

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

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

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
AG 1: Kommunale Strategien zur Verbesserung der Kindergesundheit	2
AG 4: Strategien zur Verbesserung der Kindergesundheit im Quartier	6
AG 2: Nachhaltigkeit und Qualität in der Gesundheitsförderung: Rund um die Geburt.....	9
AG 5: Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsförderung für Kinder im Alter 1 - 6 Jahre	12
AG 6: Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsförderung bei Kindern im Primar-Schulalter.....	14
AG 3: Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen.....	17
Abschlussdiskussion des 8. Kooperationstreffens	20

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

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



AG 1: Kommunale Strategien zur Verbesserung der Kindergesundheit

Moderation: Carsten Rumpeltin, Gesundheitsamt Rhein-Kreis Neuss

Fachlicher Input: Franz Gigout, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V.

Zusammenfassung

- Vernetzung und Ressortübergreifende Zusammenarbeit mit Akteuren aus der Politik (Bund- und Länderebene), dem Gesundheitsbereich (z.B. Krankenkassen) und weiteren relevanten Akteuren (Stadtplanung und Stadtentwicklung, Gesundheitsberichterstattung)
- Politische Entscheidungsträger für Themen der Gesundheitsförderung gewinnen
- Vernetzung benötigt finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen für die Koordinierung
- Transfer von erfolgreichen und nachahmenswerten Projekten und Programmen

Fachlicher Input: „Gesundheitsförderung muss der Stachel sein in allen Politikbereichen“

- Wie können Organisationsstrukturen verbessert werden?
 - o „90 Grad Shift“ (Business Reengineering) aus der Wirtschaft; **Gliederung horizontal nach Prozessen**
 - Denken in Prozessen wird als Alternative zum Denken in amtsmäßigen Strukturen vorgeschlagen
- Um Prozesse auf der Gemeindeebene in Gang zu setzen, wird es wichtig sein, zuzuschauen:
 - o Welche Akteure können gewonnen werden?
 - o Mit welchen Kompetenzen müssen diese Akteure ausgestattet sein?
 - o Wie können Schnittstellenprobleme beseitigt werden? [Gigout]
- Eine Konsequenz in der öffentlichen Verwaltung ist die Implementierung von Stabstellen. Stabstelleninhaber stehen in der Hierarchie sehr weit oben, haben jedoch keinen Zugriff, keine Kontakte zu den Prozessen auf den unteren Ebenen. Hier muss die Frage gestellt werden:
 - o Werden Stabstelleninhaber innerhalb der Einrichtung/Unternehmen ernst genommen?
 - o Fühlen sich Stabstelleninhaber als „Überflieger“ und niemanden gegenüber verpflichtet?
 - o Über welche Kompetenzen verfügen die Stabstelleninhaber?
 - o Welche Alternativen gibt es zu Stabstellen?
- Stabstellen erhalten immer mehr Aufgaben und das Thema Gesundheitsförderung erhält dadurch nur noch einen geringen Aufgabenanteil. Es wird daher wichtig sein, nach Alternativen zu Stabstellen zu suchen; Problem:
 - o „Öffentliche Verwaltung hat noch nicht verstanden, dass man mit dem Engagement in der Gesundheitsförderung Folgekosten sparen kann.“

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

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

- Erfolgsfaktoren für Netzwerkarbeit:
 1. Sinn und Potenziale: Kooperation lässt sich nicht verordnen, sie muss den Beteiligten nutzen (Win-Win Situation für den Einzelnen)
 2. Beziehung, Soziales und Identität: Kooperation braucht Beziehungspflege
 3. Information und Kommunikation: Kooperation benötigt Transparenz und Einigkeit über Ziele
 4. Management und Organisation: Kooperation benötigt Moderation
 5. Umwelt und Rahmenbedingungen: Kooperation benötigt Promotoren und Nachfrager

Diskussion

Strategien und Strukturen für eine erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung

- Zusammenlegung von Verwaltungsstrukturen kann zu einer effizienteren Arbeitsweise führen, ohne dass Ressourcen verloren gehen. Ein Beispiel hierfür ist die Umorganisation der Verwaltung in Dormagen, Rhein-Kreis Neuss. 1996 wurde das Sozial- und Jugendamt aufgelöst; im Jahr 2000 wurden Ämter (Schulamt, Sozialamt, Jugendamt, Wohnungsamt, Altenarbeit, Betreuungswesen), im sozialen Bereich zusammengeführt, mit dem Ziel Hierarchien abzuschaffen. Es kam zur Einführung von Fachbereichsleiter und Produktverantwortlichen.
- Um kommunale Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen zu können, müssen Netzwerkstrukturen geschaffen werden. Die Umsetzung von erfolgreichen Netzwerkstrukturen kann aber auch nur dann realisiert werden, wenn:
 - o ausreichend Ressourcen (Personal und Finanzen), die (auch) den Informationsaustausch fördern, zur Verfügung stehen,
 - o eine feste Verankerung in die jeweiligen Strukturen realisiert werden kann und
 - o inhaltliche Kriterien eingebunden werden (Grundlage ist eine Bestands- und Bedarfsermittlung, um daran anknüpfend Ziele und Strategien zu formulieren.).
- Vernetzung zwischen den verschiedenen Dezernaten, Abteilungen und Fachämtern stellen eine Idealbeschreibung dar. Vor diesem Hintergrund muss ein Appell an die Landes- und Bundesebene gehen, diese Prozesse – z.B. durch finanzielle Unterstützung oder Unterstützung des Rahmens und der Strukturen – stärker voranzubringen. Neben der Kommune müssen auch „höhere“ Ebenen aus der Politik in Bund und Ländern für die Gesundheitsförderung angesprochen werden.
- Beispiel: Die Planungs- und Koordinierungsstellen Gesundheit in Berlin ermöglichen einen Ressortübergreifende sowie Trägerübergreifende Netzwerkarbeit. Die Planungs- und Koordinierungsstellen konzentrieren sich nicht auf die einzelnen Verwaltungen sondern gezielt auf die „Trägerlandschaft“. Aber: Für die Akzeptanz der Stabstellen muss in den anderen Ressorts, bei anderen Trägern geworben werden. Kinder- und Bürgerbeteiligung spielen eine große Rolle bei Planungen.

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

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

- Implementierung sogenannter Runder Tische und Gesundheitskonferenzen: Um zu klären, welche Funktionen Runde Tische haben, ist es wichtig, die Frage zu klären: Wer hat die Macht? Um politische Entscheidungen treffen zu können, müssen Schlüsselpersonen gewonnen werden, wie z.B. Akteure aus Kommunalparlamenten.
- Gesundheitsförderung sollte als eine weitere Qualifizierung in der Kommune dargestellt werden. Vernetzung zu Akteuren in den Kommunen ist hierbei bedeutsam (z.B. Stadtteilbüro). Stichwort: „kommunale Passgenauigkeit“.
- Im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses muss der Gesundheitsplanung einen neuen Stellenwert gegeben werden.
- Kommunale Gesundheitsberichterstattung ist wichtig, um Informationen über die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen zu bekommen; Dilemma: GBE bricht in vielen Kommunen weg.
- Am Beispiel der Transferstelle Frühe Hilfen wird herausgestellt, dass die Durchführung einer Netzwerkkonferenz – in diesem Fall in allen Stadt- und Landkreisen im Bundesland Baden-Württemberg – das „voneinander lernen“ gefördert hat.
- Starke Öffentlichkeitsarbeit wichtig, um erfolgreiche Projekte der Bevölkerung und der Politik zu zeigen.

Erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung braucht die Unterstützung verschiedener Akteure unterschiedlichster Ebenen

- Kommunen haben auf der einen Seite bestimmte Pflichtaufgaben (z.B. Gesundheitsamt: Infektionsschutzgesetz) und auf der anderen Seite freiwillige Aufgaben (z.B. Gesundheitshilfe und -förderung). Aufgabe der Kommune ist es zu klären, wie sie die freiwilligen Aufgaben gestalten kann: z.B. Welchen Stellenwert soll der Gesundheitsförderung beimessen werden? Dies ist dann auch Thema der kommunalen Gesundheitspolitik. Die politischen Vertreter müssen signalisieren, welchen Stellenwert Sie der Gesundheitsförderung beimessen möchten.
- Eine erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung braucht: 1. politische Rückendeckung und 2. Ressortübergreifende Zusammenarbeit. Es ist bedeutsam, dass wichtige Akteure identifiziert werden. Beispiele sind neben den sozialen Ämtern auch das Umweltamt („Gesundheit hat immer etwas mit gesunder Umwelt zu tun“), die Stadtplanung und die Stadtentwicklung
- Kommunalpolitik muss erkennen, dass „gemeinsames Handeln“ sinnvoll ist.
- GKV-Mittel müssen stärker mit den Aktivitäten in der Kommune verbunden werden und für settingbezogene Gesundheitsförderungsansätze bereitgestellt werden. Positiv ist, dass im aktuellen Leitfaden der Krankenkassen das Thema „Setting in den Kommunen“ deutlich gestärkt wurde.
- Um ein integriertes Handlungskonzept umzusetzen, ist man als Verwaltung gehalten, fachübergreifend zusammen zu arbeiten und einen Arbeitskreis innerhalb der Verwaltung zu konstituieren, um für Maßnahmen oder Projekte, die man in dem Stadtteil umsetzen möchte, Zielkonflikte abzustimmen.

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

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

Verbreitung von erfolgreichen Beispielen der Gesundheitsförderung

- Grundvoraussetzung für Projekte ist, dass die aufgebauten Strukturen auch nach Ende der Laufzeit aufrechterhalten werden. Dabei ist die finanzielle Unterstützung für Verankerung und Nachhaltigkeit wichtig.
- Vorgestellte Beispiele in der Diskussion:
 - Projekt: Frühe Hilfen – keiner fällt durchs Netz (Saarland): Es wurde ein Kooperationsverbund zwischen Jugendhilfe und den Gesundheitsämtern aufgebaut. Diese Kooperation wurde als sehr positiv von beiden Ämtern wahrgenommen.
 - Runder Tisch „Kindergesundheit“ der Stadt Saarbrücken (Saarland): 1. Positiv: Regelmäßige Treffen zum Informationsaustausch zwischen den Akteuren (z.B. Stadtverwaltung, Wohlfahrtsverbände, Gesundheitsamt); 2. Negativ: Geringer positiver Output; Haben Runde Tische nur Alibifunktion oder auch „Macht“?
 - Projekt „Flotte Lotte“: Ernährungsprojekt für Kinder im sozialen Brennpunkt; Projekt wird über das Programm Soziale Stadt finanziert; durch Einstellungsänderung wird hier das Wissen der Zielgruppe verändert; Beispiel: Kinder treffen sich mit Experten (z.B. Köche) und arbeiten mit ihnen zusammen und erlernen dadurch verschiedene Techniken und erhalten vielfältige Informationen und Tipps zum jeweiligen Thema (z.B. gesunde Ernährung); Effekt: Selbstwertgefühl der Kinder wird gestärkt.
 - Programm Soziale Stadt: Das Programm Soziale Stadt stellt einen Anreiz dar, um Ressortübergreifend zusammen zu arbeiten. Es gibt bspw. gut funktionierende Strukturen durch Stadtteilkonferenzen.
 - Projekt „Völklingen lebt Gesund“: Projekt wurde initiiert durch die Volkshochschule; sehr positive Entwicklung; Projektumsetzung unter Beteiligung der gesamten Stadt.
 - Projekt „Bernburg bewegt“ in Sachsen-Anhalt (Lokaler Aktionsplan INFORM): Landesvereinigung für Gesundheit hat geschafft mit insgesamt 70 Partnern vor Ort eine konzertierte Aktion zu starten; Eingebunden waren die Kita-, die Schul- oder die Sozialebene; Zusammenarbeit mit der Internationalen Bauausstellung, u.a. Campus Technikus; gemeinsame Aktivitäten zum Thema Gesundheit wurden unter Partnereinbeziehung umgesetzt (z.B. Projekt „Stadtpark – Aktivpark“)
 - Projekt „Dormagener Präventionskette“

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

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

AG 4: Strategien zur Verbesserung der Kindergesundheit im Quartier

<u>Moderation:</u>	Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik)
<u>Fachlicher Input:</u>	Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig)
<u>Dokumentation:</u>	Stefan Bräunling (Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes)

Diese Mitschrift ergänzen zwei Anhänge
(siehe www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:kooptreffen8):

- Der fachliche Input von Frau Luig-Arlt in Kurzform
- Die Kölner EntschlieÙung des Gesunde Städte-Netzwerks, auf die während der AG als hilfreiches Grundlagenpapier hingewiesen wurde

Zusammenfassung

- Für ein erweitertes Verständnis von Gesundheit werben, das auch Wohnen, Verkehr etc. betrifft! Dabei dürfen der breite Gesundheitsbegriff und die Eingliederung als Querschnittsaufgabe nicht dazu führen, dass sich letztlich nichts bewegt.
- Die Gesundheitsförderung im Setting Quartier bedarf einer zentralen Koordinierung und der Verbreitung über Multiplikator/innen bzw. „Lotsen“. Treffpunkte und Netzwerke existieren bereits vielfältig.
- Zur Zusammenarbeit, vor allem mit dem Kinder- und Jugendhilfebereich, hat der 13. Kinder- und Jugendbericht viele mögliche Ansatzpunkte benannt. Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung wie Ressourcenorientierung, Partizipation u.v.m. sowie Bedingungen für den Transfer können deutlicher herausgestellt und verbreitet werden.
- Erfolgreiche Maßnahmen in Regelförderung überführen!

Einleitung

- Charakteristika der Lebenswelt Stadtteil/Quartier:
 - o keine Organisationseinheit, sondern eine räumliche Einheit
 - o vergleichsweise komplexer, diffuser
 - o zur Herangehensweise noch relativ wenig Erfahrungen im Vergleich zur Gesundheitsförderung in den Settings Kita, Schule, Betrieb

Fachlicher Input

- **Als Handlungsstrategie müssen Koordinationsstrukturen geschaffen werden, die Vernetzungen initiieren sowie integrierte Entwicklungskonzepte im Setting Stadtteil umsetzen. Für Kinder- und Jugendprojekte müssen die Betroffenen selbst und die Eltern eingebunden werden.**
- Ein erfolgreiches Beispiel hierfür: REGSAM (München) mit insgesamt mehr als 2500 engagierten Menschen.
- Die Erfahrungen aus dem Programm Soziale Stadt und die Projekte guter Praxis weisen darauf hin, dass sozialraumorientiertes, integratives Handeln, ein breit angelegtes Netzwerk, Kooperations- und Beteiligungsstrukturen offenbar effektiver sind als isoliertes Agieren.

(Die Kurzform des fachlichen Inputs von Frau Luig-Arlt kann auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:kooptreffen8 heruntergeladen werden.)

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

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

Diskussion

Der Stellenwert von Gesundheitsförderung, der weite Gesundheitsbegriff

- Der Stellenwert von Gesundheitsförderung im Stadtteil ist steigend, aber noch nachrangig (ganz oben: Bildung und Beschäftigungsfähigkeit).
- Immer noch oft anzutreffen: ein begrenzter Gesundheitsbegriff. Das Bewusstsein, dass die Akteure schon viel tun, was mit Gesundheit zu tun hat, dass die Schnittmenge Stadtentwicklung – Gesundheitsförderung groß ist, fehlt noch.
- Anknüpfungspunkte benennen und nutzen: Stadtteilarbeit, Gemeinwesenarbeit, Quartiersmanagement!
- Essentielle Charakteristika für Gesundheitsförderung sind Partizipation und Empowerment. Sowie grundsätzlich: Ressourcenorientierung! Eine zu unterstützende Ressource: Stolz auf den eigenen Stadtteil/das eigene Quartier

Wie können wir einen umfassenden Gesundheitsbegriff verankern?

- Eine Grundlage, die man auch potenziellen Partnern vermitteln kann: Sieben Kernbereiche der Gesundheitsförderung mit Jugendlichen (Helmut Hildebrandt (1992), Lust am Leben):
 - o Selbstwertgefühl
 - o Freundschaften und soziale Beziehungen
 - o Freundschaft mit dem Körper und den Sinnen
 - o Umweltschutz
 - o Sinnvolle Arbeit und gesündere Arbeitsbedingungen
 - o Gesundheitsversorgung und Gesundheitswissen
 - o Sinnvolle Gegenwart, lebenswerte Zukunft
- Wohnen und das Wohnumfeld sind ganz wichtig. Ein positives Beispiel hierfür: Frühe Förderung landesweit in Schleswig-Holstein, mit Wohnungsbaugesellschaften, die Räumlichkeiten für Begegnungstätten, Elterncafés etc. zur Verfügung stellen.
- Die Stiftung SPI evaluiert in Berlin „Jugendsozialarbeit an Berliner Schulen“, ein Programm mit 190 Schulen (darunter 76 Grundschulen): **Orte und Netzwerke** bestehen bereits vielfach. Es braucht viel Aufwand und Mühe, in die vorhandenen Netzwerke einzutauchen!
- Die Eltern sind einzubeziehen und zu fragen, was sie wünschen. Was sind Erfahrungen hierbei?
 - o „Besser essen Mehr bewegen“: Eine Auswertung von Befragungen wird Anfang 2011 veröffentlicht.
 - o Eine Beratung von Kitas und Schulen durch „**Lotsen**“ durch den Dschungel der Angebote ist notwendig. Ein Beispiel hierfür: „Es bewegt sich was in Malstatt“. Kommunale Arbeitskreise, in denen sich alle Institutionenvertreter/innen treffen, gibt es so gut wie überall!
- Gute Beispiele für **Partizipation** finden sich insbesondere bei der Wohnumfeld-Gestaltung, bei Kita-Kindern bei der Außengestaltung.

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

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

Wie gelingt Vernetzung im Stadtteil?

- Ein Zugang ist gut möglich über interreligiösen Dialog, dann z.B. Sprachförderkurse in Moscheen – dann hat man auch den Anschluss zu anderen Terminen wie Schul-Elternabenden und zu Themen wie Schwimmen, Radfahren, Ernährung.
- Die zurzeit beste Übersetzungshilfe stellt der **13. Kinder- und Jugendbericht** dar. Er bietet viele Ansatzpunkte, die wir aufgreifen sollten, in der Sprache der Kinder- und Jugendhilfe verfasst. Die Federführung in der Zusammenarbeit sollte im Kinder- und Jugendhilfebereich angesiedelt sein. Gesundheitsförderung ist darin als Fachstandard genannt.
- Gesundheit als Querschnittsthema hat die Gefahr, dass es sich verliert, nicht die notwendige Priorität hat. Es fehlt ein verbindliches Konzept, was zu Gesundheit inhaltlich dazu gehört, und der Bezüge zu anderen Politikfeldern, ein „**Fachplan**“. Aus der Unklarheit heraus zieht man sich dann leicht auf die klassischen Gesundheitsthemen (Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung) zurück.

Verstetigung guter Praxis

- Viele Projekte sind nicht vernetzt, viele sind nicht nachhaltig. Wir brauchen mehr **Qualität** als Quantität in den Projekten!
- Projekte sind gut als Ideengeber, für Innovation. Ansonsten aber muss das Ziel sein: weg von Projektstrukturen - erfolgreiche Projekte in die Regelversorgung! Ein Beispiel hierfür: die Familienhebammen an vielen Orten
- Gesundheitsförderung muss in **Weiterbildung** eingehen, Beispiel Weiterbildungsmodulare für Kita-Erzieher/innen, für Quartiersakteure. Dies schafft Dauerhaftigkeit. Einbindung auch an Universitäten und Fachhochschulen (Ausbildung von Architekt/innen, Erzieher/innen u.v.a.).
- Unsere Aufgabe als Verbunds- und Verbandsvertreter/innen ist, deutlich zu machen: Was haben wir aus guten Projektbeispielen gelernt, was ist verallgemeinerbar, was sind die Bedingungen für die Überführung in Regelförderung.

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

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

AG 2: Nachhaltigkeit und Qualität in der Gesundheitsförderung: Rund um die Geburt

Moderation: Prof. Dr. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg Stendal)

Fachlicher Input: Prof. Dr. Meinrad Armbruster (Hochschule Magdeburg Stendal)

Zusammenfassung

- Kommunales Gesamtkonzept für gesundheitsfördernde Maßnahmen rund um die Geburt entwickeln!
- Zielgruppen genau benennen und homogene Gruppen in den eigenen Lebenswelten ansprechen!
- Bestehende Netzwerke nutzen, klare Verantwortlichkeiten schaffen und verlässliche Partnerschaften aufbauen!

Fachlicher Input: Eltern AG

- Stichwort Epigenetik:
 - o Elterliche Verhaltensweisen können ererbte Vorgaben bleibend verändern: Eine liebevolle Erziehung, positive Stimulierung und gesunde Ernährung können ungünstige Anlagen und krank machende Gene zeitlebens ausschalten.
 - o Ungünstige Bedingungen während Schwangerschaft und früher Kindheit können jedoch auch Veränderungen auslösen, die das Leben des Kindes und seiner Nachkommen beeinflussen: Ungesunde Ernährung, Mangelzustände und Belastungen stoßen oft negative Prozesse an, die die Betroffenen – Eltern und ihre Kinder - noch Jahr-zehnte später krank machen.
 - o Intergenerationale Weitergabe elterlicher Deprivation
- Beispiel früher Gesundheitsförderung: Schwangerschaftsvorsorge
 - o Regelmäßige Schwangerschaftsvorsorge reduziert Risiken für Mutter und Kind
 - o Aus Public Health Perspektive sind Risikofaktoren relevant, die unmittelbar beeinflussbar sind, z.B. Übergewicht, Untergewicht, Alkoholkonsum und Rauchen. Nötig hierfür sind Beziehungsaufbau, Beratung und Begleitung.
- Sozial benachteiligte Eltern benötigen Hilfe zur Selbsthilfe - Empowerment als Grundlage der Eltern-AG.
 - o Empowermentprinzipien
 - Menschen als Experten ihres eigenen Lebens sehen!
 - Professionelle Hilfe wird auf Augenhöhe geben!
 - Anstöße zu mehr Eigenverantwortlichkeit und Vernetzung geben!
 - o Empowermentbestandteile
 - Klientenorientierung
 - Ressourcenorientierung

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

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

- Lebenswelt & Sozialraum
- Positive Psychologie
- Selbstorganisation
- MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) in Planung
 - Konzept aus Eltern-AG, Träger der Kinder- und Jugendhilfe, Finanzierer (z.B. Jugendamt), Mentoren, Eltern
 - Ausgangslage: Eltern scheitern oft an der Komplexität des Gesundheitssystems
 - Idee: Gemeindezentrum schaffen
 - Anonymität reduziert Beschämung, erhöht Niedrigschwelligkeit
 - Netzwerke außerhalb müssen trotzdem geschaffen und gefördert werden

Diskussion

Welche Faktoren spielen für die Vernetzung der Akteure in der Gesundheitsförderung rund um die Geburt eine Rolle?

- Vernetzung ist oftmals ein Koordinations- und Finanzierungsproblem und mit großem Zeitaufwand verbunden.
- Der Aufbau ist abhängig von und bedingt durch Standards im jeweiligen Bereich.
- Die Vernetzung sowohl der Akteur/innen als auch der Einrichtungen muss gegeben sein, um soziale Netzwerke generieren zu können.
- Homogene Gruppen verringern Stigmatisierungsproblem.
- Der medizinische und der soziale Sektor müssen besser miteinander vernetzt werden, in der Betreuung spielt die Sozialanamnese eine wichtige Rolle.
- Frühprävention ist zu wenig verankert in der Zusammenarbeit von KJGD und Jugendamt
- Finanzieller Aspekt/ Rolle der Ärztekammer: Grenzen sind gesetzt, es ist keine Bewegung im Gesundheitswesen zu erwarten.
- Beispiel: Landsberg-Lech: Schwangerenvorsorge mit Aufwandsentschädigung für die Frauen erweist sich als ein erfolgreiches Konzept.

Welche Lebenswelten und Handlungsempfehlungen müssen miteinbezogen werden? Welche Strategien werden empfohlen?

- Problem: Systematisches Dilemma zwischen Lebenswelten und Handlungsebene: Die Zielgruppe oder die Lebenswelten müssen oft negativ dargestellt werden, um Unterstützung zu erhalten → Stigmatisierung wird gefördert, da Projekte, Strukturen und Angebote auf defizitäre/ negative Beschreibungen angewiesen sind. Hier besteht aber eine große Diskrepanz zu der Selbsteinschätzung der eigenen Lebenssituation der „Betroffenen“.
- Gesundheitsförderung muss in Lebenswelten ansetzen, dort findet man homogene Umstände. Homogene Gruppen sind oft besser anzusprechen, Stigmatisierung wird verringert und sozial Benachteiligte werden besser erreicht.
- Strategien und Bestandteile von Empowerment müssen von Akteuren verinnerlicht werden.

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

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

- Professionelle Haltung: Ressourcenorientierte Haltung auf Augenhöhe muss entstehen, erlernt und unterstützt, aber nicht verordnet werden. Eigene Maßstäbe dürfen nicht zu Grundlage gemacht werden. Hilfe muss sich viel mehr als Nutzerorientierung definieren.
- Es muss eine kommunale Vision/ ein kommunales Gesamtkonzept verfolgt werden, die Verantwortung der Kommunen muss verdeutlicht und umgesetzt werden!
- Kinder müssen als erster Ansprechpartner gesehen werden!

Was kann meine Organisation zur Verbesserung der Gesundheitsförderung in diesem Handlungsfeld leisten?

- Als Beispiel wird das MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) diskutiert:
 - o Versorgungszentrum könnte auch als Stigmatisierung verstanden werden, Zugehstrukturen haben sich bisher bewährt.
 - o Ein weiteres Problem wird in der regionalen Vernetzung gesehen.
 - o Es beinhaltet eine geringe Nutzerorientierung und wenig Nutzerperspektive.

Welche Akteure tragen Verantwortung

- KJGD
- Jugendamt
- Gynäkolog/innen
- Kinderärzt/innen
- Hebammen
- Familienhebammen
- Krankenhaus
- Kommune
- etc.
- Beispiel Landsberg-Lech

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

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

AG 5: Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsförderung für Kinder im Alter 1 - 6 Jahre

Diskussion

Einbeziehung der Familie

- Betonung der Einbeziehung der Familie zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit bei Kindern.
- Einbezug bei der Vermittlung von Möglichkeiten der Freizeitgestaltung (Bewegungsförderung)
- Wertschätzung der Familien
- Mehr Kommunikation mit den Eltern bez. Sprach- und Bewegungsförderung

Thesenpapier und Zielgruppe

- Die Zielgruppe sollte klarer herausgestellt werden; im Thesenpapier noch zu unscharf
- Im Thesenpapier besser „Entwicklungschancen“ statt „Gesundheitschancen“ verwenden, da überzeugender.
- Papier soll zur strukturellen Verankerung dienen.

Kitabesuch / Nicht-Besuch der Kita

- Kinder aus schlechteren sozialen Lagen besuchen seltener die Kita. Generell wird der Kita-Besuch aber als sehr förderlich eingeordnet
- Gründe für das Nichtbesuchen der Einrichtung erfragen und an entsprechenden Lösungen arbeiten.
- „Trauen wir uns Kindergartenpflicht zu fordern?“ bzw. Forderung nach einer beitragsfreien Kita bundesweit als wichtiger Meilenstein?

Integration von Leistungen

- Sprach- gekoppelt mit Bewegungsförderung sollte früher beginnen; ab 8 bis 12 Monaten. Sprachverständnis wird in den ersten 3 Lebensjahren geprägt.
- Besonderen Stellenwert vor allem bei Kindern mit Migrationshintergrund: „wer nicht richtig sprechen kann, kann auch nicht richtig denken“
- Therapeutische Leistungen in die Kita integrieren

Stärkung des Kita-Personals

- Einheitlich geregelter Personalschlüssel für die Arbeit in Kitas durch den Bund
- Beziehungspartnerschaft und Vernetzung im Bezug auf mehr Personal wird nicht hinreichend berücksichtigt. Vernetzungsarbeit als wichtigen Bestandteil anerkennen (die wichtige Teilnahme des Personals an AGs kann in der Kita kaum kompensiert werden)
- Early Excellence stärker in Aus- und Weiterbildung tragen
- Qualifikation in Kombination mit Engagement bei der Umsetzung von Prinzipien der Partizipation und Empowerment von großer Bedeutung
- Verpflichtung zu Fort- und Weiterbildung in Arbeitsverträgen geregelt - Ressource der persönlichen Spezifizierung als Mehrwert für das Team

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

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

Strukturbildung (Kommunale und Länderangelegenheit)

- Grundverständnis für die Notwendigkeit schaffen
- Aufbau einer flächendeckenden Infrastruktur „Lernen vom Erfolg“
- Flächendeckend Standards umsetzen
- Anpassung von Strukturen und Modellen an Problemlagen
- Appell an Akteure, wie kommt es zu einer Verbindlichkeit im Austausch miteinander
- Enge Zusammenarbeit mit dem Jugendgesundheitsdienst bzw. weiteren Akteuren, erneut Verweis auf Vernetzungsarbeit
- Empfehlung: auf Bundesebene sollten substantielle Fachgespräche geführt bzw. Workshops zum Thema organisiert werden.
- Bundesweit beitragsfreie Kita für Alle eingefordert, Investitionen in Bildung im Vorschulbereich (Vorbild skandinavische Länder), Rechtfertigung „Kinder sind unsere Zukunft“
- „Führungen“ besser definieren – Kommune sollte Prozess leiten

Gute Konzepte

- Möglichkeiten überlegen, wie man die Kommunen „locken“ kann.
- Jugendamt Dormagen arbeitet in den Arztpraxen mit Sprechstundenhilfen - Offenheit gegenüber Schulungen und nah an Zielgruppe, Obolus wird für Fortbildung gezahlt.
- Jugendamt Dormagen hat Gründe für den Nichtbesuch der Kita erfragt und erstattet beim Nachweis finanzieller Nöte die Gebühr für den Kitaplatz, gespart werden dadurch die später benötigten Hilfen zur Erziehung.
- Gute Öffentlichkeitsarbeit wichtig
- Lernen vom Erfolg Anderer sollte stärker betont werden, wann gibt es Konsequenzen hinsichtlich des Aufbaus flächendeckender Infrastruktur?
- Gute Konzepte in die Fläche bringen (z.B. Familienzentren)

Ökonomische Argumente

- Akteure auch gesundheitsökonomisch überzeugen (kontroverse Diskussion im Workshop bez. Messbarkeit von Prävention)
- Ökonomische Überzeugung fordert einen Forschungsaufwand
- Ökonomische Forschung parallel laufen lassen

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

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

AG 6: Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsförderung bei Kindern im Primar-Schulalter

Moderation: Thomas Altgeld (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.)

Fachlicher Input: Stephan Koesling (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.)

Zusammenfassung

- Respekt für die Lebenswelten!
- Eine ressourcenorientierte Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter muss erreicht werden!
- Gesundheitsförderung muss sich am pädagogischen Prozess beteiligen und Teil der pädagogischen Arbeit sein!

Fachlicher Input

- Wichtig ist, wahrzunehmen, dass wir ein sehr differenziertes Feld und sehr differenzierte Kinder vorfinden, die auf einem unterschiedlichen Entwicklungsstand sind.
- Diese abgebildete Vielfalt/ Diversität muss in der Bildungs- und Gesundheitsförderung stärker wahrgenommen werden.
- Der Auftrag an die Gesundheitsförderung ist, sich am pädagogischen Diskurs zu beteiligen, eine Dienstleistungsrolle in inhaltlicher und methodischer Hinsicht zu übernehmen und dazu beizutragen, dass diese Diversität umgesetzt wird.
- Die Vielfalt muss in der Lebenswelt angenommen werden.
- Ziel: Persönlichkeitsentwicklung und Lernerfolg müssen allen Schülerinnen und Schülern ermöglicht werden.
- Methodenkompetenz bringen wir ein und diese muss weiter eingefordert werden.
- Schule muss unter zwei Aspekten betrachtet werden: zum einen als didaktischer und methodischer Ort der Persönlichkeitsentwicklung, des Lernens, zum anderen ist sie als gesundheitsförderndes Setting auszurichten auf die Bildungsbiografie der Kinder!

Diskussion

Überlegungen zu guter, gesunder Schule

- Kriterien einer guten Schule wie
 - o Ganztageschulen
 - o altersübergreifendes Lernen
 - o differenzierte Lernformen
 - o außerschulische Angebote und Kooperationspartner, um zusätzliche Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten
 - o Rhythmisierung des Schulalltags
 - o aktive Elterneinwirkung
 - o Blick auf die Ressourcen

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

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

- Partizipation
- Bildungsbiographien unterstützen

lassen sich schnell herausstellen. Wie die Umsetzung erfolgt, ist ein weitaus schwierigerer Prozess, in den sich der Kooperationsverbund einbringen sollte.

- Nachhaltige Gesundheitsförderung an Schulen ist eine Frage der Haltung: Ressourcenorientierte Haltung der Professionellen muss erreicht werden, wobei diese nicht unbedingt ökonomischer Natur sein sollten. Die Gesundheit der Lehrer/innen muss verbessert werden, da nur so der Zugang gelingen kann.
- Jugendliche als Zielgruppe müssen wieder stärker in den Fokus rücken!
- Lehrerausbildung muss verstärkt praxisorientiert gestaltet werden, Gesundheitsförderung muss spätestens hier ansetzen (stringentere Formulierung in der Veröffentlichung/ dem Fachbeitrag).
- Frage: Braucht man Gesundheitsförderung überhaupt noch, wenn Pädagogik stimmt? Die Teilnehmer/innen halten fest, dass eine gute pädagogische Schule zwar weniger Bedarf an Gesundheitsförderung hat, der Zugang jedoch einfacher ist.
- Gesundheit(sförderung) muss Teil der pädagogischen Arbeit in Schulen sein, dies erfordert eine Neudefinierung von Schulen.

Rolle des Kooperationsverbunds für die Gestaltung guter, gesunder Schulen

- Gesundheitsförderung muss sich an dem pädagogischen Prozess beteiligen und Teil der pädagogischen Arbeit sein. Hierfür muss der Kooperationsverbund an Akteure des Bildungssektors herantreten und sie mit einbeziehen. Nur so kann beispielsweise die Akzeptanz des Fachbeitrags und somit auch die (Aus-)Wirkung in Schulen erhöht werden.
- Mögliche Zugangswege wurden diskutiert: Zum einen von oben über das Kultusministerium zu den Schulämtern zu den Schulen. Zum anderen von unten über Schulen oder beispielsweise über Gewerkschaften.
- Der Zugang muss vorsichtig gewählt werden: Wer sind die richtigen Ansprechpartner, um Gesundheitsförderung in Schulen nachhaltig zu integrieren? Hierfür müssen Partner sorgfältig ausgewählt und ihnen auf gleicher Augenhöhe begegnet werden.
- Der Kooperationsverbund hat die Möglichkeit, methodische Kompetenz weiterzutragen, kann unterstützend und ergänzend wirken.
- Lobbyarbeit in Politik verstärken: Der Kooperationsverbund sollte sich über Mitglieder stärker ins politische Geschehen einbringen, sich zu bestimmten politischen Themen (Bildungsgutscheine, Streichung des Elterngeldes, ...) positionieren.
- (Schul-)Bildung muss stärker bei der Lebenswelt der Kinder ansetzen (Beispiel Benotung, Lern-/Lehrmethoden etc.). In diesem Feld gibt es schon einige gute Beispiele, die stärker herausgestellt und verbreitet werden müssen.

Anmerkungen zum Fachbeitrag

- Einstiege in die einzelnen Kapitel sollten ressourcen- statt defizitorientiert gestaltet sein (insbesondere bei dem Kapitel „Jugendliche“).
- Neben altersspezifischen sollten auch die geschlechtsspezifischen Entwicklungen in den Blick genommen werden und sich im Fachbeitrag wieder finden.

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

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

Anhang: Ergebnisse der Diskussion

Gute, gesunde Schule	Ziele	Rolle des Koopverbunds?	Aktivitäten
Schule als Lern- und Lebenswelt begreifen	Schule darf nicht krank machen	„Von oben?“ Kultusministerium → Schulämter → Schulen	Lobbyarbeit im Politikbereich verstärken
Selbstverständnis der Schule	praxisorientierte Ausbildung im Lehramt	„Von unten?“ Schulen – Gewerkschaften	sich zur Kultusministerkonferenz (KMK) positionieren → Kontakt suchen
Organisationsentwicklung	Bildungsbiographien der Kinder	andere Pädagogiken in Schulen hineinragen (Bsp. Erlebnispädagogik)	Ganztageschulen als Anknüpfungspunkt
keine defizitorientierte Herangehensweise	Diversity der Schülerschaft - Gender - Altersspezifisch	respektvoll und auf Augenhöhe und ressourcenorientiert	Neue Abteilung Jugend im BMFSFJ als Ansprechpartner nutzen
Haltung der Professionellen: defizit-/ressourcenorientiert	Elternaktivierung	komplementär zu den in den Schulen vorhandenen Kompetenzen	Anhörung Bundestag KiJu- Bericht Oktober
Benotung? Nach Lernfortschritt statt absoluten Wissensmengen	Schulsozialarbeit stärken	„Best Practice“	Defizitorientierung zum Einstieg (Altersstufen) der Thesen raus
	später: Jugendberufshilfe	Schnittstellen in den Versorgungssektor besser managen	Umsetzung Bundesverfassungs- gerichtsurteil durch Koopverbund
	Jugendliche als Zielgruppe werden häufig ausgeblendet, müssen wieder starker in den Fokus rücken	Sozialpädagogischer Dienst? ÖGD? Sozialpsychiatrie? in Kooperation mit einbeziehen	Positionierung zu Bildungsgutscheinen?
		professionelle Haltungen: Echtheit, ressourcenorientiert	Rolle der BZgA Rolle der Mitglieder (stärker aktivieren)
		Primarschule: 2 Übergänge Kita → GS GS → weiterführende Schule	Thinktank-funktion des Koopverbundes stärken
		weniger rein kognitivorientierte Lernwelten in Primarschulen	zur Akzeptanzsteigerung Vertreter Bildungssektor einbeziehen in die Veröffentlichung

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

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

AG 3: Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen

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

Fachlicher Input: Prof. Heiner Keupp

Zusammenfassung

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

Diskussion

Jugendliche - die schwer erreichbare Zielgruppe?

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

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

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

Gesundheit in den Lebenswelten Jugendlicher stärken

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

Was ist für gelingende Gesundheitsförderung in den Lebenswelten notwendig?

- In der Praxis besteht die Schwierigkeit, dass die gesetzliche Krankenkassen vor Ort zu wenig kooperieren, obwohl der Leitfaden zur Umsetzung des § 20 SGB V ein gemeinsames Vorgehen empfiehlt. Forderung: Die Finanzierungspraxis vor Ort muss besser koordiniert werden.
- Vorschlag, lokale Gesundheitskonferenzen unter aktiver Beteiligung der Jugendhilfe, da sie über die erforderlichen Kompetenzen verfügt, und der GKV durchzuführen und gemeinsame Projekte auf den Weg zu bringen. Es fehlen die verbindlichen Strukturen für gemeinsame Wahrnehmung von Verantwortung.
- Einwand: Die GKV ist nicht primär für den Aufbau und die Stärkung für die Strukturen der Gesundheitsförderung zuständig. Die Einbindung der anderen verantwortlichen Politikbereiche gelingt erfahrungsgemäß nicht ausreichend.
- Was kann aus Erfahrungen mit Frühen Hilfen für Jugendbereich gelernt, was genutzt werden? Beispiel Rheinland-Pfalz: Hier wurden Konferenzen durchgeführt – dies gelingt nur unter Beteiligung von Jugendlichen!

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

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

- Präventionsgesetz bzw. Gesundheitsförderungsgesetz wird gebraucht, um Angebote und Leistungsanbieter zu verzahnen und nachhaltige Strukturen zu schaffen.
- Man sollte das Thema sektorenübergreifender Kooperation aber auch nicht zu naiv und harmonistisch herangehen: Institutionelle (Teil-) Logiken sind Teil gesellschaftlicher und politischer Realität.
- Die Diskussion noch zu stark von der Angebotsseite geprägt, ein Perspektivwechsel ist notwendig. Ein Beispiel aus Quartieren Soziale Stadt: Das Projekt „Jugendliche für Jugendliche“ muss selbst von Jugendlichen entwickelt und umgesetzt werden (Honorar steht zur Verfügung). Erfolgreich im Berliner Brunnenviertel umgesetzt.
- Damit solche Projekte gelingen, braucht es Strukturen vor Ort, die diese Prozesse organisieren. Hier sollte die GKV aktiver werden. Insbesondere die Bereiche Gesundheit und Jugendhilfe sollten so verklammert werden, dass verbindliche Strukturen geschaffen werden. Die Praxis vor Ort zeigt allerdings auch, dass die Versäulung insbesondere zwischen Jugend- und Gesundheitsamt sehr hartnäckig ist. Dies kostet Zeit und Energie. Ziel sollte eine selbstverständliche Zusammenarbeit zwischen diesen Bereichen sein.
- Die Bereiche wissen oft viel zu wenig von einander. Netzwerkstrukturen, die dies ändern, sollten finanziell unterstützt werden, auch werden Standards für gute Netzwerkarbeit gebraucht.
- Einwand: „Projektitis“ ist nicht nur schlecht, solange belegte Wirksamkeiten gesundheitsfördernder Interventionen noch zu wenig verfügbar sind. Durch gute Evaluationen von Projekten können Kriterien identifiziert werden, die anschließend ausgerollt werden. Noch besteht kein belastbares Wissen darüber, welche Interventionsformen erfolgreich sind.
Einwand: Die Erfahrung zeigt, dass Projekte i.d.R. keine Ressourcen für aussagekräftige Evaluationen haben und damit keine validen Ergebnisse zu Wirksamkeit oder Übertragbarkeit erbringen können.
- Es gibt bereits viele gute Beispiele, die aber noch viel zu wenig bekannt sind. Dies liegt oft daran, weil auch bei den Akteuren der Gesundheitsförderung „jeder nur seinen eigenen Kram liest“: Ignoranz beginnt in den eigenen Reihen.

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

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

Plenum

Abschlussdiskussion des 8. Kooperationstreffens

Teilnehmerinnen und Teilnehmer: Dr. Frank Lehmann (BZgA), Prof. Dr. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal), Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik), Carsten Rumpeltn (Gesundheitsamt Rhein-Kreis Neuss), Ulrike Gebelein (Diakonisches Werk), Thomas Altgeld (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen), Karin Schreiner-Kürten (Spitzenverband der GKV), Klaus-Peter Stender (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg)

Moderation: Carola Gold

Dokumentation: Stefan Bräunling, Jennifer Nickel

Ziele des Kooperationstreffens / der Abschlussdiskussion

Zwei Ziele des Arbeitstreffens: (1) Input für den geplanten Fachbeitrag, um Handlungswissen gut darstellen sowie Hinweise und Erfahrungen des Kooperationsverbundes einarbeiten zu können; (2) Strategien des Kooperationsverbundes, um Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu stärken

Rückmeldung aus den AGs

Ulrike Gebelein, Rückmeldung aus AG 3: Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen

- Das Jugendalter ist, neben der frühen Kindheit, das Alter, wo sich für das weitere Leben die wichtigsten Entwicklungsaufgaben stellen, gleichzeitig aber der Gesundheitsförderung am wenigsten Aufmerksamkeit geschenkt wird.
- Um unterschiedliche Akteure, die in diesem Lebensalter zusammenwirken, an einen Tisch zu bekommen, ist es wichtig, entsprechende Strukturen zu bilden, z.B. regionale Gesundheitskonferenzen, wo unterschiedliche Bereiche - Medizin, Jugendhilfe, Schulen, Krankenkassen - zusammenarbeiten können.
- Erfahrungen aus der Praxis zur Umsetzung von Gesundheitsprogrammen für Jugendliche zeigen, dass es äußerst schwierig ist, dieses Alter anzusprechen. Umso wichtiger erscheint es darum, die Jugendlichen selber bei der Entwicklung und Ausgestaltung von gesundheitsfördernder Umwelt bzw. Schule mit einzubeziehen.
- In dieser Hinsicht sollte eine geschlechtsspezifische Differenzierung vorgenommen werden, da gerade im Jugendalter und bei den sich in dieser Phase stellenden Entwicklungsaufgaben Mädchen und Jungen „anders ticken“.
- Jugendliche müssen wirklich selber Akteure sein, dazu ist ein Ort nötig, wo sie sich ernst genommen und zuhause fühlen können. Dieser Punkt scheint eine große Qualitätsherausforderung zu sein.

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

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

Frank Lehmann, Rückmeldung aus AG 5: Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsförderung für Kinder im Alter 1 - 6 Jahre

- Um für einen Kita-Besuch zu werben, sollte der Kontakt zu den Familien aufgenommen werden. Eventuelle Gründe, die aus Sicht der Betroffenen gegen den Kita-Besuch sprechen, können so erfragt und entsprechende Verbesserungen abgeleitet werden (z.B. Verringerung des Kita-Beitrags).
- Insgesamt ist nicht nur der Kita-Besuch entscheidend, sondern auch die Unterstützung der Eltern, ihre Ziele auch mit ihren Kindern zu erreichen.
- Der Kooperationsverbund sollte sich dafür einsetzen, dass diese Haltung gegenüber den Eltern – Respekt, Achtung, Stichwort Early Excellence-Konzept – auch in die Aus- und Fortbildung der Erzieherinnen und Erzieher einfließt und Gegenstand der Qualitätsentwicklung in Kitas wird.
- In den Kitas und auch für die Unterstützung der Eltern müssen genügend bzw. mehr Ressourcen und bessere Strukturen zur Verfügung stehen. Krankenkassen können dabei unterstützen.
- Der Kooperationsverbund sollte sich darüber hinaus mehr mit gesundheitsökonomischen Überzeugungsargumenten „bewaffnen“.

Raimund Geene, Rückmeldung aus AG 2: Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsförderung: Rund um die Geburt

- Der Text ist noch zu negativ und stigmatisierend, darin besteht ein systematisches Dilemma. Wenn die Betroffenen nur negativ auch in Bezug auf Gesundheitsprobleme etc. beschrieben werden, dann können sie nicht für Veränderungen gewonnen werden.
- Homogene Gruppen erleichtern die Zusammenarbeit, so lassen sich Selbstorganisationsprozesse besser initiieren, wenn eine milieuspezifische Ansprache, z.B. auch von Migrantinnen aus verschiedenen Milieus gelingt.
- Weitere wichtige Punkte: Vernetzung vor Ort, Anbieterlogiken und systematische Nutzerorientierung.
- Kommunale Visionen schaffen - also kommunale Gesamtkonzepte: Kommune als Thema ernst nehmen und kommunale Bündnisse mit der Vision „Kinder- und Familienfreundlichkeit“.

Thomas Altgeld, Rückmeldung aus AG 6: Nachhaltigkeit und Qualität der Gesundheitsförderung bei Kindern im Primar-Schulalter

- In diesem Bereich gibt es eine sehr heterogene Regelungsgrundlage
- Das Papier sollte mit den Ressourcen der Zielgruppen beginnen: Respekt, Achtung, Augenhöhe.
- Der Kooperationsverbund sollte mehr Lobby-Arbeit leisten:
 - o aktuelle Vorlagen, die die Lebenswelt sozial benachteiligter Kinder massiv verändern werden (Stichwort Bildungsgutscheine), für eine Positionierung nutzen und so in der öffentlichen Wahrnehmung sichtbar werden
 - o gegenüber dem Kultus-Bereich: nicht nur über Schulen reden, sondern direkt mit den relevanten Akteuren für Schulen reden und da besonders über das KMK versuchen, einen Einbezug herzustellen, damit das nicht immer von außen kommt
 - o stärker in den Jugendbereich hinein werben, z.B. mit dem neuen Abteilungsleiter aus der neu geschaffenen Jugendabteilung frühzeitig Akzente setzen
 - o Arbeitsteilung mit den „offen sprechbareren“ Mitgliedern des Kooperationsverbundes, damit man politischer werden kann

Christa Böhme, Rückmeldung aus AG 4: Strategien zur Verbesserung der Kindergesundheit im Quartier

Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Diskussionspapiers:

- den Gesundheitsbegriff im erweiterten Sinne deutlich heraus arbeiten, da der Gesundheitsbegriff von den Akteuren vor Ort immer sehr eng ausgelegt wird, der letztendlich den ganzen Bereich der Verhältnisprävention außen vor lässt. Gesundheit hat aber ebenso mit Verkehr, Umwelt, Wohnen und Wohnumfeld zu tun.
- deutlich machen, dass bei der Stadtteilarbeit in Bezug auf Gesundheitsförderung an vorhandene Strukturen – Stadtteilarbeit, Gemeinwesen-Arbeit, Quartiermanagement, Kinder- und Jugendhilfe, Stadtteilkonferenzen - angeknüpft werden sollte. Nicht neue Netzwerke etablieren, sondern an vorhandene Netzwerke anknüpfen, um letztendlich die Akteure nicht zu überfordern mit einer ständigen Netzwerkarbeit.
- Koordinierungs- und Lotsenstellen im Stadtteil einrichten, um zum einen überhaupt einen Überblick zu haben, was an gesundheitsfördernden Angeboten im Stadtteil schon alles vorhanden ist, zum anderen als eine Dienstleistung für die Kitas und Schulen im Quartier, die die Netzwerkarbeit initiiert, moderiert und koordiniert.
- Stichwort Regelförderung
- Herausarbeiten der Erfolgsfaktoren der zitierten Good Practice-Projekte, um diese Erfahrungen weitergeben zu können

Carsten Rumpeltin, Rückmeldung aus AG 1: Kommunale Strategien zur Verbesserung der Kindergesundheit

- Kommunale Hierarchien, wie sie üblicherweise existieren, sind ungeeignet, eine ressortübergreifende Gesundheitsarbeit zu leisten. Es gibt aber einige Beispiele – Dormagen, Saarbrücken – die zeigen, dass man durch verwaltungsinterne Reorganisation diese schwierigen Dienstwege abschaffen kann.
- Erfolgreiche Modelle sollten kommuniziert werden, in dem man ökonomische Aspekte betont: Wenn Gesundheitsförderung nicht nur der Lebensqualität dienlich ist, sondern sich auch ökonomisch lohnt, dann können auch in Zeiten aktueller Haushaltskonsolidierung Entscheidungsträger überzeugt werden, diese freiwillige Leistung weiterhin umzusetzen.

Statements

Karin Schreiner-Kürten

- Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Vereinbarung getroffen, anteilig die Struktur der Regionalen Knoten mit zu finanzieren, soweit es auch von der Länderseite finanziert wird, dies wurde im kürzlich verabschiedeten Leitfaden verankert.
- Die GKV bringt sich auch in den Strukturen vor Ort ein: Sie sitzt mit an runden Tischen, in regionalen Gesundheitskonferenzen und trägt dazu bei, dass Aktivitäten, speziell auch für die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher, laufen können.
- Der Leitfaden Prävention – der im Konsens und unter massiver Mitwirkung aller Verbände der Krankenkassen und der Krankenkassen selbst erstellt wurde – versucht in einem kontinuierlichen Rhythmus, neue Erkenntnisse, gesellschaftliche Erfordernisse und Erfahrungen der Krankenkassen einzubeziehen. Er bildet einen verbindlichen Rahmen für die Förderung durch die GKV und ist somit die Basis für die Umsetzung.
- Inhalte, die in Bezug auf diese Thematik wichtig sind:
 - o Qualität: Modellprojekt „Gesund leben lernen“: die Instrumentarien für eine stichprobenartige bzw. routinemäßige Evaluation wurden veröffentlicht
 - o Ziele: Partizipation, Beteiligung der Eltern in Steuerungsgremien sind gesundheitsfördernde Ziele, die gemessen werden
 - o Der Setting-Ansatz wurde in dem neuen Leitfaden gestärkt, indem insbesondere das Setting Kommune viel deutlicher, explizit und konkret ausformuliert wurde; die Empfehlung an die GKV lautet, sich in bereits vorhandenen Strukturen zu engagieren

Klaus-Peter Stender

- Es gibt viele gute Ansätze der Gesundheitsförderung – dies belegen die Beispiele aus der Datenbank – andererseits sind in Kommunen und Ländern Strukturen der Gesundheitsförderung gefährdet oder brechen weg. Freiwillige Aufgaben stehen momentan im Rahmen der Haushalts-Konsolidierung auf dem Prüfstand.
- Ob die alleinige Konzentration auf den ökonomischen Nutzen von Gesundheitsförderung sinnvoll ist, ist allerdings fraglich.
- Wenn Gesundheitsförderung betrieben wird, sollte auch Geld für die Koordination und Netzwerkarbeit der vielen Anbieter und Einrichtungen da sein.
- Kritisch zu bewerten ist, dass die GKV ihren finanziellen Input in vielen Bereichen davon abhängig macht, was Kommunen und Länder dazu geben. Diesen Zusammenhang darf man nicht ignorieren.

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

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

- Der Kooperationsverbund muss auf eine andere Art und Weise, als er es bisher getan hat, belegen, dass seine Aktivitäten tatsächlich besonders wirksam und nicht nur gut gemeint sind. Diese Perspektive - was kommt letztendlich bei den Menschen an, wie kann man Gesundheit tatsächlich messbar verändern? – muss in die Diskussion über die Finanzierung getragen werden, um letztendlich auch freiwillige Strukturen vor Kürzungen zu schützen. Wenn der Kooperationsverbund die Politik überzeugen will, müssen wir klar machen, wir verbessern tatsächlich Gesundheit

Abschlussdiskussion – Die Rolle des Kooperationsverbundes

- Der Kooperationsverbund hat bereits viele Erkenntnisse und Erfahrungen gesammelt, diese Erfahrung und die daraus entstandenen Konzepte müssen stärker, z.B. durch Lobby-Arbeit, nach außen getragen werden.
- Der Kooperationsverbund ist aufgrund seiner fachlichen Kompetenzen in der Lage, Lobby-Arbeit zu leisten. Dazu sollte er sich fragen:
 - o Was ist aus den Projekten verallgemeinerbar, was lässt sich als fachlicher Standard für die Regelförderung formulieren?
 - o Wofür wollen wir uns gemeinsam gegenüber der Politik einsetzen, wie kann man stärker gegenüber der Politik auftreten und wer macht was? Wie kann man selbstbewusster mit dem Wissen der 53 Partner umgehen? Wie kann man beeinflussen, wohin das Geld fließt?
 - o Wie kann man dafür sorgen, dass die Bausteine eines Präventionsgesetzes auch ohne entsprechendes Gesetz realisiert werden können?
 - o Wie können Synergien genutzt und arbeitsteilig (auch mit den Settings zusammen) zusammengearbeitet werden, um mehr als nur Informationen zu bieten?
 - o Wie können ökonomische Argumente in einer vertretbaren Weise durch Evaluierung erfolgreicher Projekte ermittelt und als zusätzliches Argument eingesetzt werden?
 - o Wie kann die Website des Kooperationsverbundes als Plattform für Arbeitsteilung, Qualitätsentwicklung und Durchdringung von Themenfeldern genutzt werden?
 - o Wie kann der fehlenden Kontinuität in der Entwicklung von Qualität in der Prävention entgegen getreten werden?
 - o Wie kann man das Dilemma zwischen der Darstellung von Handlungsbedarf und der Gefahr der Stigmatisierung gelöst werden?

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

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