfeld wird als wechselseitiger Prozess organisiert, d.h. die Schule mobilisiert zusätzliche Ressourcen (z. B. von Firmen) und stellt gleichzeitig ihre Ressourcen (insbesondere Räume, vor allem Turnhallen) dem Stadtteil zur Verfügung.

Völlig losgelöst? – Gesundheitliche Chancengleichheit in gesundheitsfördernden Settings

In Deutschland hat es seit Anfang der 90er Jahre insgesamt fünf größere, evaluierte Modellversuche zur Implementation von Gesundheitsförderung in den schulischen Alltag gegeben. Alle bisherigen Modellprojekte im Bereich der gesundheitsfördernden Schulen stellen gesundheitliche Chancengleichheit oder Chancengleichheit, wie in der WHO-Erklärung von 1997 (Thessaloniki) formuliert, nicht in den Vordergrund ihres Interventionsansatzes. So-

ziale Benachteiligung taucht als Stichwort oder Untersuchungsaspekt weder in der Modellkonzeption noch innerhalb der initiierten Prozesse noch in der Ergebnisevaluation auf, zumindest nicht explizit. Bestenfalls gehen die Modellinitiatoren und -träger aufgrund des umfassenden Setting-Ansatzes davon aus, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche von den Modellversuchen genauso profitieren wie andere Kinder und Jugendliche, da die Bedürfnisse von Schüler/innen in fast allen Projekten einbezogen wurden, allerdings unterschiedlich stark.

Für die Modellversuche in Deutschland lässt sich indirekt durch eine Analyse der beteiligten Schulformen herausfinden, ob über die Auswahl der Schulformen durch den Setting-Ansatz ein Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet wurde. Nachfolgende Übersicht (Abb.1) macht deutlich, dass dies eher nicht der Fall ist. Bei der Übersicht überrascht zunächst, dass innerhalb der Abschlusspublikationen für zwei Bund-Länder-Modellversuche keine Angaben zu den beteiligten Schulformen vorliegen. Dabei zeichnen sich die unterschiedlichen Schulformen durch große Unterschiede hinsichtlich der Qualifikation des dort arbeitenden Lehrpersonals, der strukturellen Voraussetzungen und der Zusammensetzung der Schülerschaft aus. Es kann davon ausgegangen werden, dass in Haupt-, Sonder- und Berufsbildenden Schulen der Anteil sozial benachteiligter Kinder höher ist als in den anderen Schulformen. Wenn diese Zielgruppen besonders von dem Ansatz der gesundheitsfördernden Schulen profitieren sollen, muss eine entsprechende Akzentsetzung bei der Auswahl der Modellschulen erfolgen.

Da bei der Auswahl der Modellschulen aller vorgestellten bundesdeutschen Modellversuche das Interesse der Schulen allein ausschlaggebend war und im letzten Bund-Länder-Modellversuch keine zusätzlichen Ressourcen in die beteiligten Modellschulen gegeben wurden, ist eine solche Akzentuierung der Modellversuche nicht erfolgt. Die vergleichsweise geringe Beteiligung von Haupt-, Sonder- und Berufsbildenden Schulen an den Modellversuchen, für die Übersichten nach Schulformen vorliegen, zeigt auch, dass für diese Schulformen ein breiter Ansatz, der auf freiwilligen Interessensbekundungen der Kollegien beruht, kaum greift. Diese Auswahlprozedur für die Beteiligung an den Modellversuchen reproduziert eher soziale Ungleichheiten, weil beispielsweise Gymnasien überproportional häufig vertreten waren, als dass sie soziale Ungleichheit allein im Hinblick auf die Schulformen abbaut. Hier muss über spezielle Anreizsysteme, auch in Form mate-

Modellversuch	Grund- schulen	Real- und Regel- schulen	Berufs- bildende Schulen	Haupt- und Sonder- schulen	Gesamt- schulen	Gymnasien	Sonstige
BLK- Modellversuch „Gesundheitsför- derung im schulischen Alltag“	Keine Angaben (s. Barkholz/Homfeld 1994, S. 14)						
BLK- Modellversuch „Netzwerk gesund- heitsfördernder Schulen“	3	5	1 (in einem Schul- zentrum)	2 (davon eine GS und HS)	7	5 (davon 1 Schul- zentrum (Gym + BBS)	3 Sek. 1
BLK- Modellversuch „OPUS - Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“	Nicht ausgewiesen im Rahmen des Abschlussberichtes						
GimS – Gesund- heitsförderung in und mit Schulen	1	1	0	1	1	1	0
Förderungs- programm „Gesunde Schule“ der Robert-Bosch- Stiftung	4	3	3	4	4	5	0

Abb. 1: Beteiligte Schulformen in den deutschen Modellversuchen

rieller Ressourcen nachgedacht werden, wenn Schulformen, die besonders geeignet sind, sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zu erreichen, stärker als bisher in die Modellversuche einbezogen werden sollen. Im Rahmen des Prozesses der Definitionen von Gesundheitszielen auf Bundesebene ist deshalb auch die Forderung nach einem eigenen Modellversuch für Berufsbildende Schulen aufgestellt worden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003, S. 159).

Gesundheitsförderung vor Ort: Gesundheitsfördernde Quartiere

Der hohe Anspruch der Gesunden Stadt wird letztlich auf Quartiersebene eingelöst. Für das Setting „Gesundheitsförderndes Quartier“ existiert aber weder eine von der Weltgesundheitsorganisation oder anderen Trägern erarbeitete Grundsatzprogrammatik noch wurden umfangreiche Modellprojekte in diesem Bereich bislang durchgeführt. Dennoch wird zurzeit das „gesundheitsfördernde Quartier“ als relevantes Gesundheitsförderungs-Setting für die Arbeit mit sozial benachteiligten Gruppen quasi über zwei völlig unterschiedliche Zugän-

ge in Deutschland entdeckt und bearbeitet. Einerseits kann in der sozialen Gemeinwesenarbeit zumindest partiell eine neue Aufgeschlossenheit gegenüber gesundheitsbezogenen Themenstellungen und Arbeitsweisen festgestellt werden. Andererseits werden im Rahmen des Settings Gesunde Stadt kleinräumigere Ansätze entwickelt, die zielgruppenspezifischer gestaltet werden können.

Am deutlichsten manifestiert sich die Tendenz der neuen Aufgeschlossenheit der sozialen Gemeinwesenarbeit gegenüber gesundheitlichen Themenstellungen bislang innerhalb des Bund-Länder-Programmes „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die soziale Stadt“. Nachdem zu Beginn des Programmes eher klassische städtebauliche Problemstellungen den Förderschwerpunkt darstellten, sind in der aktuellen Förderphase auch vermehrt weitere Handlungsfelder wie Schule und Bildung im Stadtteil oder Stadtteilkultur und eben auch Gesundheitsförderung als Bestandteil integrierter Stadtteilentwicklung definiert worden (DIFU 2003b, S. 98ff). „Integrierte Handlungskonzepte haben sowohl in der Praxis als auch in der Fachdiskussion schärfere Konturen

gewonnen, dennoch handelt es sich bei ihnen noch um ein Instrument im Entwicklungsstadium ... Wo bisher von integrierten Konzepten die Rede ist, zeigt sich nach wie vor eine große Variationsbreite: Diese reicht von der Übernahme wenig aktueller Ergebnisse aus vorbereitenden Untersuchungen als Bestands- und Problemanalyse samt kommentierten Projektübersichten über städtebaulich dominierte und sozial angereicherte Rahmenpläne bis zu umfassenden integrativen Konzepten, die sich auf gesamtstädtische kleinräumige Analysen mit ausgearbeiteten Leitvorstellungen und detaillierten Vorschlägen zur Umsetzung gründen. Unterschiede fallen auch hinsichtlich der Beteiligungsintensität von Bewohnerschaft und Vor-Ort-Akteuren auf“ (ebd., S. 228). Die in diesem Bereich entwickelten good-practice-Kriterien und -Modelle werden unten ausführlicher dargestellt. Das Gros der Projekte findet sich im Bereich der „sozial angereicherten, aber städtebaulich dominierten“ Konzepten wieder.

Interessant dabei ist, dass der WHO-Ansatz in diesem Kontext überhaupt rezipiert wurde und die Nähe in der Strategieentwicklung auch theoretisch aufgearbeitet wird. So heißt es im Bericht des Deutschen Instituts für Urbanistik (DIFU):

Der Schwerpunkt der Projekte und Maßnahmen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung liegt bei präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten. Charakteristisch ist dabei die Fokussierung auf den Lebensraum und die alltäglichen Lebensweisen der Bewohner/innen. Dieser gebietsbezogene Ansatz korrespondiert mit dem seit Mitte der Achtzigerjahre des letzten Jahrhunderts zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend verfolgten „Setting-Ansatzes“ der WHO. Als Settings werden Lebensbereiche mit ihren spezifischen sozialen und organisatorischen Strukturen bezeichnet, wie z. B. Schule, Betrieb, Stadtteil, Quartier, in denen Menschen sich überwiegend aufhalten und Lebensmuster entwickeln, die unter anderem ihre Gesundheit bestimmen. Ansätze der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung zielen zum einem darauf ab, „niedrigschwellige“ Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen zu entwickeln, zum anderen darauf, durch Netzwerkbildung die Kooperation im Gesundheitswesen zu verbessern. (DIFU 2003b, S. 139)

Auch der Gesundheitsförderungsbereich in Deutschland „reichert sich sozial an“. Konzeptuell war das sektorenübergreifende Vorgehen schon als wesentliche Handlungsstrategie in der Ottawa-Charta der WHO von 1986 verankert. Dennoch ist es den meisten Setting-Projekten bislang nicht gelungen, wirklich sektorenübergreifend zu arbeiten und über den

Gesundheitssektor hinaus Wirkungen zu entfalten. Dies gilt auch für das Setting Gesunde Stadt, das die sektorenübergreifende Arbeitsweise sogar in seiner Grundsatzprogrammatik verankert hat.

Im angelsächsischen Bereich ist die soziale Orientierung seit jeher ein fundamentaler Aspekt von Gesundheitsförderung. In dem jetzt auch in deutscher Übersetzung vorliegenden Lehrbuch der Gesundheitsförderung von Naidoo und Wills (2003) ist „gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit und Gemeinwesenentwicklung“ eine von fünf grundsätzlichen Strategien und Methoden (ebd., S. 197ff). Gemeinwesenentwicklung zur Förderung der Gesundheit wird dort definiert als „ein Prozess, bei dem ein Gemeinwesen seine Gesundheitsbedürfnisse selbst formuliert, darüber nachdenkt, wie diese erfüllt werden können und gemeinsam darüber entscheidet, welche Prioritäten gesetzt werden sollen“ (ebd., S.199). Auch wenn die Autorinnen des Lehrbuchs die Wege zur Umsetzung als sehr unterschiedlich kennzeichnen, halten sie drei gemeinsame Merkmale fest: Nutzerorientierung, Prozessorientierung, und Fokussierung auf die Bedürfnisse benachteiligter und schutzbedürftiger Gruppen (ebd., S. 203ff).

In einer tabellarischen Gegenüberstellung halten sie die Vor- und Nachteile der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit anschaulich fest (siehe Tabelle nächste Seite).

In Deutschland steckt die gesundheitsfördernde Gemeinwesenarbeit noch in ihren Anfängen. In Niedersachsen wurden gesundheitsbezogene Projekte aus dem Sozial- und Jugendhilfesektor 1998 erhoben und dokumentiert. In dem in diesem Rahmen veröffentlichten Reader „Armut und Gesundheit – Praxisprojekte aus Gesundheits- und Sozialarbeit in Niedersachsen“ (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen 1998) werden 14 von insgesamt 98 Projekten dargestellt, die gemeinwesenorientiert arbeiten. In dem Forschungsbericht dazu wird festgehalten: „Kommunale Projekte im Bereich von sozialen Brennpunkten, in denen alle Akteur/innen vor Ort zusammenarbeiten, haben große Chancen, sozial benachteiligte Menschen zu erreichen. Die Zusammenarbeit von solch unterschiedlichen Berufsgruppen ist sicherlich nicht immer einfach; erste positive Erfahrungen existieren im Bereich Soziale Stadtentwicklung und Quartiersmanagement. Der Gesundheitssektor gehört in diesen Programmen bis jetzt noch nicht zu den festen Kooperationspartnern. Es ist für die Zukunft wichtig, den Bereich Gesundheit stärker bzw. überhaupt in diese Prozesse mit seinen Akteur/innen zu integrieren“ (Deneke u.a. 2000, S. 67).

Vorteile	Nachteile
Gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit setzt bei den Problemen der Menschen an und wird dabei wahrscheinlich von ihnen eher unterstützt.	Gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit ist sehr zeitaufwändig.
Gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit zielt auf die Ursachen und nicht die Symptome und Erkrankungen.	Die Ergebnisse der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit sind häufig nicht leicht greifbar und quantifizierbar.
Gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit schafft Bewusstsein über gesellschaftliche Ursachen der Erkrankungen.	Die Evaluierung von gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit ist schwierig. Ohne eine Evaluierung ist es schwierig, Geldgeber zu finden.
Der Prozess der Beteiligung wirkt befähigend und schafft mehr Zuversicht und Selbstvertrauen.	Gesundheitsförderer mögen ihre Rolle als widersprüchlich empfinden. Wem gegenüber sind sie letztlich rechenschaftspflichtig – ihrem Auftraggeber oder dem Gemeinwesen?
Der Prozess schließt den Erwerb von Fähigkeiten mit ein, die übertragbar sind, z. B. Kommunikationsfähigkeiten und Fähigkeiten der Lobbyarbeit.	Die Arbeit geschieht in der Regel nur mit kleinen Gruppen von Menschen.
Wenn der Gesundheitsförderer und Bürger/innen als Gleichberechtigte zusammen kommen, wird damit der demokratische Grundsatz der Rechenschaftspflichtigkeit besser erfüllt.	Gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit lenkt von größeren Problemzusammenhängen ab und kann sich in der Auseinandersetzung mit Kleingruppen verlieren.

Abb 2: Vor- und Nachteile der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit (Naidoo/Wills 2003, S. 205)

In Hamburg wurde ein Ansatz entwickelt, der Gesundheitsförderung in einzelnen Quartieren umsetzen soll. Das Hamburger Kooperationsprojekt „Gesunde, Soziale Stadt“ zielt auf die „Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ durch Stärkung und Entwicklung umfassender Ernährungs- und Bewegungsansätze in benachteiligten Stadtgebieten (Stender 2003, S. 1).

Ziel und Aufgabenschwerpunkte wurden auf der Grundlage von Erkenntnissen der Hamburgischen Landesgesundheitsberichterstattung definiert. Die Aktivitäten setzen in den drei Stadtteilen Horn, Jenfeld und Lurup an. Diese sind als benachteiligte Stadtteile ausgewiesen, dort wurde das Problem der „Übergewichtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“ im Rahmen des letzten Hamburger Gesundheitsberichtes (2001) als besonders ausgeprägt nachgewiesen. Außerdem ist dort jeweils ein Projekt der Sozialen Stadtteilentwicklung angesiedelt. Nachfolgend wird dieser innovative Ansatz aus der vorliegenden Projektbeschreibung näher erläutert:

Die Umwelt- und Gesundheitsbehörde arbeitet in diesem Kooperationsprojekt mit der Bau- und Verkehrsbehörde, der Bildungs- und Sportbehörde, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst

sowie der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung zusammen. Ratschläge für eine gesunde Lebensweise zu präsentieren, ist noch recht einfach. Schwieriger wird es, mehr Menschen als bisher mit Informationen über Gesundheit so zu erreichen, dass sie entscheiden können, was für ihre Gesundheit und z. B. die ihrer Kinder förderlich ist. Unsere Strategie zielt gleichzeitig auf die Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen (d.h. Stärkung der individuellen Möglichkeiten zu gesundheitsförderndem Handeln) und die Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen. Wir wollen erreichen, dass Bürgerinnen und Bürger, beispielsweise Eltern, Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche sich möglichst gesund und ausgewogen ernähren und sich regelmäßig körperlich bewegen. Damit diese Gesundheitskompetenzen auch angewandt werden können, wollen wir in den Stadtteilen vorhandene Angebote darstellen und bekannt machen bzw. entsprechende Angebote verstärken oder besser miteinander verbinden (Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen). Die geplanten Aktivitäten reichen von der Verbesserung der Angebote für eine gesunde Ernährung in Schulen und Kindergärten, über verstärkte

offene Bewegungsangebote bis zum Ausbau von Bewegungs- und Spielflächen im Stadtteil“ (Stender 2003)

Durch eine verbesserte Zusammenarbeit auf fachbehördlicher Ebene unter Einbeziehung des bezirklichen Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Bezirkskoordination für die Soziale Stadtteilentwicklung und der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) soll ein geeignetes Vorgehen erprobt und umgesetzt werden, das auf der Stadtteilebene gesundheitsfördernd wirksam wird. Mit der Zusammenarbeit auf den verschiedenen Ebenen (Stadt, Bezirk, Stadtteil) und der Zusammenarbeit zwischen diesen Ebenen sollen vorhandene Ressourcen (z. B. Sachverstand, Sachmittel, Kontakte) offensichtlich aktiviert und zielbezogen eingesetzt werden. Wesentliche Projektziele sind dabei:

- Verbesserung der Gesundheit in insbesondere benachteiligten Stadtteilen Hamburgs,
- Verbesserung der Gesundheit der Bürger/innen,
- Verbesserung des Stellenwertes von Gesundheit in der Stadtteilöffentlichkeit,
- Stärkung und/oder Entwicklung nachhaltiger Strategien zur Verankerung einer gesundheitlichen Orientierung in den Stadtteilen (ebd.).

Es wurden sieben Handlungsgrundsätze für die Umsetzung des Projektes definiert, die für die Arbeit entscheidend sind:

1. Rationalität der Definition von Handlungsschwerpunkten,
2. Chancengleichheit in der Gesundheit,
3. Gesundheit als individuelle Aufgabe,
4. Gesundheit als gesellschaftliche Aufgabe,
5. Gesundheit als übergreifende Aufgabe,
6. Lokale Orientierung,
7. Partizipative Orientierung.

Dies sind erste Neuorientierungen der bisher wenig in den Quartieren verankerten Gesunde-Stadt-Arbeit.

Ausblick

Die Finanznot der öffentlichen Hand in Deutschland und die damit verbundene Projektmittelknappheit führt zu einer Konzentration öffentlicher Mittel auf die Bevölkerungsgruppen, bei denen sich die meisten Problemlagen ballen. Gesundheitliche Chancengleichheit spielt in sozial benachteiligten Stadtteilen eine besondere Rolle. Der Setting-Ansatz kann einen zentralen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit leisten. Allerdings wurde in den meisten Settings der Gesundheitsförderung die Arbeit mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nicht zum zentralen Anliegen gemacht. Auch in der bisherigen Umsetzungs-

praxis der Settings lässt sich eine gewisse Mittelschichtorientierung nachweisen.

Die zurzeit noch eher koexistierenden Bereiche der Gesundheitsförderung in Settings und die soziale Stadtentwicklung könnten zukünftig wechselseitig voneinander profitieren. Gesundheitsfördernde Settings (insbesondere Kindergärten und Schulen) können in sozial benachteiligten Stadtteilen im Zuge der Öffnung ins kommunale Umfeld eine gesundheitsfördernde Breitenwirkung in den Stadtteil hinein entfalten (insbesondere durch Elternarbeit und gesundheitsbezogene Angebote) und somit einen Ausgangspunkt für die Verankerung von gesundheitsbezogenen Programmen darstellen. Gleichzeitig kann der Setting-Ansatz für Einrichtungen in sozial benachteiligten Stadtteilen eine gute Arbeitsbasis zur Bewältigung verschiedener Probleme darstellen, weil es im Kern des Setting-Ansatzes um gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung und Beteiligung geht. Gesundheitsförderung in Settings wiederum kann über den Zugang Quartier und dort vorhandenen Strukturen des Quartiersmanagement wiederum die Zielgruppen erreichen, die in der Vergangenheit eher kaum erreicht wurden. Das Hamburger Konzept der gesunden, sozialen Stadt nimmt eine solche enge Verknüpfung bereits in seinem Projekt-namen vorweg. Gesundheit ist andernfalls als Spezialthema außerhalb der Krankenversorgung ansonsten wohl kaum in sozial benachteiligten Stadtgebieten als Querschnittsthema zu implementieren. Gesundheitsförderung könnte aber gleichzeitig eine Querschnittsanforderung an alle stadtteilbezogenen Aktivitäten werden, ebenso ein Qualitätsmerkmal von Maßnahmen in diesem Bereich.

Kernprinzipien der Setting-Arbeit sind im Rahmen der Sozialen Stadt bereits ansatzweise verwirklicht, nur spielt der Gesundheitsförderungsgedanke selbst dabei bislang keine zentrale Rolle. Jedoch deuten die neueren Konzepte darauf hin, dass Gesundheitsförderung als wichtiges Themenfeld der sozialen Stadtentwicklung anerkannt wird. Die Gemeinsamkeiten der Ansätze wurden von den Multiplikatoren/innen bis dato häufig nicht gesehen, weil das sektorale Denken auch hier nach wie vor verbreitet ist und Gesundheitsförderung eher pauschal dem anderen Sektor, dem Gesundheitssektor nämlich, zugeschlagen wird.

Eine ganze Reihe von bisher unverbundenen Diskussionen in der Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik werden die Arbeit in den Quartieren verändern. Insbesondere sind folgende Entwicklungen dabei zu benennen, deren Ergebnisse, ob nun in Gesetzes- oder Projektform, für die Arbeit vor Ort eine wesentliche Rolle spielen werden:

- die Diskussion um das Präventionsgesetz auf Bundesebene,
- die geplante Präventionsstiftung der Kassen, die insbesondere für die Setting-Arbeit Investitionen vornehmen soll,
- die Bildungsdiskussion nach PISA, verbunden mit der Einrichtung von Ganztagschulen,
- integrierte Bundesmodellprogramme wie beispielsweise Soziale Stadt und E&C,
- Gesundheitsziele auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene,
- integrierte Projektdatenbanken, z. B. BZgA/ Gesundheit Berlin,
- integrierte Berichtsformen, z. B. Armuts- und Reichtumsberichte oder der Kinder- und Jugend-Survey.

Noch laufen viele Diskussionsstränge nicht zusammen, aber wenn vor Ort wesentliche Änderungen erzielt werden sollen, muss die starke sektorale Orientierung der deutschen Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Jugendpolitik aufgebrochen werden und Strategien angewandt werden, die zielgruppenspezifisch sind. Der Setting-Ansatz bietet dafür gerade auf Stadtteilebene sehr gute Voraussetzungen.

Was muss jemand können, der Gesundheitsförderung im Stadtteil machen will?

Ein Gesundheitsförderer im Stadtteil muss primär gute Stadtteilarbeit machen können, die er gesundheitswissenschaftlich fundieren kann. Er oder sie setzt seine Erkenntnisse um, indem er die Logik individuellen Handelns versteht, systemisch denkt und politisch handelt. Welche Kompetenzen sind dafür im Einzelnen notwendig?

Die Antwort auf diese Frage beruht auf langjährigen Praxiserfahrungen eines Setting-bezogenen Ansatzes der Gesundheitsförderung u.a. als Vorsitzende der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsens e.V. und auf mehr als vier Jahren Erfahrungen in der Lehre an Fachhochschulen in Gesundheitsmanagement-Studiengängen, die u.a. für Gesundheitsförderung qualifizieren. Das Modell der Schlüsselkompetenzen aus der handlungsorientierten Didaktik bietet eine Möglichkeit, die notwendigen Kompetenzen zu strukturieren.

(1) Methodenkompetenz

Strategische Planung erfordert

- Methoden des Projekt- und Qualitätsmanagement (Analyse, Intervention, Evaluation),
- die Fähigkeit Verbündete zu suchen,
- die Entwicklung von Strategien, um Vorhaben politisch und innerinstitutionell durchsetzen zu können.

Wissenschaftliches Denken und Arbeiten beinhaltet

- Methoden der systematischen Recherche und Bewertung von Interventionen nach „evidence“,
- das regelmäßige Lesen von Gesundheitsberichten,
- die Fähigkeit, theoretisch fundierte Begründungen liefern zu können,
- Methoden der quantitativen und qualitativen empirischen Sozialforschung für Analyse und Evaluation.

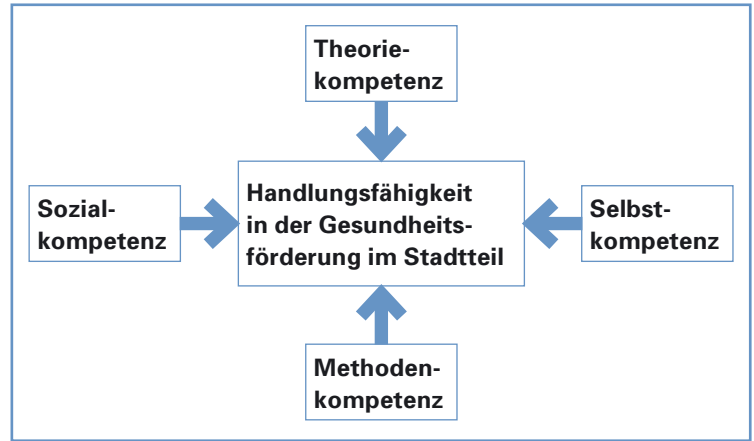
Kommunikatives Handeln braucht

- Methoden der Moderation, Gesprächsführung, des Konfliktmanagement etc.

(2) Sozialkompetenz

Akzeptierendes Verstehen heißt

- Menschen in der Logik ihres Handelns zu begreifen und anzunehmen, und zwar auch dann, wenn diese Logik der Lebenseinstellung des Gesundheitsförderers fern steht; dies betrifft die Logik von arbeitslosen Ju-



gendlichen und obdachlosen Frauen genauso wie die von Staatssekretären/innen,

- die jeweiligen Fähigkeiten zu entdecken und zu unterstützen, und zwar wieder nicht nur die Fähigkeiten des „Klientels“, sondern auch die der Kooperationspartnern.

Kooperieren in diesem Zusammenhang bedeutet,

- ein Neben- und Miteinander unterschiedlicher Berufsgruppen und Institutionen zuzulassen und im Team zusammenzuarbeiten, Durchsetzen heißt hier,

- die eigene Vorstellungen und Ideen auch dann zu vertreten und sich für ihre Umsetzung einsetzen, wenn sie dem augenblicklichen Mainstream nicht entsprechen, es bedeutet, hartnäckig zu sein und angemessen argumentieren zu können.

(3) Selbstkompetenz

Eigenes Gesundheitsbewusstsein aufbauen heißt,

- Respekt und Wertschätzung gegenüber sich selbst, anderen und der Umwelt gegenüber zu entwickeln,
- Wissen über die Funktionen und Bedürfnisse des Menschen zu vernetzen,
- Handlungsfähigkeit als Wissen um die Möglichkeiten des Handelns zu verstehen,
- überzeugt sein, dass man diese Möglichkeiten auch ergreifen und angemessen zwischen möglichen Alternativen unterscheiden kann,
- zu reflektieren, warum man die Arbeit eines Gesundheitsförderers eigentlich machen will, und zu wissen, dass man neben dieser Arbeit andere Dinge im Leben hat, die zu frieden machen.

(4) Theoriekompetenz

Salutogenese und die Schaffung von Kohärenz-sinn beinhaltet,

- Erfahrungen der Konsistenz, der Teilhabe an Entscheidungen und eines Gleichgewichtes zwischen Anforderungen und Res-

- sourcen zu schaffen und dazu beitragen zu wollen, dass benachteiligte Jugendliche Lebensglück empfinden können, Sinn im Leben finden und in Bezug auf ihre Zukunft realisierbare Wünsche entwickeln können,
- ein Konzept von sozialer Benachteiligung, ihrem Zusammenhang zu Gesundheit, Erklärungsmodelle für den Zusammenhang und Wissen um die sozialpolitische Bedingtheit der Benachteiligung zu entwickeln,
 - Wissen um die Bedeutung von Lebenskontext, Lebensbedingungen und Lebensphasen zu erwerben und zu erweitern, z. B. das Wissen um Risikobereitschaft, den Wunsch nach Grenzerfahrungen, Orientierungslosigkeit und ein Nicht-in-sich-Stehen als Phase von Jugendlichkeit; dazu gehört auch Wissen über die Strategien des Überlebens in einer gewaltbereiten, ausschließenden, tendenziell menschenfeindlichen Umgebung,
 - Wissen um systemische Zusammenhänge und nachhaltige Auswirkungen eigener Entscheidungen zu erwerben/erweitern, ebenfalls Wissen über Strukturen der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitspolitik, und
 - die Sprache der Medizin zu verstehen.

Wo lernt man das alles?

Dies lernt man in einem anwendungsorientierten Studium einerseits, das nicht auf reine Wissensaneignung, sondern auf Kompetenzerwerb setzt, durch reflektierte Lebens- und Berufserfahrung andererseits.

Die Modularisierung und Kreditierung von Studium und Weiterbildung bilden eine gute Voraussetzung für die Aneignung von Kompetenzen, die einem je nach individuellem Studienweg noch fehlen. Wir werden künftig Abstand nehmen müssen von einem Denken in Zertifikaten und Berechtigungen, von Berufswegen, die durch ein Studium vorgegeben sind. Stattdessen müssen wir diskutieren, ob wir den Abschluss eines „Bachelor of Arts“ bzw. „Bachelor of Science“ oder „Master of Science“ für den Beruf eines Gesundheitsförderers wirklich voraussetzen sollen, und wir müssen die relevanten Inhalte und Kompetenzen definieren, die diejenigen benötigen, die die Aufgaben der Gesundheitsförderung erfüllen sollen.

Michael Hübel

Chancenungleichheit und Gesundheitsförderung – die EU-Perspektive

siehe Vortragsfolien auf den folgenden Seiten



Chancenungleichheit und Gesundheitsförderung - Die EU-Perspektive

**Michael Hübel, Europäische Kommission
Berlin, 26. Januar 2004**

•C/4 - Michael Hübel



Armut und Gesundheit (1)

Erhebliche Unterschiede im Hinblick auf

- Lebenserwartung (von 5 bis zu 10 Jahren)
 - „gesunde“/Lebenszeit ohne Behinderung (DALYs)
 - allgemeiner Gesundheitszustand
 - Tabak, Alkohol, Übergewicht
 - Umweltfaktoren, Wohnbedingungen
- zwischen ärmeren und reicheren Gruppen.

•C/4 - Michael Hübel



Armut und Gesundheit (2)

Erhebliche Unterschiede im Hinblick auf:

- Zugang zu Gesundheitsdiensten
- Krankenversicherung
- Niveau und Qualität von Behandlung und Versorgung

zwischen ärmeren und reicheren Gruppen.

Spezifische Bereiche, z. B. Mental Health

•C/4 - Michael Hübel



Strategien gegen Ungleichheit

Koordinierte, fachübergreifende Strategie:

- Gesundheitspolitik (Gesundheitsdienste, Public Health, Risikofaktoren, Determinanten)
- Sozialpolitik (Soziale Integration, Pflege, Lebensbedingungen)
- Beschäftigungspolitik (sichere Arbeitsplätze, Arbeitsbedingungen)
- Koordinierte Strategien auf lokaler/regionaler Ebene

•C/4 - Michael Hübel



Gesundheitspolitik: Rechtsgrundlage

- **Vertrag – Artikel 3 (p)**
 - Gemeinschaft trägt zu einem hohen Gesundheitsschutzniveau bei
- **Vertrag – Artikel 152**
 - Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung
 - Prävention
 - „Beseitigung der Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit“
 - Hohes Gesundheitsschutzniveau in allen Politikfeldern

•C/4 - Michael Hübel



Gesundheitspolitik — einige Beispiele

- **Gesundheitsgefahren:** übertragbare Krankheiten, Richtlinien: Blut, Gewebe, health security
- **Tabak:** Werbung, Inhaltsstoffe
- **Gesundheitsförderung und Prävention:** Ernährung/Übergewicht, Krebs, Drogen etc.
- **Gesundheitsberichterstattung**
- **Gemeinsame Strategien,** z. B. Gesundheit und Umwelt

•C/4 - Michael Hübel



Gesundheitspolitik – Chancenungleichheit

- **Ansatz: Gesundheitsdeterminanten:**
Rauchen, Ernährung, Alkohol
- **Chancenungleichheit:** Projekt zur Rolle der Gesundheitsförderung (Vorschläge: integrierte Strategien, Folgeabschätzung (HIA), lokale und regionale Strategien)
- **Chancenungleichheit:** Berichterstattung

•C/4 - Michael Hübel



Vernetzung

Europäische Netzwerke, z. B.:

- Gesundheitsfördernde Schulen
- Gesunde Städte/„Megapoles“
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Regions for Health

In Zusammenarbeit mit WHO

•C/4 - Michael Hübel



Gesundheits- und Sozialpolitik

- Sozialschutz:
 - Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege (Kooperation: Qualität, Zugang und Finanzierung)
 - Erstattung von Krankheitskosten über Grenzen
- Soziale Ausgrenzung: Priorität Gesundheitsdienste
- Sozialfonds: Investitionen im Gesundheitsbereich
- Arbeitsschutz und -sicherheit
- Armut und Gesundheit: Studien

•C/4 - Michael Hübel



Gesundheitsprogramm

- Beschluss vom 23. September 2002
- Umsetzung vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2008
- Budget: € 312 Millionen (mit Überprüfungsklausel)
- Arbeitsprogramm 2003 und erste Ausschreibung Frühjahr 2003

•C/4 - Michael Hübel



Gesundheitsprogramm

3 Aktionsfelder

Gesundheits-
information

Gesund-
heits-
gefahren

Gesundheits-
determinanten

•C/4 - Michael Hübel



Gesundheitspolitik

Zentrale Punkte

- Integrierte Gesundheitsstrategie
- Enge Verbindung zur Politikentwicklung
- Aktionen: substantiell, europaweit und mehrjährig
- 15 Mitgliedstaaten, Beitrittsländer, EEA/EFTA Länder
- Chancenungleichheit („health inequalities“)
Priorität in Programmentscheidung

•C/4 - Michael Hübel



Work Plan 2003 - Priority areas Cross-cutting themes

- Health impact assessment
- Health in the applicant countries
- **Inequalities in health (reporting, experience and best practice, networking)**
- Implications of patient mobility for health services
- Promoting best practice and effectiveness
- Ageing

•C/4 - Michael Hübel



Priority area Health information

- Developing and coordinating a health information system
- Operating the information system
- Developing mechanisms for reporting and analysis of health issues, producing public health reports
- Improving access to and transfer of data
- E-health

This will include information on health inequalities

•C/4 - Michael Hübel



Priority area Health determinants

- *‘Analysing the situation and developing strategies on social and economic health determinants, in order to identify and combat inequalities in health and to assess the impact of social and economic factors on health’ (programme decision)*
- Socio-economic factors to be considered in all actions aimed at lifestyle-related determinants

•C/4 - Michael Hübel



„Europa der Gesundheit“

David Byrne, Gastein 2002:

- Gesundheitsgefährdungen – Ein europäisches Zentrum
- Verbesserte Zusammenarbeit der Gesundheitssysteme
- Determinanten – horizontaler Ansatz
- Information

•C/4 - Michael Hübel



Gesundheit und soziale Ausgrenzung

- Mehrere Programme: Armut/soziale Ausgrenzung/Integration
- Soziale Ausgrenzung
 - Offene Koordinierung im Bereich Armut und soziale Ausgrenzung
 - INCLUSION-Programm

•C/4 - Michael Hübel



Social inclusion process

- Common objectives (including access to resources and services, including health)
- Agreed indicators (including health-related data)
- National Action Plans on poverty and social exclusion (first in 2001, next due in July) include health
- Joint report on poverty and social exclusion

•C/4 - Michael Hübel



Some conclusions from the NAPs/incl. healthcare

Three broad strategies arise from the NAPs/incl. to provide better access to healthcare for all:

1. developing disease prevention and promoting health education;
2. improving adequacy, access and affordability of mainstream provisions;
3. launching initiatives to address specific disadvantages

Strategies are combined differently in NAPs/incl. according to national situations and priorities.

•C/4 - Michael Hübel



Developing disease prevention and promoting health education

Mother and child care providing for regular health screenings, including vaccination;

Preventive care at school, including regular consultations and health training as part of the regular curriculum (e.g. Finland);

Preventive care at work in accordance to health and safety at work legislation or, for those unemployed, free regular health screenings offered by social or health services (e.g. Austria)

•C/4 - Michael Hübel



Improving mainline provisions

Promoting **affordability** (e.g. France with a universal health coverage scheme, and Belgium where there's a maximum on health cost bill)

Promoting **access** to healthcare: general policy aimed at a more balanced geographical distribution of health services; local or regional initiatives aimed at better co-ordination between social and health services (e.g. Denmark); nation-wide recognition of a Charter of user's rights, including the need to reduce waiting lists (e.g. Sweden)

Promoting **adequacy** and, in particular, making services more responsive to cases of emergency (e.g. Portugal)

•C/4 - Michael Hübel



Launching initiatives to address groups with specific disadvantages

Specific groups mentioned in the NAPs/incl.: the elderly, immigrants and ethnic minorities, people suffering from physical or mental disability, the homeless, alcoholics, drug addicts, people suffering from HIV and related illnesses, ex-offenders, prostitutes

Particular emphasis on a growing number of situations of **dependency** of the elderly

Mental health raised by a majority of NAPs/incl.

•C/4 - Michael Hübel



Schluss

- Entwicklung einer wirksamen Strategie, die
 - traditionell getrennte Politikfelder,
 - verschiedene Politikebenen und
 - verschiedene Interessen und Beteiligte zusammenführt.
- Integration von Gesundheits- und Sozialpolitik ist besonders wichtig
- Rolle der EU: Unterstützung bei Problemlösung

•C/4 - Michael Hübel



•C/4 - Michael Hübel



Informationen zur Gesundheitspolitik:

http://www.europa.eu.int/comm/dgs/health/index_de.htm

•C/4 - Michael Hübel

Klaus-Peter Stender

Voneinander lernen – Gemeinsam etwas bewegen! Was macht es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?

siehe Vortragsfolien auf den folgenden Seiten

Was macht es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?

FOLIEN

Klaus-Peter Stender

Gesunde Städte Netzwerk
C/o Behörde für Umwelt und Gesundheit
Teesdorfstraße 8
20148 Hamburg

Klaus-Peter.Stender@bug.hamburg.de

Was macht es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?

Definitionen

Gesundheitsförderung:

Gesundheitsgewinn durch Verbesserung der Bedingungen (Kompetenzen und Ressourcen) für Gesundheit

(zu den Determinanten von Gesundheit gehören Bildung, Einkommen, Arbeit und gesellschaftlicher Status, Wohnqualität, Umweltqualität – auch im Sinne der Qualität des Öffentlichen Raumes, z. B. Wohnumfeld und Verkehr.)

Prävention:

Gesundheitsgewinn durch Reduzierung und Vermeidung von Risikofaktoren für Krankheit

Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland

60 Gesunde Städte

Stand: Februar 2004

Augsburg, Bad Oldesloe, Bad Wilsnack, Berlin, Berlin-Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin- Marzahn-Hellersdorf, Berlin-Lichtenberg, Berlin-Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin-Neukölln, Berlin-Mitte, Berlin-Pankow, Berlin-Treptow-Köpenick, Chemnitz, Detmold, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Erfurt, Erlangen, Essen, Flensburg, Frankfurt / M, Gelsenkirchen, Gera, Göttingen, Greifswald, Halle, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Herne, Kaiserslautern, Kassel, Kiel, Köln, Krefeld, Kreis Lippe, Lübeck, Magdeburg, Mainz, Mannheim, Meyenburg, München, Münster, Kreis Neuss, Nürnberg, Osnabrück, Potsdam, Rathenow, Rostock, Saarbrücken, Kreis Segeberg, Senftenberg, Stralsund, Stuttgart, Trier, Kreis Unna, Viernheim, Wittstock / Dosse, Würzburg

Was macht es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?

Was heißt „integriert“?

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen außerhalb des Gesundheitsbereichs (z. B. Kindertagesstätten, Schulen, Wohnungsgesellschaften, Soziale Stadtteilentwicklung) nehmen Gesundheit mit in den Blick und wirken bewusst und längerfristig mit an dem Ziel der „Verbesserung der Gesundheit“ (Partner für Gesundheit)

Was macht es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?

Schwierigkeiten

1. *Prävention und Gesundheitsförderung* sind Querschnittsaufgaben, die auf den unterschiedlichen Handlungsebenen (Europa, Bund, Länder und Kommunen) und in verschiedenen Bereichen organisiert und umgesetzt werden müssen (Die WHO vermutet, dass max. 20% der Leistungen zur Gesundheitsförderung im Gesundheitsbereich erbracht werden)
2. *Gesundheitsförderung*: Komplexe Konzepte, dafür aber nur wenige Umsetzungsinstrumente

Wenn Gesundheitsförderungsakteure ihr Arbeitsfeld selbst beschreiben:

„umfassend – multisektoral – Querschnittsaufgabe -
bereichsübergreifend – integrierend – gesamtgesellschaftlich -
ganzheitlich“

Was macht es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?

3. Auf Stadtteilebene arbeiten Einrichtungen des Bildungs-, Jugendhilfe-, und Stadtentwicklungsbereichs, aber in der Regel keine Einrichtungen öffentlicher Gesundheit
4. Gesundheitsförderung bietet viel Programmatik, wenig Geld, verbesserungswürdige politische Aufmerksamkeit
5. In der Hitliste der Probleme in benachteiligten Stadtteilen stehen Themen wie Beschäftigung, Wohnungs- und Wohnumfeldgestaltung oder Sicherheit in der Regel weit vor Gesundheit
6. Gesundheitsförderung wird häufig als nur individuelle oder ärztliche Aufgabe missverstanden

Was macht es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?

Schwierigkeiten

1. *Prävention und Gesundheitsförderung* sind Querschnittsaufgaben, die auf den unterschiedlichen Handlungsebenen (Europa, Bund, Länder und Kommunen) und in verschiedenen Bereichen organisiert und umgesetzt werden müssen (Die WHO vermutet, dass max. 20% der Leistungen zur Gesundheitsförderung im Gesundheitsbereich erbracht werden)
2. *Gesundheitsförderung*: Komplexe Konzepte, dafür aber nur wenige Umsetzungsinstrumente

Wenn Gesundheitsförderungsakteure ihr Arbeitsfeld selbst beschreiben:

„umfassend – multisektoral – Querschnittsaufgabe -
bereichsübergreifend – integrierend – gesamtgesellschaftlich -
ganzheitlich“

Was macht es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?

3. Auf Stadtteilebene arbeiten Einrichtungen des Bildungs-, Jugendhilfe-, und Stadtentwicklungsbereichs, aber in der Regel keine Einrichtungen öffentlicher Gesundheit
4. Gesundheitsförderung bietet viel Programmatik, wenig Geld, verbesserungswürdige politische Aufmerksamkeit
5. In der Hitliste der Probleme in benachteiligten Stadtteilen stehen Themen wie Beschäftigung, Wohnungs- und Wohnumfeldgestaltung oder Sicherheit in der Regel weit vor Gesundheit
6. Gesundheitsförderung wird häufig als nur individuelle oder ärztliche Aufgabe missverstanden

Was macht es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?

Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche: (Auch) ein Thema für die Krankenkassen?

Die Antwort auf die Frage, die im Titel dieses Vortrags gestellt wird, ist eindeutig: Natürlich ist die Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder auch ein Thema für Krankenkassen. Auch, weil die Kernaufgabe der Krankenkassen sicherlich im Leistungswesen liegt, Prävention und Gesundheitsförderung daher ein verhältnismäßig kleines, aber immerhin auch eines ihrer Aufgabenfelder ist. Auch deshalb, weil die Förderung der Gesundheit dieser Zielgruppe eine gesellschaftspolitische Aufgabe ist, die von sehr unterschiedlichen Faktoren, Ursachen und Verantwortungsbereichen beeinflusst wird. Der Einfluss der Krankenkassen ist auf viele dieser ursächlichen Bezüge – wenn überhaupt vorhanden – oft nur sehr gering.

Die Handlungsgrundlage für die Krankenkassen ist der § 20 SGB V, in dem ihre Aufgabe beschrieben ist, mit der Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auch einen Beitrag zu leisten zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Als Vertreterin des BKK Bundesverbandes will ich das Thema aus der Sicht meines Verbandes beleuchten. Dabei unterscheiden wir uns in den grundsätzlichen Positionen nicht von den anderen gesetzlichen Krankenkassen. In der praktischen Umsetzung ist das BKK-System beim Thema „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ aber bislang beispielhaft.

Der BKK Bundesverband führte einen Teil der für die Prävention zu verausgabenden Gelder in einem Fonds zusammen, aus dem größere und kleinere Projekte gefördert werden. So kann dazu beigetragen werden, dass erfolgreiche Strategien und gute Praxisbeispiele Verbreitung finden. Dies ist auch eine Dienstleistung des BKK BV für seine Kassen, die auf der lokalen Ebene aufgrund fehlender Personalressourcen diese Förderung von Setting-Projekten nicht leisten können.

Auf dem Berliner Fachforum „Armut und Gesundheit“ im Dezember 2003 konnte man einen Eindruck von den vielfältigen Projekten bekommen, die der BKK in diesem Zusammenhang fördern und mit denen wir zusammenarbeiten. In diesen Projekten haben wir Erfahrungen und Erkenntnisse gewonnen, die für die weitere Arbeit hilfreich sind. Inzwischen ist es zumindest in Fachkreisen unumstritten, dass Gesundheit in erheblichem Maße von den Lebens- und Arbeitsbedingungen beeinflusst wird, ebenso, dass Gesundheit einen sozialen

Gradienten aufweist, d.h. sich der Gesundheitsstatus der Menschen sowohl innerhalb von sozialen Schichten als auch zwischen den Schichten verschlechtert. Es ist zudem allgemein bekannt, dass das Interesse an aktiver Einflussnahme auf und Verantwortung für die eigene Gesundheit eher in der Mittelschicht thematisiert wird.

Gesundheitliche Ungleichheit hat viele Ursachen: Es sind zum einen die zumeist schlechteren Lebens- und Arbeitsbedingungen. Ein weiterer Aspekt ist das subjektive Empfinden um den eigenen niedrigeren sozialen Status. Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, die belegen, dass bereits mit diesem Bewusstsein ein erhöhter physiologischer Stressfaktor einhergeht. Unsere Gesellschaft zeichnet sich dadurch aus, dass Geld und Status mit Wert und Anerkennung gleichgesetzt werden. Damit wird es aber für Menschen mit geringerer Bildung oder anders gelagerten Kompetenzen schwer, auch für einfache Arbeit und für Anstrengungen am individuellen Leistungsvermögen gemessen, Arbeitszufriedenheit, Stolz, Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu entwickeln. Ein dritter Faktor ist ein höheres Maß an gesundheitsrisikanten Verhaltensweisen, die ich mit den drei Schlagworten Rauchen, Bewegungsarmut und Ernährung umreißen will.

Gesundheit und Krankheit basieren auf vielfältigen Faktoren. Auch wenn sie letztendlich nicht der Kontrolle und Macht des Einzelnen unterliegen, hat der Einzelne dennoch in gewissem Maße Einfluss und Verantwortung für sein gesundheitliches Wohl- oder Missbefinden. Die Verantwortung für den persönlichen Lebensstil dürfen wir bei aller berechtigten Fokussierung auf die Veränderung von Settings nicht übersehen. So ist z. B. das Rauchen das größte, individuell vermeidbare Einzelrisiko. Wenn bei mehr als vierzig (chronischen) Erkrankungen mit z.T. tödlichem Ausgang das Rauchen einen erheblichen Stellenwert hat, wäre es verantwortungslos, dies nicht auch im Rahmen von Setting-bezogenen Maßnahmen für sozial Benachteiligte zu thematisieren. Die Frage ist nicht „ob“, sondern „wie“.

Die Verantwortung für den eigenen Lebensstil wahrzunehmen und zu erfüllen, erfordert Interesse und Sensibilität für das Thema und ggf. die Bereitschaft zur Veränderung von Gewohnheiten. Das sind Dinge, die vielen Menschen schwer fallen. Gerade (aber sicherlich nicht nur) Menschen in sozial belasteten Le-

benssituationen setzen oft andere Prioritäten und fühlen sich von dem Thema „Gesundheit“ nur mittelbar angesprochen.

Gesundheitsförderung muss daher parallel zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen herausfinden, in welchem Rahmen, mit welchen Zugängen und mit welchen Methoden die erforderlichen psychosozialen Kernkompetenzen entwickelt, gefördert und gefordert werden können.

Zu den grundlegenden Faktoren für Gesundheit gehört Bildung. Kinder, die eine Chance haben, sich durch gute Bildung und kompensatorische Erfahrungen in der Schule weiterzuentwickeln, können so der sozialen Benachteiligung entkommen. Zu diesen Erfahrungen gehören insbesondere soziale Kernkompetenzen, wie die Übernahme von Verantwortung für sich und andere, die Bereitschaft, Unlustgefühle zugunsten längerfristiger Ziele zu ertragen, oder die Fähigkeit, verbindlich Termine einzuhalten. Diese Kompetenzen sind jedoch nicht nur fürs Lernen und für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wichtig. Sie sind auch wichtig, um einen selbstverantwortlichen gesundheitsrelevanten Lebensstil zu entwickeln.

Kompensatorische Erziehung, verbesserte Bildungschancen und Integration in den Arbeitsmarkt sind damit wesentliche Grundlagen auch für die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens breiter Bevölkerungsgruppen. Diese Bereiche liegen jedoch nicht im Verantwortungsbereich der Krankenkassen.

Was bedeutet dies nun für die Gesundheitsförderung für Kinder? Ich erlebe in meiner Arbeit immer wieder, dass Projekte für Kinder gern von Entscheidungsträgern akzeptiert werden. Etwas für Kinder zu tun, macht sich immer gut, das tut keinem weh, damit eckt man nicht an. Zum Beispiel Suchtprävention für Kinder – prima, machen wir gern. Das Thema Tabakpolitik angehen? Da gibt es dann schon eher Zögerlichkeiten und Zurückhaltung. Dann doch lieber Projekte für Kinder umsetzen.

„Wir können Kinder nicht erziehen, sie ahmen letztendlich nur das nach, was sie bei uns sehen“, so die Aussage eines Pädagogen. Diese Erkenntnis ist so einfach, wie sie weitreichend ist. Vor diesem Hintergrund ergibt sich von selbst, was längerfristig die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen positiv beeinflussen kann. Es ist vorrangig die Gestaltung der Lebenswelt und die Ansprache, Sensibilisierung und Motivierung der Eltern und der Erwachsenenwelt (an der sich Kinder und Jugendliche orientieren), die beim Thema „Gesundheitsförderung für Kinder“ im Vordergrund stehen müsste. Aber wie erreichen wir Eltern und andere erwachsene Vorbilder mit ihren meist gefestigten Verhaltensmustern und

Einstellungen?

Das Ziel, die Gesundheit von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu fördern, erfordert ein ausdauerndes, sensibles und kreatives Engagement auf unterschiedlichen Ebenen. Bei der Realisierung von Maßnahmen sind neben den gesundheitsbezogenen Kompetenzen insbesondere praktische Erfahrungen in der Arbeit mit sozial benachteiligten Personengruppen von Bedeutung. Viele der inhaltlich konzipierten Programme sind von Präventionsexperten konzipiert und sind damit auf die Erfahrungen und Lebensweisen eines Mittelschichtsklientels ausgerichtet. Dies zeigt z. B. eine Studie des BKK Bundesverband mit der Uni Essen zum Thema „Adipositasprogramme für sozial benachteiligte Kinder“. Selbst wenn sozial benachteiligte Kinder auch in einzelnen Programmen teilnehmen, so ist unter ihnen die Abbrecherquote besonders hoch. Es bleiben allenfalls einige „Alibikinder“ übrig. Hier fehlen diesen Programmen die sonderpädagogischen Praxiserfahrungen bezogen auf ihre Struktur und Umsetzung.

Im Rahmen seines Projektes „Mehr Gesundheit für alle“ hat der BKK Bundesverband mehr als zwanzig Projekte angeregt und unterstützt. Eine Reihe dieser Projekte bezieht sich auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Viele Projekte werden von Organisationen und Menschen umgesetzt, die direkt im Kontakt zu den Zielgruppen stehen und auf dieser Grundlage den Gesundheitsbezug herstellen. Hierzu gehören u.a. Gesundheit Berlin, das Ethnomedizinische Zentrum und die Landesvereinigungen für Gesundheit.

Das mit der Landesvereinigung für Gesundheit in Niedersachsen durchgeführte Projekt bezieht sich auf die Entwicklung von Ansätzen zur Förderung sozial benachteiligter Kinder in Kindertagesstätten. Der Erfolg dieses Projektes, dessen erste Phase abgeschlossen ist, liegt darin, dass mit den Erzieher/innen gemeinsam erarbeitet wird, wie der Anspruch, sozial benachteiligte Kinder wirklich zu fördern, zu realisieren ist, welche ihrer Kernkompetenzen dafür hilfreich entwickelt werden können. Nicht neue Programme, die „von oben“ zusätzlich den Erzieher/innen „auferlegt“ werden, sondern die Bewusstmachung und Stärkung bestehender Ressourcen für die Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen – dieser Ansatz könnte sich als ein wichtiges Erfolgskriterium für das Projekt erweisen. Der BKK Bundesverband finanzierte die Pilotphase, in der die Grundlagen für die praktische Umsetzung in mehreren Bundesländern gelegt wurden.

Die Erprobung und Umsetzung von Gesundheitsaudits an Schulen ist ein weiteres Projekt, das in Kooperation mit den Landesvereinigun-

gen für Gesundheit in Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und im Saarland durchgeführt wird. Dieses ist ein auf Schulentwicklung ausgerichtete Projekt. Durch die Auditierung wird den Schulen eine Orientierung zur und gleichzeitig eine Anerkennung für gesundheitsbezogene Entwicklungen und Investitionen gegeben.

Mit „be smart, don't start“ und „Klasse 2000“ werden weitgehend schon fast institutionalisierte bundesweite Programme gefördert. Sie sind auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche direkt bezogen und zielen darauf ab, Interesse und Fähigkeiten zu vermitteln, mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Durch die BKK-Förderung wird die Umsetzung der Programme in Regionen mit hohem Maß an sozialen Problemen gestärkt.

Die kultursensible Vermittlung von gesundheitsbezogenen Themen ist Ziel eines von Hannover ausgehenden Projektes. Anerkannte Personen innerhalb der Migrantengemeinden werden für die Beratung über relevante Gesundheitsthemen – von Impfen über die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bis hin zu Fragen der Prävention – geschult. Selbstverständlich gehören Fragen zur Kindergesundheit zum Themenspektrum und tragen dazu bei, Eltern in ihrer Erziehungsverantwortung zu stärken.

In einem Berliner Projekt werden türkische Frauen in ihrer Schlüsselfunktion als „Gesundheitsmanagerin in der Familie“ gefördert. Ein Projektmodul bezieht sich auf den Bereich Ernährung. Hier entwickeln die beteiligten Frauen gemeinsam ein türkischsprachiges „Kiez-Kochbuch“, in dem neben Rezepten auch Informationen zur gesundheitsgerechten Ernährung vermittelt werden. Ziel ist es, mit diesem Projekt, insbesondere im Hinblick auf das Übergewicht vieler Kinder, präventiv wirksam zu werden.

Auch die GKV Spitzenverbände haben sich in einem gemeinsamen Projekt auf die Schulentwicklung verständigt. Dies war in der Vorbereitungsphase nicht immer einfach, konnte aber doch konstruktiv gestartet werden. Hierbei arbeiten die Verbände mit den Landesvereinigungen in Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz zusammen. Das Projekt besteht aus den drei Modulen „Gesundheitsmanagement in der Schule“, „Netzwerk für Gesundheit“ und „Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule“. In diesen Projekten, bei denen insbesondere Schulen mit hohem Bezug zur Zielgruppe sozial Benachteiligter beteiligt werden, steht die Entwicklung von Strukturen im Vordergrund.

Die GKV Kassenverbände sind auch eng in die Diskussionen und Aktivitäten auf gesundheitspolitischer Ebene eingebunden, wie im Deutschen Forum für Prävention und Gesund-

heitsförderung oder bei „gesundheitsziele.de“. Die Ernsthaftigkeit des Engagements der GKV dokumentiert ein Positionspapier. Danach soll die Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche auf der Basis der Ergebnisse der Fachgruppe von „gesundheitsziele.de“ erfolgen. Die darin fokussierten Settings beziehen sich auf Familie und Freizeit, Kindertagesstätten und Schulen und speziell (aber nicht ausschließlich) in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Förderung des Nichtrauchens. In dem Papier bestätigen sie, dass sie „im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages ihre Erfahrungen im Projektmanagement der Betrieblichen Gesundheitsförderung“ einbringen und mit den verantwortlichen Akteuren kooperieren wollen. Sie weisen aber auch darauf hin, dass sie aufgrund ihrer begrenzten Zuständigkeit nicht an deren Stelle treten können und dass die Unterstützung der o.a. Settings vorrangig eine Aufgabe der Träger der Daseinsvorsorge ist.

Zurzeit bereiten die GKV Spitzenverbände die Gründung einer eigenen Stiftung vor. Diese Stiftung wird auf die Förderung von Setting-Projekten ausgerichtet sein.

Die bisherigen Aktivitäten der GKV zeigen, dass wir – nach einer gewissen Anlaufzeit in diesem nicht einfachen Feld der Gesundheitsförderung – engagiert unsere Verantwortung wahrnehmen. Wir müssen jedoch weiterhin darauf hinweisen, dass wir dies nicht als Ausfallbürge tun, wenn in immer mehr gesellschaftspolitischen Bereichen durch Einsparungen entsprechende Verantwortlichkeiten zurückgefahren werden.

Ich will meinen Beitrag beenden mit dem zentralen Grundverständnis, das gerade bei der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Personengruppen von Bedeutung ist: Die beste Gesundheitsförderung ist die, über der nicht das Etikett „Gesundheitsförderung“ steht.

Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen – eine ressortübergreifende Aufgabe

1. Die Entwicklung der Fachforen von E&C spiegelt die wachsende Bedeutung der Zielgruppe „junge Menschen in Armut“ in Deutschland wieder.

Wie wachsen Kinder in Deutschland auf? Vor acht Jahren wäre die Antwort zuversichtlich bis selbstgerecht gewesen, man hätte vom „reichem Industrieland“ geredet, vom Rückgang der Infektionskrankheiten und sich allenfalls wegen illegaler Drogen und Umweltgifte gesorgt. Wer fragte schon nach Kinderarmut in Deutschland?

Manche taten es, die Veranstalter/innen des Kongresses „Armut und Gesundheit“ beispielsweise, und sie luden einen Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit dazu ein. Die ablehnende Antwort kam sieben Wochen später, darin heißt es:

In Ihrem Schreiben behaupten Sie in pauschaler Form, dass Kinder zunehmend von Mangelversorgung und Armut betroffen seien. Die Qualität dieser Aussage entspricht der vieler schlecht recherchierter Presseartikel, die von geradezu beängstigend zunehmender Kinderarmut in unserem Land sprechen. Da wird z. B. behauptet, dass in Deutschland „jedes siebte, in den neuen Bundesländern sogar jedes fünfte Kind“ unter der von der Europäischen Union definierten Armutsgrenze leben würde ... Richtig ist: Diese Behauptung wird an dem Bezug von Sozialhilfe festgemacht. Damit ist ein falscher Parameter gewählt, denn Sozialhilfebezug vermeidet Armut und ist nicht ihr Ausdruck ... Um ein noch exakteres Bild von Kindern und Jugendlichen in der Sozialhilfe gewinnen zu können, ist eine Differenzierung zwischen deutschen und ausländischen Kinder erforderlich ... Die insgesamt hohe Zahl ausländischer Kinder und Jugendlicher in der Sozialhilfe hängt ursächlich mit dem wachsenden Zustrom von Ausländern, z. B. Asylbewerbern, zusammen und ist kein Indiz für zunehmende „Armut“ in Deutschland. Vielmehr ist sie Ausdruck der Wahrnehmung der sozialen Verantwortung durch die Bundesrepublik Deutschland auch gegenüber dieser Personengruppe. ...“

So geht es fast zwei Seiten, zitiert sei nur noch:

Sie selbst stellen auch einen direkten Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit her. Auch hier liefern die vorhandenen statischen Daten keinen eindeutigen Hinweis darauf, dass mit Sozialhilfebezug zwangsläufig

eine höheres Krankheitsrisiko verbunden ist als es in der Gesamtbevölkerung besteht. Gegenüber 1992 – damals waren 15,8 % erkrankt – ging der Krankenstand bei den Sozialhilfeempfängern 1995 sogar auf 14,7 % zurück.

Dass bei Kindern weder Krankenstandsdaten geführt werden, noch die der Erwachsenen übernommen werden können, sollte dem Schreiber oder der Schreiberin eigentlich bekannt gewesen sein.

Vieles hat sich seither verändert: Es besteht ein Bewusstsein darüber, dass Aufwachsen in Deutschland keine besondere Gnade darstellt, dass es Kindern an vielem fehlt, was sie zur Entwicklung brauchen, dass es Kinderarmut gibt. Wir sehen auch immer klarer, dass alle in Deutschland lebenden Kinder Kinder unserer Gesellschaft sind, und es deshalb unsere Aufgabe ist, ihr Aufwachsen zu begleiten und zu fördern. Immer öfter werden die aus anderen Kulturkreisen stammenden Kinder als Ressource gesehen, die unsere Gesellschaft stärken können. Vielen geht es nicht schnell genug, dennoch können wir feststellen: Es gibt eine Entwicklung bei der Wahrnehmung des Problems und Ansätze zur Überwindung. Im Armutsbericht 2001 heißt es: „Armut bedeutet ... für die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen Einschränkungen und Ausgrenzung als fundamentale Erfahrungen des Aufwachsens. Die möglichen Konsequenzen für Kinder sind geringes Selbstwertgefühl, Depressivität, Einsamkeit, Misstrauen, Nervosität, Konzentrationsschwäche und Resignation in Bezug auf berufliche Chancen.“ Das ist für einen Regierungsbericht sehr deutlich formuliert.

2. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage ist in den letzten sechs Jahren auch in Deutschland beschrieben worden, auch für die „neuen Krankheiten“.

Statistische Routinedaten sind selten so angelegt, dass eine Verknüpfung zwischen sozialen Merkmalen und gesundheitlichen Befunden hergestellt werden kann. Bei dieser Fragestellung sind sie jedoch eine Voraussetzung für Problembeschreibung und -lösung. Inzwischen haben wir zunehmend auch Datenquellen aus Deutschland. Wie zu erwarten, belegen sie die gleichen Zusammenhänge, die auch in anderen Ländern beschrieben wurden. Naturgemäß arbeitet man bei Kindern nicht mit dem Kran-

kenstand. Die drei großen Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung sind: Säuglingssterblichkeit, die Einschulungsuntersuchungen und die Befragungen von Schulkindern bzw. Jugendlichen (MASGF 1999 und 2001). Derzeit läuft ein großer bundesweiter Survey, den das Robert-Koch-Institut (RKI) durchführt, als eine kombinierte Untersuchung ausgewählter Kinder und Jugendlicher mit Befragung der Eltern, bei der ebenfalls soziale Merkmale mit erfasst werden. (www.rki.de)

Diese Daten sind in der Arbeit nützlich und sollten jedem Akteur zugänglich sein. Denn zum einen geht von ihnen eine große Überzeugungskraft aus. Den meisten Menschen, auch Jugendlichen, ist Gesundheit wichtig. Der Nachweis von gesundheitlicher Ungleichheit kann deshalb zur Teilnahme an Aktivitäten, auch für die eigene Gesundheit, motivieren. Und wir sollten davon ausgehen, dass Maßnahmen vor allem dann finanziert werden, wenn für sie ein Nachweis ihrer Wirksamkeit gerade bei sozial Benachteiligten erbracht werden kann. Neben die bekannte Schwierigkeit, Maßnahmen zu evaluieren, tritt die Aufgabe, dass die Ergebnisse sozial gewichtet werden müssen. Kenntnisse der Datenbeschaffung dienen also nicht vor allem einem wissenschaftlichen Selbstzweck. Deshalb folgt eine kurze Darstellung der in Deutschland üblichen Datengewinnung und Auswertung:

Die Säuglingssterblichkeit ist eine Angabe der Melderegister, die Daten kommen also „aus der Statistik“. Diese enthalten Angaben über Alter, Geschlecht, Ehestand, Wohnort, Nationalität. Werden Auswertungen nach sozialem Gefälle durchgeführt, so müssen dazu Merkmale definiert werden, die Hinweise auf das soziale Gefälle geben können, z. B. der Wohnort, etwa ausgewertet nach Postleitzahlbereiche, oder die Angabe der Nationalität. Wie erwartet sehen wir, dass die Säuglingssterblichkeit vom Wohnort abhängt, und auch von der Nationalität, aber auch von der Ehelichkeit. Sie liegt bei der deutschen Wohnbevölkerung bei 4 ‰, bei der ausländischen bei 8 ‰.

Wir verdanken es den Brandenburger/innen, dass inzwischen in mehreren Bundesländern Daten der Einschulungsuntersuchung mit sozialen Merkmalen verknüpft werden. Sie haben als Erste die Auseinandersetzung mit dem Datenschutzbeauftragten aufgenommen und erreicht, dass Fragen nach der Schulbildung der Eltern und ihrer Erwerbstätigkeit als freiwillige Angabe mit den Untersuchungsbefunden verknüpft werden durften. Seither sind die Berliner/innen und Schleswig-Holsteiner/innen diesem Beispiel gefolgt. Das Ergebnis ist deutlich: Bei allen medizinisch relevanten Befunden gibt es ein Gefälle, ob es Einschränkungen im

Sehen und Hören oder Sprachverständnis und -störungen, psycho-motorische, emotionale und soziale Störungen oder psychiatrische Erkrankungen sind. Noch mehr erstaunt, dass es nicht nur bei diesen „Krankheiten neuen Typs,“ sondern auch bei altbekannten körperlichen Erkrankungen wie „Fehler und Erkrankungen des Herzens“ ein Gefälle dergestalt gibt, dass ein hoher Sozialstatus vor Krankheit schützt. Die Ausnahme bilden die Allergien, die mit hohem Sozialstatus zunehmen (MASGS 1999).

Jenseits des Einschulungsalter und bei Jugendlichen ist es schwieriger, die soziale Schicht zu erfassen, meist wird die der Eltern erfragt. Man behilft sich mit Fragen nach sozialen Statuszeichen, wie Autobesitz der Familie, Fragen nach eigenem Zimmer oder Ferienreisen (Mielck 2000, S.46-47). Oftmals wird auch nur pauschal der Schultyp als Hinweis auf soziale Schicht gewählt. Doch das Ergebnis ist immer gleich: Alle dokumentierten Befunde zeigen ein soziales Gefälle, dergestalt, dass ein hoher Sozialstatus vor Krankheit schützt. Ausnahmen sind die Kurzsichtigkeit der „Gymnasiasten“ und, wie schon oben erwähnt, die Allergien (MASGS 2001).

Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte

- an beiden bestehen Defizite!
- erfordern besondere Zugangswege (SGB V)
- bedeuten Vernetzung und Koordination (GMK-Beschluss 2000)
- finden im Setting statt (Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung, gesundheitsziele.de)

Im Vordergrund des Fachforums steht die Gesundheitsförderung, das Suchen geeigneter Zugangswege gerade für sozial Benachteiligte. Gesundheitsförderer/innen stehen in einer gewissen Konkurrenz zu Anbieter/innen von Prävention, fühlen sich zu Recht weniger akzeptiert und unterstützt. Prävention ist die ältere Disziplin, die Krankheiten verhütet und eher Teil ärztlichen Tuns ist. Auch die Krankenkassen können die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen bei Kindern, wie das Impfen oder die Vorsorgeuntersuchungen, besser nachvollziehen und umsetzen. In dieser Situation wird leicht vergessen, dass auch die präventiven Angebote bei sozial Benachteiligten schlechter genutzt werden, obwohl ihr Bedarf nachgewiesenermaßen größer ist. Sie brauchen beides, Gesundheitsförderung und Prävention.

3. Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte erfordert besondere Zugangswege (SGB V)

Kinder und Jugendliche in sozialen Brennpunkten sind, außer bei Allergien, zwar kränker als ihre Altersgenossen aus anderen sozialen Schichten, dennoch mit den herkömmlichen Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung schlechter zu erreichen. Der neugefasste §20 (sog. Präventionsparagraf) im SGB (V), dem Gesetz, das die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen regelt, sagt dazu aus:

... Leistungen ... 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 Leistung ..., insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

Es besteht also ein Problembewusstsein über soziale und gesundheitliche Ungleichheit und, daraus abgeleitet, ein gesetzlicher Auftrag, Methoden zu entwickeln, die geeignet sind, gerade die sozial Benachteiligten zu erreichen.

4. Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte bedeuten Vernetzung und Koordination (GMK-Beschluss 2000)

Kern dieser Inhalte und Methoden ist die Vernetzung der verschiedenen Akteur/innen untereinander. Die in Deutschland besonders ausgeprägte Sektorsierung der Abteilungen, Ressorts und Bereiche wird, auch in internationalen Vergleichen, als das größte Hindernis zur Arbeit in sozialen Brennpunkten beschrieben. Die GMK hat in ihren Sitzungen 1997 und 2000 diese Situation beleuchtet. Dazu im GMK-Beschluss:

Eine problemgerechte Versorgung insbesondere sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen muss eine vernetzte Versorgung sein. Multiprofessionelle Zusammenarbeit in den Stadtteilen kann über das Besser-Kennenlernen der Akteure untereinander zu einer erfolgreichen Vernetzung der gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen und Informationen führen, ein wirksames Frühwarnsystem zur Benennung von Defiziten sein, eine Verständigung auf prioritäre Gesundheitsziele erbringen, vorhandene Stärken weiterentwickeln, das Versorgungsnetz engmaschiger gestalten und zu einer betroffenengerechten Abstimmung von Angeboten und Leistungen führen.

Zum Aufbau dieser regionalen Kooperationsstrukturen bzw. zu ihrer Unterstützung (dort,

wo es sie schon gibt) sind Koordinierungsstellen Voraussetzung auch mit der Zielsetzung einer optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen. Die Trägerschaft dieser Koordinierungsstellen kann je nach regionaler Ausgangssituation unterschiedlich sein. Insbesondere erscheinen aber die bezirklichen Gesundheits- und Umweltämter und die Jugendämter geeignet zu sein, diese Aufgaben zu übernehmen.

Dies wurde im Juni 2000 einstimmig in Schwerin verabschiedet.

In einigen Bundesländern gibt es entsprechende Gesundheitsdienstgesetze, die den Gesundheitsämtern diese Koordinierungsfunktion vorschreiben (Nordrhein-Westfalen und Berlin). An der Umsetzung entsprechender Beschlüsse hapert es allerdings. So bleibt die auch auf dem Fachforum von Januar 2004 gestellte Frage im Raum, warum so wenige Gesundheitsämter bisher Koordinierungsaufgaben wahrnehmen. Andere haben ihre Erfahrungen ausgewertet und veröffentlicht, wie das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) in Nordrhein-Westfalen (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg u.a. 2003).

5. Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte finden im Setting statt! (Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung, gesundheitsziele.de)

Das Forum Prävention und Gesundheitsförderung hat den Setting-Ansatz als Zugangsweg für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche auf die bundesdeutsche Tagesordnung gesetzt. Damit wurde der Empfehlung des Projektes „gesundheitsziele.de“ gefolgt. Von den Arbeitsgruppen, die Gesundheitsziele entwickeln, widmen sich zwei insbesondere der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dies findet in der Arbeitsgruppe zum Suchstoff Tabak statt und in der Arbeitsgruppe mit dem Titel „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung.“ Es wird empfohlen, diese Themen jeweils in den drei Settings Familie/Freizeit, Kindertagesstätten und Schule zu bearbeiten (BMGS 2003, S. 131-164). Die genauen Vorgaben für Maßnahmen stehen noch aus. Insbesondere müssen die anstehenden Prozesse in den jeweiligen Settings noch klarer beschrieben werden.

Ein Arbeiten im Setting ist partizipatorisch. Alle dort Anwesenden sind zu beteiligen, das wären neben den Kindern oder Jugendlichen auch die Eltern und die im Setting Beschäftigten, also Erzieher/innen und Lehrer/innen. Wenn der partizipatorische Ansatz ernst gemeint ist, so bleibt es den dort Anwesenden

vorbehalten, ihre Schwerpunkte zu setzen. Das können auch andere Themenbereiche sein als Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, die Themen wären demnach keine Vorgaben, allenfalls Empfehlungen. Umgesetzt wird, was den betroffenen Eltern, Erzieher/innen, Kinder und Jugendlichen als so bedeutsam erscheint, dass sie sich dafür entscheiden.

Die Aufgaben der verschiedenen Ressorts (Jugend, Gesundheit, Familie, Frauen, Stadtplanung, Verkehr, Umwelt, Schule u.a.)

Wie im oben zitierten GMK-Beschluss ausgeführt, könnte die Trägerschaft dieser anstehenden Aktivitäten bei sehr unterschiedlichen Institutionen liegen. Neben einigen Bundesländern, die in ihrem Gesundheitsdienstgesetzen Koordinationsaufgaben vorsehen, könnten sich auch die im Kinder- und Jugendhilfegesetz für jede Kommune vorgesehenen Jugendhilfeplaner/innen gut dazu eignen. Die Ausgestaltung wird letztlich von den örtlichen Begebenheiten abhängen. Wichtig ist, Gremien zu schaffen, die zur Beteiligung aller wichtigen Akteur/innen einladen, gleichzeitig aber arbeitsfähig bleiben durch eine professionelle Geschäftsführung.

Die Aufgaben der verschiedenen Akteure (Politik, Verwaltung, Träger, Krankenkassen, Medien, Wirtschaft, Sponsoren, Wissenschaft u.a.)

Ob sich jemand als Akteur für diese vernetzenden Aktivitäten eignet, hängt weniger von seiner fachlichen Qualifikation als von sog. Sekundärtugenden ab. Diese beinhalten Wertschätzung, Aufgeschlossenheit, Neugier, Geduld und vielleicht auch positive Vorerfahrungen mit Kooperationen (s. Beitrag Kaba-Schönstein in dieser Dokumentation). Ausschlaggebend ist die Unterstützung der politisch Verantwortlichen, aber auch, im Austausch, ein Verständnis für die besonderen Unterstützungsbedarfe der Politik. Bei den Verwaltungsmitarbeiter/innen sind Flexibilität und auch Weitblick von Vorteil. Anders als Politiker/innen haben sie eine langjährige Arbeitsperspektive. Genaue Kenntnisse der politischen Handlungsspielräume ermöglichen es, mit den jeweils amtierenden politisch Verantwortlichen diejenigen Aufgaben „abzuarbeiten“, die diese aufgrund ihrer politischen Bindung besonders gut vertreten können. Bei der Zusammenarbeit mit Medienvertreter/innen ist deren Bedarf an konkreten Schicksalen und Bildern von Kindern und ihren Familien zu beachten. Auch wenn es schwer fällt: Wir fahren besser, wenn wir diesem Bedürfnis der Medien nachkommen. Ein gutes Beispiel ist die Kooperation eines Mainzer Projektes, wo eine kontinuierliche Kooperation mit dem Südwestfunk zusammenkam und immerhin €150.000 in

die Kassen des Projektes brachte.

Wie können partizipatorische Ansätze evaluiert werden? (Pluralistische Evaluation)

Sind partizipatorische Prozesse schon schwierig zu gestalten, so ist es noch schwieriger, sie zu evaluieren (Luber 2004). Auch die Wissenschaft doktert noch an den geeigneten Evaluationsmethoden herum.

Ein Ansatz ist dabei die pluralistische Evaluation. Dabei wird berücksichtigt, dass die verschiedenen Akteure in einem Setting auch ganz unterschiedliche Ziele und Wertschätzungen haben können. Frühzeitig, aber nicht zu früh, sollten die Moderatoren/innen dies zur Sprache bringen und im Sinne einer Transparenz einfließen lassen. Die Gefahr besteht darin, dass die Einzelinteressen in den Vordergrund geraten und die Gemeinsamkeiten verdrängt werden. Wichtig ist in jedem Fall, dass bei einer Evaluation nicht nur die jeweiligen gesundheitsbezogenen Zielgrößen, sondern auch der Prozess als solcher im Setting evaluiert wird (Naidoo/Wills 2003).

Der Weg führt zum Ziel!

Als Beispiel einer solchen Prozessbegleitung und Evaluation wurden die gut einhundert Teilnehmer/innen der Veranstaltung, die zum Zeitpunkt des Referates noch anwesend waren gefragt, wie die Überschrift des letzten Kapitels lauten sollten. Als Alternativen wurde vorgegeben: Der Weg ist das Ziel! Oder: Der Weg führt zum Ziel! Oder: Wer bestellt, muss bezahlen!

Die erste Variante sollte das Fachforum zu einem eher unverbindlichen Erfahrungsaustausch machen, die zweite eine Verbindlichkeit und die Absicht untermauern, das Diskutierte konkret umzusetzen. Die dritte Möglichkeit betont den Missstand, dass die Finanzierung der geplanten Intervention zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher noch nicht geklärt ist. Die deutliche Mehrheit lag bei der zweiten Variante, die erste hatte mit nur fünf Stimmen die wenigstens auf sich vereinigen können.

Mit diesem Beispiel sollte ein Anstoß zur Reflexion des gemeinsam Erarbeiteten und zur Notwendigkeit der weiteren Umsetzung gegeben werden. Allem Anschein nach hat es geklappt!

Dialog: Stadtentwicklung, Jugendhilfe, Gesundheitsförderung – vergleichbare Ansätze, gemeinsame Ziele: Stadtentwicklung

1. Eigene Konzeptansätze für mehr Chancengerechtigkeit

Ziel des Programms Soziale Stadt ist es, in benachteiligten Stadtteilen eine nachhaltige Entwicklung anzustoßen. Es geht darum, die Situation in den Gebieten wirtschaftlich, ökologisch und sozial zu stabilisieren und zu verbessern und damit unter anderem die Voraussetzungen für ein gesundes Leben für die Menschen in diesen Gebieten zu schaffen. Das Bemerkenswerte an dem Programm Soziale Stadt ist, dass es nicht dem Mythos der Gleichbehandlung folgt, sondern eindeutig den Schwerpunkt auf benachteiligte Stadtteile setzt und hierhin die Aufmerksamkeit und die Mittel staatlicher Politik lenkt und lenken will. Immerhin ist das zeitlich nicht begrenzte Programm vom Bund mit 80 Mio. Euro jährlich ausgestattet, denen die Länder und Gemeinden je weitere 80 Mio. Euro hinzufügen müssen, so dass jährlich 240 Mio. Euro zur Verfügung stehen.

Um auch finanzielle und personelle Ressourcen anderer Politikbereiche in solche benachteiligten Quartiere zu lenken, fordert das Programm Soziale Stadt die Aufstellung eines integrierten Handlungskonzeptes, an dem Verwaltung, Politik und Gesellschaft gleichermaßen mitarbeiten müssen und können. Unsere Erfahrungen mit der Umsetzung des Programms zeigen, dass überall dort, wo solche integrierten Handlungskonzepte im Zusammenwirken mit den Bürger/innen aufgestellt und politisch abgesegnet sind, das Programm gute Ansätze zeigt, die Situation in den Gebieten zu stabilisieren und zu verbessern, soweit dies mit einem gebietsbezogenen Programm möglich ist.

Allerdings lässt die Zusammenarbeit mit anderen Ressorts noch sehr zu wünschen übrig. Hier spielen Ressortegoismen und Ängste vor Machtverlust eine große Rolle. Einen großen Fortschritt stellt daher das E&C-Programm des Bundesjugendministeriums dar, das engagiert für Unterstützung dieses sozialraumorientierten Ansatzes sorgt. Der Gesundheitsbereich ist hier eher noch zurückhaltend.

2. Wichtige Schnittstellen

Eine nachhaltige Entwicklung in benachteiligten Stadtteilen kann nicht der Städtebau (oder irgendein anderer Politiksektor) allein bewerkstelligen. Notwendig ist daher die Kooperation mit anderen Ämtern, mit der Gesellschaft, mit der Wirtschaft, mit den Bürger/innen im

Gebiet. Ein wichtiges Instrument zum Anstoß und zur Förderung solcher Vernetzung ist das Quartiersmanagement, das auf drei Ebenen ansetzt.

- (1) Auf der Ebene der Verwaltung muss eine Gebietsbeauftragte oder ein Gebietsbeauftragter benannt werden, die die Kooperation der relevanten Ämter wie Jugendamt, Gesundheitsamt, Wirtschaftsförderung, Sozialamt, Wohnungsamt, Kulturamt bewirken und versuchen, die in den Ressorts vorhandenen Mittel und Möglichkeiten zu einem erheblichen Teil auf diese Gebiete zu konzentrieren.
- (2) Auf der Ebene der Bürger/innen sucht das Quartiersmanagement diese zu aktivieren und zu befähigen, sich in den Stadtentwicklungsprozess in ihrem Gebiet einzubringen und dafür zu sorgen, dass hier die richtigen Entscheidungen gefällt und die richtigen Maßnahmen getroffen werden.
- (3) Ein wichtiges Element zum effektiven Zusammenspiel von Verwaltungswelt und Bürgerwelt ist die so genannte intermediäre Ebene, auf der Strukturen geschaffen werden müssen und in sehr vielen Fällen geschaffen wurden, die einen Transport der Ideen, Anregungen und Entscheidungen aus der Bürgerschaft in die Politik und Verwaltung bewirken.

Wenn kritisiert wird, dies sei kein demokratisches Verfahren, da die Besetzung dieser intermediären Gremien nicht durch legitimierende Wahlen, sondern durch Zufall oder Berufung erfolge, so ist dem entgegenzuhalten, dass in diesen Gebieten die traditionellen Wahlen nur eine sehr geringe Beteiligung erfahren und durch das Vorgehen im Rahmen eines Quartiermanagements ganz andere Wählerschichten erschlossen und wieder in lokale Entscheidungsprozesse einbezogen werden, die sonst nicht in diese Gesellschaft integriert wären.

3. Kooperationsansätze

Durch ein Quartiersmanagement in dem geschilderten Sinn kann die Kooperation auf der Ebene des Quartiers und auf der Ebene der Verwaltung und Politik sowie zwischen diesen Ebenen befördert werden. Nötig ist aber, solche Netzwerke zu schaffen, die die Bürger/innen befähigen, die ihnen eingeräumten Möglichkeiten auch tatsächlich zu nutzen. Hier müssen die verschiedensten Bereiche zusammenwirken. Hilfreich ist natürlich in besonde-

rer Weise, wenn die Bündelung der Kräfte nicht auf die lokale Ebene beschränkt bleibt, sondern auch auf Ebene der Kommune, des Landes und des Bundes stärker erfolgen würde. Zurzeit ist noch ein erheblicher Aufwand auf der lokalen Ebene zu leisten, um verschiedene Mittel aus verschiedenen Ressorts zu einem integrierten Projekt zusammenzubringen. Dies ließe sich durch verbesserte Integrationsbemühungen vor allem auf Ebene der Länder und des Bundes deutlich effizienter und effektiver gestalten.

Hinderlich für Kooperationen ist zum einen die Sprache der verschiedenen Ressorts, die durchaus nicht zur Verständigung, sondern zur Verwirrung beitragen kann, und die Vorurteile, die in verschiedenen Ressorts gegenüber Vertreter/innen anderer Ressorts gepflegt werden. Sicher sind diese Vorurteile jeweils nicht ohne Grund entstanden, aber die schwierige Situation in den benachteiligten Stadtteilen und deren Bedeutung für die gesamte Stadtentwicklung sollte alle Ressorts dazu bringen, nicht an alten „Feindbildern“ festzuhalten, sondern im eigenen Interesse die Chancen zu einer neuen Kommunikation und Verständigung mit anderen Ressorts zu suchen.

Förderlich und unerlässlich für den Erfolg eines solchen komplexen und komplizierten Ansatzes ist die politische Unterstützung. Ist in einer Stadt und bis zu einem gewissen Grade auch in einem Land der politische Wille nicht vorhanden, einen solchen Ansatz zu unterstützen, wird die Umsetzung des Programms nicht wirklich und dauerhaft erfolgreich sein können. Es mehren sich aber die Anzeichen dafür, dass die Bedeutung dieses Handlungsansatzes und der mit ihm aufgegriffenen Probleme mehr und mehr in das politische Bewusstsein der Politiker/innen aller Parteien auf allen Ebenen dringt. Es besteht Hoffnung, dass die Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Umsetzung des Programms mit seinem integrativen Ziel besser werden.

4. Visionen zur integrierten Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche aus sozialen Brennpunkten

Visionen sind in unserer heutigen pragmatischen, kurzlebigen und kurzsichtigen Zeit nicht sehr gefragt. Insoweit stimme ich daher dem früheren Bundeskanzler Helmut Kohl zu, wenn er sagt, dass nur derjenige ein Realist ist, der Visionen hat. Die Programme Soziale Stadt und E&C haben in vielen Stadtteilen dazu beigetragen, Lethargie und Hoffnungslosigkeit zu überwinden und eine Aufbruchstimmung hin zu einer aktiven und demokratischen Gestaltung der Lebensverhältnisse auch in bisher benachteiligten Stadtteilen zu schaffen.

Ich habe daher durchaus die Vision, dass die programmatischen Grundlagen in den drei in diesem Dialog vertretenen Politikressorts Stadtentwicklung, Jugendhilfe und Gesundheit im Sinne der Ottawa-Charta, der Lokalen Agenda 21 sowie den genannten Programmsätzen die Basis dafür bereiten, dass vermehrt Ressortgrenzen überwunden, Benachteiligungen abgebaut und eine gemeinsame, hoffnungsvolle Zukunft für alle Menschen in den Städten geschaffen wird.

Dialog: Stadtentwicklung, Jugendhilfe, Gesundheitsförderung – vergleichbare Ansätze, gemeinsame Ziele: Jugendhilfe

Ziel des Programms „Entwicklungen und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ (E&C) ist es zum einen, über die im Rahmen des Kinder- und Jugendplans des Bundes geförderte Infrastruktur der Kinder- und Jugendhilfe, Ressourcen und Maßnahmen für diese Sozialräume zu mobilisieren, die Arbeit im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe in diesen Sozialräumen qualifizieren und weiterentwickeln zu helfen sowie den Blick in der Kinder- und Jugendhilfe stärker als bisher auf die Probleme und Schwierigkeiten junger Menschen in diesen Sozialräumen zu richten. Zum anderen sollen neue Maßnahmen entwickelt und erprobt werden, die zur Förderung der sozialen, beruflichen und gesellschaftlichen Integration junger Menschen aus diesen Sozialräumen beitragen.

Die Bekämpfung von sozialer Ausgrenzung, der Erwerb von Zukunftskompetenzen für Kinder und Jugendliche, 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, Träger und des demokratischen Gemeinwesens sowie durch die Stärkung der Handlungskompetenzen aller Akteure im Stadtteil.

Vor diesem Hintergrund betont das E&C-Programm das Prinzip der sozialräumlichen Vernetzung. So strebt die Programmplattform E&C weniger die schlichte Übertragung bewährter Arbeitsformen in soziale Brennpunkte an, sondern zielt auf die Berücksichtigung der sozialräumlichen Rahmenbedingungen der Adressaten/innen und ihren Umgang damit, die Einbeziehung und die Kooperation mit den vorhandenen bzw. in der Entwicklung befindlichen Institutionen und Einrichtungen und die Entwicklung eines auf die jeweiligen Probleme und Bedarfslagen bezogenen Unterstützungsangebotes.

Kernpunkte dieser Gemeinschaftsanstrengung sind:

- die Verbesserung der sozialen Infrastruktur,
- die Verbesserung der Sozialisationsbedingungen für ein gelingendes Aufwachsen,
- die Teilhabe (materiell, sozial, kulturell und politisch) der Bewohner/innen, der Kinder und Jugendlichen,
- die Neuausformung einer Angebotsstruktur individueller Hilfen, einer modernen Kinder- und Jugendhilfe im Sinne einer Lebensla-

genpolitik, die nur als Gemeinschaftswerk gelingen kann.

Die Grundsätze der fachlichen Standards beider Programme Soziale Stadt und E&C orientieren sich auf den Sozialraum, die Entwicklung neuer Steuerungsinstrumente, die Beteiligung der Bürger/innen, das Ausrichten aller lokalen Akteure auf die Umsetzung gemeinsamer sozialer Ziele.

Die Sozialraumorientierung wird dabei übersetzt als die Gestaltung von Strukturen und Beziehungen in der Lebenswelt von Kindern, Jugendlichen und ihrer Eltern, der Aktivierung von materiellen und sozialen Ressourcen, dem Aufbau von Netzwerken, der Quartiersarbeit und der Gemeinwesenarbeit.

Die Beteiligung als Teil einer Demokratisierung meint die Gestaltung der materiellen und sozialen Teilhabe der Adressaten/innen durch Teilhabe in der Quartierspolitik, in der Gestaltung sozialer Angebote, in der Umsetzung von individuellen Rechtsansprüchen, Hilfeplanung im weitesten Sinne.

Daraus ergeben sich neue Anforderungen an die „Dienstleistungsarbeit“ der professionellen Akteure im Feld. Hierzu gehört insbesondere die Realisierung von Bedürfnissen und Bedarfen der Nutzer/innen, d.h. Nachfrageorientierung, Ergebnisüberprüfung, Beteiligung der Nutzer/innen, Koproduktion mit Schule, Sozialamt, Arbeitsamt, Polizei, Stadtplanungsamt, Gesundheitsamt (SPI 2002).

Um in diesem Spannungsfeld handlungsfähig zu bleiben, schlagen beide Programme integrierte Handlungskonzepte im Sinne von lokalen Aktions- und Sozialplänen vor. Sie haben deshalb eine herausgehobene strategische und qualitätssichernde Bedeutung und setzen eine intensive Auseinandersetzung, sowie ein abgestimmtes methodisches Vorgehen voraus.

Zum Begriff der Koproduktion in der Sozialen Arbeit und der Programmplattform E&C

Die Stiftung SPI hat im Jahre 2000 ihr Angebot zur Übernahme der Regiestelle der Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ (E&C) unter die Überschrift „Soziale Arbeit als Koproduktion“ gestellt (SPI 2000). Die Kinder- und Jugendhilfe wurde dort als Akteur einer Gemeinschaftsanstrengung sozialer und wirtschaftlicher Infrastrukturpolitik und das zweigliederige Jugendamt zum Akteur für soziale Gestaltungs- und Partizipationsprozesse in einem definierten Sozialraum der Gebietskörperschaft

gekennzeichnet. Der Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe wurde so beschrieben, dass sie die Bedingungen des Aufwachsens für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und deren Eltern, ihre Zukunftsperspektiven, Handlungs- und Gestaltungsoptionen im Sinne von Zukunftskompetenzen in diese Bund-Land-Gemeinschaftsinitiative offensiv einbringt, damit sie im sozialen Erneuerungsprozess Berücksichtigung finden.

Dabei sollen keine zusätzlichen neuen Strukturen auf kommunaler Ebene implementiert, sondern mit den bestehenden öffentlichen und privaten Trägern sowie den gesellschaftlichen Gruppen eine neue koproductive Praxis geschaffen werden. Die lokalen Akteure gehen ein Bündnis ein, das sie unter gemeinsam entwickelten Leit- bzw. Oberzielen einziehen. Die unterschiedlich materiell-rechtlichen Regelungsinhalte der jeweiligen Leistungsgesetze (SGB III, SGB VIII, BSHG, Schulgesetze), ihre Vorrangigkeits- bzw. Nachrangigkeitsregelungen und die Vielzahl der Leistungsträger komplizieren eine integrierte Entwicklungsstrategie erheblich. Alle Gesetzeswerke haben unterschiedliche Regelungsdichten und Kontrollmechanismen zu ihren Fördermaßnahmen und Angeboten. Zum Teil sind diese Angebote zentral geregelt, detailliert in Maßnahmetypen gegliedert, die nur für bestimmte Zielgruppen durchgeführt werden dürfen und sich nicht immer an dem lokalen Bedarf orientieren.

Diese Vielfalt und unterschiedliche Ausrichtung der Zuständigkeitsbereiche erschwert eine mittel- und langfristige strategische Planung auf kommunaler Ebene und erfordert einen „Paradigmenwechsel“ bei den jeweiligen Ämtern und Institutionen. Auf kommunaler Ebene vereinbaren die politischen Vertreter und die Vertreter der Ämter (Sozialamt, Jugendamt, Stadtplanungsamt, Gesundheitsamt, Arbeitsamt, Schulamt) ein gemeinsames strategisches Vorgehen und die Beteiligung und Bildung eines lokalen Beschäftigungs- und Ausbildungsbündnisses. Zur ämterübergreifenden Zusammenarbeit wird eine kommunale Steuerungsgruppe eingesetzt. Auf der lokalen Ebene wird mit den lokalen Akteuren unter Einbeziehung der Ämtervertreter auf Stadtteilebene ein lokales Bündnis initiiert.

Der reklamierte Paradigmenwechsel kann deswegen wie folgt beschrieben werden:

Da im Dienstleistungsparadigma die Interaktion zwischen Produzent und Konsument im Mittelpunkt steht und folglich die Dienstleistung als ein Koproduktionsprozess zu begreifen ist, in dem nicht nur der Klient/Konsument aktiviert werden muss, sondern in gleichem Maße formelle und informelle Netzwerkstrukturen im Wohnumfeld, Stadtteil oder Quartier, ist soziale Arbeit als Dienstleistung

keineswegs ausschließlich einzelfallorientiert; die Sozialraumorientierung ist wesentlicher Bestandteil der Dienstleistung. Damit sind im Kern drei die Einzelfallorientierung sprengende Zielsetzungen verbunden:

- soziale Hilfen und soziale Dienste müssen noch stärker präventiv und ursachenbezogen sein,
- das Bedürfnisgefüge sozialer Problemlagen hat neben individuellen Aspekten immer auch die spezifischen Lebensbedingungen als Grundlage, die kommunal gesehen als Faktor des sozialen Raums beschrieben werden können,
- soziale Hilfen sind als flexible, möglichst lebensweltnahe Angebote zu organisieren.

(Holtkamp/Bogumil 2001)

Die Programmatik „Soziale Arbeit als Koproduktion“ empfiehlt den beteiligten Akteuren einen Paradigmenwechsel zur sozialräumlichen Vernetzung. Sie empfiehlt die Netzwerkarbeit auf zwei Ebenen: als strategisches Ämternetzwerk und als operatives lokales Netzwerk.

Inhaltliche Hilfen werden mit der Teilhabe/Partizipation der Adressaten/innen und der Kinder- und Jugendhilfe verbunden. Im Mittelpunkt steht die Entwicklung und der Ausbau örtlicher Netzwerke bei gleichzeitiger Herausbildung von demokratischem Engagement, die Verknüpfung von ressortspezifischen Förderprogrammen und die Entwicklung von Gemeinschaftsprojekten.

Die Programmatik der Programmplattform E&C betont das Konzept des sozialen Kapitals, verknüpft lokale Beteiligungsformen mit erfolgreichen Projekten/Aktionen, mit demokratischer Intensität und wirtschaftlichem Wachstum (Brocke 2002). Die Verfügbarkeit von sozialem Kapital ermöglicht stärkere Konkurrenzfähigkeit der Gebiete sowie intensivere soziale Kohäsion. Das Fehlen von sozialem Kapital geht einher mit mangelndem wirtschaftlichen Erfolg und mit sozialer Ausgrenzung und Armut. Der von der nationalen Programmplattform E&C eingeleitete Paradigmenwechsel schließt die Berücksichtigung folgender gesellschaftlicher Dimensionen in sein Vorgehen ein:

- die ökonomische Dimension,
- die ökologische Dimension,
- die soziale Dimension,
- die interkulturelle Dimension,
- die Gender Dimension,
- die ethische Dimension,
- die räumliche Dimension (ebd.)

Grundvoraussetzung eines lokalen Aktionsplanes

Die Erfahrungen und Ergebnisse der Bund-Länder-Gemeinschaftsinitiative „Die Soziale Stadt“

verweisen darauf, dass integriertes Handeln mit dem Instrument des lokalen Aktionsplanes von den gewählten Vertretern (Stadtverordnetenversammlung, Kreistag etc.), den gewählten Funktionsträgern (Oberbürgermeister/innen, Landräte/innen, Dezernenten/innen, Stadträte/innen etc.) sowie den Leitungen der Fachämter gewollt und legitimiert sein muss. Soziale Arbeit als Koproduktion ist in ihrem Kern ein dialogischer Prozess, der auf Dauerhaftigkeit und Partizipation ausgerichtet ist. Ohne die Akzeptanz und Unterstützung der kommunalen Eliten ist die Qualität von Nachhaltigkeit der eingeleiteten lokalen Strategien nicht umzusetzen. Koproduktionsstrategien greifen in komplexe lokale Wirkungszusammenhänge (ökonomische, wie soziale und städtebauliche) ein und bedürfen sowohl zu ihrer Legitimation, wie auch der institutionellen Absicherung, der aktiven Teilhabe der „Politik-Vertreter/innen“ an diesen Prozessen.

Ein erfolgreicher Koproduktionsprozess erfordert institutionelle Stabilität und fachämterübergreifende Kooperations- und Entscheidungsstrukturen (Ämternetzwerk)

Politische Legitimation muss in Strukturen institutioneller Stabilität umgesetzt werden. Adressat dieser Anforderungen ist neben der Kommunalpolitik die Kommunalverwaltung. Auf der Grundlage der politischen Entscheidung muss die Verwaltung eine Aufstellung von ressortübergreifenden Leitbildern und deren Umsetzung in handlungsrelevante Leitziele, den Rahmen der Ressourceneinsatzplanung (Geld und Personal) bestimmen, die Adaption von Förderrichtlinien und Förderprogrammen vornehmen, die Festlegung von ämterübergreifenden Entscheidungsstrukturen treffen und dem Gesamtvorhaben eine verlässliche und angemessene Strukturausstattung folgen lassen. Die Beteiligung der Bürger/innen erfordert ebenfalls eine angemessene lokale Infrastruktur, das heißt verlässliche und mit Kompetenz ausgestattete Ansprechpersonen vor Ort (z. B. Quartiersbüros, Errichtung von Bürgerforen, Stadtteilkonferenzen, Planungszellen, Jugendhilfemanagements). Eine Gebietskörperschaft, die mit dem Instrument des lokalen Aktionsplanes arbeiten will, muss sich deshalb innerhalb der Ämter abstimmen, in welcher Form, mit welchen Personen, in welchen Gremien die fachamtsübergreifende Koordinierung geleistet werden soll. Dabei wird auch die federführende Funktion festgelegt, entweder in einer Person oder in einem Amt mit einem benannten Koordinator.

Aufbau eines lokalen Netzwerkes

Die Koordinationsstelle des Ämternetzwerkes

der Gebietskörperschaft aktiviert oder gründet ein lokales Netzwerk, das sich aus den lokalen Akteuren zusammensetzt. Lokale Akteure sind z. B. freie Träger, Arbeitsgemeinschaften nach § 78 SGB VIII, Lokale-Agenda-21-Gruppen, lokale Beschäftigungsbündnisse, Quartiersmanagements, Bürgerforen, Kinder- und Jugendbüros, Bürgerinitiativen bzw. einzelne engagierte Bürger/innen.

Hierbei hat das Ämternetzwerk die Aufgabe, den Sinn und den Zweck, dieses lokale Netzwerkes so transparent wie irgend möglich zu beschreiben. Das heißt, es muss geklärt werden, welche Aufgaben, mit welcher Kompetenz, unter dem Einsatz von wie vielen Ressourcen gewollt und zur Verfügung gestellt werden. Dazu gehört insbesondere auch die Bekanntgabe eines Zeitraumes, in dem das lokale Netzwerk im Auftrag der Gebietskörperschaft tätig sein soll. Den potenziellen Teilnehmer/innen an diesem lokalen Netzwerk werden Strukturdaten des Gebietes zur Verfügung gestellt, ebenso eine Beschreibung der Problemlage aus kommunaler Sicht, das heißt, die Bekanntgabe der Erwartungen von Politik und Verwaltung an mögliche Entwicklungsziele und Lösungen (Handlungskonzept). Hier werden mögliche Projektideen beschrieben und die aus der Sicht von Politik und Verwaltung vorrangigen Ziele und die Beteiligung von aktiven bzw. potenziellen Partnern im Land. Es werden Gremien vorgeschlagen, wie z. B. ein Begleitausschuss und Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation beschrieben.

Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft öffentlicher wie freier Träger, der Bevölkerung sowie der Vertreter/innen der lokalen Wirtschaftsunternehmen sind wesentlich daran gebunden, ob die wirklichen Probleme des in Frage kommenden Gebietes auf die Agenda eines lokalen Aktionsplanes gesetzt werden. Hier wird definiert, welcher Erneuerungsbedarf bzw. welche Probleme als Gemeinschaftswerk in einem Lösungsprozess gebraucht werden und angegangen werden sollen. Die Realität von tatsächlichen und nicht vermeintlichen Problemen ist deswegen zentrale Voraussetzung für einen erfolgreichen Koproduktionsprozess. Es kommt bei dem Instrument des lokalen Aktionsplanes auf die richtige Reihenfolge der zu bearbeitenden Fragestellungen an:

- Wo liegt das Problem?
- Was wollen wir erreichen (Ergebnisse und Wirkungen)?
- Was müssen wir tun (Programme und Produkte)?
- Wie müssen wir es tun (Prozesse und Strukturen)?
- Was müssen wir einsetzen (Ressourcen)?
- Wer soll es umsetzen (öffentliche oder

private Dienstleistung, Selbsthilfe/ Ehrenamt)?

Der Formulierung von Schlüsselindikatoren zur Kontrolle und Überprüfung der erzielten Ergebnisse und Wirkungen kommt dabei eine Hauptrolle zu. Wie kommt man zu Indikatoren? Indikatoren sind Hinweise, Erscheinungsformen und/oder Veränderungen, die beobachtet bzw. gemessen werden können. Die ausgewählten Indikatoren müssen die Qualität aufweisen, dass mit ihnen das Erreichen der formulierten Ziele dokumentiert, beschrieben und abgegrenzt werden kann, so dass sie in anderen Handlungsfeldern, anderen Regionen, anderen sozialen Brennpunkten ebenfalls beobachtet, beschrieben und gemessen werden können.

Ein erfolgreicher Koproduktionsprozess im Rahmen von lokalen Aktionsplänen erfordert neue und kontinuierliche Formen der Partizipation

Die Mitwirkung der Bewohner/innen gehört zu den Grundsätzen eines an Nachhaltigkeit orientierten Prozesses sozialer Koproduktion. Mitwirkungsbereitschaft und Mitwirkungsfähigkeit sind abhängig von der Dialog- bzw. Kommunikationskompetenz der Akteure, der politischen Legitimation und den institutionell-administrativ abgesicherten Rahmenbedingungen.

Aus den Beteiligungs- und Partizipationsmodellen der Kinder- und Jugendhilfe und aus den Beteiligungsverfahren der Sozialen Stadt wissen wir, dass Motivation und Engagement der Bürger/innen sich erst in einem konkreten Umfeld entfalten. Partizipation, Teilhabe und Mitwirkung, aber insbesondere auch die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung sind deswegen auf ein konkretes Umfeld, auf Authentizität, Wahrhaftigkeit und konkrete Praxis angewiesen, um Begeisterung, Engagement und Anstoß für einen sozialen Lern- und Kreativvorgang zu geben.

Die Entwicklung neuer und kontinuierlicher Formen der Partizipation darf sich nicht auf wenige oder auf die von öffentlich beauftragten Akteuren des lokalen Aktionsplanes definierten Räume und Anlässe beschränken. Partizipation ist aus der Sicht der Kinder- und Jugendhilfe immer auch ein Prozess der Persönlichkeitsentwicklung. Sie ist eine Lern- und Lebenserfahrung, die im Kern eine attraktive Form der außerschulischen Bildung darstellt.

Der besondere Stellenwert von Öffentlichkeitsarbeit

Im Trend der Medialisierung von Politik und Gesellschaft ist Aufmerksamkeit eine besondere Form von „politischem Kapital“. Sie weist darauf, dass Medienkompetenz nötig ist zum professionellen Umgang mit den Anfor-

derungen der Mediengesellschaft. Öffentlichkeitsarbeit und Bürgeraktivierung verlangen nach Themen und Aktionsformen, in denen komprimiert und beispielhaft neue Formen des Umgangs mit Problemen und gemeinsamen Problemlösungsstrategien geplant und umgesetzt werden. Dies gelingt umso besser, wenn vor Ort Bündnisse eingegangen werden, die noch nicht Beteiligte zum Beitritt einladen. Eine Methode, um solche Aktionsbündnisse zu schmieden, bietet die öffentliche Kampagne. Dabei ist zu beachten, dass öffentliche Kommunikation und Diskurse auf ein sehr heterogenes Publikum treffen, die Bürger/innen adaptieren einen Inhalt oder eine Idee auf sehr unterschiedliche Weisen. Pauschal angesprochen werden sie sich nicht angesprochen fühlen. Die Einbeziehung der Bevölkerung muss deshalb die Vielfalt von Interessen, Sichtweisen und Lebenswelten berücksichtigen.

Die Stellung der Kommune, lokale Partnerschaften und Integration von Politikfeldern

Lokale Aktionspläne setzen lokale Partnerschaften voraus, die komplementär und horizontal organisiert sind. Komplementär bedeutet, dass die unterschiedlichen Denk- und Praxisansätze von Arbeitsfeldern und Organisationen einbezogen und respektiert werden. Horizontal meint, dass die unterschiedlichen Beteiligten im Zielfindungs-, Planungs- und Aktionsprozess tendenziell gleichrangig agieren können.

Die Kommune spielt deshalb bei der Implementation der lokalen Aktionspläne eine Schlüsselrolle. Sie ist allein dem Gemeinwohl verpflichtet und in dem Sinne „neutral“, als dass sie von keinen Einzelinteressen geprägt ist.

Ihre besondere Verantwortung richtet sich insbesondere:

- auf strategische Ziele, um die Koproduktionsebenen zu formulieren, abzustimmen und festzulegen,
- auf die administrative Ebene, um die einzelnen Fachkompetenzen der Ämter zu bündeln, Querschnittskompetenz zu entwickeln und Transparenz und Bürgernähe durch die Gesamtstruktur – bezogen auf die Integrationshilfen und die Sozialraumorientierung – zu schaffen,
- auf die methodische Ebene, denn diese verhilft den Kommunen und Landkreisen, abgestimmte Leitlinien mit entsprechenden Zeitplänen für deren Verwirklichung festzulegen und gleichzeitig quantitative und qualitative Indikatoren zur Auswahl und zum Vergleich lokaler Angebote für die Maßnahmen und Projekte festzustellen und sich ein Instrument der Evaluierung, Bewertung und Prüfung zu schaffen,

- auf die sozialräumliche Ebene, denn hier werden die sozialen Hilfen und Dienste stärker präventiv und ursachenbezogen sein. Die sozialen Hilfen können als flexible und lebensweltnahe Angebote organisiert werden. Es können Akteure und Initiativen zur Beteiligung gewonnen werden, die sonst nicht erreicht wurden bzw., die sich selbst bisher nicht als möglichen Akteur zur Verbesserung der sozialen Situation verstanden haben;
- auf die Aktionsebene, der sozialen Integration im Wohnumfeld durch die Entwicklung dieser neuen Kooperations- und Beteiligungskultur, sowohl auf Ämterebene, wie auch der Ebene der privaten Akteure, wodurch es möglich wird, eine mittel- und langfristige Strategie zur Verbesserung der sozialen Integration im Wohnumfeld im sozialen Brennpunkt zu erreichen, so dass bestehende Angebote, Maßnahmen, Programme und Modelle unter dem Primat sozialer Entwicklungsleitziele gesehen werden können.

Familie	Kinder	Jugendliche	Akteure
– Keine Familie bleibt ohne Beratungsangebot. – Eltern mit Neugeborenen werden zu Hause besucht. – Eltern mit kleinen Kindern werden vorrangig beraten und vermittelt bei der Arbeitssuche, Wohnungssuche, Kinderbetreuung, Gesundheitsvorsorge.	Jedes Kind erhält – Sprachförderung, – Musikförderung, – Sportförderung, – Gemeinschaftsförderung, – Aufstellung von individuellen Entwicklungsplänen (sozial, emotional und kognitiv) und – Abschluss einer Vereinbarung mit den Eltern über diese Entwicklungspläne.	– Aufstellung individueller Bildungspläne, – Kein Jugendlicher verlässt die Schule ohne Hauptschulabschluss. – Kein Jugendlicher bleibt nach der Schule ohne Ausbildung. – Kein Jugendlicher bleibt nach dem Berufsabschluss ohne Eingliederungshilfen in den ersten Arbeitsmarkt.	Alle Akteure werden verpflichtet, bei der Umsetzung der Leitziele einheitliche Fragestandards (s. Aufbau eines lokalen Netzwerks) zu bearbeiten, zu beantworten und zu dokumentieren.

Übergreifende
Leitziele

Programmplattform E&C, BMFSFJ
„Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“
Ein Partnerprogramm der Bund-/Ländergemeinschaftsinitiative „Die Soziale Stadt“

1999 – 12 bundesweite Fachforen

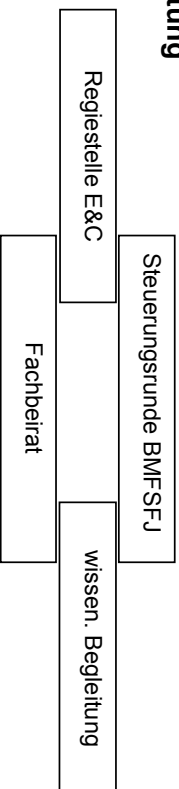
– „Bevor es zu spät ist ...“:
 präventiver Kinder- und
 Jugendschutz in sozialen
 Brennpunkten
 – „Straßenkarrieren“
 – Soziale Offensive im

– „fit for politics“, Projekte lebens-
 weltorientierter politischer Jugend
 bildung
 – Brennpunkt Kinder:
 Tageseinrich-tungen als Orte einer
 Kultur des Aufwachsens

– Mädchen in sozialen
 Brennpunkten
 – Kulturelle Vielfalt entdecken:
 Selbstsicherheit gewinnen
 – Zugänge zu Arbeit und Beruf
 – Erlebnispädagogik-Schnittstelle

– Lebensperspektiven und Gesel-
 schaftsbilder junger Menschen in
 belasteten Wohngebieten
 – Soziale Offensive im
 Jugendsport
 – Partizipation und Chancen-

Regiestelle/wissenschaftliche Begleitung



Zielgruppenkonferenz
 Städte und Gemeinden
 freie Träger/lokale Einrichtungen,
 Quartiers- und Jugendhilfe-
 management

bundesweite Fachforen (z.B.
 Ämterkooperation, Interkulturelle
 Netzwerke, Schule in sozialen
 Brennpunkten, FSTJ, Sozialraum-
 und Jugendhilfeplanung,
 Gesundheit, Lokale Aktionspläne)

Fragebögen
 lokale Einrichtungen/
 Jugendämter

12 Modellgebiete

Regionalkonferenzen
 Ost, Südwest, Nordwest

Dokumentation,
 Expertisen, Beratung
 Internetportal, Newsletter

Kooperation mit Soziale Stadt
 (difu)

Fachveranstaltungen
 wissenschaftlicher Beirat

1999 – 2006 Teilprogramme E&C

– Wettbewerb „Fit
 für Leben und
 Arbeit: Neue
 Praxismodelle zur
 beruflichen und
 soziale Integration
 von Jugendlichen“
 – Praximo Daten-

Interkulturelles
 Netzwerk der
 Jugendsozial-
 arbeit

FSTJ –
 Freiwilliges
 Soziales
 Trainingsjahr

– Netzwerke
 – Soziales Ehren-
 amt
 –strukturschwach
 e ländliche
 Regionen

Lokale
 Aktionspläne
 für Toleranz
 und
 Demokratie

KuQ –
 Kompetenz
 und
 Qualifikation für
 junge
 Menschen in
 sozialen
 Brennpunkten

Kompetenz-
 agenturen

LOS Lokales
 Kapital für
 soziale Zwecke
 Lokales Kapital
 in der Sozialen
 Stadt

Dialog: Stadtentwicklung, Jugendhilfe, Gesundheitsförderung – vergleichbare Ansätze, gemeinsame Ziele: Gesundheitsförderung

Leitfrage 1: Eigene Konzeptansätze für mehr Chancengerechtigkeit – gesundheitsförderndes Setting Stadtteil

Gesundheitsförderung ist nach der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997) der Prozess, alle Menschen zu befähigen, die Kontrolle über die Determinanten ihrer Gesundheit zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Kontrolliert werden sollen sowohl personale als auch sozio-ökonomische gesundheitliche Einflussfaktoren. Die Betonung liegt auf „alle“ Menschen, im Gegensatz zu „privilegierten Wenigen“. Dieser Ansatz der Gesundheitsförderung ist in Einklang mit der Philosophie und Programmatik der Weltgesundheitsorganisation seit Alma Ata 1977 (Gesundheit für Alle) gekennzeichnet durch einen starken Fokus auf soziale und gesundheitliche Ungleichheit und eine Politik der Chancengleichheit und Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit. Er wurde in den 1980er Jahren entwickelt, auch als Reaktion auf die Kritik am individualisierenden victim-blaming (dem Opfer – der Verhältnisse – die Schuld zuschreiben) und auf die Kritik an der damals oft unreflektierten Mittelschichtorientierung der Gesundheitserziehung und Prävention, die soziale Benachteiligung nicht ausreichend berücksichtigte und dadurch gesundheitliche Unterschiede durch ihre Maßnahmen eher noch vergrößerte.

Gesundheitsförderung wird als komplexer Prozess verstanden, der sowohl die Stärkung von Kenntnissen und Fähigkeiten von Individuen als auch die Veränderung von (sozialen, ökonomischen und Umwelt-) Bedingungen umfasst. Dadurch unterscheidet er sich von rein individuenzentrierten Ansätzen von Gesundheitserziehung und Verhaltensprävention, die die gesundheitsrelevanten Bedingungen des Gesundheitshandelns der Individuen ausblenden oder vernachlässigen. Das Konzept setzt bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale aller Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen an. Dies gilt auch und gerade für benachteiligte Menschen in benachteiligten Sozialräumen.

Gesundheitsförderndes Setting Stadtteil

Ein Setting (wörtlich Rahmen oder Schauplatz) ist in der Gesundheitsförderung ein soziales System, das eine Vielzahl von gesundheitsrelevanten Umwelteinflüssen auf eine bestimmte

Personengruppe umfasst und in dem diese Bedingungen für Gesundheit auch bewusst gestaltet werden können. Settings sind organisatorische oder geographische Einheiten (z. B. Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Städte, Stadtteile). Im Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung werden Maßnahmen auf diese Systeme und Lebensbereiche ausgerichtet unter aktivem Einbeziehen und Mitwirken aller Beteiligten.

Das gesundheitsfördernde Setting Stadtteil umfasst auch die gesundheitsfördernden Settings Kindertagesstätten und Schulen und evtl. Betriebe. Diese gesundheitsfördernden Settings bieten die folgenden Eigenschaften und Vorteile für Stadtentwicklung, Jugendhilfe und Gesundheitsförderung:

- Sie verknüpfen individuenbezogene und bedingungsgestaltende Aktivitäten (umfassender, „ganzheitlicher“ Ansatz).
- Sie bieten der Gesundheitsförderung einen nicht-stigmatisierenden „Zugang“ zu sonst „schwer erreichbaren“ benachteiligten Bevölkerungsgruppen.
- Sie erweitern die Ansätze der Stadtentwicklung und Jugendhilfe mit und für benachteiligte Bevölkerungsgruppen um die gesundheitliche Dimension und die Ressourcen des Gesundheitssektors.
- Sie erreichen durch die Kooperation von Stadtteilentwicklung, Jugendhilfe und Gesundheitsförderung eine höhere Gesamtqualität und eine Erweiterung der Chancengerechtigkeit um die gesundheitliche Dimension (1+1+1 > 3).

Leitfrage 2: Drei wichtige Schnittstellen aus Sicht der Gesundheitsförderung und des gesundheitsfördernden Settings

Stadtentwicklung, Jugendhilfe und Gesundheitsförderung haben wichtige Gemeinsamkeiten und Schnittstellen. Die drei wichtigsten Schnittstellen und Ansatzbereiche für Kooperation betreffen (1) Ziele, Perspektiven und Prinzipien, (2) Handlungsebenen, Akteure und Konzepte sowie (3) Akteure und Schlüssel-Personen/Berufe:

1. Schnittstelle: Stadtentwicklung, Jugendhilfe und Gesundheitsförderung haben gemeinsame, übereinstimmende Ziele, Perspektiven und Prinzipien, nämlich:

- Verbesserung der Lebenslage und Lebensqualität,

- Sozialökologische Perspektive,
- Sozialraumorientierung/Lebenswelt- und Alltags-Orientierung,
- Beteiligung/Partizipation/Aktivierung,
- Orientierung an Ressourcen und Kompetenzen,
- Befähigung, Empowerment.

2. Schnittstelle: Gemeinsame Handlungsebenen, Akteure und Konzept-Ansätze

In der Stadtentwicklung, in der Jugendhilfe und in der Gesundheitsförderung geht es um die Verknüpfung verschiedener Handlungsebenen (Mehrebenen-Ansätze: Individuen, Gruppen, Gemeinschaften, Gemeinwesen, Institutionen, Politik und Gesellschaft) und um die Zusammenarbeit über die Grenzen von Sektoren und Berufsgruppen hinaus.

3. Schnittstelle: Gemeinsame Akteure und „Schlüssel“-Personen/Berufe

In den Ansätzen der Stadtentwicklung, der Jugendhilfe und der Gesundheitsförderung gibt es übereinstimmende wichtige Akteure und für die Vermittlung und den Erfolg von Aktivitäten mit und für benachteiligte Personengruppen wichtige „Schlüssel“-Berufe, nämlich:

- Sozial- und Gesundheitsdienste der Kommunen, Stadtentwicklung, Jugendhilfe, Quartiersmanagement, Gemeinwesenarbeit,
- Sozialarbeiter/innen, Pädagogen/innen, Erzieher/innen, Lehrer/innen, Pflegende, Hebammen, Ärzte/innen, Gemeinwesenarbeiter/innen, Quartiersmanager/innen.

Diese Schnittstellen können als Ansatzpunkte für gemeinsame Aktivitäten genutzt werden. Die gemeinsamen Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und Akteure ermöglichen und erleichtern die Kooperation der drei Bereiche und der in ihnen entwickelten Programme.

Leitfrage 3: Kooperationsansätze

Kooperationen, Partnerschaften und Vernetzung von Stadtentwicklung, Jugendhilfe und Gesundheitsförderung sind erst in Ansätzen vorhanden. Denkbar, sinnvoll und möglich sind sie auf den folgenden verschiedenen Ebenen:

- Stadt (politische Ebenen),
- Stadtteile, Quartiere, Gemeinschaften,
- Programme/Projekte,
- Träger und Einrichtungen,
- Initiativen, sowie
- mit den unter Leitfrage 2 genannten „Schlüssel“-Berufen/Personen und mit Vermittlungs- und Vertrauenspersonen/Mediator/innen, z. B. Sozialarbeiter/innen und ethnischen Mittlerpersonen.

Kooperationsansätze-Rahmenbedingungen:

Was ist förderlich?

Die Kooperation von Stadtentwicklung, Jugendhilfe und Gesundheitsförderung wird gefördert durch:

- Wissen über die angrenzenden und kooperierenden Bereiche,
- Wertschätzung, Aufgeschlossenheit, Neugier, Belastungsfähigkeit, Geduld,
- Verständigung, gemeinsame Sprache, „Übersetzungen“ von Begrifflichkeiten,
- schon bestehende Vertrauensbeziehungen, persönliche Kontakte, gute Vorerfahrungen mit Zusammenarbeit,
- abgestimmte Gesamtpläne und integrierte Handlungskonzepte der kooperierenden Akteur/innen,
- politische Unterstützung.

Kooperationsansätze-Rahmenbedingungen:

Was ist hinderlich?

Die Kooperation wird durch verschiedene Probleme erschwert und behindert:

- durch die starke Trennung der Sektoren „Gesundheitswesen“ und „Sozialwesen“ (getrennte Ausbildungen, Systeme, Finanzierung, Programme),
- durch berufs- und sektortypische, eingeschränkte Sichtweisen, durch Nicht-Wissen, Vorurteile und Vorbehalte,
- durch unterschiedliche Begrifflichkeiten, häufiges „Aneinandervorbeireden“,
- durch nicht abgestimmte, parallel laufende Aktivitäten, „Aneinandervorbeihandeln“,
- durch Aktionismus und durch Projekte-Strohfeuer,
- durch Hektik und Ungeduld.

Leitfrage 4: Visionen zur integrierten Gesundheitsförderung

Stadtteilentwicklung, soziale Arbeit, Jugendhilfe und Gesundheitsförderung

- bilden sich (gemeinsam) aus und fort,
- kennen und verstehen die gemeinsamen und die unterschiedlichen Ziele und Schwerpunkte,
- kennen die unterschiedlichen Begrifflichkeiten für gemeinsame und ähnliche Ziele und Prinzipien, können diese in ihren Bereich übersetzen,
- bringen ihre Stärken zusammen,
- stimmen ihre Aktivitäten ab und entwickeln gemeinsame, integrierte Handlungskonzepte.

Akteure der gesundheitlichen und sozialen Versorgung kooperieren in „sozialen und gesunden Stadtteilen/Quartieren“ auf der Grundlage einer integrierten Sozial- und Gesundheitsberichterstattung.

Gesundheitsfördernde Settings (Quartiere, Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe) entfal-

ten Breitenwirkung in benachteiligten Stadtteilen und steigern auch die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche aus und in sozialen Brennpunkten.

Literaturliste zu den Beiträgen

- Achenbach, G. B. (2001): Lebenskönnerschaft. Freiburg: Herder
- Alisch, M. (Hg.) (2000): Sozial – Gesund – Nachhaltig. Vom Leitbild zu verträglichen Entscheidungen in der Stadt des 21. Jahrhunderts. Opladen: Leske & Budrich
- Altgeld, T. (2001): Gesundheitsförderung ist nur als gesundheitsförderndes Setting erfolgreich und machbar! In: *impulse* Nr. 32 (Sept 2001), S. 2-3
- Altgeld, T. (2002): Kindertagesstätten – Ein vernachlässigtes Setting mit Handlungsbedarf und Zukunftspotenzial. In: *Prävention* 3/2002, S.81 – 84.
- Altgeld, T./Kolip, P. (2003): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung, (unveröffentlichtes Manuskript, erscheint in: Hurrelmann, K., Koltz, T., Haisch, J. (2004): *Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber)
- Armutsbericht des Deutschen Bundestages (2002), Berlin
- Badura, B. (1997): Zehn Jahre Ottawa-Charta: Was bleibt vom enthusiastischen Aufbruch? In: Altgeld, T. et al. (Hg.) (1997): *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden?* Weinheim: Juventa, S. 29-35
- Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H. (Hg.) (1999): *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung*. Baden-Baden: Nomos
- Baric, L./Conrad, G. (1999): *Gesundheitsförderung in Settings*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Barkholz, U./Gabriel, R./Jahn, H./Paulus, P. (2001): *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit – Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen*. Flensburg
- Barkholz, U./Homfeldt, H.G. (1994): *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag*. Weinheim: Juventa
- Barmer Ersatzkasse (Hg.) (1998): *Wie sich die Gesundheitsfördernde Schule buchstabiert*. Wuppertal.
- Bauch, J. (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim: Juventa
- Breckon, D. J. et al. (1998): *Community Health Education. Settings, Roles, and Skills for the 21st Century*, 4. Aufl. Gaithersburg: Sage
- Brocke, H. (2002): *Soziale Arbeit als Koproduktion – 10 Empfehlungen zur Nachhaltigkeit kommunaler Strategien sozial(räumlicher) Integration*. E&C-Journal Nr. 7. www.eundc.de
- gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland (2003), hg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): *„Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten*. Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*, 4. erw. und überarb. Aufl., Schwabenheim: Peter Sabo
- Deutsches Institut für Urbanistik (2003): *Good practice in Altbau und gemischten Quartieren – Eine Analyse im Rahmen des Bundesländerprogramms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“*. Berlin
- Deutsches Institut für Urbanistik (2003b): *Strategien für die Soziale Stadt*. Berlin
- Elfter Kinder- und Jugendbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002), Bonn
- Elsen, S. et al. (Hg.) (2000): *Sozialen Wandel gestalten – Lernen für die Zivilgesellschaft*. Neuwied: Luchterhand
- Franzkowiak, P., Sabo, P. (Hg.) (1993): *Dokumente der Gesundheitsförderung*. Mainz: Peter Sabo
- GesundheitsAkademie (1996): *Macht. Vernetzung. Gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich*. Frankfurt: Mabuse
- GesundheitsAkademie (2000): *Salutive. Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000*. Frankfurt: Mabuse
- GesundheitsAkademie (2001): *Gesundheit gemeinsam gestalten. Beiträge zu einer Allianz für Gesundheitsförderung*. Frankfurt: Mabuse
- Göpel, E./Hölling, G. (Hg.) (1999): *Macht. Geld. Patientinnen. gesund? Anregungen für eine Gesundheitsreform*. Frankfurt: Mabuse
- Göpel, E./Schneider-Wohlfahrt, U. (Hg.) (1994): *Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Umgang mit Gesundheit und Krankheit*. Frankfurt: Mabuse
- Häusler, R. et al. (1998): *Lokale Agenda 21. Zukunft braucht Beteiligung. Wie man Agenda-Prozesse initiiert, organisiert und moderiert*. Bonn: Wissenschaftsladen
- Holtkamp/Bogumil (2001): *Die Bürgerkommune und die Interessenslagen der kommunalen Entscheidungsstruktur. Expertise der Regiestelle E&C, www.eundc.de*

- Hummel, K. (Hg.) (1995): Bürgerengagement. Seniorenengossenschaften, Bürgerbüros und Gemeinschaftsinitiativen. Freiburg: Lambertus
- Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hg.) (2001): LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. Berlin: Deutsche Aidshilfe
- Kaba-Schönstein, L. (2003): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und Strategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Peter Sabo, S. 73-78.
- Kickbusch, I. (2003). Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, S. 181-189
- Kilian, H./Brendler, C./Geene, R./Richter, A. (2003): Erhebung von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland. Berlin
- Klie, T./Roß, P.-S. (Hg.) (2000): Die Zukunft des Sozialen in der Stadt. Bürgerschaftliches Engagement als Herausforderung. Freiburg: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der EFH Freiburg
- Klöß, T. (Hg.) (1998): Solidarische Ökonomie und Empowerment. In: Jahrbuch Gemeinwesenarbeit 6. Neu-Ulm: AG SPAK
- Kolip, P. (2003). Ressourcen für Gesundheit. Potenziale und ihre Ausschöpfung. Das Gesundheitswesen 65, S. 155-162.
- Kreuter, M. W. et al. (1998): Community Health Promotion Ideas that Work. London: Jones & Bartlett
- Kühn, D. (1999): Reform der öffentlichen Verwaltung: Das neue Steuerungsmodell in der kommunalen Sozialverwaltung. Köln: KGST
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) (Hg.) (2003): Gesunde Kinder – gleiche Chancen für alle?
- Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (2003): Projektrecherche „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“. Hannover (unveröffentlichtes Manuskript)
- Luber, E./Geene, R. (Hg.) (2004): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Frankfurt a. M., S. 37-58
- MASGS – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hg.) (1999): Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit
- MASGS – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hg.) (2001): Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern, S.46-48
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber
- Mielck, A. (2001): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Ein zentrales Thema der Public-Health-Diskussion. In: Forum Public Health Nr. 33 (Dez 2001), S. 2-4
- Naidoo, J./Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Naidoo, J./Wills, J., (2003) In: BZgA (Hg.), Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln
- Niedersächsisches Innenministerium (2002): Leitfaden zur Etablierung und Umsetzung von Gesundheitsmanagement in den Dienststellen des Landes, Hannover.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion. Health Promotion Int. 1998, 13, S. 27-44
- Paulus, P. (2003)
- Plümer, K. D. (2003): Gesunde Städte – haben sie eine Zukunft? In: impu!se, Nr. 39/2. Quartal (Juni 2003), S. 14
- Plümer, K. D./Trojan, A. (2002): Healthy Cities in East and West Germany – A Survey and Comparison of their Performance from the Coordinator's Perspective. Vortrag auf dem 10. Annual EUPHA-Meeting in Dresden am 29.11.2002
- Poland, B. D. et al. (2000): Settings For Health Promotion. Linking Theory and Practice. London: Sage
- Schmidt, W. (2000): Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst. Frankfurt: Suhrkamp
- Schnabel, K.-E. (2001): Gesundheitsfördernde Familie. Weinheim: Juventa
- Scriven, A. (Hg.) (1998): Alliances in Health Promotion, London: Macmillan
- Statistisches Bundesamt (2001): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, Teil III.1 – Einrichtungen und tätige Personen 1998. Wiesbaden.
- Stender, K.-P. (2000a): Qualitätsstandards zur Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern – Abschlussbericht. Hamburg
- Stender, K.-P. (2000b): Vom Quartier in die GMK und zurück – Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern, In: impu!se Nr. 28, 3. Quartal (Sept 2003), S. 7
- Stender, K.-P. (2002): Gesunde Städte – Gesundheit durch (Kommunal-)politik. In: Prävention 3/2002, 25. Jg., S. 93-94
- Stender, K.-P. (2003): Kooperationsprojekt „Gesunde, soziale Stadt“. Hamburg (unveröffentlichtes Manuskript)

- Stiftung SPI, Programmplattform E&C des BMFSFJ (Hg.) (2000): Soziale Arbeit als Ko-
produktion. www.eundc.de
- Stiftung SPI (Hg.) (2002): „... und raus bist Du?“
– Kompetenz und Qualifikation für junge
Menschen in sozialen Brennpunkten (KuQ).
www.kundq.de
- Sting, S./Zurhorst, G. (Hg.) (2000): Gesundheit
und Soziale Arbeit. Weinheim: Juventa
- Stumm, B./Trojan, A. (Hg.) (1992): Gesundheit
fördern statt kontrollieren. Eine Absage an
den Mustermenschen. Frankfurt: Fischer
- Stumm, B./Trojan, A. (Hg.) (1994): Gesundheit
in der Stadt. Modelle – Erfahrungen – Pers-
pektiven. Frankfurt. Fischer
- Trojan, A. et al. (1999) : Kommunale Gesund-
heitsförderung. In: Röhrle, B./ Sommer, G.
(Hg.): Prävention und Gesundheitsförde-
rung. Tübingen: DGVT, S. 69-101
- Trojan, A./Hildebrandt, H. (Hg.) (1990): Brücken
zwischen Bürgern und Behörden. Innovati-
ve Strukturen für Gesundheitsförderung.
St. Augustin: Asgard
- Trojan, A./Legewie, H. (2001): Nachhaltige Ge-
sundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik
und Praxis der Gestaltung gesundheitsför-
derlicher Umwelt- und Lebensbedingun-
gen. Frankfurt: VAS
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986):
Ottawa Charta for Health Promotion. Deut-
sche Übersetzung in: Franzkowiak, P./Sabo,
P. (Hg.) (1993): Dokumente der Gesundheits-
förderung. Mainz: Verlag Peter Sabo
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1992):
Gesunde Städte – Leitfaden zur Entwicklung
eines Gesunden Städte-Projektes. Gam-
burg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Wilkinson, R. G. (1996): Unhealthy Societies.
The Afflictions of Inequality. London: Rout-
ledge

Arbeitsgruppe 1:

Gesundheitsförderung für und mit Kindern und Jugendlichen: ein Thema für Quartiersmanagement, Gesundheitsdienst und Jugendhilfe

Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen: ein Thema für Quartiersmanagement, Öffentlichen Gesundheitsdienst und Jugendhilfe

Projekt: Ein Platz für die Marie – Gestaltung des Stadtplatzes Marie mit intensiver Bürgerbeteiligung

Was hat die Gestaltung einer Grün- und Freifläche im Sanierungsgebiet mit den Fragen der Gesundheitsförderung zu tun? Einen ersten Hinweis gibt die Formulierung des Sanierungsziels, nämlich die Herstellung von gesunden Wohn- und Lebensverhältnissen in einem von zahlreichen städtebaulichen Mängeln und Mängeln der Bausubstanz gekennzeichneten Gebiet.

Das Gebiet Winsstraße ist eins von fünf Gebieten in Prenzlauer Berg, die in den Jahren 1993 bis 1995 offiziell als Sanierungsgebiete festgelegt wurden. Die S.T.E.R.N. Gesellschaft der behutsamen Stadterneuerung mbH wurde von der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und dem Bezirk Pankow, damals noch Prenzlauer Berg, als Sanierungsbeauftragter eingesetzt. Das bedeutet, dass S.T.E.R.N. den Bezirk bei allen Entscheidungen unterstützt, die zur Durchführung der Sanierung notwendig sind. Bei Genehmigungsvorgängen für Modernisierung und Instandsetzung von Wohngebäuden ebenso wie bei der Verbesserung der sozialen Infrastruktur. Als Sanierungsbeauftragter ist S.T.E.R.N. darüber hinaus Mittler zwischen den verschiedenen Interessen- und Akteursgruppen der Sanierung und insbesondere damit beauftragt, die Bewohner/innen über den Fortgang der Sanierung zu informieren und sie bei der Umsetzung ihrer Bedürfnisse zu unterstützen.

Ausgangslage

Im Sanierungsgebiet Winsstraße wohnen circa 7500 Einwohner/innen in 5000 Wohnungen. Das Wohngebiet umfasst eine Fläche von etwa 35 Hektar. Betrachtet man alle Erneuerungsgebiete in Prenzlauer Berg, hat man es mit einer „Kulisse“ von 80.000 Einwohner/innen in 47.000 Wohnungen auf einer Fläche von 344 Hektar zu tun. Eine gewaltige Aufgabe für die Stadterneuerung.

Bei der Bebauung handelt es sich um eine dichte, in der Regel fünfgeschossige Bebauung aus den Jahren um die Jahrhundertwende (Gründerzeit). Oft liegen auf einem Grundstück mehrere Gebäudeteile mit Vorderhaus, Seitenflügeln und Quergebäuden und zum Teil engen und versiegelten Höfen. In einigen Fällen sind die Blockinnenbereiche mit Gewerbegebäuden belegt, Ausdruck der engen Verbindung von

Wohnen und Arbeiten.

In einer solchen städtebaulichen Struktur sind die Defizite an Grünflächen und Spielplätzen erheblich, sie betragen im Sanierungsgebiet Winsstraße zu Beginn der Sanierung annähernd hundert Prozent.

Richtwerte

Die gültigen Richtwerte: für Spielplätze 1 qm/Einwohner, wohnungsnah Erholungsflächen 6 qm/Einwohner in einer Mindestgröße von 5000 Quadratmetern und im Umkreis von 500 Metern sind in dieser baulichen Struktur nicht zu realisieren. Deshalb müssen alle Möglichkeiten genutzt werden, die vorhandenen Potenziale zu qualifizieren, um in diesen innenstadtnahen, attraktiven Stadtvierteln auch den Bedürfnissen von Familien mit Kindern gerecht zu werden.

Sanierungsstrategie

Die zwischen Senat und Bezirk abgestimmte Sanierungsstrategie orientiert sich an folgenden Zielen:

- Modernisierung und Instandsetzung der Bausubstanz mit dem Ziel des Erhalts der baulichen Struktur und dem Erhalt preiswerten Wohnraums,
- Vermeidung der Verdrängung der Bewohner/innen,
- Verbesserung der sozialen Infrastruktur und des Wohnumfeldes,
- Neuanlage von Spielplätzen auf verfügbaren Grundstücken, auch z. B. in Baulücken,
- Verbesserung der Aufenthaltsqualität im Straßenraum,
- Durchführung von Verkehrsberuhigungsmaßnahmen,
- Umgestaltung von Höfen in grüne Räume mit Aufenthaltsqualität.

Das Projekt Stadtplatz Marie

Das Projekt Stadtplatz Marie entstand als Zwischennutzung einer Brache, die durch den Abriss des ehemaligen Rettungsamtes verursacht war. Auf einer Fläche von 5000 Quadratmetern sollte dort ein Neubau für Feuerwehr und Polizei errichtet werden. Die Finanzierung war gesichert, die Bereitstellung der Mittel wurde jedoch aus haushaltstechnischen Gründen Jahr für Jahr verschoben.

Unterstützt von S.T.E.R.N. entwickelten die Bewohner/innen des Sanierungsgebietes

Überlegungen für eine kurzfristige grüne Zwischennutzung der Fläche.

Mit der Aussicht auf einen zehnjährigen Nutzungsvertrag entschloss sich der Bezirk, Mittel für eine einfache Gestaltung dieser Zwischenutzung zur Verfügung zu stellen. Im Frühjahr 1997 machten sich Vertreter des Grünflächenamtes, der Bewohner und S.T.E.R.N. gemeinsam an die Aufgabe, Ideen und Strategien für die kurzfristige Realisierung eines Stadtplatzes zusammen zu tragen. Es sollte ein Platz für möglichst alle Bewohner werden, die Bewohner sollten umfassend an Planung und Realisierung beteiligt werden, zur Aufbesserung des schmalen Budgets sollten soweit als möglich Spenden, Baumaterialien und Arbeitskräfte mobilisiert werden.

Workshop

An einem Sommertag im Juni 1997 wurde vor Ort das Planungskonzept für den Platz erarbeitet. Laien und Experten entwickelten in einem intensiven, von zwei Moderatoren geleiteten Arbeitsprozess ihre Ideen und Wünsche für einen solchen Platz und stimmten am Ende des Tages über die verschiedenen Entwürfe ab. Die Baustadträtin war überzeugt und sicherte noch am selben Tag die Umsetzung des Ergebnisses zu.

Bauphase

Mit viel Phantasie und Engagement aller Beteiligten wurde während der Bauphase versucht, mit dem knappen Budget ein optimales Ergebnis zu erzielen. Baufirmen spendeten Füllboden zur Geländemodulation, Klinkersteine wurden aus Abrisshäusern herbeigeschafft und abgeklopft, Bäume wurden aus Ausgleichszahlungen der Gasgesellschaft finanziert, für die landschaftsgärtnerischen Arbeiten stellte die beauftragte Firma Langzeitarbeitslose ein, deren Lohn vom Arbeitsamt übernommen wurde, Bewohner/innen leisteten unbezahlte Arbeit bei Pflanz- und Erdarbeiten. Rund zweihundert Schüler/innen setzten mit Unterstützung ihrer Lehrer/innen ihre eigenen künstlerischen Projekte in Form von Wandmalereien und Mosaiken um und verliehen damit dem Platz sein unverwechselbares Aussehen. Einmal im Monat wurde auf einer Bürgerversammlung über den Fortgang des Bauvorhabens berichtet. Die kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit und die vielfältigen Aktivitäten auf dem Platz mobilisierten weitere Unterstützer.

Wie sieht der fertige Platz aus?

Der Platz enthält folgende Elemente: Einen betreuten Abenteuerspielplatz, eine große Liegewiese mit Obstbäumen, einer Schaukel, einem Wasserlauf und einem Feuchtbiotop,

ein kleines Amphitheater, einen von Bewohner selbst bewirtschafteten Kiezzgarten, einen Kleinkinderspielplatz mit Spielschiff. Das Entree bildet eine mit Platanen bepflanzte Piazza mit Bänken, Tischtennisplatten und Raum zum Boulespielen. In einem späteren Bauabschnitt wurden noch ein Kiosk mit Liegestuhlverleih und Toiletten für Besucher des Abenteuerspielplatzes nachgerüstet, darüber hinaus fünf solarbetriebene Parkleuchten, die eine Benutzung des Platzes auch in den frühen Abendstunden ermöglichen.

Unterhalt, Pflege und soziales Netzwerk

Die während der Öffnungszeiten anwesenden Betreuer/innen des Abenteuerspielplatzes fühlen sich auch für den ganzen Platz verantwortlich. Sie sorgen dafür, dass Hunde dem Platz fernbleiben und sammeln ehrenamtlich Müll und Scherben ein, wenn dies überhand nimmt. In einem Jahr bekamen sie dafür vom Grünflächenamt einen gering vergüteten Pflegevertrag, dessen Honorar dazu ausreichte, mit einer Kindergruppe ein paar Tage ins Umland zu fahren. Das Amt selbst kommt seinen Unterhaltsverpflichtungen aus Personalmangel nur unzureichend nach. Der Betreiber des nichtkommerziellen Kioskes übt ebenfalls ein Stück sozialer Kontrolle aus, ebenso wie die Kiezzgärtner/innen und die übrigen, meist in der Nachbarschaft wohnenden Nutzer.

Zusammenfassung

Auf die Eingangsfrage, „Was hat die Gestaltung einer Grün- und Freifläche im Sanierungsgebiet mit den Fragen der Gesundheitsförderung zu tun?“ sollen die nachfolgenden Thesen Aspekte einer Antwort liefern:

1. Mit diesem Platz wurde in einem dicht bebauten Wohngebiet, in dem bisher Freiflächen fehlten, ein Beitrag zur Herstellung von gesunden Wohn- und Lebensverhältnissen geleistet.
2. Mit der Bereitstellung von Freizeitangeboten in der unmittelbaren Wohnumgebung wird das Ziel einer Stadt der kurzen Wege verfolgt, in der Verkehrswege und Verkehrsbelastungen reduziert werden.
3. Die Schaffung von Grün im Wohnumfeld gibt Raum für Spiel, Erholung, Bewegung und Freizeitbetätigung.
4. Mehr Grün in der Stadt verbessert die Luft und das Klima in der Stadt.
5. Der Umgang mit den Naturelementen Wasser, Feuer, Pflanzen und Tieren ebenso wie die Erfahrung von Wetter und Jahreszeiten sind für Stadtkinder oftmals ungewohnte, aber wichtige Lebenserfahrungen.
6. Die Erfahrung des Mitgestaltens und Mitentscheidens in Planungsprozessen erhöht

das Selbstbewusstsein der Stadtbewohner/innen im Sinne von „Die Stadt sind wir“.

7. Die Bewohner/innen haben mit der Gestaltung des Platzes Verantwortung übernommen, die sie auch weiterhin ausüben, was insbesondere für Kinder und Jugendliche eine beispielgebende Erfahrung ist.

Miteinander arbeiten und miteinander leben – die gemeinsame Arbeit an dem Projekt schafft neue soziale Bindungen, Nachbarschaften und Freundschaften werden verfestigt, die die Anonymität des Lebens in der Stadt abbauen helfen.

Gisela Bill

Projekt: Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten

Kinderarmut und Gesundheit

Eine immer wieder gestellte Frage lautet: Macht Armut krank, oder führt Krankheit zu Armut? Anhand der 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), d.h. 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 Infantilisierung bzw. Familiasierung von Armut. Dass sich die sozio-ökonomische Lage und die fehlende 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.

Projektbeschreibung und Zielsetzung: Sozialer Brennpunkt Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“

Ausgangssituation/Lage:

Die Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“ besteht aus insgesamt fünf Mehrfamilienhäusern mit einer Geschosshöhe von vier 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 Lärmbelastung (Verkehr, Tierheim), gerade auch nachts, ausgesetzt.

Wohnraumsituation:

Es sind insgesamt

- 33 x 1-Raum-Wohnungen, teilweise mit WC (8,45-12,3 qm),
- 34 x 2-Raum-Wohnungen (36,4qm),
- 31 x 3-Raum-Wohnungen (45,4-51,65 qm) sowie
- 33 x 4-Raum-Wohnungen (69,5-72,5 qm).

Die Einzelzimmer ohne Toilette erhalten aus-

schließlich 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 eine 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).

Einwohner/innenzahl und -struktur:

Im Februar 2003 lebten 310 Menschen in der Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“. 115 Personen waren ausländischer Herkunft. 16 Personen waren alleinerziehende Elternteile, häufig mit mehreren Kindern (teilweise mit bis zu 8 Kindern). Insgesamt lebten zu diesem Zeitpunkt in den Notunterkünften 75 Kinder unter 14 Jahren, 30 im Alter von 14 bis 18 Jahren und 17 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 21 Jahren.

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:

Die geplanten Angebote müssen „vor Ort“ innerhalb des sozialen Brennpunktes sein, dazu ist Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Kooperationspartner und den Bewohner/innen nötig. Vorhandene institutionelle und individuelle Ressourcen sollen unbedingt genutzt werden. Bei den Initiativen und Projekten müssen geschlechtsspezifische und interkulturelle Aspekte berücksichtigt werden.

Gesundheitspräventionsmodule

1. Ernährung

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Die entscheidende Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung für die kindliche Entwicklung ist allgemein bekannt. Aus verschiedenen Untersuchungen wurde, diesen Kontext betreffend, deutlich, dass bei Kindern und Jugendlichen, die von Armut betroffen sind, ein ungünstiges Ernährungsverhalten zu beobach-

ten ist, das fast alle wichtigen Ernährungsvariablen beinhaltet. Zahlreiche Ernährungswissenschaftler/innen 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).

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Ernährungsberatung (gemeinsames Kochen, Elternberatung, Ressourcen nutzen)
- Ernährungsergänzung in der Kita (Anlieferung von frischem Obst, Gemüse, Milchprodukte, Ballaststoffe, Müsli usw.)

c) Etwaige Kooperationspartner:

Initiative „Tafel“, Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte, Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsamt

2. Bewegung

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Neben einer unausgewogenen Ernährung kann man bei sozial benachteiligten Kindern auch Bewegungsmangel feststellen. Zwischen Gesundheitsförderung und sportlichen Aktivitäten besteht eine positive Beziehung. Mit dem Lisrel-Modell (Lisrel = linear structural relationship) können Korrelationen zwischen Formen der psychosozialen Belastung und allgemeinem subjektivem Gesundheitsstatus dargestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen aus unteren Sozialschichten finden sich einerseits eine geringere sportliche Betätigung und andererseits eine hohe Quote an psychosomatischen Beschwerden. 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, da in diesen frühen Lebensphasen die im Erwachsenenalter zur Verfügung stehenden Verhaltensweisen erst geprägt werden. Es kann dennoch die Hypothese aufgestellt werden, dass die kompensatorische und entlastende Wirkung sportlicher Betätigung im Hinblick auf Stressbewältigung und Gesundheitsprävention im späteren Alltag bei den be-

troffenen Kindern seltener angewandt wird.

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

Anschaffung von Sportartikeln (u.a. Fußball, Tischtennis, Federball), Sport- und Freizeitangebote innerhalb und außerhalb der Siedlung

c) Etwaige Kooperationspartner:

Sportgeschäfte als Sponsoren, Sportjugend Rheinland-Pfalz, Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

3. Entspannung und Ruheinseln versus Gewalt

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Verschiedene Studien (die sog. 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 (Pfeifer 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 Auf- und Ausbau betroffenenzentrierter Hilfsangebote und gesetzgeberische Schutzmaßnahmen. Auch ist eine Vernetzung medizinischer und sozialpädagogischer Dienstleistungen dringend erforderlich.

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Einrichtung von Ruheinseln, Ruheräume u.a. in der Kita, in den Wohnblöcken
- Einrichtung von Snoezelen-Räumen (ein heilpädagogisches Konzept, das mit visuellen, akustischen, taktilen, olfaktorischen Reizen arbeitet)
- Informationsveranstaltungen zum Thema Gewalt und Gewaltprävention
- Entspannungsverfahren (z. B. Autogenes Training)

c) Etwaige Kooperationspartner:

Polizei, Tm (= therapeutische Medien, ein privater Anbieter von Entspannungsmedien), Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen

4. Umwelt

a) 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 (verkehrsreiche Wohngebiete, schlechte Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel, weite Wege zu Schule und Sportstätten). (Bielikt 1996, Böhm/Kuhn 2000).

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Bepflanzungen innerhalb der Siedlung,
- Pflanzen innerhalb der Kita-Einrichtung,
- Luftbelastungsmessungen (Bahn, Autobahn, Industriegebiet),
- Sicherung der Gehwege, Zebrastreifen, sichern von „Kinderwegen“.

c) Etwaige Kooperationspartner:

Sozial- und Ordnungsamt sowie Gesundheitsamt, Gärtnereien, Universität Mainz

5. Impfungen

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Gesundheitspräventive und prophylaktische Maßnahmen, so wie sie derzeit in Deutschland hauptsächlich konzipiert sind, werden von sozial benachteiligten Menschen nur unzureichend wahrgenommen. So ergab eine Studie des Gesundheitsamtes Göttingen, dass bei 30 Prozent der Kinder von arbeitslosen Eltern (Arbeitslosigkeit 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 alleinerziehender 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.

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Impfmöglichkeiten für Kinder und Erwachsene vor Ort (u.a. geschlechtsspezifischer Aspekt bei Mädchen, z. B. Rötelpfung)
- Impfberatungen
- Speziell für Jugendliche Beratung über Hepatitis B-Impfmöglichkeit mit Sexualaufklärung bzw. Informationen zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (Hepatitis B und C, Aids usw.)

c) Etwaige Kooperationspartner:

Sozialamt (Gesundheitsamt), niedergelassene Ärzte/innen der näheren Umgebung, Universitätsklinikum Mainz (Institut für Mikrobiologie und Hygiene), Pharmaindustrie (als Sponsoren), Drogenberatungsstelle (Die Brücke, Cafe Balance), Aidsberatungsstelle, Pro Familia, Krankenkassen

6. Gesundheitsinformation

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Aus der Pränatalforschung ist bekannt, dass sich die sozialen Verhältnisse und die Lebensbedingungen der Eltern, speziell der werdenden Mutter, auf die Gesundheit des sich im Mutterleib befindlichen Embryos auswirken. 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 Reflektion individualisiert werden.

Im Zusammenhang mit Schmerzsymptomen (Kopfschmerzen), die häufig von Kindern benannt werden, muss auch die Einnahme von Arzneimitteln problematisiert werden. So trägt, 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 Schüler/

innen mit häufig auftretenden Kopfschmerzen signifikant höher als bei Kindern und Jugendlichen, die eine geringere Kopfschmerzquote aufweisen.

b) 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/ Suchtgefahren (legale und illegale Drogen)
- Beratungen zu Krankenkassenleistungen und -ansprüchen

c) Etwaige Kooperationspartner:

Pro Familia, Drogenberatungsstellen, Aids-Hilfe, Ärzte/innen, Krankenkassen, BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Fachforum: „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“, Elterninformationen im gelben Untersuchungsheft (teilweise auch in Fremdsprachen) sowie Bewerbung der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9

7. Gesundheitserziehung

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Ich zitiere hier die 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 Deregulierungstendenzen entgegenstellt. Eine Vernachlässigung dieser Bemühungen führt andernfalls sowohl zu auffallender 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 Risikomerkmalen 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 -erfolg aller schulischen Akteure haben.

b) 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).

c) Etwaige Kooperationspartner:

Kindertagesstätte, Lehrer/innen aus der Grund- und Hauptschule, Drogenberatungsstellen, Ärzte/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.

Schlussbemerkung:

Das Fazit der vom Bundesministerium für Gesundheit 1997 in Auftrag gegebenen Expertise „Soziale Chancengleichheit für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ lautet: „... dass ungünstige sozioökonomische und soziokulturelle 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)

Pilotprojekt „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ – stadtteilorientierte, integrierte Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesunde Städte-Projektes der Hansestadt Rostock

Die Hansestadt Rostock ist Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Gemeinsam mit 59 weiteren Kommunen und Landkreisen in Deutschland hat sie sich u. a. verpflichtet, bestehende soziale und gesundheitliche Chancenungleichheiten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zu verringern. So ist es auch in den Leitlinien zur Stadtentwicklung der Hansestadt Rostock festgeschrieben.

Die AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ wurde 1992 durch die Bürgerschaft der Hansestadt Rostock zur lokalen Umsetzung des Gesunde Städte-Projektes der Weltgesundheitsorganisation berufen. Sie bekennt sich dabei entsprechend der UN-Kinderkonvention zu gemeinsamen Aktivitäten zur Verringerung sozialer und gesundheitlicher Chancenungleichheiten bei Kindern.

Eine gezielte Einflussnahme soll im Ortsteil Evershagen vorgenommen werden. Die Ergebnisse einer Kindergesundheitskonferenz vor Ort anlässlich der 7. Rostocker Gesundheits- und Umwelttage 2001 erforderten einen konkreten Handlungsbedarf. In Evershagen leben Kinder vermehrt in sozialer Ungleichheit und haben wenig Chancen, aus eigener Kraft ihre Lebenssituation positiv zu beeinflussen.

Mit dem Bürgerschaftsbeschluss vom 10. April 2002 erhielt das Gesunde Städte-Projekt und damit die AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ den Auftrag, ein Pilotprojekt „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ zu entwickeln und der Bürgerschaft in einer Informationsvorlage vorzustellen.

Bei der Erarbeitung des Projektes wurden Kinder aus Evershagen, der Ortsbeirat und auch die innerhalb des Stadtteiltisches tätigen öffentlichen und freien Träger sowie alle Schulen und Kitas einbezogen. Sie hatten die Gelegenheit, durch eigene Zuarbeiten das Konzept mitzugestalten.

Darüber hinaus erfuhr die Erarbeitung des Pilotprojektes eine fachliche Begleitung und Unterstützung durch zahlreiche Ämter und Büros der Stadtverwaltung (Büro Lokale Agenda 21, Amt für Stadtgrün, Schulverwaltungsamt, Bauamt, Ortsamt Evershagen, Amt für Stadtplanung, Jugendamt, Sozialamt, Gesundheitsamt, Gleichstellungs-, Ausländer- und Behindertenbeauftragtenbüros u.a.).

Ausgehend von einer Situationsbeschrei-

bung zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Kindern, wird hier der Versuch unternommen, den Handlungsbedarf für die Entwicklung eines kinderfreundlichen Ortsteils zu ermitteln und Vorstellungen für eine nachhaltige Umsetzungsstrategie zu entwickeln. Dafür wurde in Kooperation mit allen an der Realisierung des Projekts Beteiligten eine Prioritätenliste erarbeitet, die nicht nur die entsprechenden Maßnahmen und Zuständigkeiten vorsieht, sondern auch die Beteiligung von Kindern genau festschreibt.

Durch das hohe Engagement des Stadtteiltisches Evershagen unter Federführung des Jugendamtes ist es möglich, dass gemeinsam an der Entwicklung eines kinder- und familienfreundlichen Ortsteils gearbeitet wird und alle Beteiligten die Kraft für eine langfristige, gemeinwesenorientierte Zusammenarbeit aufbringen.

Kinder als die kompetentesten Experten für ihre Stadtteile, wenn es um ihre Interessen geht, werden in den gesamten Umsetzungsprozess des Projekts einbezogen. Grundlage dafür ist das im Gesunde Städte-Projekt entwickelte Prüfverfahren kinderfreundliche Stadt, dessen Anwendung auf der Basis einer Geschäftsanweisung des Oberbürgermeisters der Hansestadt Rostock seit 1999 für alle Beschäftigten der Stadtverwaltung bindend ist.

Das Pilotprojekt „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ soll beispielgebend für andere Ortsteile in der Hansestadt Rostock aufzeigen, welche Möglichkeiten und Chancen ohne zusätzliche finanzielle Mittel genutzt werden können, um eine ortsnahe, kinder- und damit familienfreundliche Politik zu entwickeln.

Dabei dient eine Situationsbeschreibung auf der Basis von Zuarbeiten der o. g. Fachämter, des Ortsbeirates sowie des Stadtteiltisches und der Kinder vor Ort als Grundlage für die Benennung von Defiziten. Daraus wird der notwendige Handlungsbedarf abgeleitet und eine Umsetzungsstrategie entwickelt.

Das Projekt verfolgt u. a. den Ansatz, die Interessen von Kindern und Jugendlichen und deren Familien bei der Entwicklung eines Ortsteils auf lange Sicht nicht nur wahrzunehmen, sondern auch bei Planungen und Entscheidungen auf kommunaler Ebene konkret zu berücksichtigen. Darüber hinaus dient es der Förderung des Gemeinwesens in Evershagen.

Mit dem Projekt werden die zuständigen Akteure in Politik und Verwaltung, die Träger vor Ort, aber auch die Einwohner/innen sensibilisiert, damit sie selbst bei der Umsetzung ihrer festgelegten Aufgaben bewusst handeln und

- die Lobby für Kinder und deren Familien weiter stärken,
- Prioritäten in der Politik zugunsten der Interessen von Kindern setzen,
- Flächen- und Nutzungskonkurrenzen im Wirkungsbereich ausschalten,
- Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit bieten, als Betroffene und Experten an der Planung und Gestaltung eines kindgerechten Umfelds mitzuwirken,
- bestehende infrastrukturelle Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche und deren Familien unter aktiver Beteiligung der Betroffenen festigen.

Trotz zahlreicher sozialer und städtebaulicher Defizite werden auch Stärken im Ortsteil registriert, die als Potenzial für die Umsetzung des Pilotprojektes genutzt werden können. Das sind der vernetzte Stadtteiltisch als demokratisches Gremium mit einem gemeinwesenorientierten Ansatz der Kooperation, engagierte Lehrer/innen sowie Erzieher/innen in den Kitas und nicht zuletzt das Interesse der Kinder an ihrem Ortsteil.

Mit der Umsetzung eines politisch gewollten Konzeptes als Grundlage für mehr Kinderfreundlichkeit in Evershagen versprechen sich die Akteure vor Ort eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität der Kinder und ihrer Familien.

Arbeitsgruppe 2:

Familienorientierte Gesundheitsförderung: Setting Kindertagesstätte

Sozial benachteiligte Kinder in Kitas stärken und fördern

Unter dem Titel „Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich“ führt die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. seit Ende 2003 eine Pilotphase zum gleichnamigen Projekt durch. Ziel dieser Einstiegsphase ist es, eine Bestandsaufnahme vorhandener Ansätze in diesem Bereich durchzuführen, um die Instrumente für die Interventionsphase zu erarbeiten, sowie effektive Projektstrukturen aufzubauen.

Die Pilotphase umfasst folgende Arbeitsschwerpunkte:

- Projektrecherche,
- Instrumenteentwicklung und Handlungskonzept,
- Aufbau der Projektinfrastrukturen für eine zweijährige Interventionsphase,
- Auswahl von Projektstandorten/Modelleinrichtungen,
- Ressourcenexpertise,
- Auftakt-Fachtagung,
- Veröffentlichung Fachband „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“.

Im Anschluss an die Pilotphase soll eine zweijährige Interventionsphase folgen, in der es um die Entwicklung eines übertragbaren Handlungskonzeptes zur Umsetzung der Ergebnisse mit Beteiligung von Praktiker/innen geht. Dabei werden andere erfolgreiche Setting-Ansätze auf ihre Eignung zur Übertragung auf das Setting Kindertagesstätte überprüft und die Vernetzung mit weiteren Kindertagesstätten und die Kooperation mit Akteur/innen, Institutionen und informellen Gruppen in der Region respektive im Stadtteil angestrebt. Darüber hinaus soll der Wissenstransfer, u.a. die Entwicklung von Weiterbildungscurricula für Erzieher/innen, zur Schaffung gesundheitsgerechter Strukturen im Kindertagesstättenbereich vorangebracht werden.

Hintergrund des Projektes sind die zunehmenden gesundheitlichen Probleme bei Kindern und Jugendlichen. Ein bedeutendes Risiko für Kinder und Jugendliche stellt dabei das Aufwachsen in Armut dar. In verschiedenen Studien (vgl. u.a. Mielk 1994, Klocke 1996/2000, Krause 1997/1998, Elsässer 1999; Kamensky 2000, Stadtdiagnose 2001, Klocke 2000, Krappmann 2000) wird immer wieder auf die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschan-

cen und zunehmende Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen hingewiesen, die mit dem Anstieg der Armutsbetroffenheit dieser Altersgruppe in Zusammenhang gebracht werden.

Kinder aus armen Familien weisen mehr medizinisch relevante Diagnosen auf als Kinder aus Familien gesicherter sozialer Lage. Defizite sind u.a. in den Bereichen Motorik, Zahngesundheit, Bewegungsapparat und Sprachentwicklung zu finden. Mehr gesundheitliche Belastungen, weniger Bewältigungsressourcen und eine ungünstigere Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung sind Folgen dieser Entwicklung. Schon im Vorschulbereich werden zunehmende motorische Defizite, Unruhe und abnehmende Konzentrationsfähigkeit festgestellt, denen im ungünstigen Fall spätere Verhaltensauffälligkeiten und Schulprobleme folgen.

Einrichtungen zur außerhäuslichen Kinderbetreuung können auf diese Defizite ausgleichend und kompensierend wirken. Individuelle Förderung kann dort einsetzen, wo sie aufgrund innerfamiliärer oder sozialstruktureller Mängel dringend benötigt wird.

In sozialen Brennpunkten („Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf“) stellen Mitarbeiter/innen der Kitas nicht nur vermehrte gesundheitliche Probleme von Kindern (und Eltern) fest, sondern berichten gerade dann von erhöhten Anforderungen an die eigenen Kompetenzen und Ressourcen, wenn der Anteil armer Kinder in einer Einrichtung besonders hoch ist.

Da Gesundheitsförderungspotenziale sich bereits im frühen Kindesalter aktivieren lassen, bietet der gute Zugang, der im Elementarbereich zu Kindern und Eltern aller sozialen Lagen gegeben ist, die Chance, den Kontakt zu sozial benachteiligten Kindern und Eltern auszubauen, ohne kontraproduktiv zu stigmatisieren. Über den Setting-Ansatz können sie in die Präventionsarbeit integriert, in ihrer persönlichen Handlungsfähigkeit gestärkt und zu gesundheitsgerechtem Verhalten motiviert werden. Kinder werden in einem sehr frühen Alter erreicht, in dem negative gesundheitsschädigende Eigenschaften noch nicht aufgetreten bzw. noch nicht verfestigt sind.

Projektziele

Da für den Kindertagesstättenbereich bisher keine Erfahrungen mit dem Setting-Ansatz vorliegen, obwohl gerade hier viele Kinder aus unterversorgten Familien bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt im Lebensverlauf in Erscheinung treten, eröffnet das Projekt ein neues Handlungsfeld mit Modellcharakter.

Ziel des Projektes ist, unter aktiver Beteili-

gung der Betroffenen die jeweiligen Gesundheitspotenziale im Lebens- und Arbeitsbereich zu ermitteln und im Setting einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen, der über die Schaffung gesundheitsgerechter Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessert.

Zu den weiteren Projektzielen gehören u.a. die Entwicklung eines übertragbaren Handlungskonzeptes zur Umsetzung der Ergebnisse und der Wissenstransfer durch Einbindung der Ergebnisse in Weiterbildungscurricula für Erzieher/innen.

Zielgruppen des Projekts

Zu den Zielgruppen des Projekts gehören alle Akteure im Lebens- und Arbeitsbereich „Kindertagesstätte“, insbesondere jedoch Mitarbeiter/innen von Kindertageseinrichtungen, Kinder im Elementarbereich und Eltern

Umsetzung

Das Gesamtprojekt ist auf drei Jahre anlegt. Es untergliedert sich in drei Projektphasen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und beinhaltet u.a.:

- Entwicklung eines Handlungskonzeptes zur Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Kindern im Setting Kita unter Beteiligung von Experten/innen aus der Praxis,
- Einbeziehung eines Projektbeirats/Steuerungsgruppe,
- Kooperation mit verschiedenen Akteuren und Institutionen vor Ort,
- Entwicklung von Handlungshilfen für den Kita-Bereich,
- Erprobung an verschiedenen Modellstandorten, in fünf verschiedenen Bundesländern.

Als Ergebnis sollen Grundstruktur und wichtigste Prämissen eines Praxisansatzes „Gesundheitsfördernde Kitas“ entstehen. Das Projekt wird in Kooperation mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt (ISS) durchgeführt.

Elternorientierte Gesundheitsförderung in der Kita

Im Februar 2000 fand in einer Kreuzberger Kita eine Info-Veranstaltung für die Eltern der Krippenkinder zum Thema „GESUNDHEIT und ERNÄHRUNG“ in drei Sprachen (deutsch, türkisch, arabisch) statt, die auf große Zustimmung aller Beteiligten stieß. Es folgte eine zweite Veranstaltung, die mit ebenso großem Erfolg geplant und durchgeführt wurde.

Vorausgegangen waren Überlegungen des Kita-Beratungsteams Kreuzberg, den Kitas mit hohem Migrantenkinderanteil Hilfestellungen zu geben, um den Kontakt und die Kommunikation mit den Migranteneltern zu verbessern, z. B. um die Teilnahme der Kinder an gesundheitsprophylaktischen Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen zu erhöhen.

Schon häufiger hatte diese Kita versucht, besser an die Migranteneltern „heranzukommen“. Aber wenn es auch punktuell hier und da einen intensiveren Austausch gab, so riss der Draht doch schnell wieder ab. Insgesamt war auch immer deutlicher geworden, dass der hohe Anteil von Migrantenkindern allein nicht beweist, dass eine Kita interkulturell geöffnet ist, sowie dass einzelne Maßnahmen keine bleibende Veränderung in der Gesamtstruktur einer Kita garantieren.

Vor diesem Hintergrund entstand Anfang 1999 eine Kooperation zwischen dem AWO-Modellprojekt „Interkulturelle Öffnung“ und dem Kita-Beratungsteam Kreuzberg (Bezirksamt Kreuzberg). Die beteiligten Akteure an dieser Kooperation waren:

- Team des AWO-Modellprojektes,
- Kita: Leitung, 6 Mitarbeiterinnen, Kinder aus dem Hort der Kita,
- Bezirksamt Kreuzberg: Kita-Beratungsteam, Plan- und Leitstelle Gesundheit, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Kinderkrankenschwester, Zahnärztin,
- Projekt Dar-Al-Maschura,
- ein arabischer Gesundheitswissenschaftler.

Problemfelder:

Die Zahl der Kinder aus Migrantenfamilien, die an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, nimmt stetig ab. Gleichzeitig sind es oft Kinder aus Migrantenfamilien, die sich schlecht ernähren und oft schlechte Zähne haben. Die zentrale Frage für die Kita-Mitarbeiter/innen ist deshalb: Wie können sie Migranteneltern in der Kita erreichen, um bei diesen Problemen positive Veränderungen herbeizuführen?

Modellversuch Elternveranstaltungen

Als Schwerpunkte für die Elternveranstaltungen wurden folgende Themen ins Auge gefasst, von denen zu einigen schon erfolgreiche Info-Abende durchgeführt wurden: Vorsorgeuntersuchungen, gesunde Ernährung, Unfallvorbeugung und Zahngesundheit. Damit die Impulse, die von diesen Veranstaltungen ausgehen, auch wirklich für die Verbesserung der Gesundheit von Migrantenkindern genutzt werden können, braucht es einerseits die Vernetzung mit Diensten aus dem Bezirksamt und andererseits eine bessere Vernetzung mit Projekten aus dem Stadtteil. Als Planungsinstrumente wurde deshalb ein Roundtable als Vernetzungsinstrument eingerichtet und ein „Kiezordner“ angelegt.

Ziele der Veranstaltungen

Allgemeines Ziel ist die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Kinder aus der Kita. Als größtes Hindernis werden dabei die Kommunikationsschwierigkeiten mit den Migranteneltern erachtet, die überwunden werden sollen. Dazu muss die Elternarbeit in den Kitas interkulturell orientiert sein. Darüber hinaus braucht es eine funktionierende Vernetzung im Kiez, die u.a. auch eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Diensten auf kommunaler Ebene ermöglicht.

Instrumente zur Vorbereitung der Veranstaltungen und zur Informationsvermittlung

Durch den Einsatz eines Fragebogens werden schon vor den Veranstaltungen die Interessen der Eltern vor den Veranstaltungen ermittelt. Die Einladung der Eltern zu den Abenden erfolgt in ihrer Muttersprache, der Brief wird in den Sprachen Deutsch, Türkisch und Arabisch verfasst. Auch die Vorträge am Abend werden ins Türkische und Arabische übersetzt, ein Infomappe informiert in allen drei Sprachen.

Positive Erfahrungen

Circa 80 bis 90 Prozent der angesprochenen Eltern mit Migrationshintergrund nahmen an den Veranstaltungen teil, sie äußerten sich sehr positiv über die Bereitstellung von Dolmetscher/innen und Informationsmaterial. Die Eltern waren durchaus in der Lage, sich gegenseitig sprachlich zu unterstützen, sie entdeckten ihre eigenen Potenziale („Selbsterfahrung“).

Schon im Vorfeld beteiligten sich die Eltern an der Gestaltung der Veranstaltungen, indem sie aktiv an der Fragebogenaktion zur Ermittlung von Interessen der Eltern vor den Veranstaltungen teilnahmen. Auch die Kitakinder wurde in die Gestaltung der Veranstaltungen mit einbezogen.

Darüber hinaus unternahm die Kita den ers-

ten Schritt zur Vernetzung mit migrantenspezifischen Projekten und muttersprachlichen Fachkräften. Diese Art von Veranstaltungen wurden in der Arbeit der Kita strukturell verankert, so dass die begonnene Entwicklung nachhaltig gesichert werden kann.

Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten

Obwohl Kinderarmut in den neuen Bundesländern im Vergleich zu Erhebungen Anfang der 90er Jahre um mehr als die Hälfte zurückgegangen ist, sind Kinder nach wie vor häufiger einkommensarm als die Bevölkerung insgesamt. Ende der neunziger Jahre lebte jedes sechste Kind in einkommensarmen Haushalten. Der relative Anteil von Null- bis Sechsjährigen, die mit ihrer Familie auf Sozialhilfe angewiesen sind, ist in den neunziger Jahren überproportional gestiegen (AWO 2000, S. 37). Kinder in alleinerziehenden Haushalten sind häufiger einkommensarm und haben eine geringere Chancen, der Armut zu entfliehen, als Kinder in Haushalten mit zwei Elternteilen. Zwanzig Prozent aller armen Kinder leben in Haushalten mit erwerbstätigen Eltern.

Arme Kinder weisen im Vergleich zu nicht-armen Kindern Einschränkungen in den zentralen Dimensionen der Lebenslage (Grundversorgung, Kultureller Bereich, Sozialer Bereich und Gesundheit) auf (AWO 2000, S. 50ff). „Arme Kinder haben häufiger als nicht-arme Kinder gesundheitliche Probleme beziehungsweise sind in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben.“ (ebd., S. 53)

Kindertagesstätten eignen sich als erstes Glied in der Kette des Bildungssystems als Ort für frühzeitig einsetzende Interventionen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit. Renate Zimmer wies auf die besondere Bedeutung der Kindertagesstätte als „Setting, in dem Gesundheitsförderung unter ganzheitlichen, systematischen Gesichtspunkten verwirklicht werden kann“ hin (Zimmer 2002, S. 965). Die Abläufe und die Gestaltung der Organisation Kindertagesstätte lassen genügend Spielraum, Gesundheitsförderung in das pädagogische Konzept einer Einrichtung zu integrieren, da sich diesbezügliche Maßnahmen mit den wesentlichen Bildungs- und Erziehungsaufgaben decken (ebd., S. 965). Das Thema Gesundheitsförderung stellt, bereits beginnend im Vor- und Grundschulalter, eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung einer gesunden Lebensweise dar. Dabei hat die Vermittlung von Werten und Normen gerade im Vorschulalter prägenden Charakter. Eine ressourcenorientierte Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten bezieht jedoch neben Kindern auch die Eltern und alle Beschäftigten der Kindertagesstätte mit ein (Altgeld 2004, S. 11).

Damit das Thema Gesundheit in Kindertages-

stätten Verbreitung findet, wurde 1996 in einer gemeinsamen Beratung der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. mit der Thüringischen Krebsgesellschaft die Idee für das Projekt zur Gesundheitsförderung und Krebsprävention im Vorschulbereich initiiert. Ziel des Projektes ist es, eine gesunde Lebensweise als durchgängiges Prinzip in den gesamten Lebensraum von Kindern zu integrieren. Die vorhandenen Beziehungen und das Gruppenerleben spielen hierbei eine wichtige Rolle. Von besonderer Bedeutung ist auch, dass die Eltern in die Projektarbeit einbezogen werden, um genauso wie Erzieher/innen eine Vorbildfunktion erfüllen bzw. die inhaltliche Arbeit vertiefen zu können. Die Zielgruppen des Projektes sind Kinder aus Thüringer Kindertagesstätten, deren Eltern und die pädagogischen Fachkräfte der Einrichtungen. Im Rahmen des Projektes sollen allen Beteiligten Möglichkeiten für eine gesunde Lebensweise vermittelt werden. Die gesunde Entwicklung der Kinder und ggf. ein Ausgleich „früher, familiär bedingter Sozialisationsdefizite“ (Altgeld 2004, S. 10) wird gefördert. Den Kindern werden spielerisch Lernerfahrungen zum Thema „Gesundheit“ vermittelt.

Inhaltlich setzt sich das Projekt aus sieben „Bausteinen“ zusammen:

1. Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit in Kindertagesstätten,
2. Bewegung, Spiel und Sport,
3. „Was Hänschen nicht lernt, ...“ – Suchtprävention in der Kindertagesstätte,
4. „Hauen ist doof...“ – gewaltfrei und lustvoll miteinander leben,
5. Der kleine Unterschied – Sexualpädagogik im Kindergarten,
6. Erste Hilfe – Fit für den Notfall,
7. „Move it“ – Mobilitätstraining zur Kindersicherheit.

Zu Beginn der Projektlaufzeit erfolgte eine Ausschreibung der Angebote in den entsprechenden Regionen. Im Sinne der Ganzheitlichkeit ist es von Vorteil, wenn eine Kindertagesstätte alle „Bausteine“ wählt. Pro Thema wird vier Mal eine 45- bis 60-minütige Veranstaltung in der Kindertagesstätte angeboten. Die Verantwortung für Vor- und Nachbereitung tragen die Erzieher/innen gemeinsam mit den Eltern. Eine Projektevaluation wird von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. durchgeführt. Die finanzielle Absicherung des Projektes erfolgt durch die Bereitstellung von Projektmitteln der Landeskrankenkassen, so dass jährlich über Art und Umfang der Projektrealisierung neu entschieden werden muss.

Die Kindertagesstätten zeigten eine positive Resonanz auf das Projektangebot. Zur Umsetzung der o.g. „Bausteine“ sollte die optimale

Gruppengröße von 12 bis 15 Kindern nicht überschreiten und die Teilnahme der Kinder möglichst konstant gehalten werden. Günstig für den Projektverlauf ist die Teilnahme derselben Erzieher/innen innerhalb eines Bausteins. Dies ist für die Beobachtung bzw. die daraus resultierenden Unterstützungsmöglichkeiten für die Kinder sehr sinnvoll und dient gleichzeitig zur Weiterbildung der Erzieher/innen innerhalb des Arbeitsprozesses.

Das Projekt wurde bisher in 19 Kindertagesstätten in der Stadt Weimar, im Ilm-Kreis, im Saale-Holzland-Kreis und in Saalfeld/Königsee umgesetzt. Es wurden ca. 800 Kinder im Alter von zwei bis sieben Jahren erreicht. Die Eltern und Erzieher/innen einer Kindereinrichtung in Weimar haben nach Projektabschluss ihr pädagogisches Konzept dahingehend verändert, dass sich die Einrichtung zum „Kindergarten der Gesunden Lebensweise“ profiliert. Damit auch andere Einrichtungen von den Projekterfahrungen profitieren können, sind begleitende Arbeits- und Handmaterial sowie ein Medienpaket (Handmaterial, Video und Musikkassette) für die weitere Umsetzung der Themen in den Kindereinrichtungen erstellt worden. (Ehrhardt 2002, S. 13).

Literatur:

- Altgeld, T. (2004): Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise. Hannover
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hg.) (2000): AWO-Sozialbericht 2000. Gute Kindheit – Schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bonn
- Ehrhardt, V. (2002): Thüringer Modellprojekt Gesunde Kindertagesstätte erleben und gestalten. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hg.): Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung. Hannover, S. 12-13
- Zimmer, R. (2002): Gesundheitsförderung im Kindergarten. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz. Jahrgang 45, Heft 12, Heidelberg, S. 964-969

Arbeitsgruppe 3:

Schule im Stadtteil: Gesundheitsfördernde Lebenswelt

Manuela Seidel

Beispiele zur Gesundheitsförderung an der Jens-Nydahl-Grundschule in Berlin, Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg

Einleitung

Schule ist eine Bildungseinrichtung. Welchen Raum kann und muss Gesundheitsförderung in ihr einnehmen? Hält Gesundheitsförderung Schulen nicht davon ab, ihre Bildungsaufgaben zu erfüllen? Steht aktive Gesundheitsförderung nicht im Widerspruch zu den Anforderungen, die an Schule nach der PISA-Studie gestellt werden?

Wenn man sich Schule einmal unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung betrachtet, wird man feststellen, dass diese mehr oder weniger fest in allen Schulen verankert ist. Es kommt darauf an, bewusster mit diesem Thema umzugehen, denn nur in einem gesunden Klima können Kinder sich gut entwickeln und Lehrer gesund bleiben. Viele der nachfolgend genannten Beispiele treffen sicher auch auf andere Schulen zu. Diese möchte ich ermutigen, ihren Weg weiter zu gehen und dies mit etwas mehr Bewusstsein in Bezug auf Gesundheitsförderung zu tun.

Die Jens-Nydahl-Grundschule ist eine Schule mit teilweisem Ganztagsbetrieb, sie liegt in Berlin-Kreuzberg, nahe am Kottbusser Tor. Etwa 600 Schüler/innen werden von 50 Lehrkräften unterrichtet, 250 Kinder lernen im teilgebundenen Ganztagsbetrieb.

92 Prozent aller Kinder der Schule kommen aus Familien nichtdeutscher Herkunft, ca. 70 Prozent von ihnen leben von Sozialhilfe oder beziehen Wohngeld. Diese Familien haben meist drei bis sechs Kinder, die Wohnverhältnisse sind häufig beengt. Der geringe Bildungshintergrund vieler Eltern (eine nicht geringe Anzahl von ihnen kann nicht lesen oder schreiben und versteht die deutsche Sprache unzureichend) und die nicht gelungene Integration dieser Familien führen zu Unsicherheit und Rückzug. Die Bildung der Kinder aus diesem Umfeld wird kaum unterstützt. Viele Kinder kommen ohne oder mit zu geringen deutschen Sprachkenntnissen in die Schule. Auch der Sprachschatz in der Muttersprache dieser Mädchen und Jungen ist häufig nicht altersgerecht. Eine gesundheitsfördernde Erziehung wird in diesen Familien nur unzureichend betrieben. Viele der Eltern sind depressiv, klagen über körperliche oder psychische Belastungen.

Untersuchungen zeigten gravierende ernährungsbedingte Problemstellungen bei den Kindern, da keine regelmäßige ausgewogene

Ernährung erfolgt. Der Zustand besonders der Milchzähne ist häufig sehr schlecht, die Anzahl von übergewichtigen Kindern deutlich erhöht. Ca. 40 Prozent der Schüler/innen frühstücken generell nicht zu Hause, nur 30 Prozent nehmen zu Hause regelmäßig ein Frühstück ein. Vorhandenes Taschengeld wird in ungesunde Nahrungsmittel wie z. B. trocken gegessene China-Nudeln angelegt.

Rechtzeitige Therapien frühkindlicher Störungen sind die Ausnahme. Vergleichsweise viele Kinder kommen mit Sprachstörungen in die Schule, bedürfen besonderer Förderung oder zeigen Probleme im Sozialverhalten.

Auch fällt auf, dass sich nicht wenige Familien meist nur in ihrer unmittelbaren Umgebung aufhalten. Sportliche Aktivitäten der Kinder werden kaum gefördert. Bei den Mädchen sind religiös begründete Ausgrenzungen vom Schwimmen, Sport oder bei der Teilnahme an Klassenfahrten immer wieder ein Thema.

Schon frühzeitig kommen die Kinder am Kottbusser Tor mit Gewalt (auch in der Familie) und Drogen (Fixer in den Häusern, herumliegende Spritzen) in Kontakt.

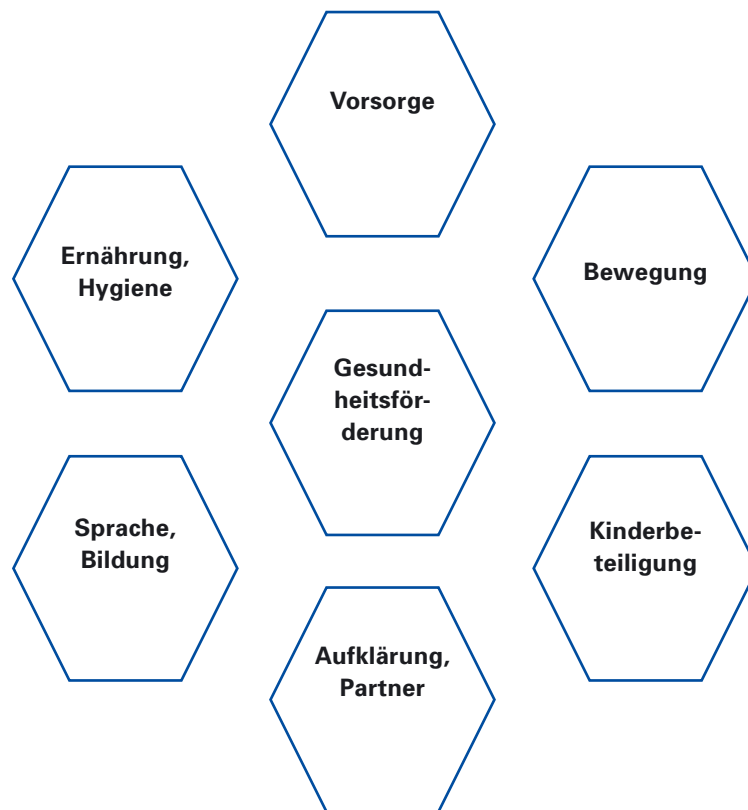
Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Jens-Nydahl-Grundschule eine bedeutende Aufgabe bei der Vermittlung nicht nur klassischer Bildungsinhalte hat. Dazu ist die Einbeziehung außerschulischer Partner ebenso notwendig wie engagierte, gesunde Pädagog/innen mit viel Optimismus.

Die nachfolgend aufgeführten Aktivitäten und Projekte sind entsprechend dem Thema der Tagung im Wesentlichen Maßnahmen, die auf die Gesundheitsförderung von Schüler/innen auch durch Öffnung der Schule ins Wohnumfeld zielen. An dieser Stelle muss aber ausdrücklich betont werden, dass Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Lehrkräfte, Erzieher/innen und des nichtpädagogischen Personals die Grundlage für die Gestaltung einer Schule bilden.

Übersicht über die Aktivitäten und Projekte an der Jens-Nydahl-Grundschule zur Gesundheitsförderung bei Schüler/innen

Viele Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Kindern werden an der Jens-Nydahl-Grundschule parallel zueinander und zum Teil sogar unabhängig voneinander durchgeführt. Im Wesentlichen lassen sie sich in sechs Bereiche untergliedern.

Die wabenartige Anordnung macht deutlich, dass jeder Bestandteil zur Gesundheitsförderung der Schüler/innen nur in gemeinsamer Wirkung mit den anderen Maßnahmen greifen kann. Dabei gibt es immer wieder wechselnde Präferenzen, so dass je nach Alter der Kinder



und unter Berücksichtigung aktueller Situationen agiert wird.

Nachfolgend werden wichtige Bestandteile der Bereiche zur Gesundheitsförderung kurz beleuchtet. Dabei werden positive Erfahrungen ebenso benannt wie Hemmnisse, die die Gesundheitsförderung am konkreten Beispiel erschweren.

1. Vorsorge

Vorsorgemaßnahmen sollen Kinder und Eltern sensibilisieren und bereits vor dem Eintreten von Schäden wirken. Im Bereich der Drogen- und Suchtprävention hat sich der Einsatz des Programms „Klasse 2000“ bewährt. Hierbei handelt es sich um ein Programm zur Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung in der Grundschule, das die Bereiche Bewegung, gesunde Ernährung, soziale Kompetenz, Ablehnung von Suchtmitteln und Gewalt zur Problemlösung umfasst. Von der ersten bis zur vierten Klasse erhalten die Kinder zweimal halbjährlich Besuch von einem Gesundheitsförderer, der mit den Kindern spielerisch die einzelnen Problemkreise beleuchtet. Im weiteren Unterricht können die Lehrer/innen altersgerechtes Material für die Kinder einsetzen. Fortbildungen und ansprechende Begleitmaterialien für die Lehrkraft runden das Angebot ab. Zur Finanzierung sind pro Klasse jährlich ca. 250 Euro notwendig. Dieser Betrag kann durch Paten aufgebracht werden, auch die Finanzie-

rung durch Eltern ist denkbar, in einer Schule mit einem hohen Anteil von Kindern aus der unteren sozialen Schicht jedoch kaum möglich. Und so gestaltet sich die Suche nach einem Paten in jedem Jahr wieder schwierig.

Gemeinsam mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Bezirkes erfolgen Vorsorgemaßnahmen im Bereich der Zahngesundheit und der allgemeinen Gesundheit durch Vorsorgeuntersuchungen und entsprechende Beratungen. Besonders wichtig ist hier der Rücklauf der Ergebnisse der Untersuchungen an die Eltern. Der Besuch der ganzen Klasse beim Schulzahnarzt und der Einsatz des Zahnputztunnels haben sich erfolgreich bewährt. Hier erhalten die Kinder ein Mittel zum Einfärben der Zahnbeläge, die in einem dunklen Raum durch spezielles Licht sichtbar gemacht werden. Das nachfolgende Putzen der Zähne zeigt bei entsprechender Gründlichkeit schnelle Erfolge.

Im Bereich der Gewaltprävention arbeiten die Kolleg/innen seit dem Jahr 2003 eng mit der Polizei zusammen. Kinder werden von Polizeibeamten aufgeklärt, welche Aufgaben die Polizei hat, wie man sich schützen kann, wenn man von Fremden angesprochen wird und wo man Hilfe bekommt. Der Besuch in den Klassen erfolgte zunächst in den Klassen 1 bis 4, Gespräche in den Klassen 5 und 6 sind vor dem 1. Mai 2004 geplant. Dies soll die Aktionen der Anwohner/innen, Vereine und Gewerbetrei-

benden in ihren Bemühungen für die Aktion MyFest unterstützen.

Im Bereich der Unfallverhütung werden die Kinder im Rahmen der BVG-Praxistage mit den Möglichkeiten und Gefahren im öffentlichen Personennahverkehr vertraut gemacht. Dies ist besonders für die Kinder wichtig, die diese Erfahrungen nicht gemeinsam mit ihren Familien machen. Die Benutzung von Bussen, Straßenbahnen und der U-Bahn wird altersgerecht erläutert, Gefahren werden demonstriert. In Klasse 6 können die Kinder dann ihre Erfahrungen durch das Erkunden des Liniennetzes abrunden und sind für den Übergang in die weiter entfernten Oberschulen bestens gewappnet. Schulwegpläne und Schülerlotsen helfen besonders den Kleinen bei der gefahrlosen Bewältigung des Schulweges.

2. Ernährung, Hygiene

Die Prinzipien einer gesunden, ausgewogenen Ernährung werden den Kindern der Jens-Nydahl-Grundschule sowohl im Unterricht als auch in der Freizeit nahegebracht. Ein gemeinsames Frühstück ist bereits im Frühhort möglich. Hier wird durch die Erzieher/innen für alle Frühaufsteher eine gesunde Kost angeboten, die den Kleinen gut schmeckt. In den Klassen gibt es die Möglichkeit, das mitgebrachte Pausenbrot in Ruhe zu verzehren. Im Rahmen des Unterrichts oder in Projektwochen wird gesunde Ernährung thematisiert. Die Gesundheitskampagne der Berliner Krebsgesellschaft „5 am Tag für Kids“ lieferte wertvolle Anregungen für die beteiligten Klassen und Lehrer/innen. In Zusammenarbeit zwischen der Küche und den Erzieher/innen wird gesundes Essen auch beim Mittagessen nicht außer Acht gelassen. Wie in einer Familie erhalten die Kinder das Essen aus Schüsseln und nehmen sich, soviel sie essen wollen. Auf ein gesundes Maß wird hier von den Erwachsenen geachtet. Die Küche setzt zunehmend Bio-Ware ein und achtet auf die Ausgewogenheit des Angebotes. Nach anfänglichen Umstellungsproblemen bei den Geschmacksnerven wird die gesunde Kost nunmehr positiv angenommen. Gibt es doch einmal Probleme, werden diese sofort besprochen.

Auf die Hygiene wird natürlich ebenso geachtet. Immer wieder wirken die Pädagogen/innen auf die Kinder ein, dass sie sich vor dem Essen die Hände waschen und die Toiletten entsprechend ordentlich verlassen. Ein Hygieneplan der Schule half, Schwachstellen zu entdecken und zu beseitigen. Diese müssen regelmäßig kontrolliert werden.

Immer wieder ist auch auf eine witterungsgerechte Kleidung einzugehen. Kinder und Eltern werden ggf. angesprochen und auf Probleme hingewiesen.

3. Sprache, Bildung

Mangelnde Sprachkenntnisse bei Eltern führen zu schlechter Kommunikation zwischen Schule und Elternhaus und somit auf lange Sicht zu Stress bei allen Beteiligten. Gleichzeitig verringern sie die Bildungschancen der Kinder und ihre Möglichkeiten, sich über gesundheitsfördernde Maßnahmen zu informieren. Da viele Kinder zu Beginn ihres Schulbesuchs nur über geringe deutsche Sprachkenntnisse verfügen, wurden Förderklassen mit geringen Schülerzahlen und einem speziellen Förderprogramm zum Erlernen der deutschen Sprache eingerichtet. Innerhalb von zwei Jahren können die Kinder so ihre Kenntnisse erweitern und in der dritten Klasse in normalen Klassengrößen weiterlernen. Zusätzliche Kurse „Deutsch als Zweitsprache“ in den Regelklassen 1 bis 6 dienen ebenfalls dem Spracherwerb der Kinder.

Sofern die Eltern es wünschen, können die Kinder zweisprachige deutsch-türkische Klassen besuchen. Hier werden sie ab Klasse 1 in deutsch und türkisch alphabetisiert und erzogen. In diesen Klassen können die Schüler/innen nicht nur die Sprachkenntnisse in beiden Sprachen erweitern, sondern lernen beide Kulturen als gleichwertig kennen.

Für arabische Kinder wird im Rahmen von sozialer Gruppenarbeit mit einem freien Träger ein entsprechendes Angebot gemacht.

Mehrsprachige Informationen (in deutsch, türkisch und arabisch) helfen den Eltern, Informationen der Schule besser zu verstehen und ihre Kinder zu unterstützen. In Deutschkursen der Volkshochschule können die Eltern ihre eigenen Kenntnisse der deutschen Sprache erweitern.

Der Einsatz von Computern bereits in der Vorklasse soll der Verringerung von Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Schreibens dienen und ungleiche Bildungschancen vermindern. In den Klassen befinden sich daher Medienecken, in einem Computerraum kann mit kleinen Gruppen gearbeitet werden. In enger Kooperation mit der Stadtbücherei werden die Kinder an deren Benutzung herangeführt. So lernen sie Medien zu unterscheiden und entsprechend zu nutzen.

Und weil eine höhere Bildung meist auch zu einem bewussteren Umgang mit der eigenen Gesundheit führt, ist dies ein unbedingt notwendiger Bestandteil bei der Gesundheitsförderung.

Eltern sind häufig hilflos, wenn es Probleme bei ihren Kindern gibt. Sie denken, dass nur sie diese Schwierigkeiten haben und empfinden Scham. Insbesondere den Müttern wird deshalb in einem sog. Mütterkreis Hilfe und Unterstützung angeboten. Dort kommen Mütter mit Unterstützung der Schule, der Plan- und

Leitstelle Gesundheit und einer muttersprachlichen Mitarbeiterin eines Vereins ins Gespräch. Sie tauschen Sorgen und Nöte, aber auch nützliche Tipps und Anregungen aus und werden auch an entsprechende Stellen weitervermittelt. Wichtige Themen sind: Fernsehkonsum, Grenzen setzen, Ernährung, psychische Probleme der Kinder, Fördermöglichkeiten, familiäre Stress-Situationen und Kontakte zwischen Eltern und Lehrkräften.

4. Bewegung

Besonders kleine Kinder haben einen starken Bewegungsdrang. Diesem entsprechen die Pädagog/innen durch adäquate Phasen nicht nur im Sportunterricht. Bereits in der Vorklasse wird durch gezielte Übungen auf eine gesunde Haltung des Körpers geachtet. Der Einsatz der Medien aus dem schon erwähnten Konzept „Klasse 2000“ findet großen Anklang.

Der Besuch eines Schwimmbades zur Wassergewöhnung bereits in der Vorklasse hilft den Kindern in der 3. Klassenstufe beim rahmenplangerechten Schwimmunterricht. Nicht selten kommt es vor, dass Mädchen aus religiösen Gründen an diesem nicht teilnehmen sollen. Durch intensive Zusammenarbeit mit dem Schulpsychologischen Dienst gelang es 2003 erstmals an der Jens-Nydahl-Grundschule, dass alle Mädchen am Schwimmunterricht teilnehmen konnten.

Die Nutzung von Spielplätzen in der Umgebung, Spaziergänge und Klassenfahrten tragen ebenfalls dazu bei, dem Bewegungsdrang der Kinder zu entsprechen.

Besonders gern wird die Fahrradwerkstatt besucht. Hier können Kinder ihr Rad für wenig Geld selbst reparieren, oder sie nutzen das Angebot von Fahrradparcours zum Training ihrer Fahrkünste.

Der begonnene bewegungsgerechte Umbau des Schulhofes trägt nicht nur zur Verringerung der Unfälle in den Pausen bei. Er bietet auch in der Nachmittagsgestaltung viele Möglichkeiten und Anregungen für die unbewusste Schulung der Motorik. Diesem haben sich auch alle Kollegen/innen verschrieben, die unter Anleitung den Psychomotorikraum nutzen.

Regenpausen verbringen die Kinder nicht etwa still auf dem Platz im Klassenraum. Die großzügig geschnittenen Flurbereiche werden genutzt und dort Bewegungsspiele angeboten.

Entsprechend den Möglichkeiten der Schule und den Neigungen der Kinder können sie sich Arbeitsgemeinschaften aussuchen, die ihren Interessen entsprechen. Besonders Angebote wie z. B. Fußball sind nicht nur bei den Jungen so sehr gefragt, dass die Zusammenarbeit mit außerschulischen Partnern unbedingt erforderlich ist.

Besonderes Augenmerk legen die Erzieher/innen auf die Betätigung an frischer Luft. Kindgerechte Spielgeräte werden zusätzlich zu den auf dem Hof befindlichen festen Bauten angeboten, um Motorik und Bewegung zu fördern.

5. Kinderbeteiligung

Die eigenverantwortliche Einbeziehung der Kinder auch in die Gesundheitsförderung ist zentraler Bestandteil der Arbeit an der Jens-Nydahl-Grundschule. Sie nicht als Objekt, sondern als Subjekt zu betrachten und in die Umsetzung ihrer Belange einzubinden, ist immer wichtiger geworden. Kinder wissen oft sehr genau, was ihnen gut tut und was sie brauchen.

So entstanden in den letzten drei Jahren viele Projekte unter Einbeziehung und mit aktiver Beteiligung der Schüler/innen, die dazu beitragen, dass die Kinder zunehmend mehr Verantwortung übernehmen. Dabei werden sie auch an gesundheits- und umweltbezogene Fragestellungen herangeführt. So erfahren sie, dass gesunde Wohnbedingungen und ein gesundes Wohnumfeld wichtige Voraussetzungen für persönliches Wohlbefinden sind.

Im Rahmen einer Kinderkonferenz wurde den Kindern die Möglichkeit gegeben, mit demokratischen Mitteln Veränderungen im Wohnumfeld zu bewirken. Dazu erfolgte zunächst eine Bestandsaufnahme der umliegenden Höfe und des Schulhofs. Viele Schmutzecken und Schwachstellen im Wohngebiet wurden aufgedeckt, fotografiert und in einer Präsentation vor Bezirkspolitikern, Vermietern und anderen Verantwortlichen vorgestellt. Erste Maßnahmen zur Veränderung erfolgten, eine Nachkontrolle ist vorgesehen.

Ein ganz wichtiges Ergebnis der Gesundheitsförderung ist die Sanierung des Schulhofes unter aktiver Beteiligung der Kinder. Auf einer Zukunftswerkstatt mit Schülervertreter/innen aus verschiedenen Klassen entstanden Modelle, über deren Umsetzung die Kinder abstimmen konnten. Aktiv nahmen sie später am Bau von Spielgeräten teil. Besonders deutlich ist der Erfolg der Umbaumaßnahmen durch einen Rückgang der Unfallzahlen geworden.

Um die Kinder auch außerhalb der Schule zu einem friedlichen Miteinander anzuregen, entstand unter Einbeziehung von Schüler/innen eine Kiez-Zeitung, die in den umliegenden Häusern verteilt wird. Hier werden Angebote zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung ebenso vorgestellt wie Hilfsangebote bei Konfliktsfällen.

Das Projekt „Kiezdetektive“ in Zusammenarbeit mit der Plan- und Leitstelle Gesundheit soll Kinder befähigen, ihre Lebenswelt aktiv zu erforschen und die Umwelt mit zu gestalten. Die Kinder werden als Gruppe angesprochen und entwickeln unter Anleitung von geschul-

ten Multiplikatoren/innen Fragestellungen, die sie anschließend als „Kiezdetektive“ bearbeiten. Diese sind z. B. Fragen nach der Kinderfreundlichkeit des Kiezes, der Sicherheit von Spielplätzen und möglichen Veränderungen. Die Ergebnisse werden festgehalten und den Bezirkspolitikern öffentlich vorgestellt.

Der Einsatz von Konfliktlotsen in der Schule ist seit zwei Jahren ein zentraler Bestandteil zur Lösung in leichteren Streitfällen. Konfliktlotsen sind Schüler/innen, die durch eine spezielle Ausbildung befähigt sind, andere Kinder in einem Konflikt zu begleiten und ihnen aus diesem heraus zu helfen. Nach einem vorher festgelegten Modus wird das Konfliktlösungsgespräch geführt und sowohl auf die Belange des „Täters“ als auch des „Opfers“ eingegangen. Dies führt am Ende zu einer Verbesserung des Miteinanders und des psychischen Befindens der Kinder.

Gerne übernehmen die Kinder der Klassen 5 und 6 wie schon erwähnt Verantwortung im Rahmen von Schülerlotsen für die Sicherheit der kleineren Schulkinder.

6. Aufklärung/Partner

Die Schule ist ein Partner von vielen bei der Gesundheitsförderung der Kinder und ihrer Familien. Über den Unterricht hinaus erfolgt die Information und Aufklärung der Eltern auf Elternabenden, im Mütterkreis, in informellen persönlichen Gesprächen etc.

Dabei gibt es viele Partner, mit denen die Jens-Nydahl-Grundschule zusammen arbeitet. Stellvertretend für viele seien hier genannt: die Mütter und Väter der Grundschule, die schulpsychologische Beratungsstelle, die Plan- und Leitstelle des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg, der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, die Erste-Hilfe-Stelle, das Jugendamt, die Polizei und die Vereine im Wohnumfeld. All ihnen sei an dieser Stelle ein Dank für ihre Mitwirkung ausgesprochen.

Hermann Städtler

Gesunde Schule – Bewegte Schule: Wege entstehen beim Gehen

Beispiel: Fridtjof-Nansen-Schule in Hannover

Schulen sind in Bewegung, kaum etwas ist mehr so, wie es einmal war: Jedes Kollegium soll Profil zeigen und Innovationsgeist demonstrieren, Schulprogramme entwickeln, zukunftsorientiert arbeiten etc.

Aufgabenfülle und -vielfalt nehmen wie in vielen anderen Berufsfeldern zu. Gleichzeitig mehren sich aber auch die Klagen über Lehrgesundheit bzw. -krankheit. Wachsende Überforderung und immer schlechter werdende Rahmenbedingungen münden in geringer Motivation und schließlich in Resignation – die Krankmacher an der Schule.

Wenn wir trotz dieser Belastungen gesund bleiben wollen, sollten wir uns – ohne die krankheitsverursachenden Rahmenbedingungen aus dem Blick zu verlieren – verstärkt um die Veränderung der Verhältnisse vor Ort und um Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Schule kümmern. Ein erster Schritt kann über die Klärung der eigenen Arbeitsbedingungen erfolgen: Wie steht es eigentlich mit meinem Arbeitsplatz in der Schule? Kann ich mich in den Pausen erholen? Bin ich an Entscheidungen der Schule beteiligt oder gebe ich mich mit einer Statistenrolle zufrieden? Gibt es an meiner Schule eine Konferenzkultur oder ist es nur ärgerliche Lebenszeitverschwendung? Welche Rolle spiele ich dabei?

Diese Fragen zu klären, wäre meiner Ansicht nach ein lohnender Einstieg in die Beseitigung hausgemachter „Krankheitserreger“. Schließlich gilt: Wir sind diejenigen, die sich zunächst selbst bewegen müssen, denn es geht um unsere Gesundheit und um Gesundheitsförderung in der Schule insgesamt. Die Verantwortung für gesundheitsförderliche Lebensweise für sich selbst zu übernehmen ist das zentrale Ziel, das nicht nur eine Zielformulierung für Schüler/innen bleiben darf.

Was haben diese Überlegungen nun mit dem Konzept der bewegten Schule zu tun? Und welche Art von Bewegung ist eigentlich gemeint?

„Bewegte Schule“ – was ist das?

Bewegte Schule boomt, kaum ein Bundesland, in dem das Stichwort nicht in aller Munde wäre. Der Begriff bewegte Schule lässt zunächst auf sportpädagogische Intentionen schließen. Wer sportpädagogische Fachzeitschriften liest, muss den Eindruck gewinnen, dass im Grunde

die Sportpädagogen die Erfinder der bewegten Schule seien und dass sie mit dieser Erfindung den erst jetzt allmählich von der Notwendigkeit des Kampfes gegen die Bewegungsarmut überzeugten Schulen etwas anzubieten hätten. Schließlich ist ja in der Sportpädagogik seit vielen Jahrzehnten von der täglichen Sportstunde oder zumindest der täglichen Bewegungszeit die Rede, und was liegt nicht alles schon an Vorschlägen für eine bewegungsgerechtere Gestaltung von Pausenhöfen, für Spiele-Tonnen, für Bewegungspausen im Unterricht u.a.m. vor.

Doch diese Anregungen allein machen noch keine bewegte Schule aus. In einer wirklich bewegten Schule muss mehr passieren als nur eine verstärkte körperliche Aktivität der Schüler/innen: Es geht darum, die innere Bewegung zu aktivieren, denn innere Bewegung geht äußerer Bewegung immer voraus. Und die Bewegung muss alle erreichen, auch die Lehrer/innen, das ganze System Schule ist dabei angesprochen.

Konkret heißt Schule in Bewegung zu bringen unserem Verständnis nach: Schule verändern durch eine kind-, lehrer- und lerngerechte Rhythmisierung des Unterrichts, durch bewegtes Lernen, durch bewegte Pausen, durch bewegte Organisationsstrukturen, durch Öffnung der Schule nach außen, durch vernetztes Denken. Bewegung muss im Kopf von Verantwortlichen beginnen, damit Bewegung nicht in erstarrten Strukturen von Schule stecken bleibt.

Demnach ist bewegte Schule kein sportives Konzept, selbst wenn es von vielen Schulen und von etlichen Sportpädagogen/innen so aufgefasst wird.

Dieses erweiterte Verständnis von bewegter Schule entspricht vielmehr dem salutogenetischen Ansatz der WHO, der auf einem sehr umfassenden Gesundheitsbegriff basiert und vor allem die Fähigkeiten jedes Einzelnen („Ressourcen“) zur Erhaltung und Stärkung seines Wohlbefindens fördern will.

Am Beispiel der Fridtjof-Nansen-Schule und ihres Schulprogramms „Bewegte Schule – Schule als lernendes System im Stadtteil“ soll aufgezeigt werden, wie Gesundheit und Bewegung unter dem Stichwort „Gesundheitsfördernde Schule“ in einem komplexen Konzept miteinander verbunden werden können, in dem Lehrgesundheit und Arbeitszufriedenheit zentrale Bezugsgrößen sind.

Die Fridtjof-Nansen-Schule

Die Fridtjof-Nansen-Grundschule in Hannover-Vahrenheide mit 400 Schüler/innen aus 21 Nationen liegt in einem sog. sozialen Brennpunkt der Großstadt Hannover und war im Jahr 2000 viel besuchte EXPO-Modellschule. Über dreißig Mitarbeiter/innen (Durchschnitt-

salter: 49 Jahre) praktizieren bewegte Schule als eine Alternative zu einem meist durchrationalisierten Schulalltag mit dem Ziel, den Kindern sinnes- und handlungsaktives Lernen zu ermöglichen, denn nur das Zusammenspiel von innerer und äußerer Bewegung birgt die Chance einer ganzheitlichen Entwicklung. Das Schulprogramm wird über fünf, sich wechselseitig bedingende Inhaltsbereiche definiert. Dem Gesundheitsaspekt kommt dabei als übergreifende und zugleich verbindende Klammer zentrale Bedeutung zu. Die inhaltlichen Bereiche sind folgende:

- Gesundheitsfördernde Schule
- Sozialarbeit in Schule
- Lernen in Selbstlernzentren neu organisieren
- Vom Leerraum zum Lernraum – Freiraumkonzept
- Schule steuern und organisieren

Drei dieser Bereiche sollen hier im Fokus der Gesundheitsförderung in Schulen vorgestellt werden, um die Komplexität von gesundheitsfördernden Bedingungen in Schule beispielhaft aufzuzeigen.

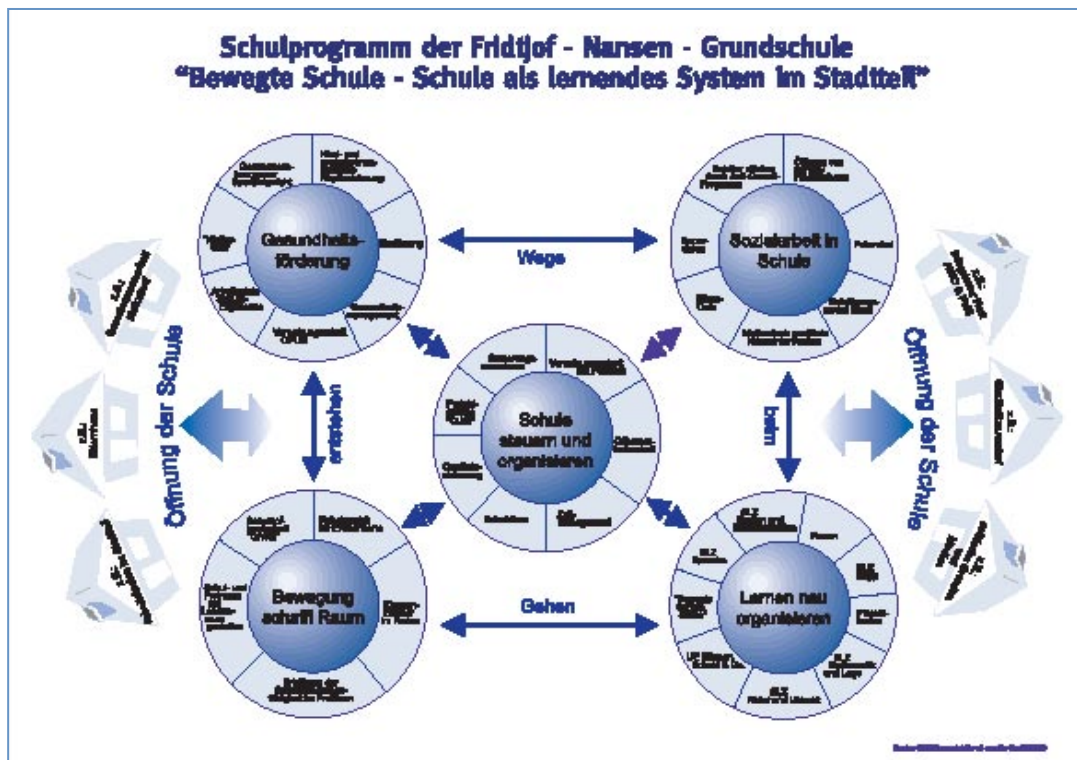
Lebensführung verbunden mit der Vermittlung entsprechender Kenntnisse und Fähigkeiten.

Teilprojekt: Ergonomie – Wie sieht das Klassenzimmer der Zukunft aus?

Ein Schülerarbeitsplatz sollte ebenso wie ein Industriearbeitsplatz dem spezifischen Anforderungsprofil der Tätigkeit entsprechen. Trotzdem arbeiten über drei Viertel der Grundschüler an Schulmobiliar, das nicht einmal ergonomische Grundanforderungen erfüllt.

Unsere Konsequenz daraus: Bewegende Lernangebote, die Kindern sowohl innere Spannung als auch äußere Bewegung ermöglichen. Das fällt natürlich leichter auf ergonomisch geformten Stühlen mit Wippmechanismus, an Liegearbeitsplätzen auf Matten, an Stehtischen auf Rollen und an Einzeltischen mit schräg stellbaren Platten, die sich von Schülerhand stufenlos verstellen und auf Rollen schnell neu arrangieren lassen.

Ein besonderes Augenmerk liegt auf der kindgerechten Gestaltung von Medienarbeitsplätzen. Gemeinsam mit Experten haben wir im



(1) Schwerpunkt: Gesundheitsfördernde Schule

Ausgehend von dem salutogenen Gesundheitsmodell von A. Antonovsky heißt Erziehung zu gesunder Lebensführung für uns

- die Entwicklung eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses,
- die Förderung eines gesunden Lernklimas,
- praktische Angebote zu einer gesunden

Auftrag des Niedersächsischen Kultusministeriums und der Stadt Hannover Überlegungen zur zukunftsweisenden ergonomischen Gestaltung von Klassenräumen angestellt und als konkrete Maßnahme eine wissenschaftliche Längsschnittstudie initiiert, die in drei Jahren die Auswirkungen eines veränderten Klassenzimmerkonzeptes auf die Gesundheit und das Lernverhalten von Schüler/innen analysieren wird.

Das Gesundheitsamt Hannover ist in diese Untersuchung integriert und für die jährlichen orthopädischen Untersuchungen zuständig.

Teilprojekt: Kind- und lehrergerechte Rhythmisierung

Der Schulvormittag wird im rhythmischen Wechsel von Belastung und Entspannung gegliedert. Das beginnt mit einem gleitenden Einstieg: Ab 7.45 Uhr ist das Schulgebäude für die Kinder geöffnet, die Lehrkräfte sind ab 8.00 Uhr in der Klasse und bis 8.20 Uhr müssen alle Kinder im Klassenraum eingetroffen sein, um den Unterricht mit einem Ritual im Sitzkreis zu beginnen. Gefrühstückt wird im Anschluss an die 25-minütige große Pause im Klassenverband.

Was für die Kinder gilt, gilt auch für die Lehrenden. Wir haben im Laufe der Zeit gemerkt, wie wichtig, weil gesundheitsfördernd, der sorgfältige Umgang mit der eigenen Lebenszeit und mit der von anderen ist. In den Pausen haben daher dienstliche Angelegenheiten zurückzustehen, unprofessionelle Informationsweitergabe verhindert die Erholung nicht mehr. Anfangs- und Schlusszeiten der Konferenzen sind verbindlich festgelegt, das trägt zur Selbstdisziplinierung und Sachbezogenheit aller Konferenzbeteiligten bei.

Außerdem erproben wir seit einem Jahr ein Modell, in dem wöchentlich 45 Minuten außerunterrichtliche Arbeitszeit in die Schule verlegt wird. Wir treffen uns jeweils am Dienstag nach der 5. Stunde im Plenum und arbeiten dann je nach Bedarf in Kleingruppen oder im Gesamtkollegium. Diese Rhythmisierung spart viel Konferenzzeit und trägt zur Arbeitsszufriedenheit im Kollegium bei. Außerdem gelingt es uns, durch diese Organisationsform, den Informationsfluss für alle Kollegiumsmitglieder aktuell zu halten.

Teilprojekt: Bewegungsstation HOPP

Mit dem Angebot der Bewegungsstation versuchen wir, das situative Bewegungsbedürfnis der Kinder und auch der Lehrkräfte ernst zu nehmen, indem wir während des Unterrichts einen angemessenen Rahmen für Bewegungsaktivitäten zur Verfügung stellen. Ein Abstellraum, ideal zwischen Schulhof und Rasenplatz gelegen, bot sich hierfür an. Die Spielgeräte sind in Regalen mit Beschriftung gelagert, die einfache Anordnung sichert ein selbstständiges Ausleihen und Einordnen durch die Kinder. Kleingeräte sind immer in dreifacher Anzahl vorhanden. Unsere Bewegungsstation ist jetzt schon seit über fünf Jahren in Betrieb und erfreut sich großer Beliebtheit. Schon eine Spielzeit von 15 Minuten an der Bewegungsstation bringt genügend Schwung in den Schulvormittag. Diese Bewegungspausen dienen nicht der

Kompensation des herkömmlichen Sitz-Unterrichts, sondern ergänzen die ohnehin praktizierten Methoden des bewegten, sinnesaktiven Lernens.

Teilprojekt: Klettern und Hangeln

An einer Kletterwand können Kinder Erfahrungen im ungesicherten Querklettern bis zu drei Metern Höhe und im gesicherten Klettern an stufenlos verstellbaren Überhängen in fünf Metern Höhe machen. „Wie ich mich besser in den Griff bekomme“ heißt das Kletterprogramm, in dem den Kindern in grenzwertigen Situationen immer wieder weiterbringende Entscheidungen abverlangt werden. Neben der Förderung der Motorik, besonders der koordinativen Fähigkeiten, die sich beim Klettern fast automatisch ergibt, ist die persönlichkeitsbildende Komponente hier besonders wichtig. Die gleiche Zielsetzung verfolgt ein neuartiger Hangelpfad, der in der Turnhalle und auch in den Fluren installiert ist. Er fordert die Kinder durch sein unterschiedliches Anspruchsniveau ständig zur Erprobung ihrer Kräfte heraus. Die bei den Kindern angestrebte Kompetenz fassen wir im Begriff der Selbstsicherungsfähigkeit zusammen.

(2) Schwerpunkt: Vom Leerraum zum Lernraum – Freiraumkonzept

Sinnesaktives Lernen findet nicht nur in Klassenräumen, sondern vor allem auch in Freiräumen statt. Hier können sich die Kinder ohne Reglementierung bewegen und sich dabei spielend erproben.

Entsprechende Zielsetzungen verfolgen wir bei der Gestaltung unseres Außengeländes. Es soll:

- den Kindern Handlungsgelegenheiten eröffnen, in denen entwicklungsfördernde Lern- und Bewegungsbedingungen dominieren,
- zur Schnittstelle zwischen Stadtteil und Schule werden,
- unmittelbarer Lernort für die Begegnung und Auseinandersetzung mit der Natur sein,
- die Selbstsicherungsfähigkeit von Kindern durch bewegungsorientierte Herausforderungen fördern.

Das heißt: Die pädagogische Idee einer sich bewegenden Schule sollte auch im Frei-Raum ablesbar sein.

(3) Schwerpunkt: Schule steuern und organisieren

Wer hausgemachte „Krankmacher“ im traditionellen System „Schule“ verändern will, muss bei den Hierarchien beginnen. An der Fridtjof-Nansen-Schule bedeutete dies, dass ein gewichtiger Teil der dem Schulleiter zugeordneten Verantwortlichkeiten auf einen dafür

gebildeten Steuerungsausschuss übertragen wurde, der aus je einem Vertreter der fünf Schulprogrammenschwerpunkte, einem Elternvertreter, einem Schulleitungsmitglied und einem Vertreter des integrierten Hortes besteht. Der Ausschuss ist von der Gesamtkonferenz beauftragt, alle wesentlichen Entscheidungen der Schule in den wöchentlichen Kurz Sitzungen voranzutreiben. Die zu verteilenden „Topf“-Stunden, Öffentlichkeitsarbeit, Projektmanagement, Qualitätssicherung, Sponsoring, Finanzen, interne Organisation von Arbeitsabläufen, Klärung von aktuellen Problemen liegen in den Händen der acht Entscheider/innen. Der Steuerungsausschuss tagt wöchentlich jeweils 25 Minuten, seine Mitglieder sind im Gegenzug von einer Pausenaufsicht entlastet. Bei Entscheidungen hat jedes Mitglied eine Stimme, bei Stimmengleichheit nutzt die Vorsitzende die Möglichkeit einer weiteren Stimme, damit auf jeden Fall Entscheidungen getroffen werden können. Der Ausschuss hat Berichtspflicht in der Gesamtkonferenz.

Gesundheitsfördernd für alle Kolleg/innen ist dabei, dass Entscheidungen für die Schule mutiger, schneller und kompetenter denn je getroffen werden, selbst mit dem geringen Risiko, dabei auch Fehler zu machen. Diese verteilen sich dann genauso wie die Erfolge auf die Schultern vieler.

Kooperation im Setting Schule

Die Fridtjof-Nansen-Schule arbeitet seit der Teilnahme an den BLK-Modellversuchen zur Schulgesundheit mit verschiedenen Akteuren und Anbietern zusammen. Mehr voneinander zu wissen, ist dabei der erste Schritt.

Wir kooperieren

- mit ortsansässigen praktischen Ärzten und Kinderärzten, die bei besonderen Krankheitsbildern, z. B. Asthma, beraten und Informationsveranstaltungen in der Schule für Eltern und Lehrkräfte veranstalten. Gemeinsam werden Helfersystemen wie Ergo-, Logo-, Spiel- und Psychotherapie mobilisiert.
- mit Ärzten und Gesundheits Helfern des Gesundheitsamtes Hannover im Rahmen von Einschulungs- und Abschlussuntersuchungen, bei speziellen Anfragen zur Hygiene, ansteckenden Krankheiten, Zahngesundheit, bei der Beratung von Eltern, orthopädischer Untersuchung in der Ergonomie-Studie und im Programm Klasse 2000,
- mit dem Winnicott-Institut Hannover, das die Themen Lehrergesundheit, psychische Stabilisierung von Kindern, Supervision im Kollegium bearbeitet,
- mit frei praktizierenden Therapeutinnen, die Spiel- und Ergotherapie in den Räumen der Schule durchführen mit einem besonderen

Schwerpunkt auf die Psychomotorik,

- mit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, die Gesundheits-Audit durchführt, in Programm OPUS und zum Thema Gesundheit und Armut,
- mit dem Niedersächsischen Kultusministerium und dem Schulträger, der in Sachen Gesundheitsmanagement, das Programm „Bewegte Schule – gesunde Schule“, die Ergonomie-Studie und das Projekt „Move to learn“ durchführt.
- mit den Krankenkassen bei der Durchführung der Ergonomie-Studie und in der Beratung durch Präventionsfachkräfte für Ernährung, Sucht und Zahngesundheit,
- mit dem Träger der gesetzlichen Schülerunfallversicherung (GUV Hannover) bei Fragen, wo es um Arbeits- und Gesundheitsschutz, Rhythmisierung, das Programm „Bewegte Schule – gesunde Schule“ und Ergonomie-Konzepte geht,
- mit der BAG Haltungs- und Bewegungsförderung in der Ergonomie-Studie, zum Thema Psychomotorik, im Projekt „Move to learn“ und in „Bewegte Schule – gesunde Schule“,
- mit dem kommunalen Sozialdienst der Jugendhilfe, der psychologische Beratung und Familienhilfe bietet und sich besonders der Jungen- und Mädchenarbeit widmet,
- mit den niedersächsischen Netzwerken OPUS und „Bewegte Schule – gesunde Schule“ zu dem Themen Vernetzungsarbeit und Infobörse.

Diese Aufstellung lässt erkennen, dass bei der Schulprogrammentwicklung eine Fülle von gesundheitsfördernden Partnern mit der Schule in unterschiedlicher Intensität zusammenarbeiten. Der mit dieser Vernetzungsarbeit verknüpfte Arbeitsaufwand muss im Sinne des Gebens und Nehmens ausgewogen bleiben. Unsere Erfahrung zeigt, dass diese Aufgabe langfristig nur bewältigt werden kann, wenn professionelle Formen des Gesundheitsmanagements an Schulen etabliert werden.

Neugierig auf das Schulprogramm? Klicken Sie sich über www.fns-online.de in die Fridtjof-Nansen-Schule!

Seit Dezember 2001 ist im Zuge des niedersächsischen Multimedia-Aktionsprogramms n-21 und des Landesprojekts „Niedersachsen macht Schule durch Bewegte Schule“ ein Netzwerk entstanden, in dem die Bildung von virtuellen Lerngemeinschaften erprobt und praktiziert wird. Die FNS ist als Projektschule beauftragt,

zum Thema „bewegte Schule“ eine Informationsbörse und ein offenes Kommunikationsforum für Schüler, Studierende, Lehrkräfte, Eltern und weitere Institutionen aufzubauen.

Alle Leser/innen sind gern zur Mitarbeit eingeladen: www.bewegteschule.de.

Vorstellung des Modellprojektes „Stadtteil-Netz Soziale Ökonomie für Kinder, Umwelt und Gesundheit“ in Berlin-Friedrichshain

Das Gebiet: der Stadtteil Friedrichshain

Friedrichshain ist ein hochverdichtetes Altbauquartier in der Berliner Innenstadt im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg, in dem drei Sanierungsgebiete, ein Quartiersmanagementgebiet und ein Urban-II-Gebiet räumlich direkt aneinander angrenzen. Der Bezirk bildet das Schlusslicht im Berliner Sozialstrukturatlas.

Das bedeutet für die soziale Situation: Friedrichshain ...

- ist der Bezirk mit den geringsten Durchschnittseinkommen,
- hat eine hohe Sozialhilfe- und Arbeitslosendichte,
- hat den höchsten Anteil Alleinerziehender,
- hat einen hohem Anteil an Kindern unter sechs Jahren,
- hat einen hohen Anteil an Single-Haushalten bzw. kleinen Wohnungen.

Die Gesundheitssituation ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: Die Bewohner/innen des Bezirks haben die geringste Lebenserwartung in Berlin,

die Rate an alkoholbedingten Todesfällen ist hier am höchsten, bei Kindern und Jugendlichen treten zunehmend motorische Störungen, Haltungsschäden und Allergien auf, und es gibt massive Defizite in der Infrastruktur für Kinder und junge Familien.

Ziele des Modellprojektes

Mit dem Modellprojekt „Stadtteil-Netz Soziale Ökonomie für Kinder, Umwelt und Gesundheit“ soll (1) eine Verbesserung der Gesundheits- und Umweltsituation im Stadtteil, insbesondere für Kinder im Ortsteil Friedrichshain des Berliner Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg, erreicht werden, es soll (2) eine ressortübergreifende Umsetzung der Gesundheitsförderung

auf sozialräumlicher Ebene vollzogen und (3) der Ausbau der umwelt- und gesundheitsbezogenen Infrastruktur mit Hilfe lokal-ökonomischer Strategien durchgeführt werden. Zudem soll (4) die Soziale Ökonomie in diesem Bereich zur nachhaltigen Absicherung der Maßnahmen und Projekte ausgebaut werden.

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

Das Konzept

Mit dem Modellprojekt soll in Friedrichshain eine sektor- bzw. ressortübergreifende Vernetzungsstruktur aus Organisationen der Gesundheitsförderung, des Umweltschutzes und der Jugendhilfe sowie Organisationen aus Politik, Wissenschaft und den Fachgremien aufgebaut werden. Mit Hilfe dieses Netzes werden Projektvorhaben im Bereich Kinder, Umwelt und Gesundheit entwickelt und koordiniert umgesetzt. Ziel ist dabei die Nachhaltigkeit der Projekte. Die Umsetzung von Projekten mit einer ökonomischen Komponente (z. B. durch einen relevanten Anteil von eigenwirtschaftlichen Einnahmen) soll über die Gründung bzw. den Ausbau von sozialen Unternehmen und den Aufbau lokal-ökonomischer Strukturen realisiert werden. Damit sollen solche Projekte auf eine nachhaltig tragfähige Grundlage gestellt werden. Die Zusammenarbeit in diesem Bereich soll über den Aufbau eines sozialen Unternehmensverbands bewerkstelligt werden.

Das Modellprojekt besteht aus den drei Säulen:

Stadtteil-Netz	Einzelprojekte	Sozialer Unternehmensverbund
– thematisches ressortübergreifendes Netzwerk	ZIEL: Verbesserung der Gesundheits- und Umweltsituation im Stadtteil	ZIEL: Projekte mit ökonomischer Komponente auf nachhaltige tragfähige Grundlage stellen
– bedarfsorientierte Entwicklung von Einzelprojekten		– gemeinsamer Ressourcenpool
– Synergieeffekte, Vermeidung von Doppelangeboten		– Auf- und Ausbau von sozialen Unternehmen
– Verzahnung mit bestehenden Gremien und Netzen		– Aufbau einer lokal-ökonomischen Struktur

Kooperationsgemeinschaft

Das Modellprojekt wurde beantragt von einer Kooperationsgemeinschaft aus lokalen Organisationen sowie von Institutionen aus Wissenschaft, Politik und Fachgremien. Die Kooperationsgemeinschaft bildet die Ausgangsbasis zum Stadtteil-Netz.

Die lokale Organisationen sind:

- FuN – Familie und Nachbarschaft (Diakonisches Werk Berlin-Mitte e.V.)
- ABS-Brücke GmbH
- Karuna – Hilfe für suchtgefährdete und suchtkranke Kinder und Jugendliche e.V.
- Lebensnah e.V.

Aus Wissenschaft, Politik und Fachgremien sind beteiligt:

- Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin – Public Health
- Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg – Plan- und Leitstelle Gesundheit
- Gesundheit Berlin e.V.

Für die Koordination ist das Technologie-Netzwerk Berlin e.V. verantwortlich.

Kooperationsangebote für Schulen über das Stadtteil-Netz

Das Stadtteil-Netz wendet sich mit Kooperationsangeboten an die Friedrichshainer Schulen. Vorgesehen sind Projekte in den Bereichen Gestaltung und Partizipation (Kiezdetektive, Planning for Real, Umweltforen und -AGs) sowie Suchtprävention/Gesundheitsförderung (Klasse 2000, Frühintervention bei jugendlichen Raucher/innen, Präventions-Kampagne zum Thema Alkohol- und Tabakkonsum).

Ziele sind dabei

- die Verbesserung der Gesundheits- und Umweltsituation in der Lebenswelt Schule und deren Umgebung,
- die Einleitung von Veränderungsprozessen durch Partizipation und Gestaltung,
- die Verknüpfung der externen Projektangebote für Schulen,
- die Förderung der Verbindung zwischen Schule und Stadtteil,
- die Einbindung der Schulen in eine lokal-ökonomische Struktur.

Programmhintergrund

Das Modellprojekt „Stadtteil-Netz Soziale Ökonomie für Kinder, Umwelt und Gesundheit“ wird im Rahmen der Lokalen Aktivitäten des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit durchgeführt, das vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), dem Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) und dem Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) getragen wird (s.u.). Es hat eine Laufzeit von Herbst 2003

bis Februar 2005.

Das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit

Auf der 2. Konferenz „Umwelt und Gesundheit“ der WHO 1994 in Helsinki haben die Umwelt- und Gesundheitsminister das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG) in Europa verabschiedet und sich verpflichtet, gemeinsame nationale Aktionsprogramme aufzustellen.

Mit dem im Juni 1999 gemeinsam vom Bundesumweltministerium (BMU) und Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgelegten „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit“ (APUG) wurden erstmalig in Deutschland Strategien, Maßnahmen und Ziele für eine umfassende Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Folgen von Umwelteinflüssen benannt. So wurden vor allem Studien zum Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen – dem so genannten „Kinder- und Jugend-Survey“ – und zur Umweltsituation (Umwelt-Survey) erstellt. Inzwischen beteiligt sich auch das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) am Aktionsprogramm.

Durch die Umsetzung der Ziele des APUG soll das Verständnis der Bevölkerung für umweltbedingte gesundheitliche Risiken erhöht und die Lebensqualität durch Verbesserung der Umwelt- und Umgebungsbedingungen gesteigert werden. Weitere Ziele des Programms sind die Stärkung der individuellen Risikovor-sorge in der Bevölkerung und die Vernetzung von Kooperationsstrukturen.

Kinder reagieren auf viele Einflüsse der Umwelt besonders sensibel und können sich Belastungssituationen nicht so leicht entziehen. Das Thema „Kinder, Umwelt und Gesundheit“ ist daher ein Schwerpunkt des APUG. Im Förderschwerpunkt „Lokale Aktivitäten“ sollen die APUG-Ziele bundesweit in fünf lokalen Modellprojekten umgesetzt werden.

Arbeitsgruppe 4:

Szenen im Stadtteil: Settings für Drogenprävention?

Michael Prinzleve

Inanspruchnahme von Drogenhilfeangeboten vor dem Hintergrund ordnungspolitischer Ansätze

Abstract

Niedrigschwellige Drogenhilfeangebote wie z. B. Drogenkonsumräume dienen zunächst der Drogennotfallprophylaxe und Gesundheitsförderung auf Seiten der Nutzer/innen. Um diesem Versorgungs- und Betreuungsauftrag nachkommen zu können, müssen sie von einer ansonsten vom Drogenhilfesystem nicht oder nicht ausreichend versorgten Klientel genutzt werden. Gleichzeitig sollen Drogenkonsumräume eine Entlastung für die von öffentlichem Konsum und Szeneansammlungen betroffenen Stadtteile und damit eine Reduzierung der Belastungen für die dort ansässigen Anwohner/innen erreichen. Daraus folgen zwei vordergründig widersprüchliche Zielsetzungen: ein Anziehungspunkt für Drogenkonsumenten/innen zu sein und gleichzeitig deren Anzahl im Stadtteil zu reduzieren. Inwieweit es niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen gelingt, beiden Zielsetzungen gerecht zu werden, ist bislang empirisch kaum untersucht, trotz der zentralen Bedeutung dieses Themas für die Verankerung von Drogenhilfeeinrichtungen im Stadtteil.

Vorgestellt werden hier die Ergebnisse einer Studie, in der anhand einer Zählung von Drogenkonsumenten/innen unter verschiedenen Bedingungen untersucht wird, welchen Einfluss der Betrieb eines Drogenkonsumraums auf einen von Drogenkonsumenten stark frequentierten Stadtteil hat. Die Studie zeigt, dass während des Betriebs der Einrichtung deutlich weniger Drogenkonsumenten/innen im Stadtteil gezählt werden und im Anschluss an den Betriebsschluss der Einrichtung die Zahl der Drogenkonsumenten/innen im Stadtteil deutlich ansteigt. Der Drogenkonsumraum hat somit direkte, und bezogen auf die Anzahl der Drogenkonsumenten/innen, entlastende Auswirkungen auf den Stadtteil. Durch das Design einer Zählung unter verschiedenen Untersuchungsbedingungen kann zudem gezeigt werden, dass die Einrichtung zwar ein Anziehungspunkt für Drogenkonsumenten/innen ist, ihr Betrieb „netto“ gleichwohl zu einer Entlastung des Stadtteils führt. Ausschlaggebender Faktor dabei ist die Attraktivität der Einrichtung. Eine für Drogenkonsumenten/innen attraktive Einrichtung erfüllt nicht nur ihren Versorgungs- und Betreuungsauftrag, sondern reduziert auch

die Belastung für die Anwohner/innen.

Die Ergebnisse dieser Studie können nicht auf jeden Stadtteil und auf jedes Drogenhilfeangebot übertragen werden. Dennoch zeigen sie, dass es möglich ist, niedrigschwellige Drogenhilfe in einem Stadtteil so zu organisieren, dass beide Seiten profitieren, Drogenkonsumenten/innen ebenso wie Anwohner/innen.

Anhang:

Vortragsfolien

Harm reduction für Anwohner

Auswirkungen niedrigschwelliger Drogenhilfe auf den Stadtteil

Michael Prinzleve

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung

der Universität Hamburg (ZIS)

Hamburg St. Georg

- heterogenes Bahnhofsviertel:
 - Museen, Theater
 - Kneipen, Geschäfte
 - Wohnstraßen
 - Straßenstrich
- seit Mitte der 1980er Jahre zentraler Ort für Drogenkonsum und -handel

Hintergrund

- Beschwerden über DrogenkonsumentInnen, die sich nachts in HH St. Georg aufhalten
=> Verlängerung der Öffnungszeiten des Drob Inn von 19.00 Uhr auf 24.00 Uhr
- Ziele:
 - Entlastung für AnwohnerInnen
 - Hilfsangebot für die sich dort aufhaltenden DrogenkonsumentInnen

Zentrale Fragestellungen

- Welche Auswirkungen hat die Verlängerung der Öffnungszeiten des Drob Inn auf die Anzahl von DrogenkonsumentInnen auf der „Szene“ in St. Georg?
=> Zählung von DrogenkonsumentInnen
- Welchen Hilfebedarf haben diejenigen DrogenkonsumentInnen, die sich nachts auf der „Szene“ in St. Georg aufhalten?
=> Befragung von DrogenkonsumentInnen

Durchführung

Wer und wie wurde gezählt?

- KonsumentInnen illegaler Drogen
- Experteneinschätzung
- pro Zähltag zwei Zähler

Durchführung

Wo wurde gezählt?

- in St. Georg und im Drob Inn
 - Drob Inn: in der Einrichtung und im unmittelbaren Umfeld der Einrichtung
 - St. Georg: festgelegte Route
- Auf der Route: Gesamterhebung
- Bereich: repräsentativ für St. Georg

Durchführung

Wann wurde gezählt?

<i>Start zwischen^a</i>		<i>Relevanz</i>
T1	18.00 - 18.15	vor Schließung 19.00 Uhr
T2	19.15 - 19.30	nach Schließung 19.00 Uhr
T3	20.15 - 20.30	während Abendöffnungszeit
T4	21.30 - 21.45	
T5	23.00 - 23.15	
T6	0.15 - 0.30	nach Schließung 24.00 Uhr
T7	1.15 - 1.30	nach Betriebsschluss HVV

^a innerhalb des jeweiligen Zeitfensters randomisierte Startzeit

Durchführung

Wann wurde gezählt?

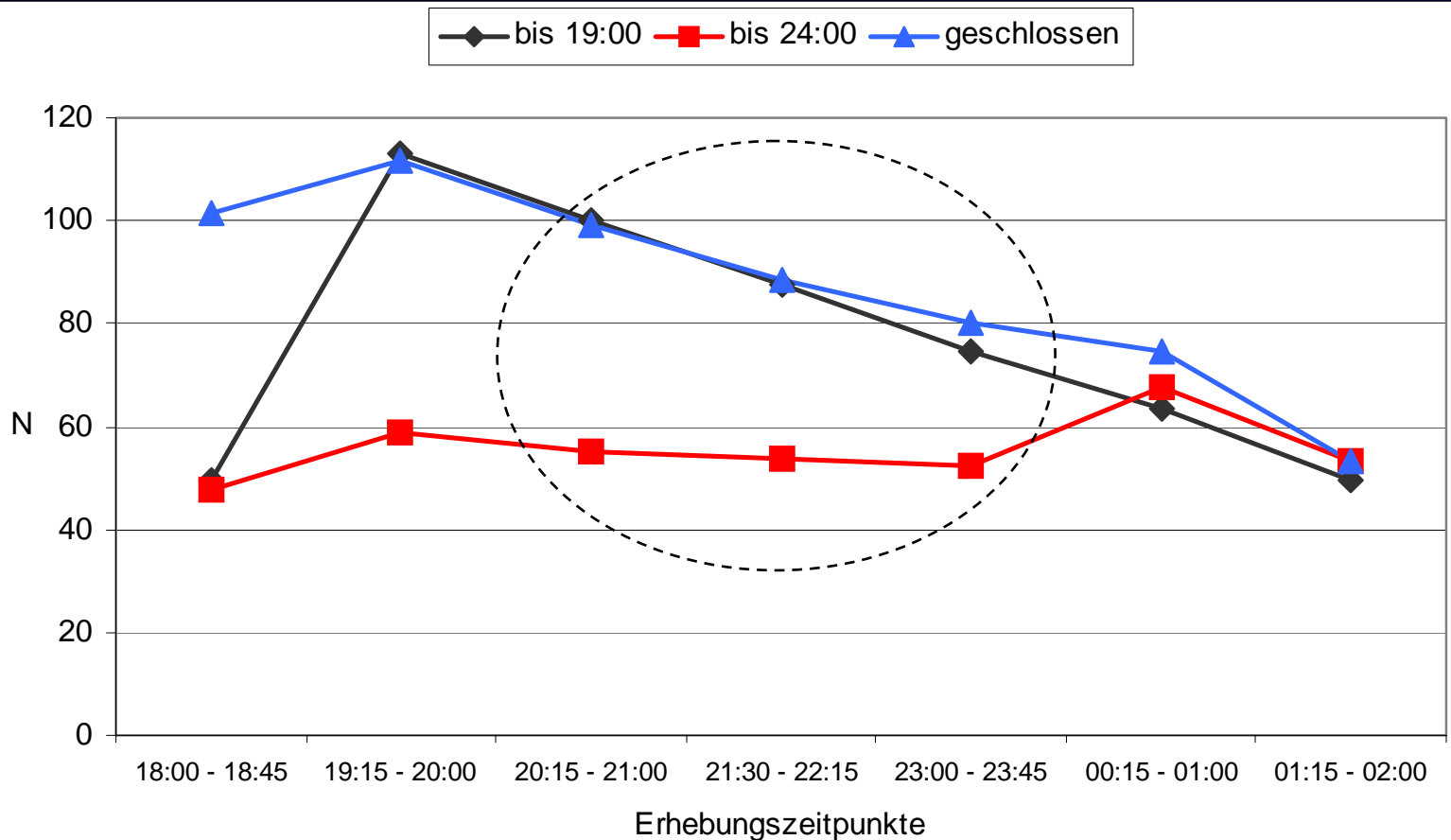
- an 20 Abenden / Nächten zwischen 10.06.2003 und 08.07.2003
- 5 Werktage mit Schließung um 19:00
- 8 Werktage mit Schließung um 24:00
- 7 Wochenendtage mit ganztägiger Schließung

Ergebnisse

Hypothese zur Entlastung

- Während der Abendöffnungszeiten zeigt sich eine deutliche Verringerung der Anzahl von Drogenkonsumenten im Stadtteil.

Verlauf der Anzahl Drogenkonsumenten in Abhängigkeit von Öffnungszeiten des Drob Inn



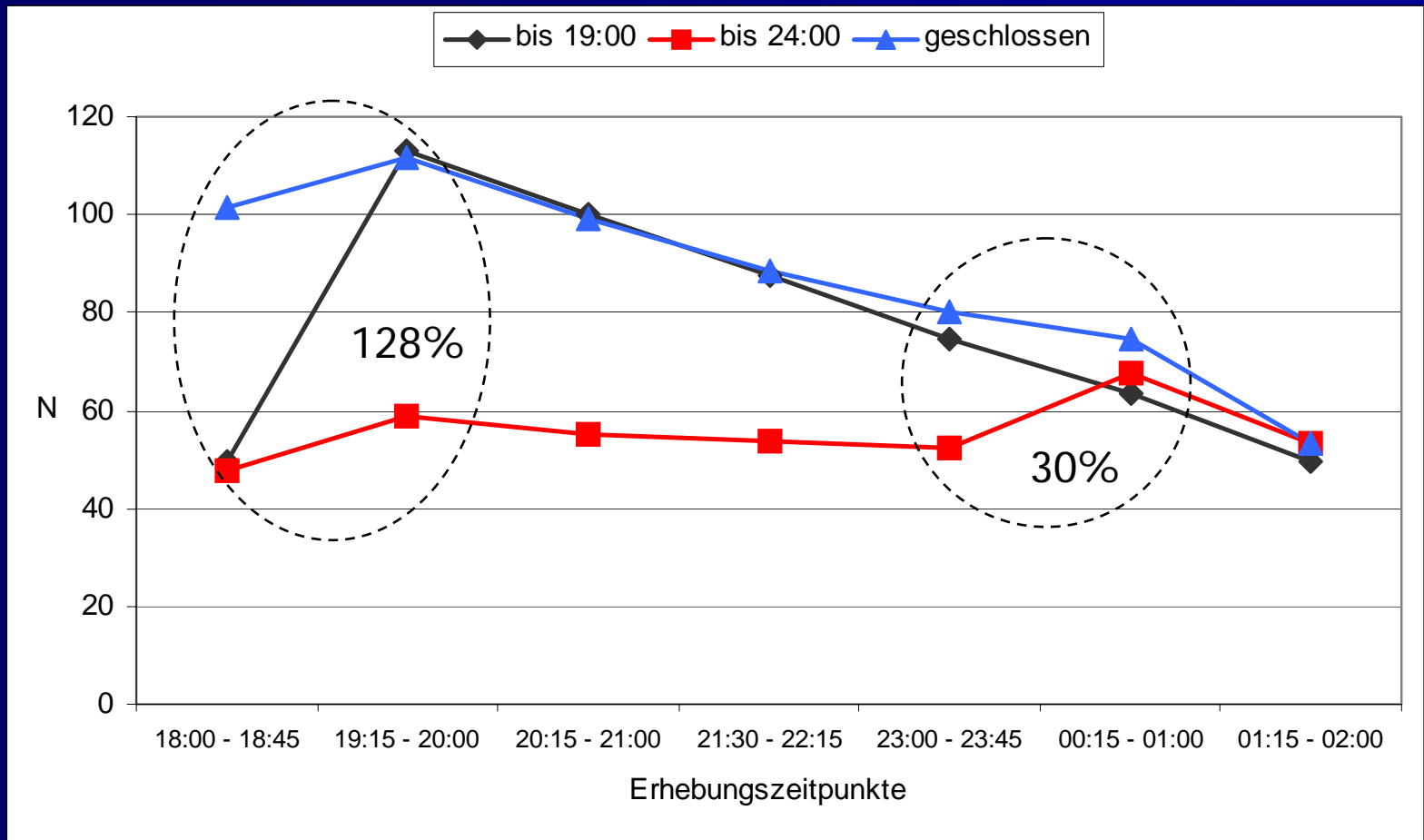
Entlastung: Ergebnis

- Im maßgeblichen Zeitraum der Abendöffnungszeiten zeigt sich immer dann die geringste Anzahl an DrogenkonsumentInnen im Stadtteil, wenn das Drob Inn bis 24.00 Uhr geöffnet hat.

Hypothese zum unmittelbaren Einfluss der Abendöffnungszeiten des Drob Inn

- Unmittelbar nach Schließung des Drob Inn ist eine Zunahme der Anzahl von DrogenkonsumentInnen im Stadtteil zu beobachten.
Dies gilt unabhängig vom Zeitpunkt der Schließung.

Verlauf der Anzahl Drogenkonsumenten in Abhängigkeit von Öffnungszeiten des Drob Inn



direkter Einfluss: Ergebnis

- Die Öffnungszeiten des Drob Inn haben direkten Einfluss auf die Anzahl Drogenkonsumenten:
 - bei 19.00 Uhr: sehr starker Anstieg der Konsumentenzahlen im Stadtteil zwischen 19.00 und 20.00 Uhr
 - bei 24.00: nur bei Abendöffnungszeiten Anstieg zwischen 24.00 und 1.00 Uhr

Entlastungseffekte

Die Öffnungszeiten des Drob Inn haben

- einen direkten Effekt.
- einen entlastenden Effekt.

Drob Inn ist auch Anziehungspunkt.

Welcher Effekt ist größer?

Entlastungseffekte

Erläuterung:

- Einbeziehung der Besucherzahlen im Drob Inn
- Zählstrecke + Drob Inn + Umfeld des Drob Inn = Gesamtzahl Drogenkonsumenten im Untersuchungsgebiet

Entlastungseffekte

	T2	T3	T4	T5
Gesamtzahl ^a wenn Drob Inn geöffnet	199,9	180,6	158,4	128,5
im Stadtteil wenn Drob Inn geschlossen	112,0	99,3	88,7	80,2
im Stadtteil wenn Drob Inn geöffnet	59,0	55,2	53,5	52,2
Anbindung ^b	70,5%	69,4%	66,0%	59,4%
Entlastung ^c	47,5%	44,4%	39,7%	34,9%

^a Summe Anzahl Drogenkonsumenten im Stadtteil, im Drob Inn und im Umfeld des Drob Inn

^b Differenz zwischen Gesamtzahl und Anzahl im Stadtteil bei geöffnetem Drob Inn in %

^c Differenz zwischen geöffnetem und geschlossenem Drob Inn für Stadtteil in %

Fazit

- Eine für Drogenkonsumenten attraktive Einrichtung erfüllt nicht nur ihren Versorgungs- und Betreuungsauftrag,
- sondern kann insgesamt („netto“) eine entlastende Wirkung für einen von Drogenkonsumenten stark frequentierten Stadtteil haben.

Fazit

- Die Schließung eines niedrigschwelligen Drogenhilfeangebots mit dem Ziel, die Belastungen der Anwohner zu reduzieren, wird vermutlich die Belastungen z. B. durch Szeneansammlungen und öffentlichen Konsum für einen solchen Stadtteil erhöhen.

Einschränkungen

- Aussagen nicht auf jeden Stadtteil übertragbar
- Aussagen nicht auf jedes Drogenhilfeangebot übertragbar

Arbeitsgruppe 5:

Diversity Strategien in der stadtteilbezogenen Gesund- heitsförderung

Zusammenfassung der AG

Unter dem Stichwort „Diversity-Strategien“ widmete sich die Arbeitsgruppe 5 der zielgruppenorientierten Differenzierung von Angeboten der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung. Erst durch eine zielgruppenspezifische und damit lebensweltorientierte Gesundheitsförderung, die Unterschiede nach Alter, Geschlecht (Gender), Ethnie und sozialer Lage angemessen berücksichtigt, können sozial bedingte ungleiche Gesundheitschancen erkannt und abgebaut sowie die Wirksamkeit von Maßnahmen erhöht werden. Neben der Identifizierung von Ziel- und „Risikogruppen“ zielen Diversity-Strategien aber auch auf die Freisetzung von Ressourcen, die sich aus einer sozialen und kulturellen „Vielfalt“ im Stadtteil ergeben können.

Im ersten Teil der AG führten Impulsreferate in das Thema der Diversity-Strategien und Zielgruppenorientierung in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung ein.

Den Themenbereich „Differenzierung nach Geschlecht“ eröffnete ein Impulsreferat zur Umsetzung des Gender Mainstreaming-Ansatzes in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche (Petra Rattay). Christina Hey berichtete über Praxiserfahrungen in einem Projekt der Frauengesundheitsförderung in sozialen Brennpunkten.

Zum Themenbereich „Differenzierung nach ethnischer Zugehörigkeit“ referierte Anne-Madeleine Bau über Unterschiede im Ernährungsverhalten von Kindergartenkindern verschiedener Ethnien. Am Beispiel der muttersprachlichen Gesundheitsberatung für arabische Kinder und Jugendliche (Ibrahim Yehia) und der niedrigschwelligen Familienberatung eines Integrationszentrums (Barbara Ruff) wurden zudem konkrete Praxisbeispiele der besseren Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und Familien im Stadtteil vorgestellt.

Abschließend wurde in der Arbeitsgruppe (an)diskutiert, wie eine stärkere Zielgruppendifferenzierung und -orientierung systematisch in die Planung, Umsetzung und Evaluation von Angeboten der Gesundheitsförderung integriert werden kann.

Diversity-Strategien und Zielgruppenorientierung in der Gesundheitsförderung

Menschen unterscheiden sich hinsichtlich zahlreicher sozialer und kultureller Merkmale wie Alter, soziale Lage, Geschlecht, Beruf/Bildung, sexuelle Orientierung, Weltanschauung, Ethnie/Nationalität, Lebensstil, Religion, Kom-

petenzen etc.

Diese Verschiedenheiten stehen nicht gleichwertig nebeneinander, sondern sind hierarchisch strukturiert und gehen mit ungleichen gesellschaftlichen Chancen einher. Ziel der Prävention und Gesundheitsförderung ist neben der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes auch die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen (SGB V § 20). Hierzu ist es notwendig, Bevölkerungsgruppen mit sozial bedingten, ungleichen bzw. benachteiligten Gesundheitschancen zu identifizieren. Eine Zielgruppendifferenzierung im Sinne der Identifizierung von „Risikogruppen“ läuft allerdings Gefahr, bestimmte Gruppen zu stereotypisieren und stigmatisieren. Demgegenüber setzt eine Zielgruppenorientierung in verschiedenen Settings an und ist als Teil einer lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung zu verstehen. Zielgruppenorientierung meint die Sensibilität für mögliche Unterschiede in Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Nachfrage nach Angeboten der Gesundheitsförderung und -versorgung in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Ethnie, sozialer Lage etc. Es zeigt sich allerdings, dass Zielgruppenorientierung zwar häufig als Standard formuliert und die Sensibilität für sozial bedingte Unterschiede als Querschnittsqualifikation und Standardkompetenz in der Gesundheitsförderung gefordert wird, diese bislang aber nur unzureichend inhaltlich gefüllt und umgesetzt werden.

Managing Diversity

In Hinblick auf die Erhöhung der Sensibilität für soziale und kulturelle Unterschiede von Zielgruppen und eine stärkere Orientierung an unterschiedlichen Bedarfen in der Gesundheitsförderung erscheint ein Blick auf Diversity-Strategien im Unternehmensmanagement interessant. Unter den Stichworten „Managing Diversity“ und „Diversity Management“ werden insbesondere im Unternehmensmanagement seit inzwischen mehr als zehn Jahren Strategien diskutiert und eingesetzt, die Diversity – also die Vielfalt der Mitarbeiter/innen eines Unternehmens – als Chance der Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit verstehen. Diversity Management ist ein Instrument zur Personal- und Organisationsentwicklung, das auf die bewusste Wahrnehmung, Wertschätzung, Nutzung und Förderung der Vielfalt von Mitarbeitern/innen in einem Unternehmen zielt. Die Sensibilisierung für Vielfältigkeit in einem Unternehmen umfasst sowohl die Ebene der Problemwahrnehmung und -beseitigung als auch die Ebene der Potenzialwahrnehmung und -stärkung. Mit der Strategie des Managing Diversity in Unternehmen werden u.a. folgende

Vorteile assoziiert:

- Verbesserung von Produktivität, Kreativität und Effizienz,
- bessere Ressourcennutzung und Berücksichtigung von vielfältigen Kompetenzen der Mitarbeiter/innen,
- höhere Identifikation und Motivation der Mitarbeiter/innen,
- Eröffnung neuer Handlungsmöglichkeiten,
- Etablierung einer „Kultur der Offenheit“ und
- Verringerung von Spannungen und Konflikten zwischen verschiedenen „Kulturen“ in einem Unternehmen.

Gerade der Ansatzpunkt, soziale und kulturelle Vielfalt von Menschen nicht nur unter der Problemperspektive, sondern auch als Ressource und Potenzial zu sehen, erscheint für die Entwicklung von Diversity-Strategien in der Gesundheitsförderung in sozial belasteten Stadtquartieren spannend und vielversprechend.

Leitfragen des Workshops

- Warum sind Diversity-Strategien in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung wichtig?
- Welche Zielgruppen sind besonders schwer zu erreichen? Wie kann man „gesundheitsförderungsferne“ Zielgruppen erreichen? Welche Settings sind hierzu besonders geeignet?
- Wie können Diversity-Strategien in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung systematisch umgesetzt werden? Welche Ebenen sollten berücksichtigt werden?
- Wie kann Diversity im Stadtteil als Ressource nutzbar gemacht werden?
- Wie kann die Vernetzung der Akteure (Institutionen, Projekte und Betroffene etc.) im Stadtteil initiiert und umgesetzt werden?

Umsetzung des Gender Mainstreaming-Ansatzes in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

Die Strategie des Gender Mainstreaming stellt eine Diversity-Strategie dar, die ihren Schwerpunkt auf die Gleichstellung der Geschlechter legt. Im Folgenden wird kurz skizziert, was Gender Mainstreaming für die Gesundheitsförderung bedeutet und wie dieser Ansatz in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche umgesetzt werden kann.

1. Gender Mainstreaming als Diversity-Strategie

Mit der Strategie des Gender Mainstreaming ist durch das Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrags 1997 auf europäischer Ebene und durch den Beschluss des Bundeskabinetts 1999 in Deutschland die Gleichstellung von Frauen und Männern als durchgängiges Leitprinzip verbindlich festgeschrieben worden. Der Europarat definiert Gender Mainstreaming als „(Re)organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung grundsatzpolitischer Prozesse, mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle normalerweise an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure einzubringen“ (Council of Europe 1998). Gender Mainstreaming meint, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern bzw. Mädchen und Jungen von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt (BMFSFJ 2002). Ziel dieser Strategie ist es, eine geschlechtersensible Perspektive in alle Entscheidungen, Aktivitäten und Maßnahmen zu integrieren und alle Vorhaben auf ihre geschlechtsspezifischen Wirkungen hin zu überprüfen (vgl. Franzkowiak et al. 1998).

Im Unterschied zum Diversity Management, das aus dem Managementwesen in den USA stammt und die Steigerung von Effizienz und Produktivität durch die Nutzung von Vielfalt im Unternehmen zum Ziel hat, stellt Gender Mainstreaming eine politische Strategie auf europäischer Ebene zur Gleichstellung von Frauen und Männern bzw. Mädchen und Jungen dar.

Beide Strategien zielen aber durchaus in dieselbe Richtung und ergänzen sich wechselseitig: So betonen Diversity-Strategien die Bedeutung verschiedener sozialer und kultureller

Aspekte, durch die auch die Vielfalt innerhalb der Gruppe der Mädchen und Frauen bzw. innerhalb der Gruppe der Jungen und Männer sichtbar wird. Denn je nach Lebenslage, beruflicher Position, Qualifikation, ethnisch-kultureller Zugehörigkeit, Familienstand, sexueller Orientierung, Alter etc. zeigen sich auch innerhalb der Geschlechtergruppen große Unterschiede. Je stärker dieser Vielfalt der Lebensrealitäten von Frauen und Männern Beachtung geschenkt wird, desto eher können politische Konzepte und Maßnahmen entwickelt werden, die den je spezifischen und vielfältigen Interessen von Mädchen und Frauen bzw. Jungen und Männern entsprechen.

Darüber hinaus verdeutlicht die Strategie des Diversity Managements, dass der Abbau struktureller und kultureller Diskriminierungen in Unternehmen und Organisationen – und damit auch speziell die Förderung der Geschlechtergerechtigkeit – nicht nur eine moralische oder politische Frage im Sinne der gesellschaftlichen Verantwortung ist, sondern durchaus im Eigeninteresse von Organisationen liegt und zu mehr Effizienz und Produktivität führen kann.

Gender Mainstreaming geht aber über die Ebene der einzelnen Organisation, an der das Diversity Management ansetzt, hinaus und zielt auf eine nachhaltige und systematische Veränderung der gesellschaftlichen Rahmen- und Lebensbedingungen sowie der politischen Entscheidungsprozesse.

2. Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht in der Gesundheitsförderung

Dass Mädchen und Jungen ein Geschlecht haben, findet auch in der Gesundheitsförderung nach und nach Beachtung. So ist inzwischen allseits bekannt, dass Mädchen und Jungen in ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten Unterschiede zeigen. Dennoch werden bei Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention Geschlechterdifferenzen in der Regel nicht oder nur am Rande beachtet. Zusammenfassend lassen sich die folgenden drei Phasen der Berücksichtigung von Geschlecht in der Gesundheitsförderung unterscheiden:

1. Phase: Geschlechtsblinde Gesundheitsförderung

Lange Zeit und teils noch heute spielt(e) eine

Differenzierung nach Geschlecht in den Ansätzen der Gesundheitsförderung keine Rolle. Unterschiede und Besonderheiten der Geschlechter blieben bzw. bleiben so unberücksichtigt. Diese Nichtbeachtung des Geschlechts führt vielfach dazu, dass der scheinbar „geschlechtsneutrale“ allgemeine Blick oft ein sehr männlich orientierter ist und die Lebenssituation der Mädchen lange Zeit vernachlässigt wurde. Mit Blick auf die Wirksamkeit von Angeboten der Gesundheitsförderung wird bei einer geschlechtersensiblen Betrachtungsweise allerdings deutlich, dass „geschlechtsblinde“ Angebote und Konzepte vielfach auch den Bedarfen und Bedürfnissen von Jungen und männlichen Jugendlichen nicht gerecht werden, denn die Erreichbarkeit und Wirksamkeit von – vermeintlich geschlechtsneutralen – Angeboten ist bei Jungen und männlichen Jugendlichen häufig deutlich geringer als bei Mädchen und weiblichen Jugendlichen (vgl. Leppin et al. 1999).

2. Phase: Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung

In Kritik an dieser geschlechtsblinden Sicht und Arbeit wurden insbesondere in der Jugendhilfe Ansätze zur Mädchenarbeit entwickelt. Diese geschlechtsspezifischen Angebote, die sich zunächst vor allem an Mädchen, später und in geringerem Maße auch an Jungen wandten, fanden nach und nach auch Eingang in die Gesundheitsförderung. Geschlechtsspezifische Angebote, die die Arbeit ausschließlich in geschlechtshomogenen Gruppen umfassen, haben aber in den Versorgungsstrukturen der Gesundheitsförderung lediglich den Charakter von „Zusatzangeboten“, die neben den „eigentlichen“, „normalen“ geschlechtsunspezifischen Angeboten stattfinden.

3. Phase: Geschlechtersensible Gesundheitsförderung

Eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung meint hingegen die durchgehende Berücksichtigung des Geschlechts als Querschnittsaufgabe bei der Konzeptionierung, Implementierung und Evaluierung aller Maßnahmen und auf allen Ebenen (Rahmenbedingungen, Organisation, Personal und Maßnahmen). Politisch untermauert wird diese Sicht- und Arbeitsweise durch die Strategie des Gender Mainstreaming, die 1997 auf europäischer Ebene und 1999 von der Bundesregierung für Deutschland verabschiedet wurde.

Konkret bedeutet Geschlechtersensibilität für die Gesundheitsförderung somit das systematische Hinterfragen aller Entscheidungen und Maßnahmen dahingehend, ob Mädchen und Jungen mit ihren Lebensrealitäten, Bedürfnissen, Interessen und Belastungen Berück-

sichtigung finden, sie mit Maßnahmen und Projekten angesprochen und erreicht werden und ihre jeweiligen Ressourcen gefördert und gestärkt werden. Hierbei sollen sowohl Unterschiede und Besonderheiten als auch Gemeinsamkeiten der Geschlechter reflektiert und angemessen berücksichtigt werden. Neben Differenzierungen zwischen den Geschlechtern werden somit auch Differenzierungen innerhalb einer Geschlechtergruppe sichtbar. Je nach Bedarf umschließt dieser Ansatz die Arbeit in gemischtgeschlechtlichen und/oder geschlechtshomogenen Gruppen.

3. Geschlechtersensibilität als Qualitätsstandard der Gesundheitsförderung

Geschlechtersensibilität – verstanden als angemessene Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht bzw. der spezifischen Lebensrealitäten von Mädchen und Jungen – ist inzwischen als zentrales Kriterium für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsförderung anerkannt. Geschlechtersensibilität bildet dabei sowohl einen politischen Standard der Gleichstellung der Geschlechter als auch einen Standard der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Dementsprechend umfasst eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung die folgenden zwei Teilziele (vgl. Jahn/Kolip 2002, S. 4-6):

Zum einen stellt Geschlechtersensibilität einen politischen Standard dar, der auf Chancengleichheit bzw. die gleichberechtigte Teilhabe von Mädchen und Jungen bzw. Frauen und Männern in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zielt. Mit Blick auf die Gesundheit ist so z. B. im SGB V § 20 die Verminderung ungleicher Gesundheitschancen ein zentrales politisches Ziel der Prävention und Gesundheitsförderung.

Aus der Perspektive der Chancengleichheit ergeben sich u.a. folgende Leitfragen:

- Sind die Maßnahmen in der Lage, Ungleichheiten zwischen Mädchen und Jungen zu beseitigen?
- Wird die Chancengleichheit und Gleichstellung von Mädchen und Jungen gefördert?

Geschlechtersensibilität stellt darüber hinaus auch ein zentrales Kriterium der Qualitätssicherung dar, das die Verbesserung und Sicherung der Qualität der Gesundheitsförderung zum Ziel hat. Nur eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung, die eventuelle Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder Besonderheiten eines Geschlechts wahrnehmen kann, kann letztendlich für beide Geschlechter Wirksamkeit entfalten. Durch die Sensibilität für spezifische Lebensrealitäten von Mädchen

und Jungen bzw. Untergruppen werden Angebote der Gesundheitsförderung bedarfsgerechter, passgenauer und damit wirksamer.

Aus der Perspektive der Qualitätssicherung sind folgende Fragen handlungsleitend:

- Welche Bedürfnisse und Bedarfe der Geschlechter müssen berücksichtigt werden?
- Wie muss ein Projekt oder ein Setting gestaltet sein, damit Mädchen und Jungen erreicht werden?

Geschlechtersensibilität stellt heute allerdings lediglich auf programmatischer Ebene einen Standard in der Gesundheitsförderung dar. Die Realisierung dessen – sprich: die angemessene Berücksichtigung von Geschlecht in der Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung – ist bisher aber immer noch unzureichend: „Nach wie vor dominieren geschlechtsneutrale oder aber an Geschlechterrollenstereotypen orientierte und damit für kontextbezogene Bedeutungen von Weiblichkeit und Männlichkeit wenig offene theoretische und praktische Konzepte“ der Gesundheitsförderung und Prävention (Helfferrich 2002, S. 58). Und nach wie vor wird Geschlecht in Studien und Evaluationen der Gesundheitsförderung nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt.

4. Geschlechtersensibilität – Vermeidung von Gender Bias

Wann ist Gesundheitsförderung nun aber geschlechtersensibel und wann nicht? Die kanadische Forscherin Magrit Eichler hat zusammen mit Kollegen/innen für Health Canada ein Handbuch zur Vermeidung von geschlechterbezogenen Verzerrungen („Gender Bias“) in der Gesundheitsforschung erarbeitet, das zwar nicht ausdrücklich auf die Planung, Implementierung, Evaluation und Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung gerichtet ist, sich aber durchaus auch auf dieses Gebiet übertragen lässt (Eichler et al. 2002; vgl. auch Fuchs/Maschewsky-Schneider 2002). Geschlechtersensibilität lässt sich nach diesem Ansatz durch die Vermeidung von geschlechterbezogenen Verzerrungen erzielen.

Ursachen für geschlechterbezogene Verzerrungen liegen darin, dass entweder Gleichheit oder Ähnlichkeit von Mädchen und Jungen angenommen wird, wo diese nicht vorhanden ist, oder aber Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen angenommen werden, wo keine existieren. Eine Erhöhung der Geschlechtersensibilität lässt sich daher durch die Reflexion bzw. Prüfung, ob der jeweilige Sachverhalt (z. B. Förderung von Lebenskompetenzen bei Jugendlichen) für männliche und weibliche Jugendliche das Gleiche oder Unterschiedliches bedeutet, erzielen (Jahn/Kolip 2002).

Magrit Eichler et al. (2002) unterscheiden in ihrem Handbuch die folgenden drei Hauptarten von Gender Bias:

(1) Geschlechterinsensibilität

Geschlechterinsensibilität liegt dann vor, wenn das biologische oder soziale Geschlecht ignoriert wird. Geschlechterinsensibilität äußert sich z. B. darin, dass in der Gesundheitsförderung oder Gesundheitsforschung nicht nach Geschlecht differenziert wird und eventuelle Differenzen oder Besonderheiten damit unentdeckt und unberücksichtigt bleiben.

(2) Androzentrismus/Gynozentrismus

Andro- bzw. Gynozentrismus liegen vor, wenn Befunde und Aussagen, die lediglich für ein Geschlecht zutreffen oder nachgewiesen wurden, unreflektiert auf das andere Geschlecht übertragen und damit in unzulässiger Weise generalisiert werden (Übergeneralisierung).

Androzentrismus findet sich häufig in der Form, dass ausschließlich die männliche Perspektive eingenommen wird (z. B. Mädchen und Frauen in der Forschung unterrepräsentiert oder ausgeschlossen sind). Jungen und Männer werden so unreflektiert als Norm gesetzt, an der Mädchen und Frauen gemessen werden.

Beim Gynozentrismus werden Jungen oder Männer aus Bereichen ausgeschlossen, die gesellschaftlich eher Mädchen und Frauen zugeschrieben werden (beispielsweise bei den Themen Familie und Haushaltsführung).

(3) Doppelte Bewertungsmaßstäbe/Stereotypisierungen

Ein doppelter Bewertungsmaßstab liegt dann vor, wenn an Frauen und Männer bzw. Mädchen und Jungen unreflektiert unterschiedliche Maßstäbe angelegt werden, obwohl die Situationen für beide Geschlechter ähnlich oder identisch sind. Bestehende Geschlechterdifferenzen werden so überbewertet und Ähnlichkeiten oder Gemeinsamkeiten ausgeschlossen. So besteht die Gefahr, Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzuschreiben und Geschlechterstereotype zu (re-) produzieren.

5. Dimensionen einer geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung

Als Hilfen zur Umsetzung des Gender Mainstreaming-Ansatzes auf den verschiedenen Handlungs- und Entscheidungsebenen liegen inzwischen für die Bereiche der Gesundheitsförderung und -forschung sowie der Kinder- und Jugendhilfe einige Checklisten vor (vgl. Jahn/Kolip 2002; Maschewsky-Schneider 2002; Meyer/von Ginsheim 2002 etc.). Diese Checklis-

ten ermöglichen es, kritisch zu reflektieren, ob Geschlecht in angemessener Form auf den verschiedenen Ebenen und in den verschiedenen Phasen der Umsetzung von Gesundheitsförderung (Entscheidungsfindung, Planung, Umsetzung und Evaluation) berücksichtigt wurde. Abbildung 1 skizziert die zentralen Ebenen und Phasen, die sich in ähnlicher Form auch in den oben zitierten Checklisten finden lassen. Auf eine genaue Darstellung der einzelnen Dimensionen wird an dieser Stelle verzichtet.

und Jungen. Gemeinde- oder stadtteilbezogene Strategien, die die jeweiligen Institutionen der Gemeinde wie Schule und Freizeiteinrichtungen mit einbeziehen, können so auch „gesundheitsförderungsferne“ Gruppen (wie z. B. männliche Spätaussiedler-Jugendliche) erreichen, die mit anderen Angeboten der Gesundheitsförderung und Primärprävention nicht oder kaum zu erreichen sind. Gleichzeitig wird mit einer lebensweltorientierten Strategie, die auf die Verbesserung der Lebensbedingungen

Ebenen: Phasen:	Makro Politische Rahmenbedingungen	Meso Organisationen/ Settings	Mikro Maßnahmen/ Projekte
Ist-Analyse/ Bedarfsanalyse			
Maßnahmeplanung			
Implementation/ Umsetzung			
Evaluation			
Qualitätssicherung			

Abb. 1: Dimensionen der systematischen Berücksichtigung von Geschlecht in der Gesundheitsförderung

Darüber hinaus stellt beispielsweise das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Österreich im Internet Leitfäden für Projekt- und Programmverantwortliche (2001) oder zum geschlechtergerechten Formulieren (2002) etc. zur Verfügung.

Zu beachten ist, dass Gender Mainstreaming als Top-down-Strategie angelegt ist, die vermittelt über politische Entscheidungsprozesse auf die Ebene der Maßnahmen, Programme und Projekte wirkt und so langfristig und nachhaltig eine größere Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheitsförderung zu erzielen versucht.

6. Geschlechtersensible Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil

Für das Gebiet der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung existiert bislang noch kein ausgearbeitetes Konzept zur Umsetzung des Gender Mainstreaming-Ansatzes. Abschließend werden daher lediglich skizzenhaft einige Aspekte dargestellt, die bei der Umsetzung des Gender Mainstreaming-Ansatzes in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung von Relevanz sind.

Lebensweltorientierte Zugänge zu sozial benachteiligten Mädchen und Jungen in der Gesundheitsförderung

Eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil setzt an den spezifischen alltäglichen Lebensrealitäten, Bedarfen und Interessen von Mädchen und Jungen an und ermöglicht lebensweltorientierte (anstelle von risikoorientierten) Zugänge zu Mädchen

in der Gemeinde und im Stadtteil insgesamt zielt, die Stigmatisierung bestimmter Gruppen von Jugendlichen vermieden (oder doch zumindest gering gehalten).

Eine lebenswelt- und damit sozialraumorientierte Gesundheitsförderung, die an den konkreten Lebensbedingungen vor Ort ansetzt, ermöglicht zudem in Abhängigkeit von Alter und Ethnie sowie sozialer Lage und Bildungschancen Differenzierungen innerhalb der Geschlechtergruppen. Für die sozialraumorientierte Kinder- und Jugendhilfe fordert Dorit Meyer, dass sich diese „nicht auf eine abstrakte Zielgruppe der Mädchen oder der Jungen beziehen (sollte), sondern auf konkrete Adressaten und Adressatinnen, die in den spezifischen Sozialräumen leben. Sie muss sich an den vor Ort lebenden Mädchen und Jungen orientieren, an ihren jeweiligen Erfahrungen, ihren Stärken und Belastungen in ihrer jeweiligen spezifischen Lebenswelt“ (2003, S. 6).

Verhaltens- und verhältnisbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil

Ziel einer geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung im Stadtteil ist es zum einen, Mädchen und Jungen – jenseits bestehender Geschlechterklischees – in ihren individuellen Fähigkeiten zu fördern und ihre Widerstandskräfte gegenüber geschlechtsspezifisch gefärbten, gesundheitsriskanten Verhaltensweisen zu erhöhen. Eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung in der Gemeinde oder im Stadtteil zielt allerdings nicht nur auf die Ebene der Verhaltensänderungen, sondern zum anderen auch auf die Verbesserung der spezifischen Le-

E&C-Fachforum : „Perspektive: Gesunder Stadtteil – Gesundheitsfördernde Settingansätze und Jugendhilfestrategien in E&C-Gebieten“, Dokumentation der Veranstaltung vom 26. bis 27. Januar 2004 in Berlin

bensbedingungen von Mädchen und Jungen. Nur so wird vermieden, ungleiche Gesundheitschancen verkürzt als individuelle Gesundheitsprobleme bzw. als Folgen gesundheitsriskanter Verhaltensweisen einzelner Mädchen und Jungen zu betrachten. Wenig hilfreich ist es daher, Geschlecht nur bei Einzelmaßnahmen zu berücksichtigen und dabei politische Entscheidungsprozesse sowie die Strukturen eines Settings unberücksichtigt zu lassen.

Partizipation von Mädchen und Jungen

Eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung im Stadtteil lässt sich insbesondere durch Prozesse der Partizipation von Mädchen und Jungen umsetzen. Wenn die Bedürfnisse und Interessen von Mädchen und Jungen in die Gesundheitsförderung einbezogen werden und Mädchen und Jungen aktiv an der gesundheitsfördernden (Weiter-)Entwicklung von Stadtteilen, Schulen und Freizeitangeboten beteiligt werden, können dichotome Stereotypisierungen vermieden und Prozesse des „Empowerments“ (Befähigung, sich für eigene Gesundheitsbelange einzusetzen) angestoßen werden. Obwohl die Strategie des Gender Mainstreaming als Top-down-Strategie angelegt ist, benötigt sie Strukturen der Partizipation der Zielgruppen (Bottom-up-Strategie), damit die konkreten Bedarfe und Erfahrungen vor Ort in die Gesundheitsförderung einfließen können.

Kooperation der Akteure im Stadtteil

Die Verbesserung von Lebens- und Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Jugendlichen kann zudem nur in Kooperation von Akteuren aus der Gesundheitsförderung, der Kinder- und Jugendhilfe sowie aus Schule, Stadtplanung und Quartiersmanagement erfolgen. Mit Blick auf eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil liegt insbesondere die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe nahe, denn gerade „[...] in den Handlungsfeldern der Jugendpolitik und Jugendhilfe (ist) eine lange Tradition geschlechtsbezogener Arbeitsansätze gegeben [...], auf die viele Kommunen bei der Implementierung zurückgreifen können“ (Meyer 2003, S. 7).

7. Ausblick

Insgesamt zeigt sich, dass die Strategien des Gender Mainstreaming und der Gesundheitsförderung an vielen Stellen „kompatibel“ sind und zudem einige Parallelen aufweisen. Sowohl Geschlecht als auch Gesundheit gelten als Querschnittsdimensionen der diversen Politikbereiche und stellen Qualitätskriterien für

die Bewertung von politischen Entscheidungen dar (im Sinne einer „Gleichstellungsverträglichkeitsprüfung“ bzw. einer „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“). Gender Mainstreaming und Gesundheitsförderung sind zudem umfassende Strategien, die auf die Reorganisation von Strukturen und Prozessen und damit auf Veränderungen von Kontexten zielen, in denen Mädchen und Frauen sowie Jungen und Männer leben. Beide Strategien setzen an gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Organisationen an und lassen sich in Prozesse der Politik-, Organisations-, Personal- und Maßnahmenentwicklung integrieren, die auf den Abbau sozialer Benachteiligungen und damit letztlich auf gesündere Lebensbedingungen von Mädchen und Frauen sowie Jungen und Männern gerichtet sind.

„Ich fühl mich wohl – Gesundheitsförderung von Frauen in benachteiligten Quartieren“

Ein Bericht aus der Praxis

Das Projekt „Ich fühl mich wohl – Gesundheitsförderung von Frauen in benachteiligten Quartieren“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Arbeitskreis Soziale Brennpunkte Marburg e.V. (AKSB), der Bürgerinitiative für soziale Fragen e.V. (BSF) sowie dem Feministischen Frauengesundheitszentrum Frankfurt (FFGZ).

Die beiden erstgenannten Vereine sind Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit in den Marburger Stadtteilen Waldtal und Richtsberg. Während das Waldtal eher den Charakter eines klassischen Sozialen Brennpunkts aufweist (jedes zweite Kind lebt von Sozialhilfe, Familien leben über Generationen von staatlichen Transferleistungen, viele arbeiten in prekären Beschäftigungsverhältnissen usw.), ist der Richtsberg als Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf einzustufen (hoher Anteil von Sozialhilfeempfängern, allein erziehenden Müttern und Arbeitslosen, Migrantanteil über fünfzig Prozent) und Standort im Programm Soziale Stadt.

Begonnen haben wir mit dem Projekt vor dreieinhalb Jahren. Vor meiner Tätigkeit als Geschäftsführerin des AKSB arbeitete ich als Frauenbildungsreferentin bei der Landesarbeitsgemeinschaft Soziale Brennpunkte. Dort hatte ich Kontakte zum FFGZ geknüpft. Mitarbeiterinnen des FFGZ waren als Referentinnen bei den hessenweiten Frauentagungen zum Thema Gesundheit tätig. Zu der Zeit entstand der Wunsch, ein Projekt zur Gesundheitsförderung von Frauen auf örtlicher Ebene durchzuführen.

Als ich 2000 nach Marburg wechselte, begannen wir, dies in die Tat umzusetzen. Das FFGZ hatte gerade Mittel des Hessischen Sozialministeriums für ein Projekt zur Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Frauen erhalten. Unsere Arbeitsanteile wurden aus der laufenden Finanzierung gedeckt (Stadt Marburg und Hessisches Sozialministerium).

Die Kooperation mit der BSF kam u.a. vor dem Hintergrund zustande, dass der Richtsberg in das Programm Soziale Stadt aufgenommen war und wir uns von dem Projekt Impulse für die Ausgestaltung des Programms erhofften.

Gesundheitsförderung als Projekt

Bereits in der Vergangenheit gab es im Rahmen der Gemeinwesenarbeit Angebote, die auf die Gesundheitsförderung abzielten. Wir wählten

für unser Vorhaben bewusst einen Projektansatz, um damit eine größere Öffentlichkeitswirkung zu erzielen. Mit einem Flyer und Berichten informierten wir über das Projekt.

Dieses Setting hat sich ausgezahlt. Wir erhielten zahlreiche Anfragen zur Vorstellung des Projekts, selbst die Tatsache, dass ich heute hier sitze, ist eine Folge davon. Auch innerhalb unserer Einrichtungen gewann das Thema durch den Projektansatz an Bedeutung. Sowohl in der Kinder- und Jugendarbeit als auch in der Arbeit der Kindertagesstätte und den zahlreichen Beratungsangeboten hat die Gesundheitsförderung heute einen höheren Stellenwert.

Und vor allem trug der Projektansatz dazu bei, das Thema in den Köpfen der Frauen zu verankern und Gesundheit zum Thema im Stadtteil zu machen.

Frauen als Zielgruppe der Gesundheitsförderung

Gerade aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind wir immer wieder gefragt worden, weshalb wir einen bestimmten Zielgruppenansatz – hier die Frauen – wählten. Dies liegt nicht nur in der Kooperation mit dem FFGZ begründet.

Frauen sind durch ihre Aufgaben als Managerinnen der Familie besonders belastet. Frauen sorgen für die Familien. Wenn sich in ihrem Verständnis von Gesundheit etwas ändert, hat dies Auswirkungen auf alle Familienmitglieder. Und schließlich haben sie nach unserer Erfahrung aufgrund ihrer Lebenssituation auch ein großes Interesse an Veränderung. Frauen sind damit die Multiplikatorinnen, wenn es um Fragen der Gesundheit geht.

Das Leben vieler Frauen der Stadtteile Waldtal und Richtsberg ist geprägt von Armut und sozialer Ausgrenzung. Sie leben am Rande des Existenzminimums entweder von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld oder -hilfe bzw. von einem niedrigen Einkommen durch Geringverdienerjobs. Diese sind hauptsächlich im Reinigungsgewerbe zu finden. Oft üben die Frauen mehrere solcher Stellen nebeneinander aus, um ein genügend hohes Auskommen für sich und ihre Kinder und/oder die Familie zu erwirtschaften. Beengte Wohnverhältnisse sind ein weiterer Faktor, der sich negativ auf die Gesundheit auswirkt.

Das Bildungsniveau ist niedrig. Häufig wurde aufgrund einer frühen Schwangerschaft die Ausbildung abgebrochen. Zahlreich sind die al-

leinerziehenden Mütter in den Stadtteilen. Wie auch andere sind sie oft für einen bestimmten Zeitraum eingebunden in unterschiedliche Qualifizierungsmaßnahmen, die ihre Chancen auf den 1. Arbeitsmarkt erweitern sollen.

Im Stadtteil Richtsberg leben zahlreiche Migrantinnen aus achtzig verschiedenen Nationen. Hier stellen Sprachschwierigkeiten und kulturelle Unterschiede eine Hürde bei der Nutzung des Gesundheitssystems dar.

Für all diese Frauen gilt gleichermaßen, dass sie häufig mit ihrer Situation überfordert sind. Sie müssen das Einkommen sichern und außerdem den Haushalt und die Kinder versorgen. Physische wie psychosomatische Krankheiten sind oft die Folge. Gleichzeitig verhindert die soziale Stigmatisierung und die damit verbundene Scham den Zugang zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten.

In Marburg gibt es zahlreiche Institutionen, die im Bereich der Gesundheitsförderung arbeiten. Neben dem Gesundheitsamt und den niedergelassenen Ärzten sind dies u.a. die Volkshochschule, Sportvereine, die Hessische Gesellschaft für Krebsvorsorge, die Familienbildungsstätte und der Arbeitskreis Frauengesundheit.

Am Anfang standen wir vor einer Situation, in der auf der einen Seite Frauen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den Stadtteilen lebten, aber den Weg zu gesundheitsfördernden Angeboten kaum gefunden hatten. Auf der anderen Seite gab es ein breites Angebot zur Gesundheitsförderung in Marburg, das für die Frauen nicht erschlossen war.

Sensibilisierung der Frauen für das Thema

Wir starteten unser Projekt mit zwei aktivierenden Befragungen. Eine richtete sich an die Frauen in den Stadtteilen. Sie wurden dazu befragt, inwieweit Gesundheit für sie ein Thema ist, wie sich ihre persönliche gesundheitliche Situation darstellt und welche Angebote sie sich wünschen würden.

Die Frauen gaben an, dass sie sich im Rahmen der Befragung zum ersten Mal Gedanken über ihren Umgang mit Gesundheit gemacht haben. Sie selbst tun aus ihrer Sicht wenig zu ihrer Gesundheitsförderung, insbesondere im präventiven Bereich. Ansätze zur präventiven Gesundheitsförderung liegen darin, sich mit Freundinnen auszusprechen und spazieren zu gehen.

In allen Altersgruppen wurde eine große Anzahl von Krankheiten benannt. Häufig waren Atemwegserkrankungen, Kopfschmerzen, Migräne, Rückenbeschwerden, Unterleibschmerzen, Herz-Kreislaufprobleme, Schilddrüsen- und Magen-Darm-Erkrankungen. In der Gruppe der 41- bis 60-Jährigen wurde viermal

eine psychische Erkrankung (Ängste, Depression) benannt. Krankheiten wurden in erster Linie mit Medikamenten behandelt.

Die Frauen äußerten Interesse an gesundheitsfördernden Maßnahmen, insbesondere an Bewegungsangeboten. Als bisherige Hinderungsgründe für Eigeninitiative wurden Geld- und Zeitmangel sowie fehlende Motivation benannt. Ebenso wurde bemängelt, dass Aktivitäten allein keinen Spaß machen.

Blick auf benachteiligte Frauen lenken

Der zweite Teil der aktivierenden Befragung richtete sich an Anbieter im Gesundheitsbereich. Befragt wurden vierundzwanzig Institutionen und Beratungsstellen in Marburg. Im Rahmen der aktivierenden Befragung wurden die unterschiedlichen Institutionen und Fachstellen zu ihren Angeboten speziell für Frauen und ihren Erfahrungen mit unserer Zielgruppe befragt.

Viele Einrichtungen hatten zwar einen Frauen- bzw. Mädchenschwerpunkt in ihrer Arbeit, aber nur wenige hatten Kontakt zu sozial benachteiligten Frauen. Die Bereitschaft war allerdings groß, sich dieser Zielgruppe zu öffnen.

Dies zeigte sich auch in dem Fachgespräch, bei dem wir die Ergebnisse der Befragung vorstellten und zu dem wir u.a. die befragten Organisationen einluden. Die Resonanz auf die Einladung war groß. Im Gespräch wurde deutlich, dass es den Organisationen an Zugängen zur Zielgruppe fehlt, dass die Komm-Struktur und das Anmeldeverfahren die Ansprache der Frauen aus den Stadtteilen behindert und dass zum Teil den Organisationen auch Kenntnisse über die Zielgruppe fehlen, um ihre Konzepte auf diese auszurichten. Als ein Problem wurde zudem die knappe Finanzierungssituation benannt, die eine Ausrichtung der Konzepte auf die Zielgruppe behindert. Das Interesse an einer Zusammenarbeit war allerdings deutlich und bereits hier wurden erste Kooperationsangebote ausgesprochen.

Ressourcen und Know-how in den Stadtteil holen

Durch die Kooperation mit anderen Trägern gelang es uns, zusätzliche Ressourcen und fehlendes Know-how in die Stadtteile zu holen. Über die Kooperationen zur Durchführung der Maßnahmen sind die Kooperationspartner den Frauen näher gebracht worden. Dabei sind gerade für diese Zielgruppe immer persönliche Kontakte wichtig. Durch die Kooperation bekamen die Träger ein Gesicht, damit wurden die Zugangsschwellen gesenkt. Umgekehrt konnten die Kooperationspartner Erfahrungen mit einer für sie bis dahin fremden Zielgruppe sammeln.

Bedürfnisorientierte Angebote entwickeln

In der Folge entwickelten wir mit verschiedenen Kooperationspartnern Angebote. Wichtig war uns dabei die Entwicklung praxisorientierter und lustbetonter Angebote, die Entwicklung von Bildungsangeboten, deren Sprache und Gestaltung sich auf die Lebenssituation und Möglichkeiten der Teilnehmerinnen einstellen und die Entwicklung niedrigschwelliger Angebote (geringe Kosten, leichter Zugang durch Wohnortnähe, Teilnahme ohne bestimmte Fähigkeiten möglich). Sehr von Nutzen waren uns hier auch die Gespräche mit Ärzten/innen aus den Stadtteilen, die uns wichtige Hinweise für unsere Programmgestaltung gaben. Sie bestätigten u. a. die Bedeutung der Themen Ernährung und Bewegung gerade auch für unsere Zielgruppe. Diese Themen entwickelten sich immer mehr zu unseren Arbeitsschwerpunkten.

Als Beispiel für die Angebotsstruktur und die Kooperationen hier das Angebot 2001:

den hauptsächlich von Mitgliedern der bereits bestehenden Frauengruppe wahrgenommen. Durch das Frauengesundheitsprojekt haben wir damit durchaus neue Zielgruppen in den Stadtteilen erreicht. Eine soziale Mischung ließ sich darüber allerdings nicht herstellen.

Einige Angebote laufen mittlerweile unabhängig von der Gemeinwesenarbeit, zum Teil auch in der kursfreien Zeit oder neben unserer Angebotsstruktur selbstorganisiert.

Mit Themenabenden – außer dem Abend zu dem damals hochbrisanten Thema BSE – erreichten wir die Frauen kaum. Hier sind wir dazu übergegangen, Informationen zu Gesundheitsthemen im Rahmen unserer anderen kontinuierlichen Strukturen wie den Frauengruppen oder Elternabenden zu vermitteln.

Eine Analyse der Auswirkungen des Frauengesundheitsprojekts in Hinblick auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Frauen lässt sich nach der kurzen Projektdauer nur schwer bewerkstelligen. Wir stellen aller-

Programm 2001		
Frauengymnastik	wöchentlich	BSF + Sportverein Blaugelb
1. Gymnastikkurs	8 Termine	AKSB + Ev. Familienbildungsstätte
2. Gymnastikkurs	10 Termine	AKSB + Ev. Familienbildungsstätte
Wechseljahre	1 Termin	BSF + Pro Familia
BSE	1 Termin	BSF + AKSB + Ev. Familienbildungsstätte
Wellness	2 Termine	AKSB + BSF + Referentin
Krebsfrüherkennung	1 Termin	BSF + Frauenklinik, MR + Hessische Krebsgesellschaft
Bauch-Beine-Po	1 Termin	AKSB + Ev. Familienbildungsstätte
Kochabend	2 Termine	AKSB + Ev. Familienbildungsstätte, BSF
Besuch in der Frauenklinik	1 Termin	AKSB + BSF + Hess. Krebsgesellschaft
Bauchtanz	1 Termin	AKSB + Referentin
Ich muss zur Kur	1 Termin	BSF + Diakonisches Werk
Massage, Bewegung, und Entspannung	1 Termin	AKSB + Referentin

Im Jahr 2001 veranstalteten wir zur besseren Ausnutzung der Angebote diese gemeinsam für Frauen aus dem Waldtal und für Frauen aus dem Stadtteil Richtsberg. Trotz der gleichzeitig angebotenen Transfermöglichkeit bewährte sich diese Angebotsstruktur nicht, so dass wir in Folge die Angebote getrennt durchführten.

Auffällig bei der Wahrnehmung der Angebote war, dass sich jeweils bestimmte Gruppen von Frauen den Angeboten zuordneten. So wurden durch die Gymnastikkurse im Waldtal die besser situierten Frauen im Stadtteil erreicht, die Frauengymnastik am Richtsberg wurde von den Frauen aus den ehemaligen G.U.S.-Staaten nachgefragt. Andere Angebote im Waldtal wur-

dings in unseren Beratungsgesprächen fest, dass das Thema für die Frauen an Bedeutung gewinnt. Weitere Indizien dafür sind die Selbstorganisation von gesundheitsfördernden Aktivitäten sowie die Beantragung von Kuren.

Andererseits müssen wir eingestehen, dass wir die gesundheitlich am meisten beeinträchtigten Frauen bisher für unsere Angebote nicht gewinnen konnten. Dies ist nicht weiter verwunderlich, geht die gesundheitliche Belastung doch meist auch mit einer schwierigen Gesamtlebenssituation einher. Dennoch sind wir hoffnungsvoll, dass wir in Zukunft auch zu dieser Zielgruppe Zugänge erschließen können.

Andere konkrete Ziele, die wir in Zukunft ansteuern, sind die Erhöhung der Kindervorsorgeuntersuchungen, die bisher nur sehr begrenzt wahrgenommen werden, sowie die Schaffung von Angeboten für Mädchen im Bereich Ernährung und Bewegung.

Die Frauensprechstunde

Durch die Mitarbeit im Marburger Frauengesundheitsforum bekamen wir Kontakt zu einer Ärztin und einer Psychologin, die den Frauen im Waldtal eine niedrigschwellige Anlaufstelle bieten wollten. Gemeinsam mit ihnen hat der Arbeitskreis Soziale Brennpunkte Marburg e.V. (AKSB) 2002 ein Konzept für eine Frauensprechstunde entwickelt und diese 14-tägig im Stadtteil angeboten. Als Ort wählten wir die Kindertagesstätte. Finanziert wurde die Frauensprechstunde mit Spenden der Sparkasse Marburg. Die Frauen konnten mit ihren medizinischen Fragen und ihren psychosomatischen Problemen in die Sprechstunde kommen. Um das Angebot bekannt zu machen, gab es neben Plakaten auch einen Besuch der beiden Frauen beim Frauenfrühstück des AKSB.

Die Frauen, die das Angebot nutzten, waren sehr begeistert. Sie konnten ihre persönliche Situation klären, erhielten Hinweise zu möglichen Veränderungen und bekamen im Bedarfsfall Überweisungen zu Fachärzten ausgestellt. Leider wurde das Angebot, das auch 2003 noch durchgeführt wurde, im Waldtal nicht in der gewünschten Häufigkeit frequentiert. Mit einem etwas veränderten Konzept wird es nun in dem bevölkerungsreicheren Stadtteil Richtsberg fortgeführt und zurzeit gut angenommen. Es kommen Frauen aus unterschiedlichen Herkunftsländern in die Frauengesundheitssprechstunde, überwiegend aus den ehemaligen G.U.S.-Staaten. Aktuell ist die Finanzierung bis September 2004 mit Mitteln der Stadt Marburg, Pro familia und dem Arbeitskreis Frauengesundheit gesichert.

Das Frauenfrühstück

2003 startete der Arbeitskreis Soziale Brennpunkte Marburg als neues Angebot ein monatliches Frauenfrühstück. Das Frauenfrühstück sollte gerade auch die jungen Mütter im Waldtal erreichen, die wir bisher nur wenig ansprechen konnten. Deshalb haben wir als Ort auch hier die Kindertagesstätte gewählt. Das Angebot hat sich bis heute bewährt. Zehn bis fünfzehn Frauen nehmen an dem Frühstück teil.

Hier konnten wir wieder Gesundheitsthemen ansprechen und Referentinnen dazu einladen. Die Themen wurden zum Teil von den Frauen vorgeschlagen und zum Teil durch die Mitarbeiterin des AKSB eingebracht. In diesem Rahmen war das Interesse an den verschiedenen The-

men deutlich höher als bei den vorangegangenen Themenabenden, bei denen die Motivation zur Teilnahme sich allein über das Thema herstellen musste. Diese Form der Information und Diskussion führen wir bis heute fort.

Dies bestätigte den AKSB noch einmal darin, eher bestehende Angebotsstrukturen für das Gesundheitsthema zu nutzen als das Thema unabhängig davon zu platzieren.

Gleiches gilt für die Arbeit der Bürgerinitiative für soziale Fragen e.V. (BSF). Diese hat 2003 das kommunale GWA-Projekt im Stadtteil in ihre Trägerschaft übernommen. Damit konnten die dort bereits existierenden Frauengruppen in das Gesundheitsprojekt einbezogen werden. Das Thema Frauengesundheit ist nun fester Bestandteil und ein Schwerpunkt der Gruppenarbeit.

Das Drogenproblem

Im Waldtal spielt das Problem Drogenkonsum eine große Rolle. Bei unserer ersten aktivierenden Befragung hatten wir dieses Thema ausgespart, weil es uns dafür zu heikel erschien. In 2002 führte der Arbeitskreis Soziale Brennpunkte Marburg e.V. (AKSB) dann eine Befragung bei den Institutionen im Stadtteil und den zu diesem Thema arbeitenden Fachstellen durch. Anschließend stellten wir die Ergebnisse im Rahmen eines Fachgesprächs vor.

Ein zentrales Ergebnis war, dass sich die Mitarbeiter/innen der Stadtteilinstitutionen und der Fachstellen gegenseitig kennen lernten und Informationen über die Arbeit der verschiedenen Träger erhielten. Bei aktuellen Problemen lässt sich nun leichter Kontakt herstellen und an die Fachstellen vermitteln.

Deutlich geworden ist bei der Befragung auch der Fortbildungsbedarf von Kollegen/innen im Stadtteil zur Ansprache und zum Verhalten gegenüber suchtkranken Menschen und ihren Angehörigen.

Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Frauen als Thema platzieren

Parallel zu den konkreten Maßnahmen vor Ort trugen wir das Projekt immer wieder in die Öffentlichkeit. Über die einzelnen Veranstaltungen wurde in der Presse informiert. Das Projekt wurde auf einer Tagung für Selbsthilfegruppen aus dem Gesundheitsbereich, im Runden Tisch Frauengesundheit des Landkreises und auf einer hessenweiten Veranstaltung des Büros für staatsbürgerliche Frauenarbeit vorgestellt. Damit konnten wir immer wieder deutlich machen, dass es notwendig ist, sich dem Thema und der Zielgruppe zuzuwenden und Anregungen für die Praxis geben. Besondere Bedeutung kam hier unserer Mitarbeit im Marburger Frauengesundheitsforum zu, bei

dessen „Gesundheitswoche“ wir mit einer Veranstaltung vertreten waren. Dies hat u.a. dazu geführt, dass wir in 2002 zusätzliche Mittel der Stadt Marburg zur Unterstützung unserer Gesundheitsangebote erhielten.

In einem Gespräch mit den Krankenkassen loteten wir Möglichkeiten aus, präventive Gesundheitsförderung mit Unterstützung der Kassen anzubieten. In Folge davon gibt es nun Kurse zum Thema Ernährung am Richtsberg, die von der AOK Hessen in Kooperation mit der Bürgerinitiative für soziale Fragen e.V. (BSF) durchgeführt werden. Ein besonderes Augenmerk liegt hier auf den kulturell unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten. Zukünftig wird ebenso das Ernährungsverhalten von Mädchen thematisiert.

Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter als Thema in der „Sozialen Stadt“ etablieren

Leider ist es uns nicht gelungen, das Thema in der Diskussion um die Programmgestaltung im Bereich „Soziale Stadt“ zu etablieren. So konnten weder am Richtsberg für diesen Ansatz Soziale-Stadt-Mittel akquiriert werden (ein Antrag zur Kofinanzierung der Frauensprechstunde für 2003 wurde abgelehnt), noch konnten wir auf hessischer Ebene eine Einbeziehung der Gesundheitsabteilung des Hessischen Sozialministeriums in die Soziale-Stadt-Diskussion erreichen. Umso erfreulicher ist es, dass – wie diese Tagung zeigt – auf Bundesebene ein Zusammenhang hergestellt wird.

Natürlich ist es nicht damit getan, einzelne Angebote für Frauen zu entwickeln. Zu einer wirksamen Gesundheitsförderung gehört die Einbeziehung aller Lebensbereiche: die Bereitstellung menschenwürdiger Wohnungen, eine sorgenfreie Existenzsicherung und die Schaffung sinnstiftender Tätigkeitsbereiche. Dazu arbeiten wir insgesamt in der Gemeinwesenarbeit.

Leider geht die derzeitige politische Entwicklung in eine Richtung, die unseren Zielen zuwiderläuft. In Hessen wurden uns gerade die Landesmittel für unsere Arbeit gestrichen, so dass uns 2004 ein Drittel weniger Geld zur Verfügung steht. Auf Bundesebene grenzt die Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik sozial Benachteiligte immer weiter aus. Umso wichtiger wird eine Politik- und Arbeitsfelder übergreifende Zusammenarbeit, wie sie diese Tagung anregt.

Ibrahim Yehia

Arabische Gesundheitsberatung

Das Modellprojekt für Familien aus dem arabischen Sprachraum wurde 2001 von dem Gesundheitswissenschaftler (Gesundheitsberater) Ibrahim Yehia in Kooperation mit der Plan- und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamts Berlin-Mitte entwickelt, um die Akzeptanz von Präventionsangeboten bei arabischen Familien zu verbessern und den Zugang zu den Gesundheitsdiensten zu erleichtern. Das Projekt reagiert auf zahlreiche Untersuchungsergebnisse, nach denen gerade Menschen aus dem arabischen Sprachraum Probleme haben, das deutsche Gesundheitsversorgungssystem zu verstehen und zu nutzen.

Eine spezifische Studie hat ein großes Interesse sowie einen Bedarf an muttersprachlicher Beratung und Aufklärung unter Migrantenfamilien in Berlin-Tiergarten nachgewiesen. (Yehia, TU Berlin, 2000)

Seit Oktober 2003 wird das Projekt in Kooperation mit dem Stadtteilverein Tiergarten e.V. und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) durchgeführt.

Schwerpunkte der kostenlosen Beratung sind Kinder- und Jugendgesundheit,

Frauengesundheit sowie Fragen zu allgemeinen medizinischen und gesundheitlichen Problemen und Präventionsangeboten (Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen, Allergieprävention, Ernährungsberatung etc.).

Die Beratung wird in Form eines persönlichen Gesprächs umgesetzt sowie durch Infoveranstaltungen, die in Kooperation mit verschiedenen Kooperationspartnern wie

z. B. Schulen, Kitas, Migrantenvereinen sowie Mädchen- und Jugendprojekten im Kiez organisiert werden.

Durch den Einsatz von Gesundheitsvermittlern aus dem gleichen Kultur- und Sprachkreis wird versucht, die Bevölkerungsgruppe besser zu erreichen, sie zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen zu sensibilisieren und zu aktivieren. Das heißt, dass Migranten für Migranten eingesetzt werden, um die Wirksamkeit und die Akzeptanz der Beratung zu erhöhen.

Die Beratung wird dokumentiert und evaluiert, um Aussagen über das Interesse und den Bedarf unter dieser Zielgruppe machen zu können.

Aus der Erfahrung möchte ich hier über zwei Aspekte berichten, die bei der Durchführung des Projekts von großer Bedeutung waren:

Der Einsatz des Gesundheitsvermittlers (Key Person) ist eine Strategie, die ihre Wirksamkeit

im Laufe des Projekts gezeigt hat. Multiplikatoren/innen mit Sprach- und Kulturkompetenz besitzen Bereitschaft und die Fähigkeit, arabische Familien in ihrem Kreis anzusprechen und verschiedene gesundheitsrelevante Themen (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Allergieprävention) in dieser Zielgruppe anzugehen. Sie helfen auch bei der Organisation der Gesundheitsinfoveranstaltungen. Durch ihren Einsatz hat die Teilnahme an den kleinen spezifischen Infoveranstaltungen zugenommen.

Die kulturelle Zugehörigkeit der Klienten ist ein anderer Aspekt, der häufig als ein Hindernis für die Inanspruchnahme der verschiedenen Präventions- und Beratungsangebote zu sehen ist. Diese Erfahrung habe ich während meiner Beratungstätigkeit gemacht. Manche Klienten meinen, dass Präventionsangebote und Beratungsstellen Teil der deutschen Kultur seien. Sie fühlen sich dadurch nicht angesprochen, weil sie sich zu dieser „deutschen“ Kultur nicht zugehörig fühlen. So sagte eine Klientin zu mir, als ich ihr eine Beratung beim SPD (Sozialpsychiatrischer Dienst) empfahl, ich sei zu deutsch.

Die Beratung findet jeden Dienstag im Integrationszentrum in der Pohlstr. 74 am Magdeburger Platz von 16 bis 17.30 Uhr statt und wird von Herrn Yehia durchgeführt.

Integrationsstrategien durch das Quartiersmanagement Magdeburger Platz

Was ist ein Quartiersmanagement?

Berlin hat siebzehn Quartiersmanagement-Gebiete. Dies sind Gebiete mit hohem und besonderem Entwicklungsbedarf. Das Quartiersmanagement, oder kurz QM genannt, wird über das Bund-Länder-Programm finanziert. QM gibt es seit 1999.

Die Aufgabe von Quartiersmanager/innen ist es, in einem umrissenen Gebiet stadtplanerische und soziale Ideen in Zusammenarbeit mit den Bewohner/innen zu entwerfen, nach Finanzierungsmöglichkeiten zu suchen und sie schließlich umzusetzen. Das QM begreift Stadtentwicklung als ein Zusammenspiel von baulichen, sozialen und gewerblichen Aufgaben. Quartiersmanagement heißt insbesondere:

- initiieren,
- anschieben. Anschieben bedeutet, Projekte in Gang zu bringen, sie vorübergehend zu finanzieren und dann abzugeben, also nicht auf Dauer weiterfinanzieren. Hierin liegen im sozialen Bereich Schwierigkeiten, weil die so genannte Anschubfinanzierung meist zu kurz angelegt ist.
- moderieren. Moderieren bedeutet, Netzwerke herzustellen und diese zu begleiten.

Das Quartiersmanagement Magdeburger Platz

Träger des QM Magdeburger Platz ist der Stadtteilverein Tiergarten e.V., ein Verein, der auch noch in anderen Arbeitsfeldern der sozialen Arbeit tätig ist. So gibt es neben der Jugendarbeit auch einen Nachbarschaftstreff für Senioren, auch Beschäftigungsprojekte werden durchgeführt.

Lage

Das Quartiersgebiet befindet sich im Bezirk Mitte von Berlin, genau im Stadtteil Tiergarten-Süd. Es befindet sich in einer Randlage zum Bezirk Schöneberg-Nord. Im Schöneberger Norden gibt es ebenfalls ein QM-Gebiet. Die beiden Gebiete haben von ihrer Lage und Sozialstruktur viele Gemeinsamkeiten. Die Bezirksgrenze trennt die beiden Gebiete, was sich leider in Kooperationsbemühungen mit diesem QM auf der Verwaltungsebene oft als schwierig erweist. Auf der nördlichen Seite des QMs Magdeburger Platz ist die Grenze zu einem Botschaftsviertel im Bezirk Mitte. Hier herrscht eine völlig andere Struktur vor. Tiergarten-Süd – in dem unser QM sich befindet – ist in seiner Randlage von den Versorgungseinrichtungen

und Behörden des Bezirks Mitte weitgehendst isoliert. Die Wege zu diesen Einrichtungen sind sehr weit.

Wohnbevölkerung

Es leben ungefähr 8700 Menschen im QM Magdeburger Platz. Der Ausländeranteil beträgt etwa 36 Prozent. Die größte Gruppe ist türkischer Abstammung, aber es wohnen hier auch viele Menschen aus dem arabischen Sprachraum – hier vor allem Palästinenser/innen aus dem Libanon mit einem ungesicherten Aufenthaltsstatus, Kurden, Menschen aus Osteuropa und etlichen anderen Herkunftsländern. Bemerkenswert ist, dass hier sehr viele Familien mit Kindern leben.

Im Gebiet gibt es zwei Grundschulen. In der einen beträgt der Ausländeranteil 90 Prozent, in der anderen liegt der Anteil mit circa 50 Prozent darunter.

Sozialstruktur

Zusammenfassend ist in diesem Stadtteil folgendes festzustellen:

- Es gibt sehr viele Sozialhilfeempfänger (ihre Zahl liegt über dem Berliner Durchschnitt).
- Besonders viele Familien mit Kindern leben von Sozialhilfe (die Zahl liegt im Berliner Durchschnitt im Bezirk Mitte am höchsten).
- Unter den Familien, die von Sozialhilfe leben, sind wiederum viele Familien mit Migrationshintergrund.
- Das Bildungsniveau ist eher niedrig, weniger Menschen haben hier eine Ausbildung und einen höheren Schulabschluss.
- Im Stadtteil Tiergarten sind doppelt so viele Menschen ohne Berufsausbildung wie der Berliner Gesamtdurchschnitt. Dies hat zur Folge, dass eine Arbeitsintegration noch schwieriger wird.
- Im Jahr 2001 lag die Arbeitslosigkeit im Stadtgebiet Tiergarten bei zwanzig Prozent, davon waren Migranten/innen verstärkt betroffen.
- Das Haushaltsnettoeinkommen liegt deutlich unterhalb des Berliner Durchschnitts.

(Quelle: Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Soziales [November 2001]: Gesundheitliche und soziale Lage der Schulanfänger in Berlin-Mitte)

Situationsbeschreibung

Das QM Magdeburger Platz hat mit Drogenproblematik und Prostitution im Stadtteil zu

kämpfen, darüber hinaus ist es mit folgenden Problemen und Entwicklungen konfrontiert:

Es gibt im Quartier sehr viele Kinder, die nicht „versorgt“ werden. Sie halten sich auf der Straße auf, ziehen in Gruppen umher und fallen auch in strafrechtlicher Hinsicht auf, obwohl sie noch strafunmündig sind. Deshalb wurden jetzt vom Bezirksamt/Jugendamt insgesamt drei Sozialpädagogen-Stellen eingerichtet, die sich gezielt um diese Kinder kümmern.

Im QM-Gebiet ist der soziale Wohnungsbau sehr ausgeprägt. Dies allein stellt noch kein Problem dar. Problematisch ist vielmehr die Entwicklung der letzten Jahre, dass wer es sich leisten kann, aus dem Stadtteil wegzieht, und arme Familien, meist ausländischer Herkunft nachziehen. Durch die Einführung der Fehlbelegungsabgabe sind viele stabilere Familien weggezogen, und es bildete sich eine Abwärtsentwicklung in Richtung soziale Armut heraus. Es fehlt im Quartier eine gesunde soziale Mischung.

An zwei Standorten des sozialen Wohnungsbaus ist die Lage besonders prekär. Dort wohnen zu wenige intakte Familien, die ausgleichend wirken könnten, es gibt zu viele Kinder, die nicht gefördert werden und weitgehendst sich selbst überlassen sind. Die Familien sind überfordert, dazu kämpfen sie oft mit Defiziten in der deutschen Sprache und kommen mit unserem System nicht gut zurecht. An diesen Standorten kommt es zu Vandalismus und Gewaltanwendung etc.

Besonders problematisch erweist sich der über viele Jahre ungesicherte Aufenthaltsstatus der hier lebenden Staatenlosen und vor allem der von Palästinensern und Kurden aus dem Libanon mit einem so genannten ungeklärten Status. Gerade diese Gruppe schottet sich sehr ab, der Zugang zu diesen Menschen ist nicht einfach.

Der Bezirk Mitte hat 2001 einen Bericht zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Schulanfänger/innen in seinem Bezirk herausgegeben. Dort wird der Zusammenhang von sozialer Armut, Bildungsstand, Migrationshintergrund und Gesundheitszustand nachvollziehbar dargelegt. Hier besteht ein besonderer Bedarf an gesundheitlicher Aufklärung und Förderung.

Die schlechte Wirtschaftslage verschärft diese Probleme zunehmend. Gewerbe zieht weg, es gibt einen großen (Laden-)Leerstand. Die Folge davon ist, dass die vorhandenen Arbeits- und Ausbildungsplätze im Gebiet weniger werden.

Integrationsansatz

Integration wird als ganzheitliche Aufgabe des QMs gesehen. Das QM bearbeitet neun strategische Ziele. Integration ist eines der strategi-

schen Ziele, wird aber auch als Querschnittsaufgabe gesehen, die in die anderen Ziele hineinwirkt. So gibt es enge Verknüpfungen z. B. mit den Arbeitsfeldern Jugend, Bildung und Gesundheit. Gesundheitliche Themen werden in der allgemeinen Beratungsarbeit aufgegriffen. Gesundheit wird von uns als Teilbereich der zu bearbeitenden Themen behandelt. Es gibt erhebliche soziale Probleme, Gesundheit gehört hier mit dazu.

Integration wird auf verschiedenen Ebenen bearbeitet. So sind wir z. B. mit dem Wohnungsamt im Gespräch bzgl. der Abschaffung der Fehlbelegungsabgabe an unseren Standorten mit sozialem Wohnungsbau. Ziel ist, dass wieder eine stabilisierende soziale Mischung entstehen soll.

Die Integrationsprojekte

1. Das Integrationszentrum

Das Integrationszentrum ist noch relativ jung, es wurde im Jahr 2001 eingerichtet. 2002 wurde die inhaltliche Arbeit intensiviert, Ende 2002 konnte ein Koordinator eingestellt werden. Das Zentrum ist ein Ort der Begegnung und des Kennenlernens für die Bewohner/innen im Stadtteil, integrationsfördernde Angebote werden ihnen hier unterbreitet. So finden verschiedene Beratungsangebote, Veranstaltungen und Projekte in unterschiedlichen Sprachen statt. Wir beziehen uns dabei hauptsächlich auf die im Stadtteil lebenden Familien, vor allem Migranten. Ein arabisch sprechender Koordinator organisiert die Arbeitsabläufe der Einrichtung, zudem arbeiten Mitarbeiter/innen aus unterschiedlichen Förderprogrammen in der Verwaltung. Eine öffentlich zugängliche Internet-Station wird betreut, Sprachmittler aus verschiedenen Kulturen (türkisch, russisch, arabisch) sind im Zentrum tätig. Verschiedene Vereine nutzen die Räumlichkeiten abends und am Wochenende für ihre Aktivitäten.

Das Integrationszentrum kooperiert mit den anderen Projekten und Trägern im Stadtteil.

Das Projekt „Gesundheitsberatung in arabischer Muttersprache“, das in Kooperation mit dem Bezirksamt Mitte (Plan- und Leitstelle Gesundheit) durchgeführt wird, ist im Integrationszentrum angesiedelt (s. Beitrag von Ibrahim Yehia). Dies ist unser einziges „richtiges“ Gesundheitsprojekt.

2. Niedrigschwellige Familienhilfe (NFH)

Entstehung: Wegen der großen Schwierigkeiten des QM, mit den vielen im Quartier lebenden Migrantenfamilien in Kontakt zu kommen und sie für die Angebote im Integrationszentrum zu interessieren, wurde ein spezielles auf diese Zielgruppe zugeschnittenes Projekt entwickelt. Da die meisten Angebote des Integra-

tionszentrums eine Komm-Struktur aufweisen, die offensichtlich den Migrantenfamilien nicht entgegen kommt, wurde der Ansatz der aufsuchenden Hilfe gewählt.

Über den Kontakt mit dem Bezirksamt Mitte (Plan- und Leitstelle Gesundheit) wurde uns die Evangelische Fachhochschule Berlin für Sozialarbeit mit dem bereits bestehenden studentischen Projekt Niedrigschwellige Familienhilfe (NFH) vermittelt. In Kooperation mit dem Bezirksamt und der Fachhochschule wurde für unser QM-Gebiet das Familienprojekt konzipiert und entwickelt.

Das Projekt NFH

Niedrigschwellige Familienhilfe gibt es seit 2001, NFH wurde als studentisches Projekt im Bezirk Mitte entwickelt, um Familien in schwierigen Situationen zu unterstützen, es wurde jedoch nicht für unseren Stadtteil eingesetzt. Das Projekt ist an den Kinder-, Jugend- und Gesundheitsdienst des Bezirksamts angegliedert. Studenten/innen der Sozialarbeit führen im Rahmen eines Praktikums in ihrem Schwerpunktseminar Familienhilfe die aufsuchende Familienarbeit durch.

Ziele des Projekts

1. Mit dem NFH-Projekt sollen insbesondere die Familien erreicht werden, die trotz eines erhöhten Bedarfs von herkömmlichen Beratungs- und Unterstützungsangeboten nicht erreicht werden.

2. Zu diesem Familien soll im Projekt Vertrauen aufgebaut und Aufklärung über Regelangebote geleistet werden, die in Anspruch genommen werden können. Ziel ist die Annahme von Präventions- und Hilfsangeboten.

3. Mit dem Projekt sollen insbesondere Negativentwicklungen in den Familien abgewendet werden, NFH hat hier präventiven Charakter. Durch frühzeitige Intervention soll verhindert werden, dass gravierende Probleme mit möglichen Folgeschäden eintreten.

Merkmale von NFH

- freiwillig,
- unbürokratisch (keine Antragstellung, kein Amt),
- vertraulich (keine Berichtspflicht),
- hat präventiven und integrationsfördernden Charakter,
- kann sofort einsetzen,
- NFH ist eine aufsuchende Unterstützung, der Einsatz findet i.d.R. in den Familien statt,
- orientiert sich am Bedarf der Familien,
- kann einmalig, kurzfristig oder länger sein,
- hat „Brückenfunktion“ durch die Vermittlung der Familien hin zu anderen Fach-

diensten,

- Grenzen: Gefährdung des Kindes (§ 1666 BSHG).

Niedrigschwellige Familienhilfe im QM Magdeburger Platz

Für das NFH-Projekt wurde im Integrationszentrum das Familienbüro eingerichtet. Eine Sozialarbeiterin koordiniert und leitet zur Zeit fünf Studentinnen der Evangelischen Fachhochschule an. Familien in Tiergarten-Süd haben die Möglichkeit, sich hier Hilfe und Unterstützung zu holen. Bisher erfolgen die Kontakte zu den Familien in erster Linie über den Kinder-, Jugend- und Gesundheitsdienst (KJGD) des Bezirksamts. Der KJGD hat den Erstkontakt bei Neugeborenen in Berlin und bietet Beratung an.

Familien werden aber auch von den im Integrationszentrum tätigen Sprachmittler vermittelt. Ebenso erhalten die Familienhelfer/innen von den Sprachmittlern des Integrationszentrums bei Bedarf Unterstützung. Die Mitarbeiter/innen von NFH erhalten Supervision und themenspezifische Fortbildung.

Zielgruppen

Familien in Tiergarten-Süd, die Hilfe benötigen und wünschen. Dazu gehören insbesondere Migranten/innen unabhängig vom Aufenthaltsstatus, kinderreiche Familien, Alleinerziehende und junge Mütter.

Bisherige Erfahrungen

Das NFH-Projekt in Tiergarten-Süd ist noch sehr jung, das Projekt startete im Herbst 2003. Die ersten Erfahrungen, die bisher mit NFH gemacht wurden, sind allerdings positiv, wie in mehreren Berichten und Diplomarbeiten dargestellt wird.

In Tiergarten-Süd haben die Studenten/innen ihre Arbeit in den Familien aufgenommen. Konkret findet der Einsatz in fünf Familien statt, weitere fünf Familien werden regelmäßig im Familienbüro und Integrationszentrum beraten. Durch den KJGD wurden bisher vier Familien vermittelt, was positiv zu bewerten ist, da die Kontakte der Familien zum KJGD und Jugendamt eher negativ besetzt sind. Behördenferne Stellen werden nach den Erfahrungen von NFH-Mitarbeiter/innen besser angenommen.

Die Inhalte der NFH-Arbeit reichen von der Hilfe und Begleitung bei Behördengängen, Hilfe bei Antragstellungen, Hilfe bei der Organisation des Haushalts oder der Organisation von Betreuungsplätzen bis hin zu Gesprächen über die Alltagsbewältigung, Unterstützung bei Konfliktlösungen, Informationen und Vermittlung von Hilfsangeboten oder die gezielte und individuelle Betreuung einzelner Familien-

mitglieder.

Seit Projektbeginn hat sich gezeigt, dass der Bedarf an einer allgemeinen Sozialberatung vor Ort sowie an einer alltagspraktischen Hilfe in den Familien sehr groß ist.

Bewertung und Weiterführung

Die Erfahrungen von NFH in Tiergarten-Süd werden dokumentiert und evaluiert. Nachdem der aufsuchende, niedrigschwellige Ansatz bisher gut angenommen wird, werden wir diese Arbeit weiter fortsetzen und entwickeln. Es hat sich gezeigt, dass im Vorfeld – bevor das Amt (Jugendamt/Sozialer Dienst) tätig werden muss – ein Hilfsangebot eingerichtet werden muss, das vor allem auf die Bedarfslage von benachteiligten Migrantenfamilien eingeht und entsprechende Angebote unterbreitet.

NFH hat zudem den Vorteil, dass es bei der Hilfe von Migranten/innen nicht nach dem Aufenthaltsstatus sehen muss. Dies ist von Amtswegen oft ein Problem, das verhindert, dass Unterstützung gewährt werden kann.

Als konstruktiv hat sich die Ansiedlung des Projekts im Integrationszentrum erwiesen. Besonders die Zusammenarbeit mit den Sprachmittler, insbesondere aus dem arabischen, kurdischen, türkischen und russischen Sprachraum, ist notwendig für das NFH-Projekt, denn wie sich zeigt, ist interkulturelle Vermittlung zur Vertrauensherstellung immens wichtig.

Geplant ist eine gemeinsame Fortbildung der NFH-Mitarbeiter/innen und der Sprachmittler hinsichtlich einer verbesserten Zusammenarbeit. Die Fachlichkeit im interkulturellen Bereich ist hier von großer Bedeutung und darf keinesfalls vernachlässigt werden.

Die Kooperation mit dem Bezirksamt hat sich bewährt, ebenfalls die Kooperation mit der Fachhochschule. Von dieser kommt wichtiger fachlicher Input, das Projekt wird von ihr begleitet und evaluiert.

3. Elternarbeit in den Kitas

Im QM Magdeburger Platz gibt es vier bezirkseigene Kitas. Von den Erzieher/innen, die alle deutscher Herkunft sind, wird beklagt, dass sie keinen Kontakt zu den vielen ausländischen Familien bzw. Eltern bekommen. Die Kommunikation sei sehr schwierig, Elternabende würden schlecht besucht. So kam das Projekt „Elternarbeit“ zustande. Eine türkische, angehende Erziehungswissenschaftlerin wurde auf Honorarbasis beschäftigt und damit beauftragt, drei der Kitas in Bezug auf Elternkontakte zu unterstützen. Sie ist abwechselnd regelmäßig zu bestimmten Zeiten in den Kitas anwesend und bietet Elterngespräche an. Durch die kulturellen Kenntnisse der Mitarbeiterin und auch dadurch, dass sie sich in ihrer Muttersprache

mit den Eltern unterhalten kann, schafft sie es, das Vertrauen der Eltern zu gewinnen. Sie berät, informiert, vermittelt an andere Stellen weiter, organisiert themenbezogene Veranstaltungen auch im Bereich Gesundheit etc. Insgesamt wird das Projekt von allen Beteiligten (Kita-Erzieher/innen, Eltern, Projektmitarbeiterin) positiv bewertet.

Perspektive

Wir haben unsere Integrationsarbeit schwerpunktmäßig auf die Familien konzentriert, da wir hier den größten Bedarf sehen. Der aufsuchende niedrigschwellige Ansatz unter Einbeziehung der Sprachvermittler/innen hat sich bewährt. Die Bewohner/innen ausländischer Herkunft haben das Vertrauen gewonnen und können Hilfen besser annehmen. Die Kombination der Sprachmittler, die i.d.R. über keine fachspezifische Ausbildung verfügen und vielleicht gerade deswegen das Vertrauen zu den Migranten/innen herstellen können, und der Einsatz professioneller Fachkräfte ergänzt sich gut. Weiterführende Hilfen können eingeleitet werden, die Menschen an andere Dienste oder Bildungseinrichtungen vermittelt werden.

Bezüglich der Finanzierung steht uns allerdings noch ein weiter Weg bevor. Alle Projekte sind ausschließlich über das Programm Soziale Stadt im Rahmen eines Anschubs finanziert. Das Ende der Finanzierung ist also absehbar.

Gemeinsam mit der Senatsverwaltung, dem Integrations- und Migrationsbeauftragten und dem Bezirksamt Mitte wird zurzeit nach Lösungen gesucht, die sich hoffentlich finden lassen. Zumindest sollte eine Grundfinanzierung gewährt werden, so dass weitere Projekte über andere Fördertöpfe beantragt und entwickelt werden können.

Ernährungsverhalten von 3- bis 6-jährigen Kindern verschiedener Ethnien im Quartier Soldiner Strasse, Berlin-Wedding

Nicht nur bei deutschen, sondern auch bei nichtdeutschen Kindern entwickelt sich Adipositas zunehmend zu einem ernstem Gesundheitsproblem. Untersuchungen in Berlin (Delekat/Kis 2001) belegen, dass die Prävalenz von Adipositas bei türkischstämmigen 5 bis 7-Jährigen doppelt so hoch ist wie bei deutschen Kindern. Gleichzeitig liegen über das Ernährungsverhalten von Migrantenkindern bzw. deren Familien in Deutschland kaum Informationen vor. Entsprechende Kenntnisse sind aber für die Entwicklung zielgruppengerechter Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme erforderlich.

Im März 2002 wurde in zwei Kindertagesstätten in einem sozialen Brennpunkt in Berlin-Wedding eine Untersuchung zum Ernährungsverhalten von 3 bis 6-jährigen Kindern durchgeführt (Bau 2002). Es wurden anhand eines dafür entwickelten standardisierten Fragebogens die Eltern bzw. Mütter von insgesamt 199 Kindern befragt. 138 der ausgegebenen Fragebögen konnten für diese Studie ausgewertet werden.

Unabhängig von den Staatsangehörigkeiten der Kinder wurde deren ethnische Zugehörigkeit anhand der jeweiligen Muttersprache der Mutter bestimmt. Die Auswertung der Daten erfolgte nach einer Differenzierung der Gruppen von Kindern mit Müttern, die deutsch (n=23), türkisch (n=77), b-s-k-r (Sprachen des Ex-Jugoslawien, n=17) oder eine andere (n=20) Muttersprache sprechen.

Das ermittelte Ernährungsverhalten wurde daraufhin verglichen mit den Empfehlungen des Forschungsinstitutes für Kinderernährung in Dortmund (Kersting/Zempleni/Schöch 1993 a, b). Der Vergleich ergab, dass die Verzehrhäufigkeiten für Lebensmittel im Mittel den deutschen Empfehlungen entsprechen, sich allerdings je nach ethnischer Zugehörigkeit der Kinder teilweise deutlich unterscheiden: So ist der Anteil an Lebensmitteln mit hoher Nährstoffdichte wie Gemüse, Obst, Fleisch, Nudeln, Reis und Kartoffeln sowie Milchprodukte bei Kindern türkischer und deutscher Herkunft sehr günstig. Der Anteil „ungünstiger“ Lebensmittel wie Fast Food (z. B. Pommes frites), Knabberartikel, Süßigkeiten und Limonaden ist bei allen Kindern aus nichtdeutschen Gruppen deutlich erhöht.

Insgesamt sind die Verzehrmuster von Kindern türkischer und deutscher Herkunft sehr ähnlich, im Unterschied zu Kindern aus dem

ehemaligen Jugoslawien und zu Kindern anderer Herkunft.

Die Studie zeigt, dass die Ernährungsmuster der Kinder verschiedener ethnischer Herkunft weder von den deutschen Sprachkenntnissen noch der Aufenthaltsdauer der Mutter in Deutschland beeinflusst werden, wie auch Schmid in ihrer Studie belegen konnte (Schmid 2002).

Im Rahmen der Studie wurde ein großer Bedarf an Ernährungsberatung für die untersuchten Bevölkerungsgruppen und -schichten festgestellt. Der Schwerpunkt sollte in der Verbreitung von allgemeinen Informationen zur gesunden Ernährung und Ernährungserziehung von Kindern liegen. Als Aufklärungsform sollte zunächst auf Informationsbroschüren zurückgegriffen werden. Informationen sollten unbedingt mehrsprachig verfasst werden. Um Zugang zu den verschiedenen Zielgruppen zu erhalten, sollten bestehende Einrichtungen wie Kindertagesstätten, Schulen und religiöse Gemeinschaften genutzt werden.

Literatur:

- Bau, A-M. (2002): Ernährungsverhalten von 3-6-jährigen Kindern verschiedener Ethnien im Quartier Soldiner Strasse, Berlin-Wedding, Freie wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades Magistra Public Health (MPH), Studiengang Public Health/ Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin, Berlin
- Bezirksamt Mitte von Berlin, Abteilung Gesundheit und Soziales (November 2001): Gesundheitliche und soziale Lage der Schulanfänger in Berlin-Mitte
- Bezirksamt Mitte von Berlin, Abteilung Gesundheit und Soziales (Oktober 2003): Jugendgesundheit in Berlin-Mitte, Band 3
- Bingel, G./Rattay, P. (2002): Zwischen Fürsorge und Eigenständigkeit. Die Verselbständigung im betreuten Wohnen aus der Sicht von jungen Frauen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, Jg. 149, Heft 2, S. 68-72
- Bingel, G./Rattay, P./Streich-Rickel, A. (1999): „Typisch Frau gibt's gar nicht“ – Selbstbild, Frauenbild und Zukunftswünsche von jungen Frauen im Betreuten Wohnen
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002): Gender Mainstreaming. Was ist das? Bonn
- BMBWK – Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur/Österreich (Hg.) (2001): Gender Mainstreaming. Leitfaden für Projekt- und Programmverantwortliche. www.bmbwk.gv.at/medien/7402_PDFzuPubID329.pdf (13.04.2003)
- BMBWK – Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur/Österreich (Hg.) (2002): Geschlechtergerechtes Formulieren. <http://193.170.191.180/info/leitfaden.pdf> (13.04.03)
- Burchat-Harms, R. et al. (Hg.): „Alter Zopf und neue Hüte“ – Geschlechtsdifferenzierende Pädagogik in der Jugendhilfe. Stand und Perspektiven. Dokumentation der Fachtagung vom 15./16.10.1998. Berlin, S. 82-94
- Council of Europe (1998): Gender Mainstreaming – Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken. Schlussbericht über die Tätigkeit der Group of Specialists on Mainstreaming. German Version. EG-S-MS (98) 2. Strasbourg
- Delekat, D./Kis, A. (2001): Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2000-1, Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Referat Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialin-formationssysteme, Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin
- Eichler, M. et al. (2002): Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung (deutsche Bearbeitung von Fuchs, J./Maschewsky, K./Maschewsky-Schneider, U.). Berlin
- Franzkowiak, P./Helfferich, C./Weise E. (1998): Geschlechtsbezogene Suchtprävention. Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Köln
- Fuchs, J./Maschewsky-Schneider, U. (2002): Geschlechtsangemessene Publikationspraxis in den Gesundheitswissenschaften im deutschsprachigen Raum? – Ergebnisse einer Literaturreview. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 64, S. 284-291
- Helfferich, C. (2002): Ausdifferenzierung in der Prävention. In: Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit. Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention. Anhang II. www.bmg-gesundheit.de/bmg-text/themen/drogen/ratgeber (13.01.03), S. 55-66
- Jahn, I./Kolip, P. (2002): Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. www.gesundheitsfoerderung.ch/de/pro/files/pro_geschlecht_kriterium_kolip.pdf (15.09.03)
- Kersting, M./Zempleni, G./Schöch, G. (1993a): Optimierte Mischkost als Präventionsnahrung für Kinder und Jugendliche. Ernährungs-Umschau 40: S.164-168
- Kersting, M./Zempleni, G./Schöch, G. (1993b): Optimierte Mischkost als Präventionsnahrung für Kinder und Jugendliche – Teil 2. Ernährungs-Umschau 40: S.204-209
- Leppin, A./Pieper, E./Szirmak, Z./Freitag, M./Hurrelmann, K. (1999): Prävention auf den zweiten und dritten Blick: Differentielle Effekte eines kompetenzorientierten Suchtpräventionsprogramms. In: Kolip, P. (Hg.): Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Weinheim, S. 215-234
- Maschewsky-Schneider, U. (2002): Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes. In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, Jg. 34, Heft 3, S. 493-503
- Meyer D. (2003): Gender Mainstreaming – als Herausforderung an eine sozialraumorientierte Kinder- und Jugendhilfe. In: Journal der Regiestelle E&C, Heft 9, S. 1-8
- Meyer, D./von Ginsheim, G. (2002): Gender Mainstreaming. Zukunftswege der Jugendhilfe. Ein Angebot. Berlin

- Ohms, C./Schenk, C. (2003): Diversity – Vielfalt als Politikansatz in Theorie und Praxis: Von einer Zielgruppenpolitik hin zu einer „Politik der Verschiedenheit“ (Politics of Diversity). Vortrag auf dem Fachtag des Hessischen Sozialministeriums, Wiesbaden (25. April 2003). <http://www.christina-schenk.de/politik/diversity-management/diversity-wiesbaden-03.pdf> (15.01.2004)
- Rattay, P./Maschewsky-Schneider, U. (2004): Geschlechtersensibilität als Qualitätskriterium der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche. In: Luber, E./Geene, R. (Hg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen? Frankfurt a.M., S. 135-148
- Rattay, P./Maschewsky-Schneider, U. (2003): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsforschung. In: BDKJ-Journal, Jg. 12, Heft 11, S. 8-9
- Rattay, P. (2003): Psychosoziale und medizinische Beratung in der Schule. Bedarf und Interesse der SchülerInnen sowie Möglichkeiten der Gestaltung am Beispiel der Friedrich-Ebert-Oberschule in Berlin. Berlin
- Rattay, P. (2002): Psychosoziale und medizinische Beratung in der Schule. Bedarf, Interesse und Gestaltungsmöglichkeiten. In: Bundesgesundheitsblatt, Jg. 45, Heft 5, S. 430-437
- Rattay, P./Bingel, G. (2002): Verselbständigung von jungen Frauen im Betreuten Wohnen – Ergebnisse einer Studie. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Heft 2, S. 121-125
- Rattay, P./Luber, E. (2000): Jugendgesundheitsuntersuchungen - ein Beitrag zur Gesundheit von Jugendlichen? In: Impluse, Heft 27, S. 4-5
- Rattay, P. (1996): „Du hast heute viel mehr Möglichkeiten, dein Ding zu machen.“ Eine qualitative Studie zu Gestaltungsfreiräumen von ErzieherInnen in Ostberliner Heimen vor, während und nach der Wende. Berlin
- Schmid, B. (2002): Ethnische Ernährungsweisen und ihre Veränderung – Ernährungsgewohnheiten von italienischen, griechischen und türkischen Migrantinnen in Süddeutschland. In: Gedrich, K.; Oltersdorf, U. (Hrsg.): Ernährung und Raum: Regionale und ethnische Ernährungsweisen in Deutschland. Berichte der Bundesforschungsanstalt für Ernährung (BFE-R--02-01), Karlsruhe
- Women's Health Bureau/Health Canada (Hg.) (2003): Exploring Concepts of Gender and Health. www.hc-sc.gc.ca/english/women/pdf/exploring_concepts.pdf (28.07.03)

Arbeitsgruppe 6:

Gesunde Städte – solidarische Städte? Auswirkungen des Gesunde-Städte-Netzwerkes auf benachteiligte Quartiere

Der Gesundheits-Pavillon – Zentrum für Ernährungsberatung in Theorie und Praxis: Ein Modellprojekt für präventive Gesundheitsmaßnahmen in Berlin-Kreuzberg

Man kann es in der Politik und in den Medien verfolgen: Im öffentlichen Bewusstsein nimmt die Erkenntnis zu, dass präventive Gesundheitsmaßnahmen ein wichtiger Bestandteil der Zukunftssicherung aller Bevölkerungsschichten sind. Zunehmende Fehlernährung – insbesondere bei Kindern und Jugendlichen – sowie andere krankmachende Alltagsbedingungen wie mangelnde Bewegung, Alkohol- und Drogenkonsum führen zu Krankheitsanfälligkeit, Dickleibigkeit oder Magersucht und bedeuten ernst zu nehmende Risikofaktoren für die ganze Gesellschaft.

Im Gebiet der AKTION WASSERTOR, ein Projekt der Sozialen Stadtentwicklung in Berlin-Kreuzberg, wird mit dem Bau eines „Gesundheits-Pavillons – Zentrum für Ernährungsberatung in Theorie und Praxis“ modellhaft der Versuch unternommen, durch weit gefächerte Informationen und Praxisangebote zur Verbesserung gesundheitsbewusster Lebensformen beizutragen. Das Wohnviertel ist im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus in den 70er Jahren und danach entstanden und heute ausgewiesen als „Gebiet mit besonderem Entwicklungsbedarf“. Als sozialer Brennpunkt und Stadtteil mit einem hohen Ausländeranteil (es leben mehr als vierzig verschiedene Nationen im Gebiet) ist es das Ziel, durch integrierte Handlungsansätze bauliche Maßnahmen und die Aufwertung nachbarschaftlicher Kommunikation und Eigenverantwortung zu verknüpfen. Die bauliche Finanzierung erfolgt durch die Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin.

Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung mit Außenwirkung

Das Konzept für den Gesundheits-Pavillon zielt auf eine stadtteilbezogene Gesundheitsförderung, will darüber hinaus aber auch Menschen erreichen, die nicht in unmittelbarer Nähe des Standortes leben. Der Standort in der Wassertrorstraße 4 ist eine Ende des 19. Jahrhunderts in Backsteinbauweise errichtete Schule. Heute wird das Gebäude mit einem schönen, von alten Kastanien bewachsenen Innenhof durch die Volkshochschule Friedrichshain-Kreuzberg genutzt. Eines der ehemaligen Toilettenhäuschen wird rückgebaut und ein ebenerdiger Pavillon mit etwa 145 qm Grundfläche entstehen. Die VHS wird Träger des Gesundheits-Pavillons

sein (vgl. den Beitrag von Bernd O. Hölter in dieser Dokumentation), Bauherr des Bauvorhabens ist das Büro Paechter & Partner in Berlin.

Der Gesundheits-Pavillon will auch Zielgruppen außerhalb des VHS-Angebots erreichen. Es ist beabsichtigt, mit verschiedenen Kooperanten und Unterstützern (z. B. bezirkliche Gesundheitsberatung, Bundesministerien, Ärztekammer, Krankenkassen, Verbände, Vereine, Gesundheitsinitiativen, Medien, Verlage ...) das Haus zu einem Zentrum gesellschaftlicher Neu- und Umorientierungen in Sachen Gesundheitsprävention zu machen: Die Initiatoren des Projekts wollen zusammen mit Unterstützern durch ein breites Spektrum von Angeboten eine Aufbruchstimmung für die Einsicht erzeugen, dass Gesundheit Spaß machen kann und gesundheitsbewusstes Leben gar nicht so schwer zu realisieren ist.

Gesundheits-Pavillon – Ort der Kommunikation

Unterschiedliche Lehr- und Kommunikationsangebote sollen für unterschiedliche Zwecke und Zielgruppen und in unterschiedlichen regionalen Zusammenhängen präsentiert werden. Dies bezieht sich zum einen auf die unmittelbare Nachbarschaft, das Quartiersmanagement Neues Kreuzberger Zentrum, und den Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg, aber auch auf die Regionen Berlin und Brandenburg. Eine überregionale Ausstrahlung, z. B. durch die Unterstützung der Medien, etwa Fernsehübertragungen von spannendem Schaukochen oder Informationsveranstaltungen, wird angestrebt.

Das Angebotsspektrum wird vielfältig sein: Information, Kommunikation, sinnliche Anschauung sollen in einer attraktiven Mischung den Gesundheits-Pavillon zu einem Ort machen, an dem man sich gerne aufhält. Eigene Lebenserfahrungen und Kulturbezüge sollen dabei ebenso Berücksichtigung finden wie Informationsangebote von Profis.

Flexible Nutzungsmöglichkeiten sollen es erlauben, im Gesundheits-Pavillon Schaukochen ebenso wie Seminare, Kinovorführungen, Ausstellungen oder Tagungen zu veranstalten. Durch die räumliche und organisatorische Verbindung zur VHS können im Bedarfsfall auch Räumlichkeiten des Hauptgebäudes mit einbezogen werden.

Vorgesehene Themenangebote sind zum Beispiel:

- Ernährungsberatung durch Speisenangebote einer Modellküche, Kurse für unterschiedliche Zielgruppen (Kinder, Dicke, Kranke, ältere Personen, Migranten, Kochen in anderen Ländern etc.),
- Beratung über gesundheitsbewusste Ernährung von Kindern und Jugendlichen und entsprechender Elternberatung,
- Weiterbildung spezieller ethnischer und sozialer Gruppen (Fast Food-Essen, Kinderernährung in der Werbung, Frauen als Haushaltskoordinatorinnen etc.).

Realisation und Vorbereitungen

Mit den baulichen Maßnahmen wurde im Sommer 2004 begonnen. Davor brachte die AKTION WASSERTOR durch Aktionen im Stadtraum das Thema bereits ins Gespräch. Den Auftakt machte die Veranstaltung im März 2004, „Vital in den Frühling – Infos und Treffs zum Thema Gesundheit“. In Kooperation mit dem Gesunde-Städte-Netzwerk wurde unter dem Motto „gesund und sicher – mach mit!“ im Juni ebenfalls in Kreuzberg ein buntes Familienprogramm mit Kindertheater, Bewegungsspielen, vielen Beratungsständen und Kreativprogrammen angeboten. Solche Veranstaltungen sind weiterhin für das ganze Jahr in Planung.



Gesundheits-Pavillon: Architekturentwurf Paechter & Partner Berlin



Obst ist gesund! Infomarkt mit Ernährungsberatung



Zahnputzbrunnen und Kariestunnel – Begeisterung bei den Kleinen



Fühl' mal, was ist da drin!?! Gute Ernährung kann man spüren

Gesunde Städte – solidarische Städte? Auswirkungen des Gesunde-Städte-Netzwerks auf benachteiligte Quartiere

Am Beispiel des Berliner Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg, der seit 1999 dem Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland angehört, sollen im Folgenden gemeinsame Grundlagen, Ziele, Kooperationen und Hemmnisse der Programme dargestellt werden, ebenso die Umsetzung von Gesunde-Städte-Netzwerk und Sozialer Stadt untersucht werden, die sich beide mit benachteiligten Quartieren befassen.

Die Strategie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1985 „Gesundheit für alle“ und die WHO-Ottawa-Charta von 1986 leiteten weltweit einen umfassenden Prozess des Umdenkens ein, indem eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik handlungsleitend in Städten und Kommunen sein sollte zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Lebensqualität.

Der „Healthy-Cities“-Bewegung gehören inzwischen weltweit über tausend Städte in 26 Ländern an, in der Bundesrepublik Deutschland sind es sechzig Städte und Kommunen. Ziele und Schwerpunkte der Gesunde-Städte-Netzwerk-Arbeit sind:

- gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln,
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten,
- Hinwirken auf Chancengleichheit – Abbau sozialer Ungleichheit,
- Schaffung nachhaltiger ökologischer, ökonomischer und sozialer Entwicklung,
- Förderung der Mitwirkungs- und Entscheidungsmöglichkeiten der Bürger/innen,
- ressortübergreifende Zusammenarbeit entwickeln.

Diese Ziele sind weitgehend identisch mit den Programmen Soziale Stadt, Lokale Agenda 21, Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit

und dem Aktionsprogramm gegen Armut. In der Vergangenheit gelang es nur punktuell, Kooperationen und Abstimmungen der Programme zu entwickeln. In diesem Zusammenhang soll insbesondere auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ansätze Gesunde-Städte-Netzwerk und Soziale Stadt eingegangen werden.

Im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerk hat sich der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg bei der Entwicklung seiner Konzepte zur Gesundheitsförderung an der demographischen und sozialen Lage seiner Bevölkerung orientiert. Friedrichshain-Kreuzberg als kleinster (20,2 qkm) und am dichtesten besiedelter Bezirk Berlins mit knapp 245.000 Einwohner/innen, als Bezirk mit der geringsten Grünfläche je Einwohner von 7 qm (vgl. Treptow-Köpenick 388 qm) und laut Berliner Sozialstrukturatlas der größten sozialen und gesundheitlichen Belastungen, beschloss durch die Bezirksverordnetenversammlung, mit Beitritt zum Gesunde-Städte-Netzwerk zu einem gesunden Bezirk zu werden.

Wie die Ergebnisse einer Bürgerbefragung zu Gesundheit und Wohlbefinden im Bezirk zeigen, gibt es trotz der problematischen Bedingungen viele positive Ressourcen für eine gesunde Stadtentwicklung, wie lange Tradition der Bürgerbeteiligung, nachbarschaftliche Kiezstruktur, Vielfalt der Kulturen, großes Potenzial an Selbsthilfe und -organisation, reiche Projektlandschaft, gute Modelle von Stadtplanung und -entwicklung, engagierte Bezirkspolitik. An diese Ressourcen soll bei der Umsetzung der Gesunde-Städte-Idee angeknüpft werden – unter Berücksichtigung der realen Bedingungen. Wie aus der Fachliteratur und Gesundheitsberichten bekannt sowie im Berliner Sozialstrukturatlas belegt, wird die gesund-

Unterschiede Gesunde-Städte-Netzwerk – Soziale Stadt

– Ansatz: Gesundheitsfördernde Stadtpolitik/-entwicklung	– Ansatz: (Sozialorientierte) Stadtentwicklung
– Gesunde-Städte-Netzwerk für die ganze Stadt bzw. Kommune zuständig	– auf Quartiere mit besonderem Entwicklungsbedarf begrenzt
– kein eigenes Budget für Projekte und Maßnahmen	– Finanzierung durch Bund-/Ländermittel
– Organisatorisch und politisch im Bezirksamt angesiedelt	– Ansiedlung in Senatsverwaltung/ Kooperation mit dem Bezirksamt
– Planungs-, Koordinations-, Vernetzungs-, und Vermittlungsfunktion	– Projektinitiator und -förderer

heitliche Situation wesentlich durch soziale Faktoren beeinflusst.

Friedrichshain-Kreuzberg mit mehr als einem Drittel der Haushalte, die über ein Nettoeinkommen unter dem Berliner Durchschnitt verfügen, ist gekennzeichnet durch:

- den niedrigsten Sozialindex,
- eine hohe Arbeitslosenrate (ca. 24%, Kreuzberg: ca. 30%, Berlin: 17,9%)
- einen hohen Anteil an Sozialhilfeempfängern (ca. 13%, Kreuzberg: ca. 18%, Berlin: 8,4%),
- einen hohen Anteil von Migranten/innen (ca. 19%, Kreuzberg: ca. 35%, Berlin: 11%),
- einen niedrigen Wohnungsstandard mit hoher Belegungsdichte der Wohnungen (Räume je Einwohner 1,9, Kreuzberg 1,7/ durchschnittlicher Wohnraum: 38 qm/Einwohner, Kreuzberg 35,2 qm/Einwohner),
- einen Anteil von 13% an Kindern unter 15 Jahren an der Gesamteinwohnerzahl (Friedrichshain: 9,5%, Kreuzberg: 16%),
- die höchste Bevölkerungsdichte,
- hohen Arbeiteranteil (Friedrichshain: 20,8%, Kreuzberg: 34,3%, Berlin insgesamt: 26,4%),
- relativ wenig Bürger über sechzig Jahren,
- eine hohe Zahl von Bürger/innen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss (Kreuzberg: 30%, Friedrichshain: 16,2%, Berlin insgesamt: 21%).

Die Plan- und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamtes hat in Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen Forschungsarbeiten und Projekte initiiert, die neben den Ergebnissen der Gesundheitsberichte u.a. als Grundlage der Gesunde-Städte-Arbeit dienen. Unter Berücksichtigung des Einflusses der sozialen Lage auf die Gesundheit stehen in Friedrichshain-Kreuzberg sozialkompensatorische Ansätze der Gesundheitsförderung im Mittelpunkt. Prioritäre Ziele sind es, die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Kindern, Jugendlichen und Familien sowie Migranten/innen zu verbessern. Da für die Plan- und Leitstelle Gesundheit die Stadtgebiete mit besonderem Entwicklungsbedarf ein wesentliches Handlungsfeld sind, wurde die Zusammenarbeit mit den Koordinatoren/innen und Quartiersmanager/innen der Sozialen Stadt gesucht.

Hieraus ergaben sich bisher folgende gemeinsame Projekte und Maßnahmen:

- (1) Das Quartiersmanagement Wrangelkiez erarbeitete mit ca. achtzig Bürger/innen ein Bürgergutachten als Konzept-Grundlage für das Stadtgebiet. Die Koordinatorin des Gesunde-Städte-Netzwerks war in den Prozess eingebunden.
- (2) Das Projekt „Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige

Stadt“ wurde mit drei Gebieten der Sozialen Stadt durchgeführt. Kinder zwischen 6 und 14 Jahren werden als Beteiligte und Experten in eigener Sache in Planungs- und Entscheidungsprozesse im Rahmen von nachhaltiger gesunder Stadtentwicklung und Stadtgestaltung eingebunden. Sie erkunden als Kiezdetektive ihr Lebens- und Wohnumfeld, ermitteln Probleme, finden aber auch Schätze, dokumentieren diese in Form einer Ausstellung und präsentieren die Ergebnisse auf einer Kinderversammlung im Rathaus den verantwortlichen Bezirkspolitikern. Nach ca. sechs Monaten werden in einer zweiten Versammlung die Ergebnisse nachgefragt. Das Projekt gibt Kindern die Chance, ihren unmittelbaren Lebensraum näher kennen zu lernen, sich die Lebenswelt aktiv anzueignen und mitzugestalten. Das Aktivsein und die allgemeine Entwicklung der Persönlichkeit fördert Wahrnehmung, Selbstbewusstsein und soziale Verantwortlichkeit und zielt auf das Erleben demokratischen Handelns. Eine Partizipation an politischen Prozessen auf Bezirksebene ist ausdrücklich erwünscht und als dauerhafte Einrichtung vorgesehen.

Mit den Koordinatoren/innen der Sozialen Stadt wurden im Anschluss Einzelmaßnahmen der von den Kindern identifizierten Missstände umgesetzt: In einer Grundschule mit einem Anteil von ca. 92 Prozent Kindern mit Migrationshintergrund wurde ebenfalls das Projekt Kiezdetektive durchgeführt, eine Projektwoche zur Gesundheit mitgestaltet, das Sucht- und Gewaltpräventionsprogramm Klasse 2000 etabliert sowie eine Gruppe für türkische und arabische Mütter mit Übersetzungshilfe initiiert (hierfür bekam die Schule den Präventionspreis).

- (3) Mit einem Quartiersmanagement wurde eine Befragung zur Ernährungssituation der Kinder durchgeführt.
- (4) Das Aktionsprogramm für Toleranz und Demokratie wurde mit verschiedenen Maßnahmen unterstützt.
- (5) Eine gesundheitliche und soziale Beratung für russischsprachige Aussiedler/innen wurde realisiert.
- (6) Aktionstage zu verschiedenen Themen wurden gemeinsam gestaltet.
- (7) Das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit, an dem der Bezirk beteiligt ist, wurde mit Gebieten der Sozialen Stadt vernetzt.

Für die Zukunft ist eine Kooperation geplant zwischen Gesunde-Städte-Netzwerk, Sozialer Stadt und der Volkshochschule bei der Einrichtung des Gesundheits-Pavillons in Berlin-

Kreuzberg (s. der Beitrag von Brigitte Wartmann in dieser Dokumentation).

Für eine abgestimmte und nachhaltige wirksame Zusammenarbeit gibt es jedoch noch Hemmnisse:

- Die Kooperation der beiden Programme ist nicht strukturell verankert.
- Die Kooperationen bestehen mehr punktuell und sind von persönlichen Beziehungen abhängig.
- Die engen Grenzen der Quartiersmanagement-Gebiete behindern grenzübergreifende gemeinsame Projekte.
- Der Informationsfluss ist nicht optimal.
- Es gibt viele Einzelprojekte und -angebote, doch der Überblick ist oft nicht gewährleistet.
- Verwaltungsstrukturen zwischen Senat und/oder Bezirk sind oft hinderlich.
- Es sind Konkurrenzen zwischen den Programmen und zwischen Koordinatoren/innen vorhanden.

Diese Hemmnisse zu überwinden, ist Ziel der Gesunde-Städte-Netzwerkarbeit Friedrichshain-Kreuzberg. Ansatz dafür ist diese E&C-Veranstaltung und die gemeinsame Präsentation beider Programme.

Integrationsförderung durch präventive Weiterbildungsangebote – Impulse und Investitionen für ein Zentrum Gesundheitspavillon der Volkshochschule

1. Rahmenbedingungen und Prämissen des Trägers Bezirksamt

Die Arbeit des Bezirksamtes ist dem Gemeinwohl verpflichtet und hat den Anspruch, politische und gesellschaftliche Prozesse so zu gestalten, dass allen Menschen im Bezirk die Chance auf Selbstverwirklichung und auf Mitgestaltung der Kommunalpolitik eröffnet wird. Das Bezirksamt hat sich verpflichtet, bürgerschaftliches Engagement zu fördern, unterschiedliche Interessen auszugleichen und dem Ziel näherzukommen, den Zusammenhalt, den sozialen Frieden und die Sicherung der Individualrechte des Einzelnen zu gewährleisten. Die Entscheidungen sind geprägt durch die Beschlüsse der Bezirksverordnetenversammlung, durch Bürgerbeteiligung und durch die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen. Alle Investitionen und Vorhaben werden auf deren Effizienz, Nachhaltigkeit und Sozialverträglichkeit geprüft. Die Struktur des Bezirks Haushaltes ist langfristig am Ziel eines Gerechtigkeitsausgleichs zwischen den Generationen und den unterschiedlichen sozialen Gruppen sowie an der Erhaltung lebenswerter, urbaner Bedingungen ausgerichtet. Das Bezirksamt fördert interkulturelles Leben im Stadtbezirk und versteht Migration und Integration als eine Aufgabe, die alle Ressorts mit gleich hohen Ansprüchen an sich selbst zu erfüllen haben. Die verstärkte Einbindung von Migranten/innen in die politischen Entscheidungsprozesse ist ein besonderes Anliegen. Das Bezirksamt fördert zudem die Eigeninitiative und die Weiterbildung der Mitarbeitenden und steht für eine Stärkung der Vertrauenskultur.

Auch in Zeiten havarierender Haushalte bleibt die Sicherung des Bildungsangebotes der Volkshochschule eine wichtige Forderung an die Politik. Das Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin hat ausdrücklich die Notwendigkeit des außerschulischen Bildungsangebotes unterstrichen. In einem Beschluss verpflichtet es sich, die Grundsicherung der Weiterbildung – auch mit einem Programmbe- reich Gesundheit – zu garantieren und nimmt so den Gedanken des Gesetzgebers auf, der dies erstmals nachdrücklich und verbindlich in dem neuen Schulgesetz von Berlin verankert.

Nicht zuletzt durch die Feststellung des Haushaltsnotstands in der Einheitsgemeinde Berlin besteht ein ständig spürbarer Druck, die unterschiedlichen öffentlichen Ausgaben zu

rechtfertigen. Von nicht zu unterschätzendem Wert ist gerade in dieser Situation eine deutliche und präzise Aufgabenbeschreibung, wie sie in der Partnerschaft von VHS und AKTION WASSERTOR für den Gesundheitspavillon in Gründung vorliegt. Damit werden die Chancen verbessert, eine günstige Platzierung auf der Prioritätenliste für die Verteilung der knappen öffentlichen Gelder zu erhalten.

2. Leitbild und Zielgrößen der VHS

Der Name Volkshochschule steht für „Mehr als Wissen“. Das Kürzel VHS ist fest im Alltagsbewusstsein etabliert. Beim klaren Profil unserer Volkshochschule stehen folgende Kernaufgaben im Vordergrund:

- Weiterbildung für alle, lebenslanges Lernen als Bürgerrecht,
- Weiterbildung als ganzheitliches Lernen: Persönliche Entwicklung, Fähigkeit zur politischen und kulturellen Partizipation, Gesundheitsprävention, Erwerb interkultureller Kompetenzen und beruflicher Qualifizierung,
- Weiterbildung als sozialpolitische Aufgabe: Nachholen des Lernens, Schulabschlüsse, Alphabetisierung/Grundbildung,
- Weiterbildung mit dem Ziel gesellschaftlicher Integration von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund.

Der zukünftige Gesundheitspavillon soll Bestandteil der Kernaufgabe kommunaler Selbstverwaltung werden. Wie im übrigen Angebot der VHS sollen auch hier integrativ und nachhaltig soziale Offenheit und Zugänglichkeit, kommunikative Kompetenz und erfahrbare Kreativität bewirkt werden. Die Zielgröße, an der die Effizienz des Gesundheitspavillons gemessen wird, ist vorrangig nicht monetäre Gewinnerzielung, sondern die Wirkung auf das Individuum und für das Gemeinwesen. Im neuen partizipativ erstellten Leitbild der VHS (siehe Anhang) wird dies anschaulich beschrieben: Im Mittelpunkt steht das „gelungene Lernen“ der Teilnehmenden.

Die VHS bietet einen Angebotsmix von finanziell rentablen und gesellschaftlich rentablen Bereichen. Sie wird auf verschiedenen Ebenen wahrgenommen: auf der Serviceebene mit Information, Beratung, Anmeldung und auf der Kursebene mit der Kompetenz der Lehrenden und der Qualität der Ausstattung.

Die VHS ist ein Ort der Vermittlung, des Austausches, des Dialogs, des Vergewisserns, der

eigenen Entfaltung und der Anschlüsse. Mit über siebzig Prozent hat die VHS einen hohen Frauenanteil bei den Teilnehmenden.

Mit dem Leitbild der VHS, dem Einstieg in das Lernorientierte Qualitätsmodell LQW und dem damit verbundenen Prozess der Qualitätstestierung (vgl. www.artset-lqw.de) sowie dem vorliegenden Entwurf zum Gesundheitszentrum bleibt die Volkshochschule ein engagierter Ort zeitgemäßen Lernens.

3. Die gewandelten Anforderungen an Lernen und Lehren

Lernen im Erwachsenenalter wird unter der Prämisse des lebenslangen Lernens zu einer selbstverständlichen „Zumutung“, nicht zuletzt, weil Arbeiten und Lernen immer stärker zusammenfließen. Es bedarf in Zukunft der Erklärung oder wird sanktioniert, wenn Menschen nicht an Weiterbildung teilnehmen. Damit werden Verhaltenserwartungen formuliert, denen man sich nur noch begründet oder subversiv entziehen kann.

Das Professionsprofil der Lehrenden verändert sich ebenfalls: Lehren versteht sich nicht länger als Instruktion, sondern als Begleitung. Komplementär dazu gilt Lernen als aktive, selbstsorgende Konstruktion von Wirklichkeit, nicht als passive Rezeption. Solches Lernen benötigt Gestaltungsfreiräume.

Im neuen Leitbild vom „gelungenen Lernen“ ist der Lehrende Lernermöglicher, Vermittler, Moderator und Lernberater, ausgestattet mit hohen fachlichen wie auch außerfachlichen sozialen Kompetenzen, der gezielt im Lernprozess interveniert, wenn er gefragt wird, und Lerndiagnosen stellt.

Die gewandelten Anforderungen an Lernen und Lehren werden sich auf Haltungen und Ansprüche der Teilnehmenden auswirken, und zwar im Hinblick auf

- wachsenden Lerndruck, dem die Teilnehmenden ausgesetzt sind,
- hohe Erwartungen an gute Lernberatung und schnelle Lernerfolge,
- hohe Anforderungen an die Lernumgebung und die Betreuungsleistungen,
- wachsende Anforderungen an die Professionalität des lehrenden Personals,
- größeren Legitimationsdruck für Lernkonzepte,
- effizienter Ressourceneinsatz von Zeit und Geld und ausgleichender Umgang mit den konkurrierenden Referenzsystemen von Wirtschaftlichkeit und Pädagogik.

Auf einer sich intermediär öffnenden Grenzfläche zwischen der VHS und der Alltagswelt werden sich weitgehend autonome Sinnkontexte der Aneignung herausbilden. Institutionelle Arrangements und professionelle Handlungs-

strategien werden den Rahmen bieten, der strukturell kompatibel mit den bestimmenden, eigenen Zielvorstellungen der Teilnehmenden und ihrer Bildungs- und Berufsbiografie ist.

4. Organisationswandel und subsidiäre Kooperation

Während sich traditionell noch vieles nach dem Motto „all-in-one-hand“ vollzog, ist die VHS heute durch die Dezentralisierung von Verantwortung, partizipative sowie potenzialorientierte Führung gekennzeichnet. Die VHS ist eine akzeptanzabhängige Einrichtung. Damit ist eine Rolle beschrieben, deren Anerkennung sich nicht nur aus Positionszuschreibungen ableiten lässt, sondern daraus, dass auch die interne wie externe Organisationsumwelt ihr Wirken als unterstützend, prozessfördernd und potenzialbündelnd erlebt.

Die komplexe Arbeitsteiligkeit der Einrichtung und ihrer Kooperationspartner verlangt auch beim Aufbau und der Betreibung des geplanten Gesundheitspavillons von allen Beteiligten eine doppelte Sichtweise: das Wissen um den eigenen Wirkungshorizont (Kontextwissen) und das Bewusstsein von der Verschränkung der eigenen Tätigkeit mit den Leistungsanteilen der anderen (Relationswissen).

Eine subsidiäre Führungsrolle der VHS in diesem Gestaltungsprozess bedeutet nicht einen Rückzug aus zentralen Verantwortungsreichen. Es geht vielmehr darum, dass Ideen, Anregungen, Vorschläge etc. der kooperierenden Experten/innen vor Ort sich in einem Klima der Erwünschtheit artikulieren und mit ihrer Prüfung und ggf. Realisierung rechnen können. Zwar muss dann die VHS auch in einem solchen Klima bisweilen Vorschläge der Kooperationspartner ablehnen oder „harte“ Entscheidungen treffen, doch ist sie dabei erklärungs-pflichtig, z. B. durch Aufdeckung von Nutzungsüberschneidungen sowie fachlichen oder finanziellen Begrenzungen.

Im Rahmen einer solchen akzeptanz- und potenzialorientierten Subsidiarität wird letztlich eine Organisationskultur entstehen, die erwachsenenpädagogisch angemessen ist und eine innovationsstrategische wie fachliche Entwicklungsdynamik des Gesundheitspavillons entfaltet.

5. Die VHS im Qualitätsring Gesundheit und die Krankenkassen als Partner der Primärprävention

Die Gesundheitsbildung an den Volkshochschulen ist einem erweiterten, ganzheitlichen Gesundheitsverständnis verpflichtet, das sich an den Prinzipien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientiert. Die Gesundheitsbildung will die Teilnehmenden dabei unterstützen, den

individuell passenden gesundheitsförderlichen Weg zu finden. Sie können sich deshalb in den Volkshochschulen mit einer Vielfalt von Methoden und Ansätzen der Gesundheitsförderung vertraut machen. Die Volkshochschulen legen großen Wert darauf, dass dabei Verfahren und Denkweisen aus verschiedenen Kulturen zum Tragen kommen. Sie bieten somit Hilfe zur Selbsthilfe, kontinuierliche Angebote gewährleisten eine dauerhafte Begleitung.

Die Volkshochschule Friedrichshain-Kreuzberg ist Mitglied im Qualitätsring Gesundheit. Der VHS-Qualitätsring Gesundheit gewährleistet unabhängig von Größe, VHS oder institutioneller Verfassung seiner Mitglieder bundesweit ein qualitätsgesichertes, vergleichbares und transparentes Grundangebot. Durch ihr Zusammenwirken im VHS-Qualitätsring Gesundheit dokumentieren die Volkshochschulen und ihre Verbände gegenüber ihren Teilnehmenden, ihren Kooperationspartnern, den politisch Verantwortlichen und der Öffentlichkeit ihr gemeinsames Verständnis von Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung und die Selbstverpflichtung auf nachprüfbar Qualitätsziele.

Nach der Reform des Sozialgesetzbuches V können Krankenkassen gemäß § 20.1 ihren Mitgliedern Kosten erstatten für gesundheitsfördernde Maßnahmen der Primärprävention in den Bereichen Bewegung, Entspannung, Ernährung und Suchtmittelkonsum. Die Kassen entscheiden hierüber nach ihren gesetzlichen Vorgaben und finanziellen Möglichkeiten. Die Zuschussregelungen können bei den einzelnen Krankenkassen unterschiedlich sein. Wobei viele Angebote der VHS unter die Förderfähigkeit fallen.

Das Spektrum der Gesundheitsthemen und Kursleitendenqualifikationen in der Gesundheitsbildung an den Volkshochschulen ist aber sehr viel weiter gefasst, als es der Gesetzgeber in der Gesundheitsförderung der Krankenkasse zulässt.

6. Deutsch als Zweitsprache und Gesundheitsprävention

Der Gesundheitspavillon kann auch ein Zentrum der Integration von Migranten/innen werden. Der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg hat mit einer Konzentration rund um den Standort des geplanten Gesundheitspavillons in absoluten wie in relativen Zahlen den höchsten Anteil an Migranten/innen in Berlin.

Aufgrund ähnlicher Problemlagen haben die Volkshochschulen der Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Neukölln und Tempelhof-Schöneberg ein kommunales Netzwerk in Form einer Anbietergemeinschaft gebildet. Mit der Vernetzung der Angebote auf der Basis in-

haltlich-organisatorischer Zusammenarbeit sowie der in Zukunft möglichen überbezirklichen Nutzung des Gesundheitspavillons als zentrale Facheinrichtung soll eine effektive Integrationsarbeit gewährleistet werden.

Mit dem Angebot „Zentrum Gesundheitspavillon“ soll versucht werden, sowohl die Defizite der umliegenden Zielgruppen aufzuarbeiten als auch ihre vorhandenen Kompetenzen zu verstärken.

Unter dem Vorzeichen der Gesundheitsprävention und einer entsprechenden Berufsfindung sind dazu folgende Schwerpunkte vorgesehen:

- Vermittlung und Verbesserung berufsrelevanter Kommunikationsfähigkeiten,
- Entwicklung schriftsprachlicher Fertigkeiten im beruflichen Kontext,
- Vertiefung und Verbesserung fachbezogener Deutschkenntnisse,
- Erhöhung der Motivation und Mobilisierung von Eigeninitiativen und Ausdauer,
- Stärkung der sozialen und selbstsorgenden Kompetenzen,
- Vermittlung von Schlüsselqualifikationen im EDV-Bereich.

Mit der guten Nachricht, dass das lange und kontrovers verhandelte Zuwanderungsgesetz vor dem Abschluss steht, verbinden wir die Erwartung, dass auch Verabredungen zur nachholenden Integration getroffen werden können. Eine Kernaufgabe sehen wir gerade darin, die Übergänge von allgemeinen Deutschkursen zu Orientierungskursen und zu eher berufsbezogenen Qualifikationen zu gestalten. So verbindet unsere Einrichtung in einem Projekt mit dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge für die zahlreichen in der Region angesiedelten Migranten/innen die Vermittlung berufsrelevanter sprachlicher Kompetenzen mit einem speziellen Vorkurs im Bereich „Pflege und pflegerische Hilfsdienste“. Dazu gehören Tätigkeiten in Berufsfeldern wie Altenpflege, Krankenpflege und hauswirtschaftliche Dienste.

Aufbauend auf bereits vorhandene Modelle und Erfahrungen könnte nach erfolgreicher Absolvierung dieser Vorbereitungskurse in Kooperation mit einer Ausbildungs- und Pflegeinstitution wie dem Bildungswerk des Deutschen Roten Kreuzes, den Krankenkassen, Altenpflegestationen, Sozialstationen u.ä. eine Lehrgangsentwicklung für eine Pflegehelfer/innen-Ausbildung erfolgen. Eine solche erfolgreich absolvierte Basisqualifikation erlaubt den Einsatz für bestimmte Tätigkeiten in Alten- und Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege.

Zukünftig will die VHS die ganztägig mehrzünftig im Hauptgebäude des Standortes „Ge-

sundheitspavillon“ stattfindenden Deutschkurse verbinden mit der Orientierung auf die präventive Gesundheitsvorsorge. Auch die von unserer VHS in den umliegenden Schulen durchgeführten so genannten Mütterkurse für Mütter von Grundschulkindern nichtdeutscher Herkunftssprache sollen die Angebote des Gesundheitspavillons gezielt in ihren Unterricht integrieren.

Weiterungen in Richtung von Bund-Länder-Programmen wie Soziale Stadt und ein Zusammenwirken mit dem regionalen Quartiersmanagement sowie mit dem Gesunde-Städte-Netzwerk bieten sich an.

Die VHS muss gleichzeitig den Organisationswandel, die Einführung neuer Lehr- und Lernkulturen und die eigene Verortung in der zukünftig vernetzten Region mit Bezug auf den Gesundheitspavillon bewältigen. Der zukünftige institutionelle Balanceakt, der die Bezahlbarkeit des Angebotes für weite Teile der anliegenden Bevölkerung beachtet, die Breite und Kontinuität eines offenen Angebots sichert, Professionalität und Innovationsfähigkeit garantiert sowie beträchtliche Auftragsmaßnahmen akquiriert, wird dabei von dem spezialisierten, aber abgestimmten Arbeiten zwischen Bildungsmanagement und Programmplanungshandeln abhängen.

Letztlich sind es erst die Teilnehmenden, die durch ihr Kommen, vor allem aber durch ihre persönlichen Lernanstrengungen dafür sorgen, dass aus dem „Angebot Gesundheitspavillon“ auch tatsächlich „gelungenes Lernen“ wird.

LEITBILD

Wer sind wir?

Wir sind eine öffentliche Weiterbildungseinrichtung, Teil des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg. Wir stellen uns dem staatlichen bildungspolitischen Auftrag, ein breites Bildungsangebot für alle Bevölkerungsschichten zu bieten, insbesondere Bildungsbenachteiligten Chancen zur Weiterbildung und zur Integration zu gewährleisten.

Diese öffentliche Leistung soll erhalten und optimiert werden.

Wofür stehen wir?

Wir stehen für „Mehr als Wissen“.

Wir stehen für ein breites, bezahlbares und zeitgemäßes Bildungs- und Kreativangebot.

Wir stehen für ein kommunales Angebot von Weiterbildung mit dem Ziel gesellschaftlicher Integration von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund.

Wir stehen für Stetigkeit, Nachhaltigkeit, Transparenz und Innovation in der Bildung Erwachsener.

Wer sind unsere Adressaten und Zielgruppen?

Die VHS wendet sich an alle interessierten Jugendlichen und Erwachsenen. Aus der besonderen sozialen und kulturellen Lage unseres Bezirks heraus wenden wir uns insbesondere an Bildungsbenachteiligte und Bildungsungewohnte.

Was wollen wir allgemein erreichen?

Wir leiten aus den Zieldimensionen von Bildung unser Angebot ab:

A. Bildung bietet persönliche Orientierung in einer immer komplexer werdenden Welt.

B. Bildung ermöglicht die Teilhabe und die Gestaltung des persönlichen und gesellschaftlichen Lebens.

C. Bildung ist der Schlüssel zum Arbeitsmarkt und Grundlage für wirtschaftliche Entwicklung.

Wir zeigen Wege der Allgemeinbildung zur Erweiterung des Orientierungswissens und der Fachkompetenz auf.

Wir haben das Ziel, gute Ergebnisse in qualitätsgesicherten Abläufen zu erreichen und in einem Mix von Programmvielfalt, Qualität, Transparenz und Anschlussmöglichkeiten zu erhalten.

Was können wir?

Wir haben innovative Erfahrungen und angemessene Instrumente in der Kundenbindung.

Wir kennen die regionalen, lokalen und kulturellen Besonderheiten unseres Bezirks und berücksichtigen diese in unserem Handeln.

Wir erweitern unser Wissen und unsere Fähigkeiten, um den Aufgaben und Anforderungen gerecht zu werden.

Wir wissen um die Bedeutung eines guten Arbeitsklimas. Wir verhalten uns partnerschaftlich, kooperativ, loyal und achten abweichende Meinungen.

Wir übernehmen die Verantwortung für unser Handeln und Verhalten in der gemeinsamen Arbeit.

Wir beteiligen uns an der Verbesserung von Arbeitsprozessen. Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen gestalten wir transparent und effizient.

Was bieten wir?

Wir bieten ein strukturiertes und informatives Programm, wir beraten, wir vermitteln Kenntnisse und Fähigkeiten, wir moderieren, wir bringen Interessierte und Beteiligte zusammen, wir organisieren Möglichkeiten zur Kooperation und das in einem überschaubaren, regionalen Kontext.

Wir bieten den Kunden ein kontinuierliches, transparentes, breitgefächertes Angebot, bestmöglichen Service, Kundennähe und Professionalität der Lehre; wir arbeiten nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen.

Was haben wir zur Verfügung?

Die VHS präsentiert sich als kommunale Einrichtung, als öffentlicher Raum.

Wir sind kompetent und qualifiziert.

Wir finanzieren uns aus Teilnehmer/innen-Entgelten und aus öffentlichen Mitteln.

Wir haben zwei Lern- und Servicezentren sowie zahlreiche Lernstandorte in den Kiezen und Quartieren des Bezirks.

Gelungenes Lernen

Gelungenes Lernen heißt für uns: Die Teilnehmenden können eine Verbindung herstellen zwischen den selbstgestellten Zielen, der persönlichen Zufriedenheit über den eigenen Lernerfolg und den gesellschaftlichen Anforderungen nach flexibler und kompetenter Mitwirkung.

Sie sind in der Lage, die erworbenen Kompetenzen anzuwenden.

Arbeitsgruppe 7:

Integrierte Gesundheits- und Jugendhilfeberichterstattung – Planung für Synergie im Stadtteil?

Referat Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme

Der Sozialstrukturatlas Berlin 2003 knüpft an die in der Vergangenheit vorgelegten sozialstrukturellen Untersuchungen an und legt die neusten Ergebnisse für die Bezirke sowie in einer kleinräumigen Gliederung vor. Die zeitlichen Vergleiche beziehen sich auf die Jahre 1995 bis 2002. Im Mittelpunkt der Publikation steht die Identifikation sozialer Brennpunkte in Berlin mit Hilfe von soziale Belastung anzeigenden Merkmalen (wie z. B. Arbeitslosigkeit, Einkommenssituation, Sozialhilfebezug, Bildungsstruktur, Gesundheitszustand). Sozialindizes beschreiben die „Risikosituationen“ auf verschiedenen räumlichen Ebenen: Bezirk, Statistische Gebiete und Verkehrszellen. Darüber hinaus werden Zusammenhänge zwischen Sozialstruktur und weiteren sozialen und gesundheitlichen Indikatoren wie z. B. Armut, gesundheitliche Lage von Kindern und Erwachsenen sowie Wanderungen im Sozialraum dargestellt. Der Atlas zeigt einige Planungsfelder auf, bei denen bereits die räumliche Sozialstruktur berücksichtigt wurde bzw. verstärkt angewendet werden soll.

Link:

http://www.berlin.de/SenGesSozV/statistik/veroeffentlichungen/spezialberichte/veroeff_speziald.html

Dr. Dietrich Delekat

Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001

Mit diesem Bericht legt die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung zum ersten Mal seit dreizehn Jahren wieder einen Bericht über ausgewählte Aspekte der Gesundheit Berliner Kinder vor, der ganz Berlin umfasst. Denn die Ergebnisse der Erhebung 1994 waren nicht publiziert worden, und der letzte Bericht von 2001 konnte sich nur auf die Daten der 18 von damals 23 Bezirke Berlins stützen, die sich 1999 an der Dateneingabe beteiligt hatten.

Bereits dieser Bericht von 2001 konzentrierte sich – neben einem Überblick über wichtige gesundheitliche Basisparameter – auf wenige, präventionsrelevante Felder (Übergewicht, Impfen, Vorsorge und Unfälle) und gab zum ersten Mal auch konkrete Empfehlungen zur Prävention. Damit leistete er die Umorientierung auf die Prinzipien einer modernen Gesundheitsberichterstattung im Sinne von Public Health.

Link: <http://www.berlin.de/sengessozv/statistik/veroeffentlichungen/spezialberichte/download/spezialbericht20032.pdf>

Auf dem Weg zur integrierten Sozialberichterstattung? Analysen auf der Ebene eines Berliner Bezirks (Marzahn- Hellersdorf)

Unser Institut arbeitet seit 2002 im Auftrag der Rosa-Luxemburg-Stiftung an einem Projekt „Sozialberichterstattung – Instrument einer solidarischen Sozialpolitik?“ Mit diesem Projekt verfolgen wir zwei Schwerpunkte:

Erstens soll u. E. die Sozialberichterstattung einer solidarischen Sozialpolitik dienen. In ihren FoKus gehören die sozial Benachteiligten, das gesellschaftliche Unten. Mit dieser Orientierung ist zu fragen: Wie reflektiert Sozialberichterstattung den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und sozialer Gerechtigkeit? Wie erfasst sie Armut und Reichtum als extreme Ausprägungen sozialer Ungleichheit? Wie spürt sie soziale Ursachen für Ungleichheit in den verschiedenen Lebensbereichen wie Bildung, Gesundheit, Arbeiten, Wohnen etc. auf? Analysiert und bewertet sie soziale Polarisierungstendenzen?

Zweitens geht es uns darum, das mit der Sozialberichterstattung verbundene große Potenzial für ein Mehr an Partizipation, für die Aufklärung, Politisierung und Aktivierung der Öffentlichkeit zu erschließen. Die Sozialberichterstattung kann zu einem Prozess der öffentlichen Kommunikation über soziale Grundprobleme der Gesellschaft beitragen, der mit dem Ziel geführt wird, sozialen Benachteiligungen entgegenzuwirken. Ohne öffentliche Kenntnisnahme und Diskussion verschenkt die Sozialberichterstattung ihr Mobilisierungspotenzial, fehlt der öffentliche Druck auf notwendige politische Folgerungen aus gesellschaftlichen Missständen.

Begrifflich sind „Sozialbericht“ und „Sozialberichterstattung“ zu unterscheiden: Sozialberichte sind datengestützte Analysen der allgemeinen Lebensbedingungen der Bevölkerung. Sozialberichterstattung verstehen wir hingegen als ein Prinzip, auf der Grundlage von periodischen Sozialberichten ein möglichst umfassendes Bild über die Lebensqualität der Bevölkerung sowie Trends ihrer Entwicklung zu gewinnen. In diesem Sinne ist Kommunale Sozialberichterstattung ein Prozess der regelmäßigen und systematischen Beschreibung und Bewertung wesentlicher Lebensbedingungen der Bevölkerung einer kommunalen Einheit in der zeitlichen Veränderung und in ihrer sozialen und räumlichen Differenzierung. Diesem Verständnis von Sozialberichterstattung liegt a priori ein integrativer Ansatz in thematischer, zeitlicher und räumlicher Hinsicht zugrunde.

Auf der Basis einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf und unserem Institut ergab sich die Möglichkeit, Erfahrungen, Konzepte und Ergebnisse dieses Berliner Bezirks auf dem Gebiet der Sozialberichterstattung etwas näher kennen zu lernen. Wir führten Expertengespräche mit Akteuren der Sozialberichterstattung, werteten Dokumente aus, veranstalteten gemeinsam mit dem Bezirksamt eine „Erfahrungswerkstatt bezirkliche Sozialberichterstattung“ und fassten die Ergebnisse unserer Recherchen in einem Erfahrungsbericht nebst Handlungsempfehlungen zusammen. Die so gewonnenen Einsichten sind gewiss auch für andere Bezirke relevant.

Die Schlussfolgerungen laufen wesentlich darauf hinaus, bereits praktizierte Ansätze und Verfahren eines integrativen Herangehens an die Sozialberichterstattung zu verstetigen und zu verstärken. Im üblichen Begriffsverständnis von Integration – auf das Ganze beziehen, zum Ganzen fügen – geht es bei der integrierten Sozialberichterstattung auf der Ebene des Bezirks um die institutionelle, fachlich-thematische, räumliche und zeitliche Dimension.

1. Institutionell

Beide Bezirksämter der Berliner Altbezirke Marzahn und Hellersdorf kooperierten bereits in Vorbereitung der Fusion und legten gemeinsame Sozialberichte vor. Zwischen Sozial-, Gesundheits- und Jugendplanung gibt es eine traditionell gute Zusammenarbeit. Mit dem Sozialatlas Hellersdorf und dem Armutsbericht Hellersdorf wurden Sozialberichte erstellt, die eine koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Ämter und Ressorts voraussetzen. Eine Analyse der demographischen Situation in Marzahn-Hellersdorf ist ausdrücklich als Beitrag „zur ressortübergreifenden Sozialplanung“ konzipiert. Die meisten Berichte sind Produkte von Mitarbeiter/innen der Verwaltung und basieren auf der amtlichen bzw. verwaltungsinternen Statistik. Allerdings wurden auch Sozialberichte (z. B. zu Älteren) von wissenschaftlichen Institutionen auf der Grundlage von Bevölkerungsbefragungen erarbeitet.

Ende 2003 konstituierte sich im Ergebnis eines Bezirksamtsbeschlusses eine ständige ressortübergreifende Arbeitsgruppe zur bezirklichen Sozialberichterstattung. Zu den Aufgaben dieses Gremiums, in dem u.a. Mitarbeiter/

innen der Jugendhilfe-, Gesundheits-, Sozial- und Stadtplanung sowie die Beauftragten für Migration, Gleichstellung und Behinderte mitwirken, gehört die Erstellung eines jährlichen Basisberichts sowie der ressortübergreifende fachliche Austausch.

2. Thematisch

Die Sozialberichte des Bezirks weisen eine große Vielfalt auf (Kinder- und Jugend, Alte, Gesundheit, Armut, soziale Infrastruktur, demographische Struktur etc.). Dabei war es bisher üblich, den jeweiligen Fachberichten Abschnitte über Grundzüge der sozialdemographischen Situation und Entwicklung im Bezirk voranzustellen, die allerdings nicht in ressortübergreifender Kooperation erarbeitet und verwendet wurden.

Gegenwärtig wird durch die „Arbeitsgruppe zur bezirklichen Sozialberichterstattung“ ein ressortübergreifender Basisbericht nach einem gemeinsam abgestimmten Indikatorensetz erarbeitet, auf dem alle Fachberichte aufbauen können.

In zweierlei Hinsicht bestehen im Bezirk Marzahn-Hellersdorf noch Reserven, um den integrativen Ansatz der Sozialberichterstattung auch thematisch konsequent umzusetzen. Erstens geht es um die Frage, welche Themen in der Sozialberichterstattung des Bezirks überhaupt berücksichtigt werden sollen und warum. So ist z. B. offen, aus welchen Gründen die Themen Bildung oder Wohnen bisher nicht Gegenstand der Sozialberichterstattung im Bezirk waren. Natürlich lassen sich Argumente der Ressortzuständigkeit oder der vorhandenen/ fehlenden rechtlichen Regelungen anführen. Nichtsdestoweniger besteht aber – z. B. auch angesichts der PISA-Diskussion – ganz offenkundig ein dringender Bedarf zu analysieren und öffentlich zu diskutieren, inwieweit auch auf der bezirklichen Ebene die bildungspolitischen Ziele erreicht oder verfehlt wurden.

Der zweite Aspekt ergibt sich aus der Tatsache, dass die verschiedenen Sozialberichte jeweils spezifische Seiten der sozialen Situation und Entwicklung beleuchten und zu unterschiedlichen Zeitpunkten erschienen sind. Wie aber ist aus dem Mosaik der Fachberichte

ein Bild der Gesamtentwicklung des Bezirks zu gewinnen? Dazu bedarf es zunächst der Entscheidung einer über den Fachabteilungen stehenden Institution, also z. B. des Bezirksamts oder der Bezirksverordnetenversammlung, dass eine solche Gesamtanalyse durch die Integration der vorliegenden Sozialberichte (z. B. einer Legislaturperiode) erstellt werden soll. Die Ausarbeitung eines derartigen Resümees lässt sich nicht additiv aus Partikeln der Fachberichte zusammenfügen. Erforderlich ist die verallgemeinernde, diskursive und ressortübergreifende Analyse durch ein kollektives Gremium. Der integrative Gesamtbericht verfolgt eine ganzheitliche Perspektive auf den Bezirk, doch ist diese Ganzheitlichkeit nicht Ausdruck der Ignoranz spezifischer sozialer resp. sozialräumlicher Problemlagen, sondern setzt deren genaue Kenntnis, Berücksichtigung und Verallgemeinerung voraus. Ideal wäre es, diese Form der Integration der Sozialberichterstattung mit einer Bevölkerungsbefragung zu flankieren¹. Dadurch könnte die Analyse der objektiven Lebenssituation der Bevölkerung (auf Basis der amtlichen und verwaltungsinternen Statistik) ergänzt werden durch Aussagen zur subjektiven Befindlichkeit der Menschen, ihren Hoffnungen, Sorgen, Zufriedenheiten, Zukunftserwartungen, den Bewertungen der Lebensumstände im Bezirk, in der Stadt und in der Gesellschaft usw. Kaum zu überschätzen ist die Bedeutung eines integrierenden Gesamtberichts für den öffentlichen Diskurs und die politische Partizipation. Generell ist die Sozialberichterstattung ein wichtiger Bereich der demokratischen Infrastruktur der Gesellschaft (Barthelheimer 2001, S. 13), sie ist Teil der informationellen Basis der Partizipation. Während jedoch – nicht nur auf der Bezirksebene – die Fachberichte eher spezifische Interessengruppen und Verbände zur Kommunikation und zu öffentlichen Stellungnahmen anregen, bieten integrative Gesamtberichte den inhaltlichen Treibstoff für den öffentlichen Diskurs im Hinblick auf die Grundprobleme der sozialen Entwicklung im Bezirk, deren Bewertung und den daraus zu folgernden sozialpolitischen Handlungsbedarf.

1) Gerade unter den gegenwärtigen finanziellen Bedingungen der Bezirke ist eine solche Befragung kaum als Regelfall zu erwarten. Nichtsdestoweniger gibt es immer wieder Beispiele auch der Berichterstattung m.H. von Bevölkerungsbefragungen (z. B. die Altersberichterstattung in Marzahn-Hellersdorf). Darüber hinaus sollte vor allem auch für die Gesamtstadt Berlin die Sozialberichterstattung regelmäßig mit Umfragedaten ergänzt werden.

Basisbericht – Spezialberichte – Resümee

Basisbericht	Kinder/Jugend Sozialhilfe/Armut Gesundheit Alte Wohnen? Bildung?	Integrierender Gesamtbericht, Resümee ?
	↑	↑
wertend, Handlungsbedarf		

3. Zeitlich

Die zeitliche Dimension ist für die Sozialberichterstattung in zweifacher Hinsicht bedeutsam. Zum einen sollte der Zeitvergleich ein methodisches Grundprinzip der Erarbeitung von Sozialberichten sein. Die bisher vorliegenden Berichte sind in Bezug auf den zeitlichen Aspekt noch uneinheitlich gestaltet. Neben Momentaufnahmen der sozialen Situation werden in anderen Dokumenten die Indikatoren in ihrer zeitlichen Veränderung dargestellt. Ohne Zeitvergleich lassen sich weder Trends noch Tendenzen der sozialen Entwicklung erkennen. Der Verzicht auf den Zeitvergleich bedeutet somit auch das Wegfallen einer wichtigen Funktion der Sozialberichterstattung, ihrer Funktion nämlich, als Frühwarnsystem der sozialen Entwicklung. In diesem Zusammenhang ist auch darauf zu verweisen, dass Bevölkerungsprognosen gerade diese Funktion besonders wirksam ausüben und auch deshalb zum Instrumentarium der Sozialberichterstattung gehören.

Zum anderen bedarf die zeitliche Abfolge der verschiedenen Sozialberichte einer klaren Regelung. Wenn sich die Sozialplanung zuverlässig auf die Sozialberichterstattung stützen soll, muss es auch eindeutige Festlegungen in Bezug auf die Periodizität und Zeitpunkt der Veröffentlichung der verschiedenen Berichte geben.

4. Räumlich

Mit der Untergliederung von Marzahn-Hellersdorf in 9 Stadtteile und 33 Sozialräume wurden wichtige Voraussetzungen für eine kleinräumig differenzierte Analyse des Bezirks sowie für räumlich adäquate sozialpolitische Interventionen geschaffen. Bewährt hat sich, dass sowohl die gemeinsame Grenze der beiden Altbezirke als auch im Wesentlichen die Unterscheidung von Siedlungs- und Großsiedlungsgebieten bei der Bestimmung der Grenzen der Subeinheiten beachtet wurden. Die danach erarbeiteten Sozialberichte sind auf diese Raumstruktur orientiert. Ungelöst ist allerdings das Problem der mangelnden Kompatibilität von bezirksinternen und landesamtlich offiziellen Raumeinheiten (Verkehrszellen) im Nordosten von Hellersdorf.

Während also die kleinräumige Analyse mittlerweile in der Sozialberichterstattung des Bezirks zum methodischen Standard gehört, gilt dies noch nicht für den konsequenten räumlichen Vergleich mit anderen Bezirken bzw. mit der Gesamtstadt. Erst auf diesem Wege sind jedoch spezifische Besonderheiten der sozialen Situation und Entwicklung im Bezirk erkennbar, was wiederum Voraussetzung für eine Wertung der analytischen Befunde darstellt.

An wenigen Beispielen des Zusammenspiels von zeitlichem und räumlichem Vergleich soll

deren Bedeutung für den Erkenntnisgewinn im Rahmen der Sozialberichterstattung demonstriert werden.

(1) Im Jahr 2002 erlitt Marzahn-Hellersdorf einen Wanderungsverlust von 1,1 Prozent der Bevölkerung. Eine erste Bewertung dieses Fakts erschließt sich erst durch den Bezirksvergleich: Kein anderer Bezirk weist eine derart negative Wanderungsbilanz auf. Dieser gewiss bedeutsame Befund erlangt indes erst durch die Beachtung der zeitlichen Dimension eine prekäre Qualität: Auch im längerfristigen Vergleich – etwa seit 1994 – sind die Bevölkerungsverluste auf dem Gebiet des heutigen Bezirks Marzahn-Hellersdorf extrem groß (etwas weniger stark in Lichtenberg, aber hier mit sich deutlich abschwächender Tendenz). Und die jüngste Bevölkerungsprognose (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung 2004) besagt, dass Marzahn-Hellersdorf auch in der künftigen Entwicklung mit dem bei weitem stärksten Rückgang aller Bezirke bei schnell wachsendem Durchschnittsalter rechnen muss.

(2) Im innerbezirklichen Vergleich weist der Bezirk eine duale sozialräumliche Struktur mit der Tendenz zur Polarisierung zwischen Großsiedlungen (Wanderungsverlust, überdurchschnittliche Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebedürftigkeit, disproportionaler Altersstruktur) einerseits und den Siedlungsgebieten (Wanderungsgewinn, unterdurchschnittliche Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebedürftigkeit, relativ ausgeglichene Altersstruktur) andererseits auf.

Der kleinräumige Zeitvergleich zeigt Tendenzen der Herausbildung sozialer Problemgebiete in den Großsiedlungen auf. Von den 10 Berliner Verkehrszellen (über 5.000 Einwohner/innen) mit der höchsten Arbeitslosigkeit gehören drei zum Bezirk Marzahn-Hellersdorf. Von den 10 Berliner Verkehrszellen mit der größten Zunahme der Arbeitslosigkeit befinden sich 9 in den Großsiedlungen von Marzahn-Hellersdorf. Problematisch ist somit weniger die momentane soziale Situation des Bezirks, sondern die deutliche Tendenz zur Verschlechterung. Angesichts dieser Entwicklungstendenzen ist es wichtig, die Sozialberichterstattung zu einem kontinuierlichen und komplexen Monitoring der sozialen Entwicklung des Bezirks auszubauen, in dem zum einen Themen, Periodizität, Termine, Verantwortlichkeiten und die Einbeziehung der Öffentlichkeit klar und verbindlich geregelt und, zum anderen, Zeitreihen, intrabezirkliche Perspektive und interbezirklicher Vergleich als methodische Prinzipien fest verankert sind.

Mit entsprechenden Festlegungen und dem weiteren Ausbau der ressortübergreifenden Zusammenarbeit könnte der Weg zu einer integrierten Sozialberichterstattung konsequent fortgesetzt werden.

Integriertes Handlungskonzept in Soziale-Stadt- und E&C-Ge-bieten

Für Fördergebiete der Bund-Länder-Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt – Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen – und dem Partnerprogramm „Entwicklung & Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist ein auf Fortschreibung angelegtes Integriertes Handlungskonzept vorgesehen, welches von den jeweiligen Kommunen vorzulegen ist. Dieses Handlungskonzept soll einen offenen Rahmenplan, ein spezifisches Leitbild des jeweiligen Quartiers und einen Maßnahmenkatalog darlegen für die Handlungsfelder Bürgermitwirkung und Stadtteileben, Lokale Wirtschaft, Arbeit und Beschäftigung, Entwicklung von Quartierszentren, Förderung sozialer, kultureller, bildungs- und freizeitbezogener Infrastruktur, Verbesserung des Wohnens sowie Verbesserung des Wohnumfelds und Förderung der Ökologie. Bei der Entwicklung des Integrierten Handlungskonzepts ist auf Quartiersebene besonderer Wert auf Aktivierung und Beteiligung der Stadtteilbewohner/innen, auf die Zusammenarbeit und die Netzbildung der örtlichen Akteure und Institutionen sowie auf die Nachhaltigkeit des Prozesses zu legen.

Das Programm Soziale Stadt sieht ferner die fachübergreifende Umsetzung der Gemeinschaftsinitiative in Städten, Gemeinden, Ländern und auf Bundesebene vor. Das heißt, sozialraumorientierte Maßnahmen und Projekte sollen interdisziplinär erarbeitet und der Prozess der Stadtteilerneuerung gemeinsam entwickelt und begleitet werden. Für alle seitens der ARGEBAU empfohlenen bzw. vorgeschlagenen „typischen Maßnahmen“ der einzelnen Bereiche werden als beteiligte Institutionen Schulen, Kindergärten, Kammern, Verbände, Wirtschaftsressorts, Wohnungsunternehmen u.a. und für die Kommune die Fachbereiche Sozial-, Jugend-, Gesundheits-, Kultur-, Planungsamt u.a. benannt. Im Leitfaden der ARGEBAU heißt es:

Die Förderung in den Stadtteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf muss vor allem zwei Ansprüche erfüllen: Zum einen ist der gebündelte und zielgenaue Einsatz aller verfügbaren Ressourcen und Programme erforderlich; hierfür sind optimale Organisationsformen zu entwickeln. Zum anderen ist ein Leitprogramm notwendig, das die Gesamt-

koordination des Quartiersentwicklungsprozesses leistet. [...] Es ist in erster Linie Sache der Städte und Gemeinden, das integrierte Förderprogramm umzusetzen. Da die Bündelung aller verfügbaren Programme und Ressourcen Erfolgsvoraussetzung für die zielgerichtete Stadtteilentwicklung ist, haben die Städte und Gemeinden die Aufgabe, die enge Kooperation der betroffenen Fachressorts organisatorisch sicherzustellen, die schnelles übergreifendes Handeln ermöglichen soll. [...] Die Konzepte bilden die Basis für den Mittel- und Personaleinsatz aller betroffener Fachressorts/Ämter. Sie müssen daher sorgfältig zwischen diesen abgestimmt werden. Sie sollen eine verlässliche Grundlage für die Aktivierung der örtlichen Potenziale in dem Entwicklungsprozess bilden. Diese Form des Miteinanders dient gleichzeitig dazu, dass private, wirtschaftliche Interessen und das Gemeinwohl sinnvoll und effektiv abgestimmt werden. (ARGEBAU 2000, S. 10-11).

Handlungsfeld Gesundheit und Gesundheitsförderung

In den Jahren 2000 und 2002 wurden durch das Deutsche Institut für Urbanistik zwei bundesweite Befragungen der Programmgebiete durchgeführt. Im Zentrum der zweiten Befragung (222 von 248 Programmgebieten) standen Handhabbarkeit und Umsetzungsstrategien des Programms (Deutsches Institut für Urbanistik 2003b). Es zeigte sich, dass Problembenennung und Maßnahmen zum Handlungsfeld „Gesundheit und Gesundheitsförderung“ an letzter Stelle genannt wurden. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Fragebögen überwiegend (66 Prozent) aus den Planungsbereichen beantwortet wurden.

Mit Beteiligung der kommunalen Gesundheitsverwaltung an der Erarbeitung des Integrierten Handlungskonzepts (43 Gebiete) erhöht sich der Anteil der Gebiete mit gesundheitsorientierten Maßnahmen von knapp unter 30 Prozent auf rund 60 Prozent.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Querschnittscharakter des Handlungsfelds „Gesundheitsförderung“ dazu führt, dass Maßnahmen in anderen Bereichen vielfach Gesundheitsbezug aufweisen. So dient eine Reihe von Maßnahmen in den Handlungsfeldern „Umwelt“, „Verkehr“ sowie „Wohnumfeld und öffentlicher Raum“ gleichzeitig dazu, umweltbedingte Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Einen bedeutenden Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten auch viele Maßnahmen im Sportbereich. Ebenso haben Beschäftigungsmaßnahmen gesundheitsfördernde Wirkungen, da sie zu einer Verbesse-

rung der ökonomischen Situation sowie des Selbstwertgefühls der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen. (ebd., S. 137)

Fachkompetenz versus Interdisziplinarität?

Die Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin, dass der Aspekt Gesundheit im ersten Impuls eher dem medizinischen Bereich zugeordnet wird, in der Nachfrage hingegen auch in sozialen und kulturellen bis zu baulichen und städtebaulichen Maßnahmen und Projekten zu finden ist.

Es stellt sich die Frage nach den Ursachen für diese Ergebnisse. Die Projekte und Maßnahmen der Fachbereiche unterliegen verschiedenen Programmen, Förderrichtlinien und Gesetzbüchern: Städtebauförderung, Kinder- und Jugendhilfegesetz, Bundessozialhilfegesetz etc. Somit scheint eine fachliche Trennung erforderlich. Dennoch soll ein Zusammenwirken erreicht werden, wobei das Ausmaß und die Möglichkeiten von Projekt zu Projekt zu entwickeln sind. Gesundheitsförderung, so die Befragungsergebnisse, ist als Querschnittsaufgabe in den Handlungsfeldern zu sehen. Daher ist zu überlegen, welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu entwickeln wären, und welche eventuellen Schwierigkeiten zu überwinden sind.

Bei den außerordentlich sensiblen Daten aus den Bereichen Soziales/Jugendhilfe und Gesundheit sind Schweigepflicht und Datenschutz zu berücksichtigen. Zudem sind die Zuordnung bzw. Einteilung der statistischen Bezirke und Bezirksgrößen aus den verschiedenen Fachbereichen nicht übereinstimmend, oder die Einteilung liegt mitunter nicht so kleinräumig vor wie es erforderlich wäre. Diese Voraussetzungen erschweren die Datenerhebung (Kuhn 2000, S. 267-272). Die Zusammenarbeit kann auch durch verschiedene Denksysteme und Sprachebenen der jeweiligen Fachbereichskollegen/innen beeinträchtigt werden. Zur Verfügung stehende Mittel unterliegen ihren jeweiligen Richtlinien und sind von daher nicht ohne weiteres in anderen Fachbereichen einsetzbar. Auch muss hier das Thema angesprochen werden, wieweit ein Projekt aus dem „eigenen“ Fachbereich bei Mittelkürzungen nicht eine Priorität erlangt? Es stellt sich auch die Frage der Kompetenzen, der Verantwortlichkeit und der Befugnisse. Welches Wissen sollte und darf weitergegeben werden und an wen?

Im Workshop wurden diese Probleme weitgehend bestätigt. Ergänzend wurde von den Teilnehmer/innen darauf hingewiesen, dass gerade im Hinblick auf die finanzielle Ausstattung die Schere zwischen Berichterstattung und der Maßnahmenumsetzung immer größer werde. Ferner gebe es Probleme in der Zusammenar-

beit zwischen amtlichen und nichtamtlichen Mitarbeiter/innen – besonders, wenn es um Einzelfallbeschreibungen und Daten ginge. Die Einbindung von Familien mit Kleinkindern von null bis drei Jahren sei sehr schwierig, und es gebe für die Untersuchung dieser Kindergruppe keine rechtliche Grundlage.

Gesundheitliche Risiken, Problemlagen und die Zusammenhänge

In den Programmgebieten sind hohe Arbeitslosen- und Sozialhilfequoten als soziale Problemlagen definiert (Deutsches Institut für Urbanistik 2003b, S. 62). Die damit einhergehenden Risikofaktoren wie Verarmung, Vereinsamung, Suchtgefährdung, Fehlernährung etc. sind vielfach dokumentiert, ebenso die negative Wechselwirkung zwischen Krankheit und fehlender bzw. verloren gegangener sozialer Netzwerke. Das Kohärenzgefühl der Betroffenen kann in schwierigen Lebenslagen verloren gehen (Siegrist 1995, S. 157-197).

Die Erfahrungen aus den Modellgebieten lassen ergänzend darauf schließen, dass ein höherer Anteil gesundheitlicher Probleme vorliegt als in der Gesamtumfrage deutlich wurde. So schreibt das Deutsche Institut für Urbanistik:

Im Vordergrund stehen dabei gesundheitliche Probleme bei Kindern und Jugendlichen: Übergewicht, Haltungsschäden, Atemwegserkrankungen, Karies, Allergien sowie motorische und Sprachentwicklungsstörungen. Die Symptome der gesundheitlichen Vernachlässigung von Kindern können [...] bis zum Zustand der Verwahrlosung reichen. „In Gesprächen mit Mitarbeiter/innen von Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen und Jugendeinrichtungen wurde wiederholt betont, dass Kinder – insbesondere nach Wochenenden – teils völlig ausgehungert sind.“ [...] „Hungernde Menschen“ – so das Quartiermanagement – „sind durchaus keine Seltenheit. Neben den erwachsenen Obdachlosen sind vermehrt Kinder aller Nationalitäten zu beobachten, die sich von achtlos weggeworfenen Essensresten ernähren.“ [...] Neben diesen sozial bedingten Gesundheitsgefahren werden für mehr als die Hälfte der Modellgebiete auch umweltbedingte Gesundheitsrisiken konstatiert. (Deutsches Institut für Urbanistik 2003b, S. 137)

Soziale Schwierigkeiten können zu gesundheitlichen Problemen, und Krankheiten können zu sozialen Problemen führen. Die Bereiche Gesundheit und Soziales zeigen viele Verbindungen und Wechselwirkungen, die Anlass geben, die Voraussetzungen für bessere, gesundheitsfördernde Lebenswelt zu schaffen (Fuß 2002). Eine engere Zusammenarbeit in diesen Fachgebieten, verbunden mit Zieldefinitionen sollte

angestrebt werden (Meinlschmidt 2001, S. 48).

Möglichkeiten der Zusammenarbeit

„Noch relativ neu ist das Konzept der Multidisziplinarität, das nicht mehr eine Berufsgruppe als übergeordnet und dominant ausweist, sondern dazu aufruft, gleichberechtigt und entsprechend der jeweiligen Indikation neben den Gesundheitsberufen auch die Berufsgruppen der Sozialwissenschaften, der Psychologie, der Pädagogik sowie der Sport- und Ernährungswissenschaften als gleichwertige Partner in das „Boot der Gesundheitsförderung“ aufzunehmen“, schreibt H. Renner in seinem Aufsatz über „Gesundheitsförderung im salutogenen Kontext (Renner 1998, S. 177ff).

Interdisziplinäre Arbeitsgruppen, bereits an verschiedenen Standorten in Soziale-Stadt-Gebieten – sowohl auf der Verwaltungsebene als auch auf der Stadtteilebene – eingerichtet, könnten ein Weg sein, enger zusammenzuarbeiten, um zu gemeinsam entwickelten Maßnahmen zu kommen. Anzustreben wäre auch die Entwicklung einer gemeinsamen Berichterstattung. In dem Workshop des Fachforums wurden „gemeinsame Basisberichterstattung“ und „ressortsübergreifende Arbeitsgruppen“ für eine effektivere Zusammenarbeit der Fachbereiche Gesundheit und Soziales empfohlen.

Des Weiteren wurden folgende Lösungsvorschläge erarbeitet: Sozialatlas und der Gesundheitsbericht sollten verknüpft und Datenschutzbestimmungen erleichtert werden. Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Institutionen außerhalb der kommunalen Verwaltung wäre die verstärkte Einbindung von Schulen und Bildungseinrichtungen sinnvoll. Bezogen auf die schwer erreichbare Zielgruppe Familien mit Kindern von null bis drei Jahren wurde eine Eltern-Kind-Spielgruppe aus England vorgestellt. Im Rahmen der Fachgremien Jugend, Soziales Gesundheit könnten und sollten negative Aspekte definiert werden, positive Aspekte sollten an die Politik weitergegeben werden. Somit könne der Prozess der Förderung und der Erneuerung beschleunigt werden, so das Resümee der Teilnehmer/innen.

Beispiele im Settingansatz

„Als Settings werden Lebensbereiche mit ihren spezifischen sozialen und organisatorischen Strukturen bezeichnet, wie z. B. Schule, Betrieb, Stadtteil, Quartier, in denen Menschen sich überwiegend aufhalten und Lebensmuster entwickeln, die unter anderem ihre Gesundheit bestimmen.“ (Deutsches Institut für Urbanistik 2003b, S. 139).

Kindertagesstätten setzen ganzheitlich orientierte Konzepte in Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt, Universitäten und Sportver-

einen und anderen Institutionen um. Ernährung, Bewegung, Sport, um einige Bereiche zu nennen, sowie Elternarbeit sind wesentliche Elemente des Tagesablaufes. Sprache und kulturelle Herkunft der Kinder und ihrer Familien prägen den Kita-Alltag und stellen einen Teil ihrer Lebenswelt dar.

Schulen definieren sich zunehmend als Lebensraum. Zusätzlich zu den Unterrichtsstunden werden Spieleabende für alle – Eltern, Schüler/innen, Lehrkräfte und Freunde – durchgeführt. Ganztagesangebote, betreute Grundschule und Mittagstisch sind feste Bestandteile der Schule. Es werden erlebnispädagogische Unternehmungen wie Kanufreizeiten, Sportfeste und Wanderfahrten durchgeführt. Den in einigen Quartieren gehäuft auftretenden gesundheitlichen Defiziten der Schüler/innen wie Entwicklungs- und Sprachstörungen, wird ein therapeutisches Programm entgegengesetzt. Ergotherapie, orthopädisches Schwimmen und Sprachheilkurse erweitern den Schulalltag. Ebenfalls zu nennen sind außerschulische integrative Maßnahmen in Zusammenarbeit mit Grundschulen und Kindergärten, um Übergänge zu erleichtern sowie Beziehungen und Bezüge zu erhalten.

Als Kooperationspartner werden Jugend-, Gesundheits- und Arbeitsamt, Kliniken, Frauenhaus, Universität und weitere Einrichtungen genannt.

Für viele muslimische Einwohner/innen nehmen Moscheen einen festen Raum in ihrem Leben ein. Es hat sich gezeigt, dass die Ansprache der Menschen und die Kommunikation in diesen Räumen mitunter besser gelingt. Interkulturelle Gesprächskreise mit sozialen, religiösen und arbeitsweltbezogenen Themen, Sprachkurse, Veranstaltungen und Fachvorträge zum Thema Gesundheit und Krankheit finden zum Teil in den Moscheen statt und stellen mittlerweile einen konstanten Bestandteil im Jahresablauf dar.

Abschließend möchte ich ein Modellprojekt aus Schleswig-Holstein vorstellen, welches im Rahmen der Soziale- Stadt-Programmbegeleitung als Good-Practice-Beispiel für den Bereich Gesundheitsförderung vom Deutschen Institut für Urbanistik benannt wird:

Schutzengel e.V. Flensburg.

„Ansätze der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung in den Programmgebieten zielen zum einen darauf ab, niedrigschwellige Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen zu entwickeln, und zum anderen darauf, durch Netzwerkbildung die Kooperation im Gesundheitswesen zu verbessern“ schreibt das Deutsche Institut für Urbanistik (DIFU 2003a, S. 83). Die Zielgruppen des Flensburger Projekts Schutzengel e.V. sind Familien und Alleiner-

ziehende mit kleinen Kindern und Schwangere. Projektträger und Beteiligte stellen ein umfangreiches Netzwerk dar. Kindergarten, Kirchengemeinde und Krankenhaus, Wohnungsgesellschaft, Gesundheits-, Jugend- und Sozialamt, Ärzte/innen u.v.a. arbeiten in Kooperation. Sie ermöglichen durch das Verbundsystem ein Angebot, welches mehr bietet als eine einzelne Beratung, Begleitung und Betreuung.

Die Good-Practice-Begründung des Deutschen Instituts für Urbanistik lautet: „Diese niedrigschwelligen Angebote richten sich an Personen, die oftmals nur schwer zu erreichen sind, und befähigen diese zu einer gesundheitsverantwortlichen Lebensgestaltung. Das Beratungs- und Betreuungsangebot erstreckt sich dabei von der Schwangerschaft über die Säuglingspflege bis hin zur Kindererziehung. Dieses ganzheitliche Gesundheitsverständnis begründet auch die zeitliche Kontinuität des Angebots, die für Personen in schwierigen Lebenslagen besonders wichtig ist. Durch die Bausteine des Modellprojekts – Elterntreffpunkt, Familienhebamme, diakonische Familienbegleiterin, pädagogische Frühförderung – werden Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen verbessert und verschiedene Zielgruppen erreicht“ (DIFU 2003B, S. 84).

Fazit

Gesundheitliche und soziale Probleme hängen eng zusammen. In verschiedenen Einzelprojekten und Maßnahmen haben sich kooperatives und vernetztes Arbeiten bewährt. Es liegt nahe, interdisziplinäre Arbeitsgruppen, besonders in den Fachbereichen Soziales/Jugendhilfe und Gesundheit einzurichten und die Erarbeitung einer gemeinsamen Basisberichterstattung aus den genannten Bereichen anzustreben. Es sollte im Einzelfall überprüft werden, inwieweit Datenerhebungen erleichtert und die Zusammenarbeit mit nicht kommunalen Einrichtungen intensiviert werden könnte. Die Diskussionsergebnisse aus dem Workshop weisen ebenfalls darauf hin, dass ein „Basisbericht Soziales-Gesundheit“ eine effektivere sozialraumorientierte Maßnahmenplanung ermöglichen könnte.

Literatur:

- ARGEBAU Ausschuss für Bauwesen und Städtebau und Ausschuss für Wohnungswesen. Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“. 2. Fassung, Stand 01.03.2000. In: Deutsches Institut für Urbanistik. Programmgrundlagen Band 3, Berlin
- Barthelheimer, P. (2001): Sozialberichterstattung für die „Soziale Stadt“. Frankfurt/Main
- Deutsches Institut für Urbanistik DIFU (2003a): Good Practice in Altbau- und Gemischten Quartieren. Arbeitspapiere zum Programm Soziale Stadt, Heft 10, S. 83-89
- Deutsches Institut für Urbanistik DIFU im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen (2003b): Strategien für die Soziale Stadt. Berlin
- Ferchland, R. (2000): Berliner „Stadtraum-Ost“ und Bevölkerungsverschiebungen in Berlin-Brandenburg – eine wanderungsstatistische Analyse. isda-Studie.
- Ferchland, R. (2003): Soziale und sozialräumliche Ungleichheit in Berlin – statistische Befunde. Berlin: Kommunalpolitisches Forum.
- Ferchland, R./Reimann, A. (2003): Sozialberichterstattung – Potenzial für solidarische Sozialpolitik und partizipative Demokratie. Beitrag für eine Konferenz der Rosa-Luxemburg-Stiftung
- Fuß, R. (2002.): Gesundheit, Umwelt und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen in München In: Geene, R. et al. (Hg.): Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung. Berlin
- Kuhn, J. (2000): Integrierbarkeit von Gesundheits- und Sozialberichterstattung – Erfahrungen aus dem Land Brandenburg. In: Geene, R./Gold, C. (Hg.) Gesundheit für alle! Berlin
- Meinlschmidt, G. (2001): Gesundheitsziele als Beitrag zur Umsetzung von § 20 SGB V. In: Geene, R. et.al: Armut macht krank! Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 5, S. 48
- Renner, H. (1998): Gesundheitsförderung im salutogenen Kontext. In: Schüffel, W. et al. (Hg.): Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden, S.177
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung (2004): Bevölkerungsentwicklung in der Metropolregion Berlin 2002-2010. Berlin
- Siegrist, J. (1995): Medizinische Soziologie. München/Wien/Baltimore
- Woderich, R./Koch, Th./Ferchland, R. (2002): Berufliche Weiterbildung und Lernkompetenzen im Ost-West-Vergleich. In: Kompetenzentwicklung 2002. Auf dem Wege zu einer neuen Lernkultur. Münster/New York/München/Berlin, S. 141-197

Podiumsdiskussion

Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Thema der Qualifizierung für die Stadtteilarbeit?

Prof. Dr. Beate Blättner, Fachhochschule Fulda

Dr. Birgit Hoppe, Stiftung SPI, Berlin

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Nürnberg

Prof. Dr. Eva Luber, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg

Prof. Lotte Kaba-Schönstein, Fachhochschule Esslingen

Moderation: Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V.

Dr. Geene

Zur Vorstellung meiner Gesprächspartner/innen: Frau Prof. Luber ist Sozialmedizinerin und unterrichtet an der Hochschule Magdeburg-Stendal am Standort Magdeburg. Sie bildet angehende Gesundheitswirte aus.

Herr Prof. Trabert ist sicherlich vielen bekannt als engagierter Arzt der Obdachlosenmedizin aus Mainz. Er unterrichtet hauptberuflich Sozialarbeiter an der Fachhochschule Nürnberg.

Frau Dr. Hoppe bereichert unseren Kreis durch ihre Arbeit mit Berufserfahrenen. Sie ist stellvertretende Direktorin der Stiftung SPI und dort für den Geschäftsbereich Fachschulen, Qualifizierung & Professionalisierung zuständig. Dort werden Arbeitnehmer/innen der Jugendhilfe und der Altenpflege fort- und weitergebildet.

Einen solchen Hintergrund hat auch Frau Prof. Dr. Beate Blättner. Sie hat lange an der Volkshochschule gearbeitet und unterrichtet jetzt an der Fachhochschule Fulda Studiengänge im Gesundheits- und Pflegemanagement sowie Public Health mit den neuen Abschlüssen „Bachelor of Science“ und „Master of Science“. Das Stichwort dieser neuen Bezeichnungen „Bachelor“ und „Master“-Studiengänge ist insofern für uns wichtig, weil wir uns mit den neuen Konzepten beschäftigen wollen, mit denen Qualifikationen für Gesundheitsförderung systematisch entwickelt werden können. Wir wollen hier nicht die alten Streitereien neu aufleben um Fragen wie: Wer hat die Besitzrechte? Wer hatte zuerst die Ideen? Ist Gesundheitsförderung nur Sozialpädagogik als alter Wein in neuen Schläuchen?

Wir haben Frau Prof. Blättner gebeten, zu Beginn

unserer Diskussion auf dem Podium aus ihrer Sicht und aus ihrer Erfahrung darzustellen, wo entscheidende Qualifikationsaspekte in der Ausbildung liegen.

Frau Prof. Blättner

Vielen Dank. Ich bin im Vorfeld gebeten worden, ein paar, vielleicht zur Diskussion provozierende Thesen vorzutragen. Erst habe ich gedacht, das gelingt mir wahrscheinlich nicht, aber ich versuche mal, ob ich das doch hinkriege. Und zwar möchte ich gleich mit einer Einschränkung unseres Themas beginnen, das da heißt „Gesundheitsförderung und Prävention – ein Thema der Qualifikation für die Stadtteilarbeit.“ Ich habe mich mit der Frage der Gesundheitsförderung und der Qualifizierung für die Gesundheitsförderung beschäftigt, nicht mit der für die Prävention. Und zwar absichtsvoll. Ich unterscheide beides. Prävention sollte nicht unmittelbar mit der Gesundheitsförderung in Verbindung gebracht werden. Wenn man Prävention ernsthaft betreiben will, dann hat das sehr viel mit Kontrollfunktion zu tun, und genau davon möchte die Gesundheitsförderung weg bzw. damit hatte sie noch nie viel zu tun. Daher spreche ich jetzt ausdrücklich nur von der Qualifizierung für Gesundheitsförderung.

Es stellt sich die Frage, was jemand können muss, der Gesundheitsförderung im Stadtteil betreiben will. Vorab ein Wort zu meinem Sprachgebrauch: Ich benutze im Weiteren die männliche Form als Ausdruck des gender mainstreaming, auch weil wir hier auf dem Podium eine weibliche Mehrheit haben. Ein Gesundheitsförderer muss im Stadtteil zunächst einmal primär wirklich gute Stadtteilarbeit machen. Insofern also nichts Neues. Ich knöpfe hier an die Aussagen von Klaus Peter Stender an, dessen Beitrag hier in der Dokumentation ebenfalls veröffentlicht ist (s. Beitrag „Voneinander lernen – Gemeinsam etwas bewegen! Warum ist es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?“). Aber ich will dazu auch kritisch anmerken, dass in den inzwischen über zwanzig Jahren, in denen ich mich mit der Gesundheitsförderung beschäftige, mir immer wieder alle möglichen Professoren gesagt haben, das sei für sie nichts Neues, das würden sie schon immer machen. Meine Antwort ist heute immer noch die, die ich damals gegeben habe: Wenn sie das schon immer gemacht und auch schon immer gut gemacht hätten, dann wären wir heute doch erhebliche Schritte weiter. Irgendetwas muss nicht ganz richtig gemacht worden sein oder nicht ganz funktioniert haben, sonst wären wir jetzt nicht an diesem Punkt.

Doch es geht primär darum, gute Stadtteilarbeit zu machen, Stadtteilarbeit, die gesund-

heitswissenschaftlich fundiert sein soll. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse muss ein Stadtteilgesundheitsförderer umsetzen, indem er die Logik individuellen Handelns von Menschen versteht, darüber hinaus aber auch systemisch denkt und politisch handelt.

Wenn Sie mich jetzt fragen, was davon das Wichtigste ist, dann kann ich das natürlich nicht entscheiden, weil alles gleichermaßen wichtig ist. Aber meine Aussage dazu wird immer von dem abhängig sein, was ich im Moment als Defizit wahrnehme. Zurzeit würde ich sagen, das Defizit liegt auf der Ebene des politischen Handelns. Ich habe den Eindruck, es gerät in Vergessenheit, dass unsere heutigen Probleme, gerade in Bezug auf soziale Benachteiligung, durchaus politisch gemachte Probleme, politisch auch verschärfte Probleme sind, die sich nicht immer nur durch gute Stadtteilarbeit ausgleichen lassen.

Wenn Sie jetzt weiterfragen, was man denn jetzt braucht, um das alles umzusetzen, ganz konkret, um diese Arbeit machen zu können, dann lehne ich mich an das sog. Kompetenzmodell an. Gemeint ist das Modell der Schlüsselkompetenzen aus der handlungsorientierten Didaktik.

(1) Ich möchte bewusst mit den Methodenkompetenzen anfangen. Ich denke, es ist eine wichtige methodische Kompetenz, strategisch planen zu können. Das beginnt damit, Methoden des Projekts- und Qualitätsmanagement zu beherrschen. Projektmanagement, um das auch zu ergänzen, aber immer auch mit Hinblick darauf, dass es eben nicht Projekte bleiben, sondern diese Projekte irgendwie institutionell verankert sein müssen. Es ist zentral wichtig, über solche Methoden zu verfügen; es sind Methoden zum Entwickeln von Strategien, um Vorhaben politisch und innerinstitutionell auch wirklich durchsetzen zu können und Verbündete zu finden.

Ein zweiter Bereich von methodischen Kompetenzen ist das wissenschaftliche Denken und Arbeiten. Es geht heute nicht mehr ohne Evidenzforschung, also Methoden systematischer Recherche und Bewertung von Interventionen. Ein Gesundheitsförderer muss auch Gesundheitsberichte lesen können. Er muss theoretisch fundierte Begründungen liefern können. Und er muss Methoden der quantitativen und der qualitativen empirischen Sozialforschung anwenden können, um Analyse und Evaluation auch wirklich durchzuführen.

Einen dritten methodischen Bereich möchte ich unter dem Stichwort kommunikatives Handeln zusammenfassen. Es ist sehr hilfreich, Methoden von Moderation und Konfliktmanagement zu beherrschen und Gesprächsführung zu können, eben all das, was Ihnen unter dem

Stichwort Partizipation auch als methodische Kenntnisse einfallen würde.

(2) Ich komme jetzt als zweites zur Sozialkompetenz. Zuerst geht es mir hier um die Fähigkeit, zu verstehen, was es wirklich heißt, jemanden zu akzeptieren. Es bedeutet, Menschen in der inneren Logik ihres Handelns begreifen und annehmen zu können und zwar auch dann, wenn diese Logik der eigenen Lebenseinstellung sehr fern steht. Und das gilt in der gesamten Spannweite, die die Logik arbeitsloser Jugendlicher oder obdachloser Frauen umfasst, aber auch die Logik von Staatssekretären muss der Gesundheitsförderer verstehen und akzeptieren können. Natürlich ist es dafür notwendig, auch die jeweiligen Fähigkeiten entdecken und unterstützen zu können und das auch wiederum nicht nur beim Klientel, sondern auch bei Kooperationspartnern.

Eine zweite nötige Fähigkeit auf dieser Ebene ist die der Kooperation. Ich glaube, das ist sehr schwierig, ein Neben- und Miteinander unterschiedlicher Berufsgruppen nicht nur zuzulassen, sondern im Team auch wirklich zusammenarbeiten zu können, ohne allzu viel Konkurrenzen aufzubauen.

Und ein dritter, mir sehr wichtiger Bereich, ist der der Durchsetzungsfähigkeit. Ein Gesundheitsförderer muss eigene Vorstellungen und Ideen auch dann durchsetzen können, wenn sie dem augenblicklichen Mainstream nicht entsprechen, dann muss er hartnäckig sein und angemessen argumentieren können.

(3) Dann muss ein Gesundheitsförderer über sog. Selbstkompetenzen verfügen. Ich halte es durchaus für sehr hilfreich, wenn ein Gesundheitsförderer auch ein eigenes Gesundheitsbewusstsein entwickelt hat. Allerdings meint Gesundheitsbewusstsein hier nicht eine Art Verbots- und Gebotsorientierung, sondern ein umfassendes Verständnis von Gesundheit, wie es Peter Paulus formuliert hat. Er unterscheidet zwischen einer Einstellung, bei der es um Respekt und Wertschätzung sich selbst, anderen und der Umwelt gegenüber geht, und so etwas wie ein vernetztes Wissen als Gegenstück zu Informationsmüll. Und für ihn gehört zum Gesundheitsbewusstsein auch Handlungsfähigkeit – als Wissen um die Möglichkeiten des Handelns, aber auch als die Überzeugung, diese Möglichkeiten ausüben zu können. Hierzu zählt auch eine Fähigkeit, in verschiedenen Situationen den Umständen, den beteiligten Personen und ihren bzw. dem eigenen Körper gegenüber angemessen zwischen möglichen Alternativen überhaupt entscheiden zu können. Ich halte diesen dritten Bereich, also den der angemessenen Auswahl zwischen Alternativen, für eine ganz wesentliche Qualifikation eines Gesundheitsförderers.

Zur Selbstkompetenz gehört auch die Fähigkeit zu reflektieren, weshalb man die Arbeit eines Gesundheitsförderers eigentlich machen will. Und ob es einem gelingt, manchmal auch Abstand dazu zu gewinnen. Was für mich damit verbunden ist, ob ein professioneller Gesundheitsförderer auch andere Dinge als die Arbeit in seinem Leben hat, die ihn zufrieden machen.

(4) Ich nenne das Feld der Fachkompetenzen bewusst am Schluss. Erst dachte ich, vielleicht sollte ich hierauf ganz verzichten. Dann habe ich aber auf der Tagung bemerkt, das kann ich nicht und will daher zwei aus meiner Sicht ganz wichtige Fachkompetenzen benennen: die Idee der Salutogenese und des Kohärenzinns. Es scheint mir immens wichtig, diese Ideen auch wirklich zu verstehen und nicht nur bei Gelegenheit immer wieder mal den Namen Antonovsky fallen zu lassen, sondern auch zu wissen, was er geschrieben hat und was es eigentlich bedeutet. Ein Gesundheitsförderer muss Erfahrungen von Konsistenz, von Teilhabe an Entscheidungen und ein Gleichgewicht zwischen Anforderung und Ressourcen tatsächlich schaffen wollen, er muss dazu beitragen wollen, dass benachteiligte Jugendliche so etwas wie Lebensglück fühlen, Sinn im Leben finden und in Bezug auf ihre Zukunft und realisierbare Wünsche entwickeln können.

Eine zweite Fachkompetenz ist es, ein Verständnis von sozialer Benachteiligung zu haben, das einen auch wirklich handlungsfähig macht und das nicht zu stark von eigenen Vorurteilen geprägt ist. Bei den Studierenden, die ich im Moment ausbilde, stelle ich bei kritischem Hinsehen vor allem bei den Gesundheitsberufen – bei der Pflege zum Beispiel – fest, dass diesbezüglich einige Kenntnisse fehlen, die in der Sozialarbeit schon eher zu finden sind. Es geht hier um die Bedeutung von Lebenskontext, Lebensbedingungen und Lebensphasen. Zum Beispiel sollte ein Gesundheitsförderer wissen, dass Risikobereitschaft, Grenzerfahrungen und Orientierungslosigkeit etc. in der Phase von Jugendlichkeit ganz entscheidend und prägend sind. Es bringt mich als Pädagogin schon zum Schmunzeln, wenn ich immer wieder höre, es sei ja ganz eindeutig erwiesen, dass wir unbedingt Kindern beibringen müssen, wie sie gesund leben können, weil diese Fähigkeiten und Einstellungen dann im Erwachsenenalter erhalten blieben. Ich kenne keine einzige Studie, die belegen kann, dass man es wirklich schafft, diese Fähigkeiten über die Zeit der Pubertät hinaus zu retten. Wenn es eine solche Studie gibt, lerne ich gerne dazu. Aber ich halte das für eine bisher unbelegte Behauptung.

Ein Gesundheitsförderer muss auch Wissen

um systemische Zusammenhänge haben, Wissen über nachhaltige Auswirkungen eigener Entscheidungen. Dazu gehört für mich auch das Wissen über die Strukturen von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Und es schadet nicht unbedingt etwas, wenn man die Sprache der Medizin versteht, weil man sie gelegentlich benutzen muss, um mit den Kooperationspartnern einen Dialog tatsächlich führen zu können.

Nach dieser skizzenhaften Beschreibung dessen, was man als Gesundheitsförderer alles können muss, stellt sich die Frage: Wo kann man das denn alles lernen? Zurzeit habe ich hierfür zwei Antworten: Einerseits in einem anwendungsorientierten Studium, das nicht auf reinen Wissenserwerb setzt, sondern auf Kompetenzerwerb, andererseits durch reflektierte Lebenserfahrung. Einige der geforderten Kompetenzen kann man sich nicht durch ein Studium aneignen, sondern es braucht eine ganze Menge Lebens- und Berufserfahrung, um sich mit diesen Themen sinnvoll auseinanderzusetzen. Ich stelle diesen Gedanken nur so in den Raum, damit wir ihn vielleicht in der Diskussion dann noch vertiefen können.

Dr. Geene

Vielen Dank für dieses ausführliche Statement. Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz, Selbstkompetenz – diese Stichworte sind entscheidend für eine Qualifikation, wie Sie sie skizziert haben.

Frau Dr. Hoppe, Ihre Studierenden haben bereits Berufserfahrung, Häufig hört man von Praktiker/innen, das sei zu abstrakt, zu weit hergeholt. Wie ergeht es Ihnen, wenn Sie mit solch umfassenden Ansprüchen konfrontiert werden?

Frau Dr. Hoppe

Schon als ich während der Tagung den Referaten zuhörte und auch noch einmal während Ihrer Ausführungen, Frau Blättner, überlegte ich, wie es wäre, wenn dies ein Qualifizierungsauftrag für unsere Erzieher/innen und Heilpädagog/innen und die Menschen in den korrespondierenden Fort- und Weiterbildungsbereichen wäre. Wenn sie wüssten, dass Gesundheitsförderung in diesem Sinn jetzt zusätzlich zu dem, was sie sowieso schon an Kompetenzen im Bereich Gesundheitsförderung und -diagnostik erwerben, Teil ihres Bildungsauftrages werden wird, dann würden mir die Erzieher/innen und Heilpädagog/innen zunächst sagen: Das klingt gut, aber in der Verdichtung unserer Arbeitsprozesse ist es schwierig umzusetzen.

Rückgewendet bedeutet das natürlich: Will man den Qualifizierungsauftrag für die Multiplikatoren diesbezüglich ernst nehmen (und das

muss man ja schlechterdings, weil sich in Fragen der Gesundheit alles bündelt – nicht zuletzt sind ja auch die Kriterien für Gesundheitsförderung sehr nahe an individueller Entwicklungsförderung in den Grundsätzen und Kategorien orientiert), muss ich mich als diejenige, die Bildungsprozesse plant, fragen: Was gehört in Ausbildung, was gehört in Weiterbildung?

Wenn ich auf die Curricula schaue für die unterschiedlichen Berufsgruppen – Altenpfleger/innen, Erzieher/innen, Heilpädagogen/innen –, stehe ich dann vor der Aufgabe, dass ich für die jeweilige Ausbildung entscheiden muss, was von den anderen Qualifizierungszielen eventuell zurückgenommen werden könnte. Wir wissen alle, dass allein der Komplex „Bildungsauftrag in der Kinder- und Jugendhilfe“ im Moment sehr viel zeitliche Ressourcen frisst. Bezüglich des Anforderungsprofils stehen wir hier ein bisschen vor der Quadratur des Kreises. Es könnte also sein, dass die Bildungsverantwortlichen dasselbe sagen: Bei der Verdichtung unserer Bildungsauftrages wissen wir beim besten Willen nicht, wo auch das noch Platz haben könnte.

Doch warum soll es den Menschen, die Bildung betreiben, anders gehen als denen, die vor Ort arbeiten und versuchen, fachliche Entwicklung voran zu treiben? Um das generelle Problem der Verdichtung zu lösen, müsste man sich vor allem überlegen – und hier sehe ich einen Anknüpfungspunkt an das, was Sie eben gesagt haben –, dass man nicht nur hehre, sehr abstrakte Ziele definiert, die dann im Grunde genommen schwer zu füllen sind, sondern dass man erst mal damit beginnt, Ausbildungszeit hierfür zu finden. Der Zugang kann dabei nicht quantitativ sein. Vielmehr kann der Weg nur über veränderte Lernformen in der Qualifizierung gehen. Wir müssen uns daran orientieren, dass jeder Lernweg individuell ist. Das öffnet Wege für Beschleunigung und Differenzierung von Lernwegen und Lernerfolgen. Das wäre dann exemplarisch auch das, was den „neuen“ Bildungsauftrag in der Entwicklungsförderung ausmacht. Neben der Form muss inhaltlich beachtet werden, dass ein exemplarischer Zugang zum Themenkomplex „Gesundheit“ – jenseits der Fragen, die eher die soziale Arbeit oder die Gesundheitswissenschaftler interessieren – nur von der Devise „Gesundheit muss Spaß machen“ ausgehen kann. Erst wenn ich weiß, dass sozial benachteiligte Menschen, die nicht sehr viel Spaß haben, vermutlich nur zu erreichen sind, wenn etwas einen Spaßfaktor hat, kann ich auch irgendwie eine Idee kriegen, wo Türen zu öffnen sind für Gesundheitsförderung. Und das öffnet dann die Möglichkeit zur Ebene exemplarischer Entwicklungsbegleitung und dann eben auch zur Ebene exemplarischen

Lernens. Das wäre dann natürlich erneut eine Frage der Qualifizierung. Wie setzt man so etwas um? Das will ich jetzt hier nicht ausführen; es könnte aber interessant sein, sich im Verlauf des Gesprächs noch eingehender darüber Gedanken zu machen.

In jedem Fall bedeutet dieser Zugang immer eines: In allen relevanten Berufen (Heilpädagogen/innen, Erzieher/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen), in denen professionelle Multiplikatoren tätig sind, ist es das Ziel, dass Menschen in der Lage sind, für sich selber zu sorgen. Die Reflexion der eigenen Grundhaltung und der Vielfalt von Verhaltensweisen im Umgang mit Gesundheit hilft, methodisch Kriterien und Kategorien im Sinne einer Checkliste zu identifizieren, zeigt auf, wo Türen liegen können, die man als Fachkraft für einen Zugang ausprobieren kann. Damit ist auch die Frage, womit man beginnt – in Qualifizierung und in Ausbildung –, letztendlich sekundär. Erfahrung, als exemplarische Erfahrung identifiziert, kann übertragen werden auf weitere mögliche Impulse zur Entwicklungsförderung.

Dr. Geene

Vielen Dank. Gerhard Trabert, du hast zwei verschiedene Ausbildungsgänge hinter dir, du hast erst Sozialarbeit, dann Medizin studiert. Wenn du jetzt die Kompetenzen nimmst, die Beate Blättner dargestellt hat, in welcher Fachdisziplin ist es denn einfacher, mit diesen Kompetenzen zu arbeiten?

Prof. Trabert

Schwierige Frage. Aber bitte erlaube mir, bevor ich sie beantworte, einen kleinen Schlenker zu machen: Ich kann nicht hier sitzen und über Gesundheitsförderung diskutieren, ohne die aktuellsten Entwicklungen im Gesundheitswesen zu kommentieren: So empfinde ich das so genannte Gesundheitsmodernisierungsgesetz als unausgewogen und sozial ungerecht. Das darf hier nicht ungesagt bleiben! Ich nehme Engagement und Kreativität im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wahr, es wird versucht, ein patientennahes Konzept aufzubauen. Auf der einen Seite wird etwas Positives im Gesundheitssektor entwickelt und aufgebaut, während dies auf der anderen Seite wieder relativiert, unterlaufen, ja abgebaut wird. Gerade durch meine Erfahrungen in der konkreten Arbeit mit sozial benachteiligten Menschen, z.B. mit der extrem von Armut betroffenen Gruppe der wohnungslosen Menschen, aber auch im Bereich Gesundheitsprävention in einem sozialen Brennpunkt, in dem sehr viele Kinder leben, erlebe ich das Gesundheitsmodernisierungsgesetz als etwas, das viele Menschen verunsichert. Ich erlebe es als etwas, das dazu führt,

dass weniger Gesundheitsförderung, weniger Prävention in Anspruch genommen wird, weil jeder glaubt, das kostet jetzt erst mal wieder mehr Geld. In unserem niedrigschwelligen medizinischen Versorgungsprojekt für wohnungslose Menschen werde ich oft gefragt: Müssen wir 10 Euro Praxisgebühr bezahlen? Kostet uns das was? Müssen wir etwas dazuzahlen? Das so genannte Gesundheitsmodernisierungsgesetz benachteiligt besonders Menschen aus Randgruppen, und das halte ich wirklich für einen politischen Skandal. Das darf hier, auch wenn der Mitorganisator von der Bundesregierung ist, nicht ungesagt bleiben. Ich frage mich, wer hat das Gesetz gemacht? Und auf wen hat man gehört? Und welche Experten hat man mit hinzugezogen? Entstanden ist auf jeden Fall ein ungerechtes, unsoziales Gesetz. Es trifft besonders kranke Menschen und sozial benachteiligte Menschen.

Diese Position ist das Resultat – und damit komme ich auf die Frage der Kombination von Sozialarbeit und Medizin zurück – meiner Ausbildung. Ich habe in den 70er Jahren Sozialarbeit studiert. Zu jener Zeit haben wir vor allem diskutiert, sehr intensiv und kontrovers politisch, mehr als dass wir wirklich studiert hätten. Diese Diskussionen hatten aber dennoch einen außerordentlichen Wert, sie vermittelten uns durch diese intensive Auseinandersetzung mit politischen Strukturen eine gesellschaftsstrukturelle Beurteilungskompetenz. Es war die Zeit der so genannten Roten Armee Fraktion, des gewaltsamen Widerstandes gegen die gesellschaftlichen Bedingungen, des zu verurteilenden Terrorismus. Es ging z.B. um Fragen: Wie kann man den Staat sozialer gestalten? Welche Handlungsansätze sind noch legitim und welche nicht? Vielleicht haben wir damals zu viel politisch diskutiert. Heute erlebe ich als Professor an einer Fachhochschule ein entgegengesetztes Phänomen, die Studenten diskutieren heute zu wenig politische Themen. Die hier stattfindende, strukturelle gesundheitspolitische Diskussion müsste einen viel größeren Raum einnehmen. Um soziale Ungerechtigkeiten zu beseitigen, muss politischer Druck ausgeübt werden, und dies funktioniert am besten, wenn sich Profis, Mediziner/innen, Sozialarbeiter/innen, Pädagogen/innen, Erzieher/innen, mit den Betroffenen solidarisieren, um dann die Fakten gemeinsam öffentlich darzulegen.

Eine Ursache für die Mängel dieses Gesetzes und für den langen, mühsamen Weg zu Prävention und Gesundheitsförderung sehe ich in der geringen Lobby, die sozial benachteiligte Menschen haben. Nicht umsonst wird ständig wiederholt, dass der Setting-Ansatz in anderen Ländern vor zwanzig Jahren schon aktuell

war. Wir hinken hinterher. In Frankreich würden wahrscheinlich eine Million Menschen auf die Straße gehen und gegen dieses Gesundheitsmodernisierungsgesetz demonstrieren. In Deutschland habe ich das Gefühl, es wird mehr oder weniger akzeptiert.

Es geht also um die Kompetenz, wirklich auf die Bedürfnisse der Betroffenen zu achten, sich mit ihnen zu solidarisieren und dann außerhalb der konkreten praktischen Arbeit politisch zu argumentieren und zu handeln. Dies ist etwas, was ich während meiner beiden Studien gelernt habe. Besonders mein Sozialarbeiterstudium hat mich dazu befähigt, die Frage nach strukturellen Verursachungsfaktoren zu stellen. Dies ist eine Basis, die ich als sehr wichtig und elementar empfunden habe. Deshalb ist es mir sehr wichtig, dass die Berufsgruppen Sozialarbeit und Medizin zusammengebracht werden. Dass man sich schon im Studium kennen lernt, damit Ignoranz und Arroganz sich gar nicht erst ausprägen können, sondern dass man die Kompetenzen, die beide Seiten haben, nutzt, und zwar für die Betroffenen.

Dr. Geene

Bevor du jetzt schon gleich das Wort an Lotte Kaba-Schönstein weitergibst, ergreife ich eine zweite Chance mit meiner Frage. Denn es ist ja noch eine Medizinerin auf dem Podium. Ich kann es also noch bei Eva Luber versuchen. Eva, was ist wichtiger für die Basiskompetenzen, von denen Beate Blättner gesprochen hat, die Medizin oder die Sozialarbeit?

Prof. Luber

Meiner Meinung nach gibt es neben der Medizin und der Sozialarbeit auch noch viele, viele andere Basiskompetenzen. Wahrscheinlich sind das eben gerade diese, die hier im Raum vertreten sind. Wenn ich mir aber jetzt meine Studenten angucke – wir bilden ja nicht nur Gesundheitsförderer aus, sondern auch Heilpädagogen/innen, Sozialpädagogen/innen, Gebärdensprachler/innen, Dolmetscher/innen, Musiktherapeuten/innen usw. –, dann finde ich es interessant, dass man schon unter diesen Studierenden durchaus etwas unterschiedliche Profile entdecken kann. Schon, wenn man nur die Gesundheitsförderer betrachtet – was wahrscheinlich der Hintergrund deiner Frage ist, obwohl das den anderen nicht ganz gerecht wird –, dann sind die sehr, sehr unterschiedlich. Wir haben welche, die interessieren sich zum Beispiel für Bewegung, für Sport. Die machen dann den Übungsleiterlehrgang Sport und gehen später auch in diese Branche.

Wir haben aber auch viele andere, die waren vorher SoFas, das ist die Abkürzung für Sozialversicherungsfachangestellte. Diese

Studierenden haben eine Nähe zur Sozialversicherungswirtschaft im weitesten Sinne. Viele von ihnen sind in den Krankenkassen untergekommen, gerade als die Gesundheitsförderung neu aufgebaut wurde. Wenn man sich diese Studierenden anschaut, dann haben die natürlich auch äußerst unterschiedliche Profile, je nachdem, wie sie sich ihr Studium aussuchen und was sie von uns haben wollen. Was ich als Ärztin mitbringe – ich bin eigentlich Kinderärztin –, wird nicht von sehr vielen nachgefragt. Das interessiert dann schon eher die Heilpädagogen. Da gibt es einige, ich nenne sie „die kleinen Doks“, die wahrscheinlich lieber Medizin studiert hätten. Wenn sie ein Referat halten in Lehrveranstaltungen, in denen ich es mir angewöhnt habe, weder Latein noch Englisch, sondern wirklich Deutsch zu sprechen, bräuchten diese Studierenden eigentlich einen Fachdolmetscher, weil sie nur mit lateinischen Begrifflichkeiten arbeiten.

Für uns ist es gut, dass wir so eine große Breite der Disziplinen haben, die in dieses Studium einfließen. Im Englischen gibt es diesen Begriff, *feeding disciplines*, im Deutschen würde man sagen, die Fütter-Disziplinen, also praktisch die Unterfütterung der Gesundheitsförderung. Und da spielen eine sehr große Rolle: Politologie, Soziologie, Öffentlichkeitsarbeit, aber auch Umwelt- und Stadtplanung und eben auch Medizin, Psychologie und Sozialarbeit als die engeren Bereiche.

Das beantwortet vielleicht auch deine Frage nach den Kernbereichen: Aus meiner Sicht sind dies die Medizin, die Psychologie und die Sozialarbeit. Denn gerade, wenn wir uns Kinder in sozialen Brennpunkten und die so genannten neuen Krankheiten angucken, dann sind das keine Erkrankungen mehr, bei denen der medizinische Fachverstand reicht. Deswegen würde ich also unbedingt die Erweiterung auf Psychologie vornehmen wollen.

Dr. Geene

Vielen Dank, Eva Luber. Lotte, bevor du nach Esslingen gegangen bist, hast du in einem WHO-Lehrgang gestandene SoFas – Sozialversicherungsfachangestellte – ausgebildet. Welche Studierenden oder welche Auszubildenden sind dir denn lieber? Die gestandenen Gesundheitsleute aus den Ämtern, die sich fortbilden und sich auf etwas Neues einlassen oder die jungen Studierenden?

Prof. Kaba-Schönstein

Ich habe früher internationale Fortbildungslahrgänge zur Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zusammen mit der Weltgesundheitsorganisation und dem Zentrum für angewandte Gesund-

heitswissenschaften der Uni und Fachhochschule Lüneburg gemacht. Der letzte dieser Lehrgänge wurde mit Unterstützung und in Kooperation mit der Europäischen Union durchgeführt. Qualifiziert wurden Schlüsselpersonen aus verschiedenen Bereichen und verschiedenen Berufen (Psychologen/innen, Sozialarbeiter/innen, Ärzte/innen, Pädagog/innen, Sozialwissenschaftler/innen etc.), nicht nur aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Sie kamen von der regionalen und nationalen Ebene. Darunter waren auch einige SoFas, die sich hochgearbeitet hatten bis zur Landesebene der Krankenversicherung oder gar zur Bundesebene. Das war aber eher die Ausnahme. Es waren allerdings schon alles „gestandene Berufstätige“, und das war höchst interessant.

Ich bin jetzt in der Sozialarbeit, als Dekanin eines Fachbereichs Gesundheit und Pflege für zwei Pflegestudiengänge zuständig. In beiden Bereichen haben wir auch ganz viele „Gestandene“ mit Berufsausbildung. Und einige wenige sind dabei, die direkt nach dem Abitur Sozialarbeit oder Pädagogik studieren. Das hat auch Vorteile, diese Studierende haben den Theoriehintergrund noch sehr präsent, und sind in dieser Hinsicht auch sehr interessiert. Insgesamt wissen die Gestandenen, die schon Vorberufe hatten, viel genauer, weshalb sie studieren und was sie besonders interessiert.

Ich möchte auch noch kurz auf ein Projekt eingehen, das Herr Trabert schon erwähnte. Ich habe zusammen mit der Uni Freiburg und der katholischen Fachhochschule Freiburg ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt zur interdisziplinären Kooperation im Gesundheitswesen durchgeführt. Es sollte der Verbesserung der Ausbildung dienen. Ziel war es, die Betroffenen schon in der Ausbildung für Kooperation zu befähigen. Daraus entstanden die gemeinsamen Seminare für Sozialarbeit- und Medizinstudierenden, die wir heute veranstalten, um den Studierenden zur Vorbereitung auf die spätere Kooperation ein paar Grundlagen vom jeweils anderen Bereich schon in der Ausbildung zu vermitteln. Unterrichtsgegenstand sind die Grundlagen der jeweiligen Ausbildung und der Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitskonzepte.

Dr. Geene

Vielen Dank, Lotte. Ich habe die Diskussionsbeiträge vorhin so verstanden, dass das alte Konzept der Gesundheitserziehung überholt sei und sich jetzt ein neues Konzept der Gesundheitsförderung entwickelt, so wie es Thomas Altgeld in seinem Beitrag dargestellt hat. Wenn ich das auf den pädagogischen Ansatz beziehe, bedeutet dies, dass die Gesundheitsförderer nicht mehr für die Gesundheitsberatung aus-

gebildet werden, sondern als Gesundheitsmanager/innen – dem Kompetenzen-Konzept von Beate Blättner folgen. Aber da kommt natürlich der Einwand von Gerhard Trabert völlig zurecht, der da sagt: Da sollen Gesundheitsmanager/innen ausgebildet werden, aber tatsächlich sind die Mega-Tendenzen der Gesellschaft eher dagegen gewandt. Der Frust wird größer. Die Verelendung nimmt zu. Die Schere sozialer Ungleichheit klafft weiter auseinander. Wie begegnen Sie Ihren Studierenden, wenn sie dann sagen: Jetzt habe ich alle möglichen Kompetenzen erworben, aber die Ressourcen werden immer weniger.

Frau Prof. Blättner

Das ist eine Frage, auf die ich manchmal den Studierenden gegenüber schlicht und einfach keine Antwort habe. Das muss ich ganz ehrlich sagen.

Ich will aber erst mal bei Ihrer Aussage anfangen, mit der Gesundheitsförderung käme was Neues. Das sehe ich nur sehr bedingt so. Und zwar ist das nicht nur auf der politischen Ebene, die Herr Trabert schon angesprochen hat, sondern auch auf der konzeptionellen Ebene zweischneidig. Einerseits wurde noch nie so viel von Gesundheitsförderung gesprochen wie zurzeit, andererseits geht es, wenn man genau hinsieht, wieder sehr viel mehr um klassische Prävention als das noch vor vier, fünf Jahren der Fall war. Ich bin nicht sicher, ob wir uns wirklich schon ganz klar auf einem Weg nach vorne bewegen, oder ob das manchmal eher so eine Ein-Schritt-vor-und-zwei-zurück-Bewegung ist und sich ein solcher Rhythmus irgendwie einpendelt.

Vom Ansatz her ist es richtig, dass wir jetzt Gesundheitsmanager/innen ausbilden, und zwar in mehrerer Hinsicht. Heute braucht man nicht nur Gesundheitsförderprofis, heute muss man sich mit Managementstrategien auskennen, um Gesundheitsförderung wirksam betreiben zu können. So würde ich das formulieren. Und ich würde mir wünschen, dass die Manager/innen – was man auch immer im Einzelnen darunter verstehen mag, eben diejenigen, die Leitungsfunktionen in Institutionen übernehmen –, dass die in der Lage sind, die Ideen der Gesundheitsförderung wirklich zu verstehen und umzusetzen. Wenn wir das schaffen würden, hätten wir ein gutes Ziel erreicht. Ich glaube, dass das im Grunde möglich ist, weil sich ökonomische und sozialkritisch politische Ansätze nicht immer zwingend widersprechen müssen. Es gibt sehr viele offenkundige Widersprüche, wenn man sehr einseitig auf kurzfristig, ökonomische Aspekte setzt. Aber wenn man im Sinne von Nachhaltigkeit denkt, muss das nicht unbedingt widersprüchlich sein.

Dr. Geene

Frau Hoppe, Sie haben vorhin schon dargestellt, dass Ihre Studierenden in der Praxis einen sehr dichten Arbeitsprozess erleben, und es deswegen dort so schwierig ist, Gesundheitsförderung als Orientierung vorzutragen. Welche Möglichkeiten haben Sie unter diesen Bedingungen überhaupt für eine Vermittlung von Gesundheitsförderstrategien?

Frau Dr. Hoppe

Ich habe nicht gemeint, dass es grundsätzlich schwierig ist. Es ist mehr so, dass der Verdrängungswettbewerb auf dem sozialen Markt und die Konkurrenz der Konzepte in diesem Arbeitsbereich einer Offenheit gegenüber einem erweiterten Gesundheitsförderungsverständnis entgegenwirken. Das führt eher zu professionalisierter und spezialisierter Abgrenzung. Dagegen stehen Kooperationsbereitschaft und Offenheit als zentrale Profile von Professionalität, die man in der Qualifizierung irgendwie erreichen muss. Damit meine ich, dass Fachkräfte trotz der wesentlichen Fähigkeit, sich distanzieren zu können und ihr Aufgabenprofil zu bestimmen, zugleich Lust auf Einmischung in andere Bereiche brauchen, aber auch eine Lust darauf, dass andere sich bei ihnen einmischen und dass man sich immer wieder neu definieren muss. Das ist ein sehr schwieriger Lernprozess. Denn in diesem Sinn ist jedes neu auftauchende Problem, jede Veränderung der Bedingungen, auch wenn man sie politisch nicht begrüßt oder unterstützt, eine Situation, die man als Lernanlass für sich als Professioneller in diesem Bereich definieren muss. Natürlich kann man das nicht immer schaffen, das wäre allzu ideal gedacht. Aber wenn man es nicht mehr als Ziel verfolgt, dann muss man ehrlicherweise sagen, dass man den jeweiligen Beruf in seiner Multiplikatorenfunktion nicht mehr sach- und fachgerecht nach dem Stand der Kunst ausüben kann.

In dem Zusammenhang würde ich ganz gerne noch einmal auf den Punkt der regelhaft dynamischen Elemente der eigenen Berufsidentity zurückkommen. Sie erinnern sich: Auf dieser Tagung ging es ja auch um das Problem, wie komplex die Zusammenhänge sind, z.B. wenn man sich anschaut, wie sich der demographische Wandel mit der Gesundheitsförderung verbindet oder wie sich die Gemeinwesenarbeit entwickelt usw. Das sind eine Menge Anforderungen.

Wahrscheinlich können aber die meisten von uns zugleich folgendes über sich bemerken: Wir erleben unsere eigene Verberuflichung, unseren Qualifikationsprozess erstmal als eine Erfolgsstrategie und sind froh, dass wir

das, was wir gelernt haben, gut machen. Wir reden nun die ganze Zeit über Schnittstellen, über sehr komplexe Schnittstellen. Psychologisch gesehen weiß man, dass, je komplexer etwas wird, die Tendenz zunimmt, sich bei der Planung von etwas Neuem doch wieder an Vergangenen zu orientieren. Damit entsteht die Gefahr, dass Vertrautes reproduziert wird, damit wir uns (wieder) sicher fühlen. Dieses Erkenntnis ist entscheidend für die Reflexion der Wirkung jedweden Inputs im Sinne von Fachwissen.

Gesundheitsförderung bedeutet ja nicht, zuvorderst zu fragen, was morgens gefrühstückt werden soll oder, wenn man schon rauchen muss, in welcher Ecke man das tun darf. Es geht um sehr viel grundsätzlichere, exemplarische Fragen. Ich glaube, Ausbildung kann hier nur auf der Basis eines systematischen Perspektivwechsels funktionieren, die muss sich auf die Haltung als eigentlicher Lerngegenstand zentrieren. Schließlich müssen Multiplikatoren verkörpern, was sie initiieren wollen. Dies gibt noch mal den Hinweis auf notwendige andere Lernformen. Dazu gehören im hohen Maße exemplarische Lernformen, die das Dialogische (Ich und mein Klient, Ich und die Mutter, Ich und das Kind und so weiter und so weiter) verlassen und hingehen zu einem sehr systemischen Ansatz in Richtung Planspiel. Dazu gehört auch die Übereignung „qualifizierungsbegleitender Bildungsbudgets“ im Sinne selbstorganisierten Lernens.

Dr. Geene

Vielen Dank. Gerhard Trabert, du hast schon deutlich gemacht, du möchtest heute politisch diskutieren. Zum Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen (GMG) hast du dich gerade schon geäußert. Nun habe ich hier auch noch eine andere politische Frage auf dem Zettel. Es gibt ja noch ein anderes Gesetz, das in der Pipeline ist, das Präventionsgesetz. Wir können wahrscheinlich nicht erwarten, dass das Präventionsgesetz die 10 Euro-Praxisgebühren wieder abschafft. Aber du darfst dir jetzt mal etwas wünschen. Was wünschst du dir denn vom Präventionsgesetz?

Prof. Trabert

Visionen wurden ja schon von Herrn Brocke benannt. Ich finde Visionen, Wünsche, Träume unverzichtbar. Die Träume von heute sind die Realitäten von morgen. Was wünsche ich mir oder was erhoffe ich mir von diesem Gesetz? Eine schwierige Frage. Momentan ist es einfach so, dass die gesellschaftliche Diskussion zum GMG auch in mir zu einer ambivalenten Grundstimmung geführt hat. Ich denke, wir sind an einem ganz wichtigen Punkt angelangt.

Entweder es geht in die eine Richtung – Privatisierung, Entsolidarisierung – oder in die andere – gerechte Verteilung und betroffenenzentrierte Medizin. Ich hoffe, dass durch diese Diskussion zum Präventionsgesetz, durch den § 20 im SGB V, durch das stärkere Integrieren des Aspektes und der Folgen der sozialen Benachteiligung, eine bestimmte Sensibilität erreicht wird, bei Politikern, bei Leuten, die sich professionell mit diesem Thema beschäftigen, überhaupt in der Gesellschaft. Das ist eine meiner großen Hoffnungen. Auf die derzeitige Politik oder auf die gesellschaftliche Diskussion zurückkommend, glaube ich, es ist sehr wichtig, dass wir unser Handeln öffentlich machen, um es transparenter zu halten, um es nachvollziehbarer zu gestalten. Menschen, die in ganz anderen Bereichen leben, die einen anderen Lebenskontext haben, sollen verstehen, warum wir so oder so argumentieren. Sie sollen verstehen, warum es eben nicht reicht zu sagen, na ja, der Sozialhilfeempfänger soll aufhören zu rauchen und zu trinken und dann ist das Problem gelöst. Es soll deutlich werden, dass ein solches Risikoverhalten eine biographisch-soziale Geschichte hat. Das entbindet niemanden von der Eigenverantwortlichkeit, aber es ist fast unerträglich, die derzeit vorherrschende Individualisierung von gesundheitlichen Risiken und das Ausblenden von gesellschaftlichen Faktoren immer wieder zu hören. Und ich erhoffe mir von dieser Diskussion zur Gesundheitsprävention, dass man tiefer geht, dass man hinterfragt, warum bei uns die Schere zwischen arm und reich so auseinandergeht und warum immer mehr Menschen in unserer Gesellschaft eine geringere Chance haben, gesund zu bleiben bzw. zu werden. Dies ist eine große Hoffnung und ein Wunsch, den ich mit dieser Veranstaltung verbinde.

Dr. Geene

Danke. Eva Luber, du hast gerade berichtet von vielen deiner Studierenden, die aus dem Bereich Sport und Bewegung kommen, die Sozialversicherungsfachangestellte waren oder die kleine Doks sind, wie du sie gerade genannt hast. Nun will dein Kollege Eberhard Göpel aus Magdeburg eine gesunde Stadt machen. Und da sagt das Quartiersmanagement, wir brauchen Nachwuchskräfte von der Hochschule. Was gibst du denn jetzt deinen kleinen Doks mit auf dem Weg, damit sie im Quartier Gesundheitsförderung betreiben können?

Prof. Luber

Als Erstes würde ich ihnen sagen, dass sie nicht allzu viel Angst haben sollen vor den großen Doks. Aber der wichtigste Bereich, den wir in Deutschland bisher noch nicht richtig

angedacht haben, ist die Koordination. Und das ist es eigentlich, was in der beruflichen Alltagsarbeit geleistet werden muss. Gesundheitsförderung lebt in Vernetzung. Und das ist etwas, was bisher eben noch nicht immer mitgedacht wird. Ein Aspekt davon ist die Evaluation. Der Punkt Evaluation wurde in den Abstracts für die Referate und den Inputs für die Arbeitsgruppentiteln nur einmal in einem Halbsatz erwähnt. Immerhin. Denn die Frage, wer diese ganzen Prozesse koordinieren soll und wer diese Koordinationstätigkeiten bezahlt, die wird überhaupt nicht erwähnt. Dennoch ist das das Wichtigste, was Gesundheitswirte zu leisten haben. Sie haben Prozesse zu koordinieren, die wesentlich deutlicher, schärfer und auch unfreundlicher ausgetragen werden, als diese kleine Diskussion, die wir vorhin hier hatten über Begriffe wie Erstgeburtsrecht und Leihmutterchaft. Darüber lässt es sich relativ leicht diskutieren, das ist alles sehr emotional und in die Tiefe gehend und letztendlich auch fruchtbar. Diese Diskussionen müssen im Alltag gehandhabt werden. Wir können nicht davon ausgehen, dass alles, was wir machen wollen – vernetzen, ressortübergreifend und ressourcenbewusst arbeiten – in einem machtfreien Raum passiert. Wir brauchen eine sehr, sehr hohe Professionalität im Moderieren und Koordinieren solcher Prozesse. Ich denke, darauf müssen wir unsere Gesundheitswirte vorbereiten. Und dann brauchen sie noch einen Arbeitgeber, der ihre Arbeit bezahlt. Dann denke ich, brauchen wir keine Angst mehr zu haben mit dem Präventionsgesetz. Dann läuft das.

Dr. Geene

Vielen Dank. Lotte Kaba-Schönstein, gerade weil ihr so viele verschiedene Ansätze habt, wen würdest du denn von deinen Studierenden für die Stadtteilarbeit vorsehen?

Prof. Kaba-Schönstein

In erster Linie die Sozialarbeit- und Sozialpädagogikstudierenden, aber zunehmend mehr auch die Pflegestudierenden, weil diese auch für den Bereich Koordination zunehmend angefragt werden und sich da für Deutschland neue Bereiche erschließen. Aber eigentlich haben die Sozialarbeitstudierenden bei uns, wenn sie alles belegen, was sie belegen können, eine wichtige Grundqualifikation für Stadtteilarbeit und für Gesundheitsförderung. In der Vorbereitung auf dieses Podium habe ich mir auch überlegt, was man so als Kernbereich nennen könnte. Peter Franzkowiak hat dazu einen schönen Überblick erstellt, ausgehend von den Aktionsstrategien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Er benennt drei Bereiche von Tätigkeiten und Kompetenzen:

1. Interessen vertreten und Partei ergreifen: Die Rolle und Funktion ist hier Anwaltschaft. Prinzipien, Ziele und Methoden sind Beteiligung und Partizipation – ein klassischer Sozialarbeitsbereich seit langem – und gleichzeitig Gesundheitsförderung.

2. Befähigen und Ermöglichen, Rolle und Funktion als Anbieter/in, Unterstützer/in und Prinzipien: Das zielt ab auf Aktivierung, darauf, Kompetenzen zu fördern und Gesundheitspotenziale ausschöpfen.

3. Vermitteln und Vernetzen, Rolle und Funktion: Hier setzt die Arbeit von Mediatoren/innen und Moderatoren/innen an. Die Prinzipien sind Kooperation, Koordination und Vernetzung – auch das ist ein klassischer Bereich, den unsere Sozialarbeitabsolvent/innen mitbringen, in dem sie also nicht nachqualifiziert werden müssten.

Ich möchte noch kurz auf den von Beate Blättner vorgestellten, sehr umfassenden Gesamtkatalog von notwendigen Kompetenzen eingehen, dem ich mich anschließen. Aber interessant finde ich zu überlegen, was davon in welche Ausbildung muss? Und was in welche Weiterbildung? Und was in welche berufs begleitende Fortbildung?

Und hier wäre es aus meiner Sicht wichtig zu überlegen, wer – welche Berufsgruppen – diese Arbeit machen sollte und was diese schon in ihrem Grundcurriculum haben und mitbringen und in welchen Bereichen man ihnen eine Fortbildung anbieten müsste, um diese Kompetenzen für die Stadtteilarbeit zu vermitteln.

Dr. Geene

Vielen herzlichen Dank. Ich denke, die Podiumsrunde hat deutlich gemacht, dass auch an den Fachhochschulen eine intensive Diskussion zur Gesundheitsförderung und dem Qualifizierungsbedarf dafür geführt wird. Das hat Beate Blättner mit den verschiedenen Kompetenzstufen sehr anschaulich dargestellt. Wichtig ist es aber auch, die kritische Mahnung von Frau Hoppe zu berücksichtigen, damit die Praxis konkret erfasst wird. Dies ist ein Prozess, an dem wir weiter arbeiten.

E&C-Fachforum:

Perspektive: Gesunder Stadtteil

Gesundheitsfördernde Settingansätze und
Jugendhilfestrategien in E&C-Gebieten

Fachforum

26. bis 27. Januar 2004 in Berlin

Veranstaltungsort:

Hotel Mercure Tempelhof Airport
Hermannstr. 214-216
12049 Berlin

Montag, 26. Januar 2004

11.00 Öffnung des Tagungsbüros

12.30 Begrüßung

Hartmut Brocke, Stiftung SPI

12.45 Grußworte

Rosmarie Apitz, Bundesministerium für Gesundheit und
Soziale Sicherung, Bonn
Hartwig Möbes, Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend, Bonn

**13.15 Koproduktion zwischen der Bundeszentrale für gesund-
heitliche Aufklärung (BZgA) und der Regiestelle E&C –
Modell für die Verbesserung der gesundheitlichen Chan-
cengleichheit für Kinder und Jugendliche in benachtei-
ligten Stadtteilen**

Gisela Marsen-Storz, BZgA, Köln
Andreas Hemme, Regiestelle E&C, Berlin

13.45 Vision Gesunder Stadtteil

Prof. Dr. Eberhard Göpel, Hochschule Magdeburg-Stendal,
Magdeburg

14.30 Pause

**15.00 Gesundheitsfördernde Settingansätze – Modelle für
integrative Gesundheitsförderung in benachteiligten
Stadtteilen**

Thomas Altgeld, Landesvereinigung Gesundheits-
förderung Niedersachsen, Hannover

**15.30 Stadtentwicklung, Jugendhilfe, Gesundheitsförderung –
Vergleichbare Ansätze – Gemeinsame Ziele**

■ **Stadtentwicklung**

Dr. Rolf-Peter Löhr, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin

■ **Jugendhilfe**

Hartmut Brocke, Stiftung SPI, Berlin

■ **Gesundheitsförderung**

Prof. Lotte Kaba-Schönstein, Fachhochschule Esslingen

16.30 Pause

**16.45 Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Thema der
Qualifizierung für die Stadtteilarbeit?**

■ **Input:**

Prof. Dr. Beate Blättner, Fachhochschule Fulda

■ **Podium:**

Dr. Birgit Hoppe, Stiftung SPI, Berlin

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-
Fachhochschule, Nürnberg

Prof. Dr. Eva Luber, Hochschule Magdeburg-Stendal,
Magdeburg

Prof. Lotte Kaba-Schönstein, Fachhochschule Esslingen
Moderation: Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e.V.

**17.45 Chancengleichheit und Gesundheitsförderung –
die EU-Perspektive**

Michael Hübel, EU-Kommission, Generaldirektion
Gesundheit und Verbraucherschutz, Luxemburg

18.30 Pause

18.45 36 Street – once upon a time in X-Berg

Musiktheater, Regie: Volker Meyer-Dabisch
Biografie eines 36-Juniors (Ayhan Sönmez) im Spannungs-
feld zwischen Schlägereien, Autorennen, Knast und Kiffen.
Dazu türkischer Rap von FUAT und Beatbox von BeeLow

20.00 Abendessen

Dienstag, 27. Januar 2004

8.00 Öffnung des Tagungsbüros

9.00 Voneinander lernen – Gemeinsam etwas bewegen!

Was macht es so schwierig, Gesundheitsförderung als integrierte Stadtteilstrategie zu etablieren?

Klaus-Peter Stender, Gesunde-Städte-Netzwerk, Hamburg

9.45 Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche – (auch) ein Thema für Krankenkassen!

Margot Wehmhöner, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

10.30 Integrierte settingorientierte Ansätze für einen gesunden Stadtteil

Arbeitsgruppen:

AG 1 | Gesundheitsförderung für und mit Kindern und Jugendlichen: ein Thema für Quartiersmanagement, Öffentlichen Gesundheitsdienst und Jugendhilfe

- > Birgit Wend, Ein Platz für Marie, S.T.E.R.N., Berlin
- > Gisela Bill, Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten, Nürnberg
- > Dr. Angelika Baumann, Stadtteilorientierte Gesundheitsförderung im sozialen Brennpunkt Evershagen, Hansestadt Rostock
- > Klaus-Dieter Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

AG 2 | Familienorientierte Gesundheitsförderung: Setting Kindertagesstätte

- > Angelika Maasberg, Landesvereinigung Gesundheit Niedersachsen, Hannover
- > Zeki Caglar, Elternorientierte Gesundheitsförderung in der Kita, AWO, Berlin
- > Uta Schröder, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR, Weimar
- > Dr. Kathrin Thrum, Präventive Frühförderung im Kontext sozialer Benachteiligung – Das Programm Opstapje, Deutsches Jugendinstitut e.V., München

AG 3 | Schule im Stadtteil: Gesundheitsfördernde Lebenswelt

- > Manuela Seidel, Jens-Nydahl-Schule, Berlin-Kreuzberg
- > Hermann Städtler, Fritjof-Nansen-Schule, Hannover
- > Stefan Purwin, Soziale Ökonomie für Kinder, Umwelt und Gesundheit am Boxhagener Platz, Berlin

AG 4 | Szenen im Stadtteil: Settings für Drogenprävention?

- > PD Dr. Heino Stöver, Universität Bremen
- > Michael Prinzleve, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg
- > Kerstin Dettmer, Projekt Mobilix, Fixpunkt e.V., Berlin

AG 5 | Diversity Strategien in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung

- > Petra Rattay, Institut für Gesundheitswissenschaften, TU Berlin
- > Christina Hey, Gesundheitsförderung für Frauen im Sozialen Brennpunkt, AKSB Marburg
- > Ibrahim Yehia, Muttersprachliche Gesundheitsberatung, Berlin
- > Barbara Ruff, Quartiersmanagement Magdeburger Platz, Berlin
- > Anna-Madeleine Bau, Interdisziplinärer Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (EpiBerlin)

AG 6 | Gesunde Städte – solidarische Städte? Auswirkungen des Gesunde-Städte-Netzwerkes auf benachteiligte Quartiere

- > Dr. Brigitte Wartmann, Stadtplus, Berlin
- > Ingrid Papies-Winkler, Plan- und Leitstelle Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin
- > Bernd Hölters Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin
- > Carola Gold, Gesundheit Berlin e.V.

AG 7 | Integrierte Gesundheits- und Jugendhilfeberichterstattung – Planung für Synergie im Stadtteil?

- > Prof. Dr. Meinschmidt, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
- > Dr. Dietrich Delekat, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin
- > Dr. Rainer Ferchland, Brandenburg-Berliner Institut für Sozialwissenschaftliche Studien (BISS e.V.), Berlin
- > Helene I. Luig-Arlt, Büro für Stadtteilmanagement, Langballig bei Flensburg

12.30 Mittagsimbiss

13.45 Fortsetzung der Arbeitsgruppen

14.45 Kaffeepause mit Poster-Session: Berichte aus den Arbeitsgruppen

15.15 Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen – eine ressortübergreifende Aufgabe

Prof. Dr. Eva Luber, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg

16.00 Ende des Fachforums

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Uda Ahlers	VHS Leer e. V. Dersagauweg 17 26131 Oldenburg	Tel.: 04419601302 uda.ahlers@uni-oldenburg.de
Thomas Altgeld	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. Fenskeweg 2 30165 Hannover	Tel.: 0511350 00 52 thomas.altgeld@ gesundheit-nds.de
Rosmarie Apitz	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Am Propsthof 78 a 53123 Bonn	Tel.: 018884413132 rosmarie.apitz@ bmgs.bund.de
Petra Appelhoff	Stadtteilbüro Butendorf Phönixstr. 41 45968 Gladbeck	Tel.: 0204326636 Fax: 02043929774 stadtteilbueroebutendorf@ web.de
Jolanda Arias		
Karin Baar	Verein Programm Klasse 2000 Filandastr. 11 12169 Berlin	Tel.: 03070760611 kariba@epost.de
Helmuth Backhaus	Stadt Schweinfurt Jugendamt Martin-Luther-Platz 20 97421 Schweinfurt	Tel.: 0972120175 Fax: 09721201176 helmuth. backhaus@schweinfurt.de
Dorothee Ball-Ereku	IG Gesund Lernmobil e. V. Kirchhofstr. 7a 12055 Berlin	Tel.: 0306867528
Gesine Bär	Stadtteilbüro Stendal-Stadtsee Adolf-Menzel-Str. 18 39576 Stendal	Tel.: 03931490748 Fax: 03931490948 stadtteilbuero@stadtsee.de
Joachim Barloschky	Projektgruppe Tenever Planungsbüro Neuwieder Str. 44 a 28325 Bremen	Tel.: 0421425769 Fax: 0421428136 projektgruppe@ bremen-tenever.de
Ute Barz	Ambulante Hilfen Berlin e. V. Gubener Str. 46 10246 Berlin	Tel.: 03029009301 ahb-e.v.@t-online.de
Anne-Madeleine Bau	Interdisziplinärer Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (Epiberlin) Ernst-Reuter-Platz 7 10587 Berlin	Tel.: 03031479584 Fax: 03031429269 annemadeleine.bau@ tu-berlin.de
Dr. Angelika Baumann	Gesundheitsamt Rostock St.-Georg-Str. 9 18055 Rostock	Tel.: 03813816376 Fax: 03813815399 angelika.baumann@ rostock.de
Dr. Fred-Jürgen Beier	Gesundheitsamt Nürnberg Burgstr. 4 90403 Nürnberg	Tel.: 09112315025 fred-juergen.beier@ stadt-nuernberg.de
Eva Belzner		
Ines Benkert		

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Elke Berg	Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg Rathausstr. 27 12106 Berlin	Tel.: 03075604780 Fax: 03075607256 berg@ ba-temp.verwalt-berlin.de
Beate Berger	Kath. Kindertagesstätte St. Josef Holsteinstr. 5a 52068 Aachen	Tel.: 0241511559
Renate Bergt	Injtegrierte Gesamtschule Schmarl Rostock Haedgestr. 5 18057 Rostock	Tel.: 03811208136
Dieter Bernhard	Schule Hinschfelde Waldorfstr. 243 22047 Hamburg	Tel.: 04042886390 schulbuero@ hinschfelde.hh.schule.de
Gisela Bill	Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. Barbarossastr. 4 55118 Mainz	Tel.: 061316279071 gisela.bill@t-online.de
Prof. Dr. Beate Blättner	Fachhochschule Fulda Fachbereich Pflege und Gesundheit Marquardstr. 35 36039 Fulda	Tel.: 06619640603 Beate.Blaettner@ pg.fh-fulda.de
Hanna Boklage	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. Hugo-Zieger-Str. 37 26133 Oldenburg	Tel.: 04419490907 h.boklage@t-online.de
Richard Bokumabi	Ev. Kirchenkreis Ottweiler Bosenbergweg 8 66606 St. Wedel	Tel.: 0685184288 ev.kirchenkreis.ottweiler@ t-online.de
Dr. Carl Bösling	VHS Osnabrück Bergstr. 8 49076 Osnabrück	Tel.: 05413232197 boesling@ vhs-osnabrueck.de
Dirk Böttcher	Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Württembergische Str. 6 10707 Berlin	Tel.: 03090125082 Fax: 03090123189 dirk.boettcher@ sen.stadt.verwalt-berlin.de
Cordula Breitenfeldt	Stadt Oldenburg Jugendamt Bloherfelderstr. 173 26129 Oldenburg	Tel.: 04415601165 treff.gwa@web.de
Hartmut Brocke	Stiftung SPI Sozialpädagogisches Institut, Direktor Müllerstraße 74 13349 Berlin	Tel.: 03045979333 Fax: 03045979366 info@stiftung-spi.de
Ute Brune	Kindergarten Zwergenland Kirchderner Str. 54 - 56 44145 Dortmund	Tel.: 02318630208 Fax: 02318630208
Christa Buchl	Gesundheitsamt Ingolstadt Esplanade 29 85049 Ingolstadt	Tel.: 08413051461 elke.redenius@ingolstadt.de

Teilnammeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Uwe Büsching	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Beckhausstr. 171 33611 Bielefeld	Tel.: 052185342 ubbs@gmx.de
Zeki Caglar	AWO - Zentrum für Migration und Integration Stettiner Str. 12 13357 Berlin	Tel.: 03066643918 Fax: 03039036325 z.caglar@awoberlin.de
Christa Cartheuser	Landesgesundheitsamt Brandenburg Wünsdorfer Pl. 3 15838 Wünsdorf	Tel.: 03370271141 christa.chartheuser@ lga.brandenburg.de
Bettina Cords	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Flämische Str. 6-10 24103 Kiel	Tel.: 043194294
Elke Dannemann	Stadt Oldenburg Stadtplanung Industriestr. 1 26105 Oldenburg	Tel.: 04412352398 dannemann@ stadt-oldenburg.de
Stefanie Dautzenberg- Schmitz	Montessori Kinderhaus St. Fronleichnam Schleswigstr. 3 52068 Aachen	Tel.: 0241504473 dautschmi@aol.com
Monika Degen	Stadt Bad Kreuznach Stadtverwaltung Hochstr. 45 55545 Bad Kreuznach	Tel.: 0671800390 monika.degen@ bad-kreuznach.de
Dr. Dietrich Delekat	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz- II A 11 - Oranienstraße 106 10969 Berlin	Tel.: 03090281541 Fax: 03090282067 dietrich.delekat@ sengsv.verwalt-berlin.de
Martin Delius	Stadt Magdeburg Jugendhilfe, Sozial- und Gesundheitsplanung W.-Höpfner-Ring 4 39116 Magdeburg	Tel.: 03915403104 gottschalk@ jga.magdeburg.de
Dr. Kerstin Dettmer	Projekt Mobilix Fixpunkt e.V. Boppstr. 7 10967 Berlin	Tel.: 0306932260 0306944111 k.dettmer@fixpunkt.org
Petra Dinkelacker	Stiftung SPI FSTJ - Freiwilliges Soziales Trainingsjahr, Servicebüro Nazarethkirchstr. 51 13347 Berlin	Tel.: 03045798714 69818014 servicebuero@fstj.de
Jens Dobler	Gesundheit Berlin e. V. Friedrichstr. 231 10969 Berlin	Tel.: 03044319060 post@gesundheitberlin.de
Frieda Dockx- Reinken	Kinder- und Jugendärztin PF 2249 59014 Hamm	Tel.: 02381176423 dfockx-reinken@ stadt-hamm.de

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Birgit Drenkard-Heim	Neustadttreff Caritasverband Mainz e. V. Feldbergstr. 32 55118 Mainz	Tel.: 0613167300 Fax: 06131604119 neustadttreff@gmx.de
Silvia Düffel	Gesundheitsamt Oldenburg Rummelweg 18 26122 Oldenburg	Tel.: 044112358630 gesundheitsamt@ stadt-oldenburg.de
Margot Eichmann	Arbeiter-Samariter.Bund (ASB) Regionalverband Tylli-Schanzen-Str. 2 17033 Neubrandenburg	Tel.: 03954225484 Fax: 03955441799
Nina Ennenbach	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln	Tel.: 02218992339 Fax: 02218992300 nina.ennenbach@bzga.de
Beate Erfurth	Stadt Halle Fachbereich Kinder, Jugend und Familie Schopenhauer Str. 4 06114 Halle	Tel.: 03452215677 beate.erfurth@halle.de
Yvonne Fegert	Gesundheitsamt Neunkirchen Lindenallee 13 66538 Neunkirchen	Tel.: 068219130
Dr. Rainer Ferchland	Institut für Sozialdatenanalyse e.V. Berlin isda Franz-Mehring-Platz 1 10243 Berlin	Tel.: 03029784141 Fax: 03029784142 Rainer.Ferchland@t-online.de
Heide Ferger	Kepler-Oberschule Zwillingstr. 21-29 12057 Berlin	Tel.: 03068092064
Horst Fischer	Stadt Siegen Jugendamt, FB Soziales, Jugend, Familien und Wohnen, Leiter Weidenauer Str. 211-213 57076 Siegen	Tel.: 02714042225 Fax: 02714042717 h_fischer@siegen.de
Dr. Elke Franz	Stadt Leipzig Jugendamt Konradstr. 21 04315 Leipzig	Tel.: 03416881672 Fax: 03416881672
Dörte Frevel	Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Repsoldstr. 4 20097 Hamburg	Tel.: 04063647794 Fax: 0406325848 doerte.frevel@ hag-gesundheit.de
Dr. Helga Gantz	SAS GbR Dresden Prießnitzstr. 7 01099 Dresden	Tel.: 03514016506 sas-isb@t-online.de
Natascha Garay	Gesundheitsprojekt BAYOUMA-HAUS, AW-Friedrichshain Rudolfstr. 156 10245 Berlin	bayouma-haus@ awo-friedrichshain.de

Teilnehmerliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Ulrike Gebelein	Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), Diakonische Dienste, Referat Kinderpolitik Postfach 101142 70010 Stuttgart	Tel.: 07112159284 Fax: 07112159288 Gebelein@diakonie.de
Dr. Raimund Geene	Gesundheit Berlin e.V. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Friedrichstr. 231 10969 Berlin	Tel.: 03044319060 Fax: 03044319063 geene@gesundheitberlin.de
Andreas Gey	SAS GbR Dresden Prießnitzstr. 7 01099 Dresden	Tel.: 03514016506 sas-isb@t-online.de
Monika Gickeleiter	Gesundheitsamt Stuttgart Bismarckstr. 3 70176 Stuttgart	Tel.: 07112166663 Fax: 07112164561 monika.gickeleiter@stuttgart.de
Christian Gierse	Gesundheitsamt Dortmund Hövelstr. 8 44137 Dortmund	Tel.: 02315023643 seaoflover@dortmund.de
Dorothee Giese	Günzelstr. 21 10117 Berlin	Tel.: 0308738123 Fax: 0308738123 dgiese@web.de
Gisela Godejkann	Bezirksamt Neuköln Karl-Marx-Str. 83 10240 Berlin	Tel.: 03068092514
Carola Gold	Gesundheit Berlin e. V. Straßburger Str. 56 10405 Berlin	Tel.: 03044319066 Fax: 03044319083 gold@gesundheitberlin.de
Prof. Dr. Eberhard Göpel	Hochschule Magdeburg-Stendal FB Sozial- und Gesundheitswesen Breitscheidstr. 2 39114 Magdeburg	Tel.: 03918864304 Fax: 03918864736 eberhard.goepel@sgw.hs-magdeburg.de
Claudia Görlach	Stadtteilbüro Dresden Quartiersmanagement Bertzdorfer Str. 16 01239 Dresden	Tel.: 03512727216 Fax: 03512727218
Gerd Grenner	Technische Universität Berlin Fakultät VII - Institut für Gesundheitswissenschaften Straße des 17. Juni 150 10623 Berlin	Tel.: 03031425013 Fax: 03031421112 barrierefrei@ifg.tu-berlin.de
Joachim Gresing	Landkreis Nienburg/Weser Landratsamt - Jugendamt, Amtsleiter Kreishaus am Schloßplatz 1 31582 Nienburg	Tel.: 05021967327 Fax: 05021967439 jugendamt@landkreis-nienburgweser.de
Andrea Greve	Stadtteilbüro Oberbilk Ellerstr. 221 40277 Düsseldorf	Tel.: 02118892823 Fax: 02118935095 andrea.greve@stadt-duesseldorf.de
Dorothee Groß	BA Friedrichshain-Kreuzberg Urbanstr. 24 10969 Berlin	Tel.: 030902988317

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Karin Grunwald	Verein "Kiek in" e. V. Berlin Berlin-Stadtteilzentrum Rosenbeckerstr. 25-27 12684 Berlin	Tel.: 03093492750 info@verein-kiekin.de
Conny Gude	adran.mehlin prozessnavigation Naumannstr. 4 10829 Berlin	Tel.: 03078001314 info@prozessnavigation.de
Anna Güldenhöven-Lücke	Kindertagesstätte des Bezirksamtes Neukölln Nansenstr. 10 12047 Berlin	Tel.: 03068092372
Ralph Haitz	Evang. Kirchengemeinde Hamm Spichernstr. 2-8 59067 Hamm	Tel.: 023281443535 r.haitz@evkirchehamm.de
Dr. Michael Hamschmidt	Gesundheitsamt Lübeck Sophienstr. 2-8 23560 Lübeck	Tel.: 04511225300 michael. hamschmidt@luebeck.de
Nicol Handtke	Technische Universität Berlin Praktikantin Ernst-Reuter-Platz 7 10589 Berlin	Tel.: 03031479427 Fax: 03031473258 nicole_handke@web.de
Martina Hartmann	SH 2 - Neukölln Hertzbergstr. 22 12055 Berlin	Tel.: 0306816064
Elke Hase	Stadt Neubrandenburg Jugendamt Friedrich-Engels-Ring 52 17033 Neubrandenburg	Tel.: 03954225484 Fax: 03955441789
Horst Heinemann	Gesundheitsamt Essen Hindenburgstr. 29 45127 Essen	Tel.: 02018853102 horst.heinemann@ gesundheitsamt.essen.de
Dr. Cornelia Heitmann	Universität Bremen BIPS Linzer Str. 8 28359 Bremen	Tel.: 04215959636 heitmann@ bips.uni-bremen.de
Maik Hensel	Schulsozialarbeit der KOMME e.V. an der, 8. RS "QA Brehm" Karl-Marx-Allee 7 07747 Jena	Tel.: 03641226342 schuso.bremen@t-online.de
Ulrich Hermanns	Amt für Kinder, Jugend und Familie 53103 Bonn	Tel.: 0228775679 ulrich.hermanns@t-online.de
Waltraud Herschel	Kepler Oberschule Zwillingstr. 21-29 12057 Berlin	
Christina Hey	Arbeitskreis Soziale Brennpunkte AKSB Im Köhlersgrund 14 35041 Marburg	Tel.: 064216900220 Fax: 064216900214 aksb-marburg@t-online.de
Bernd Hiller	Aug.-Herm.-Francke-Schule Schildstr. 46 23522 Lübeck	tyllibernd@web.de

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Gudrun Hinze	Fontanestadt Neuruppin Fachgruppe Schule und Jugend, Fachgruppenleiterin Karl-Liebknecht-Str. 33 16803 Neuruppin	Tel.: 03391355690 Fax: 03391355799
Dr. Bernd Hofe	Luise-Rehling-Realschule Friedenstr. 26 58097 Hagen	Tel.: 023187604 Fax: 023187445 drvomhofe@aol.com
Petra Hofrichter	H A G Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Repsoldstr. 4 20097 Hamburg	Tel.: 04063647791 petra.hofrichter@ hag-gesundheit.de
Bernd Hölters	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg Volkshochschule Frankfurter Allee 37 10247 Berlin	Tel.: 030902984608 bernd.hoelters@ ba-fk.verwalt-berlin.de
Johanna Holtmann	Quartiersagentur Marzahn Nord/West Wörlitzer Str. 3 a 10823 Berlin	Tel.: 03093492219 Fax: 03093492224 Quartiersagentur@ UrbanPlan.de
Dr. Birgit Hoppe	Stiftung SPI Geschäftsbereich Fachschulen, Qualifizierung und Professionalisierung Hallesches Ufer 32-38 10963 Berlin	Tel.: 03025389282 Fax: 03025299541 fachschulen@stiftung-spi.de
Dr. Anne Hörning- Pfeffer	Bezirksamt Neukölln Abt. Gesundheit, Plan- und Leitstelle 12040 Berlin	Tel.: 03068093791 dr.hoerning-pfeffer@ ba-nkn.verwalt-berlin.de
Michael Hübel	EU-Kommission GD Gesundheit und Verbraucherschutz, JMO 05/91 L-2920 Luxembourg	00352430134023 Fax: 00352430134975 michael.huebel@cec.eu.int
Werner Hubertus	Gemeinwesenbüro Friedrichsthal im Caritasverband für Saarbrücken und Umgebung Am Kolonieschacht 3 66299 Friedrichsthal	Tel.: 06897880525 Fax: 0689788044 cv-gwa-friedrichsthal@ quarternet.de
Monika Hünert	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln	Tel.: 02218992323 Fax: 02218992363 huenert@bzga.de
Hans Iblher	Vicelinschule Schulleiter Vicelinstr. 51 24534 Neumünster	Tel.: 043219422284 Fax: 04321952235
Dr. Susanne Irrgang	Gesundheits- und Umweltamt Altona Jessenstr. 19 22767 Hamburg	Tel.: 040428112119 Fax: 040428112625 susanne.irrgang@ altona.hamburg.de

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Hans-Joachim Jacobi	Landkreis Eichsfeld Jugendamt Aegidienstr. 24 37308 Heiligenstadt	Tel.: 03606650320 hijacobi@lk-eichsfeld.de
Isolde Jasny	Kindergarten "Hl. Blut" Holbeinstr. 1 83026 Rosenheim	Tel.: 0803168785 kiga.hl.blut@t-online.de
Annett Jochens	Gesundheitsamt Wilhelmshaven Görkerstr. 68 26384 Wilhelmshaven	Tel.: 04421161683 annett.jochens@stadt.wilhelmshaven.de
Mario John	midnight fun e. V. Anna-Siemsen-Str. 49 07745 Jena	Tel.: 03641233922 Fax: 03641233955 John.mario@web.de
Ute Jung	Kindertagesstätte Rütlistr. 7 12045 Berlin	Tel.: 03068093402
Arnold Jung	Stadt Mannheim Amt für Wohnungswesen und Stadterneuerung, Amt 64 Hebelstr. 1 68161 Mannheim	Tel.: 06212937907 Fax: 06212937829 arnold.jung@mannheim.de
Prof. Lotte Kaba-Schönstein	Fachhochschule Esslingen Hochschule für Sozialwesen Flandernstr. 101 73732 Esslingen	Tel.: 07113974501 kaba-schoenstein@hfs-esslingen.de
Hatice Kadem	Tempelherrenstr. 19 10961 Berlin	Tel.: 01788678832 hkadem@web.de
Sylvia Kahle	Stiftung SPI Quartiersmanagement Kottbusser Tor "KonTor" Reichenberger Str. 177 10999 Berlin	Tel.: 0306123040 Fax: 0306122000 spi-qm-kottbusser-tor@t-online.de
Ute Karasch	Bert-Brecht-Schule Göttingen Immanuel-Kant-Str. 44 37083 Göttingen	Tel.: 05514002891 BBBS@goettingen.de
Eva Kaynak	GIS Gemeinsam im Stadtteil e.V. Sprengelstr.15 13353 Berlin	Tel.: 03045028524 Fax: 03045490444 info@gisev.de
Waltraud Kempis	Tageseinrichtung für Kinder St. Martin Ispelstr. 69 47805 Krefeld	Tel.: 02151398901
Peter Kerscher	Amt für soziale Dienste Bydolekstr. 5 28757 Bremen	Tel.: 04213617231 peter.kerscher@ewetel.de
Holger Kilian	Gesundheit Berlin e. V. Straßburger Str. 56 10405 Berlin	Tel.: 03044319068 Fax: 03044319083 kilian@gesundheitberlin.de
Ute Klier	Stadt Erlangen Rathausplatz 1 19052 Erlangen	Tel.: 09131862589 ute,klier@stadt.erlangen.de

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Michael Klinnert	Stadtteilverein Tiergarten e. V. Quartiersmanagement, VorOrtBüro Pohlstr. 89 10785 Berlin	Tel.: 03023005023 Fax: 03023005025 info@qm-tiergarten.de
Brunhilde Klose	Bezirksamt Neukölln Karl-Marx-Str. 83 12040 Berlin	Tel.: 0306809191 brunhilde.klose@ ba-nk.verwalt-berlin.de
Dr. Monika Knesebeck	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Ostmerheimer Str. 220 51109 Bonn	Tel.: 02218992266 Fax: 0221-8992300 knesebeck@bzga.de
Andreas Kniesche	VdAK / AEV Landesvertretung Berlin Axel-Springer-Str. 44-47 10117 Berlin	Tel.: 03025377417 andreas.kniesche@ vdak-aev.de
Vera Kokert	Kurt-Löwenstein OH Karlgartenstr. 6 12049 Berlin	Tel.: 0306279140
Roswitha Kollei	Stadtteilbüro würzburg Den Haager Str. 4a 97084 Würzburg	Tel.: 09312058011 stadtteilbuero@nexgo.de
Helena Kolossa	Holstentor Realschule Wendische Str. 55 23558 Lübeck	Tel.: 04511228470 Fax: 045111228467 Sekretariat@hrs-hl.de
Alexander Kons	Gesundheit berlin e. V. Friedrichstr. 231 10969 Berlin	Tel.: 03044319060 ost@gesundheitberlin.de
Marliese Köster	HS Ernst-Reuter-Schule Schlester Str. 56 67065 Ludwigshafen	Tel.: 062121320 HS_Ernst-Reuter@ t-online.de
Geda Kraft	Städt. Kindergarten Bornstr. 52 44195 Dortmund	Tel.: 023181121 gkraft@stadtdo.de
Jutta Kreilbaum	Technische Universität Berlin Str. des 17. Juni 150 10623 Berlin	Tel.: 03031421112
Maria Kröger	Stadt Jena Jugendamt Saalbahnhofstr. 9 07743 Jena	Tel.: 03641492739 kroegerm@jena.de
Roswitha Kulina	Kindertagesstätte Tempelhofer Damm 190 12099 Berlin	Tel.: 0307032545
Ulrika Kwas	Gesundheitsamt Bitterfeld Mittelstr. 20 06749 Bitterfeld	Tel.: 03493341842 ulrike.kwas@ landkreis-bitterfeld.de
Dieter Labode	Volkshochschule Nienburg Rümkorffstr. 12 31582 Nienburg	Tel.: 05021961613 dlabode@kreis-ni.de
Silke Lässig	Freischlad + Holz Darmstadt Spreestr. 3a 64295 Darmstadt	

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Angelika Laufersweiler	Kindertagesstätte Forsterstr. 39-41 55118 Mainz	Tel.: 06131604020 Fax: 06131611853
Carsten Lehmann	DRK-Kinder- und Jugendheim am Stern Putschkerstr. 42 14480 Potsdam	Tel.: 0331621141
Edmund Lenke	Stadt Eberswalde Amt für Jugend, Kultur und Sport Dr. -Zinn-Weg 1r. 16225 Eberswalde	Tel.: 0333464407 Fax: 0333464407 e.lenke@eberswalde.de
Dr. Albrecht Letz	Gesundheitsamt Kassel Obere Königsstr. 3 34112 Kassel	Tel.: 05617875360 albrecht.letz@stadt-kassel.de
Dr. Joachim Lewerenz	Behörde für Gesundheit und Umwelt Amt f. Gesundheit u. Verbraucherschutz, Gesundheitsberic hterstattung/-förderung Tessdorpstr. 8 20539 Hamburg	Tel.: 040428482613 Fax: 040428482624
Doris Liebscher	Kindertagesstätte Bornsdorfer Str. 37 b 12053 Berlin	Tel.: 03068092752
Dr. Rolf-Peter Lühr	Deutsches Institut für Urbanistik stellv. Institutsleiter Straße des 17. Juni 112 10623 Berlin	Tel.: 03039001220 Fax: 03039001128 loehr@difu.de
Prof. Dr. Eva Luber	Fachhochschule Magdeburg-Stendal Breitscheidstr. 2 29114 Magdeburg	Tel.: 03918864477 Dr.luber@t-online.de
Marianne Lücke	Johannes-Falk-Kinderheim Bahnhangstr. 6 44289 Dortmund	Tel.: 023194001023 JFHGRUPPE3@vkk.do.de
Helene Luig-Arlt	Heuberg 5 24977 Langballig b. Flensburg	Tel.: 04636 977858 Fax: 04636977857 luig-arl@foni.net
Kerstin Luther	Kirchengemeinde "Der gute Hirte" Rodigallee 205 22043 Hamburg	Tel.: 0406548171 kerstin_luther@yahoo.de
Angelika Maasberg	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Fenskeweg 2 30165 Hannover	Tel.: 051138811892 Fax: 05113505595 angelika.maasberg@ gesundheit-nds.de
Jürgen Maier	Bundesarbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit Moselstr.25 60329 Frankfurt/M.	Tel.: 06925782812 LAGSB@aol.com
Dietlind Mandel	Herbert-Illover-Str. 9 13359 Berlin	Tel.: 0302419217 dietlind_mandel@web.de

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Gisela Marsen-Storz	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) - Prävention von Krankheiten u. Missbrauchsverhalten Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln	Tel.: 02218992273 Fax: 02218992300 Marsen-Storz@bzga.de
Eberhard Marx	Internationaler Bund Jugendhilfe- und Ausbildungsverbund Sternstr. 16 06886 Lutherstadt Wittenberg	Tel.: 03491497310 Fax: 04391497327 kjhv-wittenberg@internationaler-bund.de
Marko Mehlin	adrian.mehlin.prozessnavigation Berlin Stadtteilbüro Westhagen Dessauer Str. 22 38444 Wolfsburg	Tel.: 05361779559 Fax: 05361779560 info@westhagen.de
Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Abt lia Oranienstraße 106 10969 Berlin	Tel.: 03090282660 Fax: 03090282067 gerhard.meinlschmidt@sengsv.verwalt-berlin.de
Harald Mels	Hauptschule Hummelsteiner Weg 25 90459 Nürnberg	Tel.: 0911444024
Ronald Meyer	Arbeitskreis für Jugendliche Widumstr. 1 59065 Hamm	Tel.: 023819215313 meyer@akj-hamm.de
Christina Meyerhof	Haus der Familie Eltern- und Familienberatung Hinter den Ellern 13 28309 Bremen	Tel.: 0421413443 Fax: 0421423443 HdF-Hemelingen@afsd.bremen.de
Peter Michael	Bezirksamt Treptow-Köpenick Jugendhilfeplanung Freiheit 16 15555 Berlin	Tel.: 03065843330
Josef Michels	Gesundheitsamt Kreis Aachen Steinstr. 87 52249 Eschweiler	Tel.: 02403860334 josef.michels@kreis-aachen.de
Hartwig Möbes	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Referatsleiter Rochusstr. 8 - 10 53107 Bonn	Tel.: 02289302837 hartwig.moebes@bmfsfj.bund.de
Constanze Möglich	FIRU GmbH Reinhardtstr. 27 c 10117 Berlin	Tel.: 03028877529 Fax: 0302887750
Kerstin Moncorps	Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf 12591 Berlin	Tel.: 030902933626 pls-ges.marzahn-hellersdorf@berlin.de
Annette Mushake	Kindertagesstätte Bornsdorfer Str. 37 b 12053 Berlin	Tel.: 03068092752

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Dr. Johannes Nießen	Freie und Hansestadt Hamburg Jessenstr. 19 22767 Hamburg	Tel.: 040428113023 Fax: 040420113078 johannes.niessen@ altona.hamburg.de
Ralf Nissen	Stadtteilschule Lübeck-Moisling Brüder-Grimm-Ring 6-8 23560 Lübeck	Tel.: 0451802038 koordination@ stadtteilschule.de
Ingeborg Odinga	Gesundheits- und Umweltamt Bergedorf Kirschgarten 2 21031 Hamburg	Tel.: 0407399468 ingeborg.odinga@gmx.de
Dr. Gabriele Oefner	Gesundheitsamt Kassel Obere Königstr. 3 34112 Kassel	Tel.: 05617875371 gabriele.oefner@ stadt-kassel.de
Maria Ohlig	Genossenschaft am Beutelweg Röntgenstr. 4 54292 Trier	Tel.: 065113272 Fax: 06511441012 maria.ohlig@t-online.de
Berrin Onker	IG Gesundheit Cunostr. 66a 14199 Berlin	Tel.: 03089726943
Ahmet Özcan	Clauberg Gymnasium Marxloh Lauenburger Allee 68 47269 Duisburg	Tel.: 0203711024 Fax: 02027127254 ASOeczan@t-online.de
Ingrid Papies-Winkler	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg Abt. Gesundheit und Soziales, Plan- und Leitstelle Gesundheit Urbanstr. 24 10967 Berlin	Tel.: 03074765338 Fax: 03025889315 gespl@ ba-fk.verwalt-berlin.de
Astrid Petermann	AWO-Bundesverband e. V. Projektleitung "Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit ..." Oppelner Str. 130 53119 Bonn	Tel.: 02286685263 Fax: 02286685209 pet@awobu.awo.org
Klaus Plümer	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Gesundheitsförderung und Management Auf'm Hennekamp 70 40225 Düsseldorf	Tel.: 02113109640 Fax: 02113109669 pluemer@mail.afog.nrw.de
Tobias Prey	Bezirksamt Mitte Plan- und Leitstelle Gesundheit Müllerstr. 146-147 13347 Berlin	Tel.: 030200942395 tobias.prey@ ba-mitte.verwalt-berlin.de
Kathrin Priebus	Soziale Stadt Weimar-West Prager Str. 5 99427 Weimar	Tel.: 03643491934 Fax: 03643808107 sozialestadtweimarwest@ freenet.de

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Michael Prinzleve	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg Martinistraße 52 20246 Hamburg	Tel.: 040428037901 Fax: 040428038351 prinzleve@ uke.uni-hamburg.de
Stefan Purwin	Technologie-Netzwerk Berlin Modellprojekt "Stadtteil-Netz Soziale Ökonomie für Kinder, Umwelt und Gesundheit" Wiesenstr. 29 13357 Berlin	Tel.: 03046988227 Fax: 0304612418 s.purwin@gmx.de
Petra Rattay	Institut für Gesundheitswissenschaf ten Technische Universität Berlin Ernst-Reuter-Platz 7 TEL 11-2 10587 Berlin	Tel.: 03031425707 Fax: 03031473256 Rattay@ifg.tu-berlin.de
Dr. Wilfried Reckert	Stadt Gelsenkirchen Stadtverwaltung Ahstr. 22 45875 Gelsenkirchen	Tel.: 02091693098 wilfried. reckert@gelsenkirchen.de
Kirsten Reese	IGS Schultup Beim Meilenstein 2 23568 Lübeck	Tel.: 04513882382 s.steinweg@web.de
Christine Reichel	Kindertageseinrichtung Dürenerstr. 60 44145 Dortmund	Tel.: 0231916699 creichel@stadtdortmund.de
Irmhild Richter	Gesundheitsamt des Main-Kinzig-Kreises Eugen-Kaiser-Str. 7 63450 Hanau	Tel.: 061812922439 Fax: 061812922460
Hanna Richter	Stadt Krefeld Tannenstr. 79 47789 Krefeld	Tel.: 02151863324 Fax: 02151863036
Iris Riepenhausen	Sozialer Dienst Osnabrück Bocksmauer 20 49074 Osnabrück	Tel.: 05413232295 riepenhhausen@ osnabrueck.de
Gerd Roth	AOK Berlin 10957 Berlin	Tel.: 03025312176 gerd.roth@bln.aok.de
Anton Rottmair	Hauptschule an der Maximilianstraße Rektor Maximilianstr. 25 85051 Ingolstadt	Tel.: 08419732241 Fax: 08419732201 rektor@ hs-maximilian.ingolstadt.de
Barbara Ruff	Quatiersmanagement Magdeburger Platz Stadtteilverein Tiergarten e.V. Pohlstr. 91 10785 Berlin	Tel.: 03023005023 Fax: 03023005025 b.ruff@ qm-magdeburgerplatz.de
Angela Rüpke	Kindertagesstätte "Sehpferdchen" Nobeéestr. 38 21075 Hamburg	Tel.: 04076750605 kitasehpferdchen@ asb-hamburg.de
Rita Sager	Hansestadt Wismar Postfach 1245 23952 Wismar	Tel.: 038412515006 Fax: 038412515002 j.kreutzmann@wismar.de

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Traudel Schlickau	Landesstelle für Jugendschutz Niedersachsen Leisewitzstr. 26 30175 Hannover	Tel.: 0511858788 traudel.schlickau@jugendschutz-niedersachsen.de
Susann Schmelzer	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Wirtschaft (BMVBW) Krausenstr. 17-20 10117 Berlin	Tel.: 03020087152 Fax: 03020087912
Verena Schmidt	Quartiersmanagement Grünhufe Wiesenstr. 9 18437 Stralsund	Tel.: 03831443593 Fax: 03831443594 qmgruenhufe@gmx.de
Cornelia Schorradt	Jens-Nydahl-Grundschule Kohlfurter Str. 20 10999 Berlin	Tel.: 03050586111
Ingrid Schrezenmeir	Hans-Bredow-Oberschule Ofener Str. 6 13349 Berlin	Tel.: 0304579947250
Uta Schröder	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. Carl-August-Allee 1 99423 Weimar	Tel.: 0364359223 Fax: 03643501899 info@agethur.de
Margit Schröder	Volkshochschule Saarbrücken Altes Rathaus Am Schlossplatz 66119 Saarbrücken	Tel.: 06815064320 margit.schroeder@svsbr.de
Dr. Schubert	Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf Jugendamt Riesaer Str. 94 12627 Berlin	Tel.: 0304579949250
Bärbel Schuhmann-Nolte	Pestalozzi-Schule für Lernhilfe Wacholderweg 1 a 37269 Eschwege	Tel.: 0565110662 Fax: 05651951738
Maria Schuller	Krötensee-Volksschule Dieselstr. 29 92237 Sulzbach-Rosenberg	Tel.: 096614029 hauptschule2sulzbach-rosenberg@asamnet.de
Barbara Schünke	Stadtteilbüro Marzahn-Nord Märkische Allee 414 12689 Berlin	Tel.: 03093492748 stab1@web.de
Doris Schuster	Kita Gmausweg Gmausweg 4 55118 Mainz	Tel.: 06131612430
Gabriele Schwabe	Gesundheitsamt Frankfurt/O. Leipziger Str. 53 15233 Frankfurt/O.	Tel.: 03355525336
Rainer Schwarz	Regiestelle E & C Programmmanager Nazarethkirchstr. 51 13347 Berlin	Tel.: 03045798627 Fax: 03045798650 schwarz@eundc.de
Manuela Seidel	Jens-Nydahi-Grundschule Kohlfurter Str. 10 10999 Berlin	Tel.: 03050586117 Fax: 03050586115 manuseidel@gmx.de

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Bernhard Selbach	Landschaftsverband Rheinland Landesjugendamt - Dez. 4, Amt 43.22 Hermann-Pünder-Str. 1 50663 Köln	Tel.: 02218096240 Fax: 022182841346 b.selbach@lvr.de
Martin Siegl-Ostmann	Gesundheitsamt Karlsruhe Beiertheimer Allee 2 76137 Karlsruhe	Tel.: 07219365908 Fax: 07219365143
Maren Sierks	Bezirksamt Neukölln Jugend und Familie, Jugendhilfeplanung Karl-Marx-Straße 83 12040 Berlin	Tel.: 03068092004 Fax: 03068093738 maren.sierks@ ba-nkn.verwalt-berlin.de
Bettina Sinn	Stadt Ludwigshafen am Rhein Bürgertreff West, Stadtteil LU-West Valentin-Bauer-Str. 21 67059 Ludwigshafen	Tel.: 06215299295 Fax: 06215299297 buergertreff-west@t-online.de
Karl Sollfrank	Max-Reger-Schule Ulrich-Schönberger-Str. 3 92637 Weiden	Tel.: 0961391640 Fax: 09613916419 MRSWENSL@t-online.de
Friedrich Sparrer	Hauptschule Kolbermoor Flurstr. 2a 83059 Kolbermoor	Tel.: 08031806976 Fax: 080318069770 Hauptschule-Kolbermoor@ t-online.de
Martina Speckenwirth	Stadtteilbüro Westenheide Hamm-Westen Friesenstr. 33 59067 Hamm	Tel.: 02381487897 Fax: 02381487996
Cornelia Sprengel	Stadt Eberswalde Stadtverwaltung Dr.-Zinn-Weg 18 16225 Eberswalde	Tel.: 0333464401 c.sprengel@eberswalde.de
Hermann Städtler	Fridtjof-Nansen-Schule (GS) Schulleitung Leipziger Str. 38 30179 Hannover	Tel.: 051116840499 Fax: 0511168 h.staedtler@sl-media.de
Ina Stein	Gesundheitsamt Leipzig Friedrich-Ebert-Str. 19 a 04109 Leipzig	Tel.: 03411236774 .stein@leipzig.de
Birgitta Steinschulte-Leidig	Bundeskriminalamt Wiesbaden Referat KI 16 Thaerstr. 11 65173 Wiesbaden	Tel.: 06115512087 Fax: 06115512189 birgitta.steinschulteleidig@ bka.bund.de
Hermann Stell	Stadt Flensburg Rathaus, Oberbürgermeister Postfach 2742 24917 Flensburg	Tel.: 0461852229 Fax: 0461852971
Klaus-Peter Stender	Gesunde-Städte-Netzwerk Behörde für Umwelt und Gesundheit Tesdorfstr. 8 20148 Hamburg	Tel.: 040428482216 klaus-peter.stender@ bug.hamburg.de
Andrea Stöbener	Schildkröte Fahrbarer Mittagstisch Boppstr. 7 10967 Berlin	Tel.: 03069401336 Fax: 03069401335 turtle.lambeck@snafu.de

Teilnehmerliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Regina Stolzenberg	Gesund?! Gesundheitsförderung im Reuterkiez Hobrechtstr. 58 12047 Berlin	Tel.: 03069504355 restolzenberg@aol.com
Prof. Dr. Heino Stöver	Universität Bremen Fachbereich 06 PF 330440 28334 Bremen	Tel.: 04212183173 Fax: 04212183684 heino.stoever@uni-bremen.de
Robert Stratmann	Hauptschule im Schulzentrum Brauck Kortenkamp 19-21 45968 Gladbeck	Tel.: 0204396210 hpsbrauck@gelsennet.de
Elvira Surrmann	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport Beuthstr. 6 10117 Berlin	Tel.: 03090265702 elvira.surrmann@ senbjs.verwalt-berlin.de
Waldemar Süß	Universitätsklinikum Hamburg Martinistr. 52 20246 Hamburg	Tel.: 040428032096 Fax: 040428036067 suess@uke.uni-hamburg.de
Monika Taubert	Bezirksamt Treptow-Köpenick 12414 Berlin	Tel.: 03061723776
Hellmut Thielebeule	Bezirksamt Mitte Jugendhilfeplanung Karl-Marx-Allee 31 10178 Berlin	Tel.: 03020092383 Fax: 030200923498
Christian Thomas	Stadt Cottbus Dezernat für Jugend, Kultur und Soziales Neumarkt 5 03046 Cottbus	Tel.: 03556122401 Fax: 03556122403 bildungsdezernat.stadt@ cottbus.de
Barbara Tomezak	„Soziale Stadt“ Weimar-West e. V. Prager Str. 5 99427 Weimar	Tel.: 03643491934 Fax: 03643491905
Jennifer Torsten	Gesundheit Berlin e. V. Asterweg 31 14107 Berlin	Tel.: 0307125462
Prof. Dr. Gerhard Trabert	Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule Fachbereich Sozialwesen Bahnhofstr. 87 90489 Nürnberg	Tel.: 091158802543 Fax: 091158806550 gerhard.trabert@ fh-nuernberg.de
Kathrein Truglowski	Stadt Duisburg Jugendamt Kuhstr. 6 47051 Duisburg	Tel.: 02032833662
Rainer Ullrich	Schulische Suchtprophylaxe in Berlin Schlieperstr. 46 13507 Berlin	Tel.: 0304337871 rainer.ullrich@t-online.de
Peter Vahlensieck	Hauptschule an der Cincinnatistraße Schulsozialarbeit Cincinnati. 63 81549 München	Tel.: 08969340366 Fax: 08969340368 hscincin@aol.com

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Susanne Vogl	AOK Berlin 10957 Berlin	susanne.vogl@bln.aok.de
Sabine Vormschlag	Ev. Kindertagesstätte "St. Paulus" Wacholderweg 15 27751 Delmenhorst	st.paulus@ ev-kindergarten-del.de
Lina Wagner	VHS Siegen Am Nöchel 13 57223 Kreuztal	Tel.: 0273212989 a.richter@siegen.de
Vera Wallrodt	S.T.E.R.N. GmbH Rostocker Str. 3 10553 Berlin	Tel.: 03039907195 sander@stern-berlin.de
Eberhard Warncke- Seithe	Stadtteilbüro Winzerla Anna-Siemsen-Str. 25 07745 Jena	Tel.: 03641354570 warncke- seithe@stadtteilbuero- winzerla.jetzweb.de
Dr. Brigitte Wartmann	Stadtplus Potsdamer Str. 98 10785 Berlin	Tel.: 03034708809 stadtplus@snafu.de
Margot Wehmhöner	BKK Bundesverband Referat Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Kronprinzenstr. 6 45128 Essen	Tel.: 02011791246 Fax: 02011791014 wehmhoenerM@bkk-bv.de
Ilona Weier-Schulz	Kindertagesheim Pfälzer Weg Koblenzer Str. 12 28325 Bremen	Tel.: 04213613236 Fax: 04213613236 ilona.weier-schulz@ KTH.Bremen.de
Dr. Claudia Wein	Bezirksamt Neukölln Planetenstr. 60 12040 Berlin	Tel.: 0306809317 claudia.wein@ ba-nkn.verwalt.de
Christel Weiter	Kinder- und Familienzentrum Moabit Waldstr. 55 10551 Berlin	Tel.: 03039879585 Fax: 03039879586 christel.weiter@ sos-kinderdorf.de
Birgit Wend	Gesellschaft der behutsamen Stadterneuerung mbH, S.T.E.R.N. GmbH Schwedter Str. 263 10119 Berlin	Tel.: 03044363643 Fax: 03044363631 wend@stern-berlin.de
Ljudmilla Wendel	MUT - Gesellschaft für Gesundheit Rudolfstr. 11 10245 Berlin	Tel.: 03029330245
Angela Weyers	Kath. Kindergarten "St. Josef" Missundestr. 5 44145 Dortmund	Tel.: 0231816540 joseph-kita@t-online.de
Dr. Eberhard Wilhelms	Stadt Halle Fachbereich Gesundheit Niemeyerstr. 1 06110 Halle	Tel.: 03456789620 eberhard.wilhelms@halle.de

Teilnahmeliste

Name	Institution	Telefon, Fax, eMail
Klaus Winkler	Stadt Herne Fachbereich Gesundheit PF 101820 44621 Herne	Tel.: 02323164574 klaus_winkler2000@yahoo.de
Alfons Wissmann	Stadt Gelsenkirchen FB Kinder, Jugend und Familie, Fachbereichsleiter Kurt-Schumacher-Str. 2 45875 Gelsenkirchen	Tel.: 02091699300 Fax: 02091699377 fb4.1@gelsenkirchen.de
Ines Wüstenberg	Gesundheitsamt Kreis Steinburg Viktoriastr. 17 a 25524 Itzehoe	Tel.: 0482169281 wuestenberg@steinburg.de
Gabriela Wüsten- Lieberwald	TU Berlin Wolfswerder 66 14532 Berlin	
Ibrahim Yehia	Integrationszentrum Pohlstr. 74 10785 Berlin	Tel.: 0303963439 Fax: 03025462619
Björn Zerres	Stadt Essen Treffpunkt Altendorf Kopernikusstr. 8 45143 Essen	Tel.: 02018888776 Fax: 02018851888 treffpunkt@altendorf.essen.de
Gerda Zeuss	Ökozentrum Hessestr. 4 90443 Nürnberg	Tel.: 0911288220 Fax: 0911288226 oekozentrum.nuernberg@ t-online.de
Elke Zinn-Spies	Landeszentrale für Gesundheitsförderung Kameliterplatz 3 55116 Mainz	Tel.: 0613120690 Fax: 06131206918 ezinn-spies@rzg-rlp.de
Jan Zychlinski	Quartiersmanagment Leipzig-Grünau - WK 8, Stadtteilmoderator Liliensteinstr. 1 04207 Leipzig	Tel.: 03419454779 Fax: 03419454778 qm-gruenau-wk8@web.de
Petra Zygmunt	Gesundheitsamt Gießen Ostanlage 45 35390 Gießen	Tel.: 06419390428 brigitte.heck@lkgi.de

Referentinnen, Referenten		Telefon, email
Thomas Altgeld	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. Fenskeweg 2 30165 Hannover	0511350 00 52 thomas.altgeld@gesundheit- nds.de
Rosmarie Apitz	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Am Propsthof 78 a 53123 Bonn	018884413132 rosmarie.apitz@bmgs.bund.de
Anne-Madeleine Bau	Interdisziplinärer Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (Epiberlin) Ernst-Reuter-Platz 7 10587 Berlin	03031479584 annemadeleine.bau@tu-berlin. de
Dr. Angelika Baumann	Gesundheitsamt Rostock St.-Georg-Str. 9 18055 Rostock	03813816376 angelika.baumann@rostock.de
Gisela Bill	Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. Barbarossastr. 4 55118 Mainz	061316279071 gisela.bill@t-online.de
Prof. Dr. Beate Blättner	Fachhochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit Marquardstr. 35 36039 Fulda	06619640603 Beate.Blaettner@pg.fh-fulda. de
Hartmut Brocke	Stiftung SPI Müllerstraße 74 13349 Berlin	03045979333 info@stiftung-spi.de
Zeki Caglar	AWO - Zentrum für Migration und Integration Stettiner Str. 12 13357 Berlin	03066643918 z.caglar@awoberlin.de
Dr. Dietrich Delekat	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz - II A 11 - Oranienstraße 106 10969 Berlin	03090281541 dietrich.delekat@sengsv. verwalt-berlin.de
Kerstin Dettmer	Projekt Mobilix, Fixpunkt e.V. Boppstr. 7 10967 Berlin	0306932260 k.dettmer@fixpunkt.org
Dr. Rainer Ferchland	Institut für Sozialdatenanalyse e.V. Berlin - isda Franz-Mehring-Platz 1 10243 Berlin	03029784141 Rainer.Ferchland@t-online.de
Dr. Raimund Geene	Gesundheit Berlin e.V. Lan desarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Friedrichstr. 231 10969 Berlin	03044319060 geene@gesundheitberlin.de
Carola Gold	Gesundheit Berlin e. V. Straßburger Str. 56 10405 Berlin	03044319066 gold@gesundheitberlin.de
Prof. Dr. Eberhard Göpel	Hochschule Magdeburg-Stendal, FB Sozial- und Gesundheitswesen Breitscheidstr. 2 39114 Magdeburg	03918864304 eberhard.goepel@sgw.hs- magdeburg.de

Referentinnen, Referenten		Telefon, email
Andreas Hemme	Regiestelle E & C Nazarethkirchstr. 51 13347 Berlin	45798629 hemme@eundc.de
Christina Hey	Arbeitskreis Soziale Brennpunkte AKSB Im Köhlersgrund 14 35041 Marburg	064216900220 aksb-marburg@t-online.de
Bernd Hölters	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Volkshochschule Frankfurter Allee 37 10247 Berlin	030902984608 bernd.hoelters@ ba-fk.verwalt-berlin.de
Dr. Birgit Hoppe	Stiftung SPI, Geschäftsbereich Fachschulen, Qualifizierung und Professionalisierung Hallesches Ufer 32-38 10963 Berlin	03025389282 fachschulen@stiftung-spi.de
Michael Hübel	EU-Kommision GD Gesundheit und Verbraucherschutz JMO C5/91 L-2920 Luxembourg	00352430134023 michael.huebel@cec.eu.int
Prof. Lotte Kaba-Schönstein	Fachhochschule Esslingen, Hochschule für Sozialwesen Flandernstr. 101 73732 Esslingen	07113974501 kaba-schoenstein@ hfs-esslingen.de
Dr. Rolf-Peter Löhr	Deutsches Institut für Urbanistik Straße des 17. Juni 112 10623 Berlin	03039001220 loehr@difu.de
Prof. Dr. Eva Luber	Fachhochschule Magdeburg-Stendal Breitscheidstr. 2 29114 Magdeburg	03918864477 Dr.luber@t-online.de
Helene Luig-Arnt	Büro für Stadtteilmanagement Heuberg 5 24977 Langballig b. Flensburg	04636 977858 luig-arnt@foni.net
Angelika Maasberg	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Fenskeweg 2 30165 Hannover	051138811892 angelika. maasberg@gesundheit-nds.de
Gisela Marsen-Storz	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) - Prävention von Krankheiten u. Missbrauchsverhalten Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln	02218992273 Marsen-Storz@bzga.de
Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Abt. IIa Oranienstraße 106 10969 Berlin	03090282660 gerhard.meinschmidt@ sengsv.verwalt-berlin.de
Hartwig Möbes	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Referatsleiter Rochusstr. 8 - 10 53107 Bonn	02289302837 hartwig.moebes@ bmfsfj.bund.de

Referentinnen, Referenten		Telefon, email
Ingrid Papies-Winkler	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Abt. Gesundheit und Soziales, Plan- und Leitstelle Gesundheit Urbanstr. 24 10967 Berlin	03074765338 gespl@ba-fk.verwalt-berlin.de
Klaus Plümer	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Gesundheitsförderung und Management Auf'm Hennekamp 70 40225 Düsseldorf	02113109640 pluemmer@mail.afog.nrw.de
Michael Prinzleve	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg Martinistraße 52 20246 Hamburg	040428037901 prinzleve@ uke.uni-hamburg.de
Stefan Purwin	Technologie-Netzwerk Berlin Modellprojekt „Stadtteil-Netz Soziale Ökonomie für Kinder, Umwelt und Gesundheit“ Wiesenstr. 29 13357 Berlin	03046988227 s.purwin@gmx.de
Petra Rattay	Institut für Gesundheitswissenschaft en, Technische Universität Berlin Ernst-Reuter-Platz 7 TEL 11-2 10587 Berlin	03031425707 Rattay@ifg.tu-berlin.de
Barbara Ruff	Quatiersmanagement Magdeburger Platz Stadtteilverein Tiergarten e.V. Pohlstr. 91 10785 Berlin	03023005023 b.ruff@ qm-magdeburgerplatz.de
Uta Schröder	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. Carl-August-Allee 1 99423 Weimar	0364359223 info@agethur.de
Manuela Seidel	Jens-Nydahi-Grundschule Kohlfurter Str. 10 10999 Berlin	03050586111 manuseidel@gmx.de
Hermann Städtler	Fridtjof-Nansen-Schule (GS) Leipziger Str. 38 30179 Hannover	051116840499 h.staedtler@sl-media.de
Klaus-Peter Stender	Gesunde-Städte-Netzwerk, Behörde für Umwelt und Gesundheit Tesdorfstr. 8 20148 Hamburg	040428482216 klaus-peter.stender@ bug.hamburg.de
PD Dr. Heino Stöver	Universität Bremen, Fachbereich 06 PF 330440 28334 Bremen	04212183173 heino.stoever@uni-bremen.de
Dr. Kathrin Thrum	Deutsches Jugendinstitut e.V. München, Abteilung Familie und Familienpolitik Nockherstr. 2 81541 München	08962306323 thrum@dji.de
Prof. Dr. Gerhard Trabert	Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Fachbereich Sozialwesen Bahnhofstr. 87 90489 Nürnberg	091158802543 gerhard.trabert@ fh-nuernberg.de

Referentinnen, Referenten		Telefon, email
Dr. Brigitte Wartmann	Stadtplus Potsdamer Str. 98 10785 Berlin	03034708809 stadtplus@snaflu.de
Margot Wehmhöner	BKK Bundesverband, Referat Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Kronprinzenstr. 6 45128 Essen	02011791246 wehmhoenerM@bkk-bv.de
Birgit Wend	Gesellschaft der behutsamen Stadterneuerung mbH (S.T.E.R.N. GmbH) Schwedter Str. 263 10119 Berlin	03044363643 wend@stern-berlin.de
Ibrahim Yehia	Integrationszentrum Pohlstr. 74 10785 Berlin	0303963439 ibrahimyehia@gmx.de

Mitarbeiter/innen der Regiestelle E&C		
Andreas Hemme	Regiestelle E & C Nazarethkirchstr. 51 13347 Berlin	3045798629 regiestelle@eundc.de
Antje Klemm	Regiestelle E & C Nazarethkirchstr. 51 13347 Berlin	03045798624 regiestelle@eundc.de
Dorette Lück	Regiestelle E & C Nazarethkirchstr. 51 13347 Berlin	03045798622 regiestelle@eundc.de
Sabine Meyer	Regiestelle E & C Nazarethkirchstr. 51 13347 Berlin	03045798625 regiestelle@eundc.de
Dorit Meyer	Regiestelle E & C Nazarethkirchstr. 51 13347 Berlin	03045798631 regiestelle@eundc.de
Dr. Heike Riesling-Schärfe	Regiestelle E & C Nazarethkirchstr. 51 13347 Berlin	03045798620 regiestelle@eundc.de
Rainer Schwarz	Regiestelle E & C Nazarethkirchstr. 51 13347 Berlin	03045798627 regiestelle@eundc.de