

Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt

Auf dem Weg zu einer neuen Qualität
der Zusammenarbeit in den Ländern



Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt – Auf dem Weg zu einer neuen Qualität der Zusammenarbeit in den Ländern

Herausgeber

Gesundheit Berlin e.V.
Friedrichstr. 231, 10969 Berlin
Tel.: 030 / 44 31 90 60
E-Mail.: post@gesundheitberlin.de

Redaktion:

Carola Gold, Stefan Bräunling, Rike Hertwig,
Dr. Monika Köster, Dr. Frank Lehmann

Die Publikation wurde entwickelt im Rahmen der Aktivitäten des bundesweiten Kooperationsverbands Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Der Kooperationsverbund ist ein Zusammenschluss von über 50 Partnerorganisationen, darunter Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, die gesetzlichen Krankenkassen, Ärzteverbände, Deutscher Städtetag und Wohlfahrtsverbände, gegründet auf Initiative und mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. Gesundheit Berlin koordiniert den Kooperationsverbund im Auftrag der BZgA.

Wir danken allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Regionalen Knoten und der Landesvereinigungen für Gesundheit, die mit ihrem Engagement die Erstellung dieser Publikation ermöglicht haben.

Satz und Layout:

Connye Wolff, www.connye.com

Druck:

Möller Druck und Verlag GmbH, Berlin



Prof. Dr. Elisabeth Pott

Gesundheitsförderung soll vor allem sozial benachteiligte Menschen erreichen, da diese ein deutlich erhöhtes Risiko haben, schwer zu erkranken und früher zu sterben. Menschen, die in schwierigen und belastenden Lebensverhältnissen leben, können über gezielte Angebote der Gesundheitsförderung erreicht und in ihren Gesundheitsressourcen gestärkt werden. Um in diesem Feld erfolgreich zu sein, bedarf es Sektoren übergreifender gemeinsamer Bemühungen und einer zielgerichteten Zusammenarbeit. Hierfür stellt der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierte und unterstützte bundesweite Kooperationsverbund **„Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“** eine geeignete Plattform dar.

Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung.

Als konkrete Unterstützung für die praktische Arbeit sind die Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung „Aktiv werden für Gesundheit“ inzwischen im Einsatz. Die Materialien wurden von BZgA und Gesundheit Berlin e.V. auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Stadt-

entwicklung (BMVBS) entwickelt. Sie umfassen einen Ordner, fünf Fachhefte und eine CD. Die Arbeitshilfen konnten den Akteuren im Stadtteil wie Quartiersmanagements, Gesundheitsämtern und vielen weiteren engagierten Personen und Institutionen im Rahmen von Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung IN FORM in einer hohen Auflage kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Die Arbeitshilfen werden weiter entwickelt und ergänzt und sind online auf der Internetseite des Kooperationsverbundes unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de /:arbeitshilfen](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:arbeitshilfen) laufend aktuell nutzbar.

Regionalkonferenzen in allen Bundesländern.

Die zielgerichtete Gesundheitsförderung im Stadtteil ist geeignet, die Gesundheitschancen der Menschen nachhaltig positiv zu beeinflussen. Hier werden die Menschen in ihrer alltäglichen Umgebung erreicht und können als Expertinnen und Experten in eigener Sache mit ihrem Wissen um ihre gesundheitsrelevanten Wohn- und Lebensbedingungen Maßnahmen und Projekte vor Ort mit gestalten. Damit die Gesundheitsförderung stärker in die Stadtteilarbeit eingebracht werden kann, ist es erforderlich, dass alle in diesem Bereich vor Ort tätigen Akteure mitwirken, u.a. das Gesundheitsamt, die Krankenkassen, die Ärztinnen und Ärzte, die Hebammen, die Selbsthilfegruppen.

Ein wichtiger Auftakt ist gelungen:

In allen 16 Bundesländern sind Regionalkonferenzen zur Stärkung der Gesundheitsförderung in den Quartieren des Programms „Soziale Stadt“ durchgeführt worden. Die Umsetzung erfolgte im Rahmen von IN FORM über die Struktur der Regionalen Knoten, angesiedelt in der Regel bei den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung. Die Fachtagungen fanden von September 2008 bis Februar 2009 statt. Teilnehmende aus vielen Einrichtungen und Berufsfeldern kamen zusammen, informierten sich und entwickelten Vorgehensweisen für die weitere Stärkung der Gesundheitsförderung in den Quartiersgebieten des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt. Die vorliegende Dokumentation gibt die Vielfalt der Anregungen und die inhaltliche Tiefe der Fachveranstaltungen wieder.

Ich danke den Beteiligten für die vielen hilfreichen und inspirierenden Anregungen im Verlauf der hier dargestellten Fachtagungen in den Bundesländern. Den Praktikerinnen und Praktikern in dem sehr wichtigen Prozess, die Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt zu stärken, wünsche ich weiterhin viel Erfolg.

Prof. Dr. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Vorwort Prof. Dr. Elisabeth Pott	2
Gesundheitsförderung im Quartier systematisch entwickeln <i>Carola Gold</i>	6



1. Teil: Die 16 Regionalkonferenzen – Erfahrungen und Ergebnisse

1.1. Baden-Württemberg <i>Barbara Leykamm, Andrea Schlüter</i>	13
1.2. Bayern <i>Iris Grimm</i>	17
1.3. Berlin <i>Stefan Bräunling</i>	21
1.4. Brandenburg <i>Dr. Iris Schiek, Annett Schmok</i>	27
1.5. Bremen <i>Elke Anna Eberhard</i>	31
1.6. Hamburg <i>Petra Hofrichter</i>	35
1.7. Hessen <i>Rolf Reul, Heike Pallmeier</i>	39
1.8. Mecklenburg-Vorpommern	43
1.9. Niedersachsen <i>Dr. Antje Richter</i>	47
1.10. Nordrhein-Westfalen <i>Manfred Dickersbach</i>	51
1.11. Rheinland-Pfalz <i>Bernd-Olaf Hagedorn</i>	55
1.12. Saarland <i>Daniela Kleer</i>	59
1.13. Sachsen <i>Stephan Koesling, Harry Müller</i>	63
1.14. Sachsen-Anhalt <i>Martina Kolbe, Birgit Ferner</i>	67
1.15. Schleswig-Holstein <i>Dorothee Michalscheck</i>	73
1.16. Thüringen <i>Uta Maercker</i>	77



2. Teil: Armut und Gesundheit – Thema im Programm Soziale Stadt

2.1. Quartiersmanagement trifft Gesundheitsförderung – Akteure, Bedarf, Kooperationen <i>Gerald Lackenberger</i>	82
2.2. Die Gesunde & Soziale Stadt – nur eine Utopie? Parallelen, Interventionen, Werkzeuge <i>Elke Vienken</i>	85
2.3. Gesundheitsförderung im Rahmen der Integrierten Stadtteilentwicklung <i>Klaus-Peter Stender</i>	91
2.4. „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ <i>Stefan Bräunling</i>	97

3. Teil: Herausforderungen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung



- | | |
|---|-----|
| 3.1. Kindergesundheit und soziale Benachteiligung
<i>Prof. Dr. Raimund Geene</i> | 102 |
| 3.2. So funktionieren Sport- und Bewegungsangebote
<i>Prof. Dr. Gunther A. Pilz</i> | 108 |
| 3.3. Lebenswelt Stadtteil: Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung
<i>Stefan Pospiech</i> | 113 |
| 3.4. Gesund und mittendrin trotz Erwerbslosigkeit?! Ansätze zur Förderung der psycho-sozialen Gesundheit
<i>Prof. Dr. Peter Richter, Katrin Rothländer</i> | 119 |

4. Teil: Gute Praxis



- | | |
|--|-----|
| 4.1. Vernetzung, Information, Praxisunterstützung:
Der Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
<i>Holger Kilian, Dr. Monika Köster</i> | 128 |
| 4.2. Beispiele für offene und Stadtteil übergreifende Bewegungsangebote für männliche Jugendliche
<i>Jan Bannas, Ferdinand Kreidler, Hanns-Ullrich Barde</i> | 131 |
| 4.3. Bewegungsangebote für Mädchen und junge Frauen
<i>Marianne Miszewski</i> | 134 |
| 4.4. Wie erreicht die Gesundheitsförderung Familien und Kinder in ärmeren Stadtvierteln? Die Erfahrungen des Präventionsprogramms Lenzgesund in Hamburg-Lokstedt
<i>Christian Lorentz</i> | 139 |
| 4.5. Unfallprävention als kommunale Querschnittsaufgabe, Erfahrungen des Runden Tisches Prävention von Kinderunfällen Dortmund 1998 –2008
<i>Dr. Matthias Albrecht</i> | 143 |
| 4.6. Mehr als gewohnt: Die Innenstadt von Fürth macht sich stark für Gesundheitsförderung
<i>Dr. Bettina Reimann, Gesine Bär, Christa Böhme</i> | 146 |
| 4.7. Gesundheitskonferenzen in Soziale-Stadt-Gebieten in Sachsen-Anhalt – Drei Beispiele | 149 |
| 4.8. Völklingen lebt gesund
<i>Franz Gigout</i> | 151 |
| 4.9. Projekte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung | 153 |



- | | |
|---------------|-----|
| Anhang | 156 |
| Bildnachweise | 160 |

Gesundheitsförderung im Quartier systematisch entwickeln

An 27. September 2007 kam es im Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung zu einer viel versprechenden Veranstaltung. Es wurden Möglichkeiten ausgelotet, wie Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt nachhaltig verankert werden kann. Neben dem Referenten des federführenden Ministeriums für das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt waren der Einladung von Dr. Petra Drohsel, Bundesgesundheitsministerium, Vertreterinnen und Vertreter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, der Landesvereinigungen für Gesundheit, des Gesunde Städte-Netzwerks, von Quartiersmanagements und der Bundestransferstelle Soziale Stadt beim Deutschen Institut für Urbanistik difu gefolgt.

Mit diesem Gespräch wurde ein Faden aufgenommen der bereits im Jahr 2000 auf dem 6. Kongress Armut und Gesundheit diskutiert wurde und seither alljährlich Thema auf den Kongressen war: Wie kann Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt systematisch entwickelt werden? In seinem Kongressbeitrag 2001 charakterisierte der damalige Staatssekretär des Bundesverkehrsministeriums die Problematik mit den Worten „Wäre vor wenigen Jahren jemand auf die Idee gekommen, einen Vertreter des Bauministeriums zu einem Kongress zu diesem Thema einzuladen? Wohl kaum. Heute ist das anders. ... Vor allem in den Großstädten sind bei man-

cherorts auftretender sozialräumlicher Konzentration von Arbeitslosigkeit, Armut, Hilfsbedürftigkeit und Verwahrlosung des öffentlichen Raums Problemviertel entstanden. ... Die Bundesregierung hat reagiert und 1999 das neue Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die soziale Stadt“ ins Leben gerufen. Im Unterschied zur klassischen Städtebauförderung stehen nicht bauliche Fragen im Vordergrund, sondern die Frage, ob und wie unsere Städte künftig lebenswerter werden und wie sozial gefährdeten Nachbarschaften geholfen werden kann.“

Seitdem haben sich vielfältige Formen der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsförderung und den Aktivitäten in den Quartieren ergeben. Der enge Zusammenhang zwischen dem Bund-Länder-Programm Soziale Stadt und Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ergibt sich nicht nur aus den Belastungen und Gesundheitsfolgen, die sich mit vielen Quartieren für die Bewohnerinnen und Bewohner verbinden: schlechte Bausubstanz und Wohnungsqualität, hohes Verkehrsaufkommen, Lärm, fehlende Freizeit- und Erholungsgebiete etc. Der Stellenwert der Gesundheitsförderung in den Quartiersgebieten erschließt sich vor allem auch daraus, dass ein hoher Anteil der Menschen in den Quartieren eine Vielzahl von Ausgrenzungen und Benachteiligungen in ihrem Leben erfahren haben und sich daraus für die meisten von ihnen schlechte Gesundheitschancen ergeben. Sozial benachteiligte Menschen haben auf Grund dieser Erfahrungen (Kinderarmut, Arbeitslosigkeit, Gewalterfahrungen, soziale Isolation) und geringerer Ressourcen (z.B. mangelnde Bildungs- und Berufschancen, fehlende Handlungsspielräume und Kompetenzen) ein höheres Krankheitsrisiko und eine geringere Lebenserwartung als Menschen anderer sozialer Schichten. Gleichzeitig ist die Förderung der Gesundheit dieser Zielgruppe eine besondere Herausforderung. Obwohl sie den größten Bedarf an Prävention haben und nachhaltige Gesundheitsförderung



bei sozial Benachteiligten die größten Effekte erzielen würde, werden sie von Prävention nur schwer erreicht. Anders als Angehörige sozial besser gestellter Schichten haben sie schwerer Zugang zu Prävention und verfügen häufig nicht über Erfahrungen, Mut oder Kenntnisse um ihre Gesundheit gezielt zu stärken. Hier erfolgreich Gesundheitsförderung zu gestalten ist daher für alle Akteure eine große Herausforderung.

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben 2000 mit der Novellierung des § 20 Abs. 1 SGB V einen ausdrücklichen Auftrag erhalten, dem hohen Präventionsbedarf dieser Zielgruppen Rechnung zu tragen. „Leistungen der Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.“

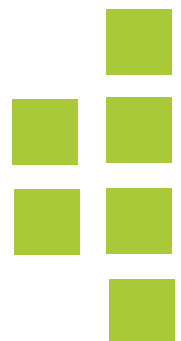
In ihrem Leitfaden zur Umsetzung der Primärprävention nach § 20 SGB V orientieren die gesetzlichen Krankenkassen, neben verhaltensorientierten Angeboten, insbesondere auf Interventionen nach dem Setting-(Lebenswelt-)Ansatz, die, neben dem Verhalten, auch die gesundheitsförderliche Gestaltung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Zielgruppen vorsehen. Als beispielhafte Settings werden Kommunen, Stadtteile, Kindertageseinrichtungen, Schulen, Einrichtungen der Altenhilfe und Betriebe genannt. Ausdrücklich heißt es im aktuellen Leitfaden der GKV zur Umsetzung des § 20 SGB V: „Alle Handlungsfelder der Soziale-Stadt-Programme zielen darauf ab, die Lebensqualität im Stadtteil zu erhöhen und dadurch auch die gesundheitlichen Lebensbedingungen der Bevölkerung zu verbessern. Damit

ergeben sich Verbindungen zum Anliegen der Krankenkassen in der Gesundheitsförderung.“ [2008, 20]

Und tatsächlich gibt es in etlichen Quartieren bereits Präventionsangebote, initiiert von Akteuren aus dem Quartier, vom Quartiersmanagement oder Partnern aus dem Gesundheitsbereich. Doch vielfach handelt es sich um einzelne Angebote und kurzfristige Initiativen, die oft keine nachhaltige Wirkung bei der Zielgruppe entfalten oder eine langfristige gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt erreichen. Damit werden wertvolle Impulse verspielt, die die Gesundheitsförderung geben kann, insbesondere im Bezug auf Empowerment und Ressourcenstärkung der Zielgruppen. Gesundheitsförderung im Quartier kann nicht isoliert betrieben werden. Sie muss eingebettet sein in das integrierte Handlungskonzept und die soziale Stadtentwicklung.

Hier liegt ein großes Potential, dass die Akteure der Gesundheitsförderung gemeinsam mit den Partnern der Sozialen Stadt erschließen können. Bislang ist es nur in Einzelfällen gelungen, die vielfältigen Ansätze der Gesundheitsförderung mit dem Programm Soziale Stadt zu verzahnen und oft fehlt es schon an einer tragfähigen Kooperation zwischen den Ressorts. „Bislang“, so eine Bilanz von Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik, „ist Gesundheit kein „Renner“ in der Sozialen Stadt.“

Die Gründe für dieses Fazit sind sicher vielschichtig. Gesundheitsförderung wird nicht ausdrücklich zum Thema in den Quartieren gemacht, selten haben sich Gesundheitsämter aktiv in diese Netzwerke eingebracht und auch der Stellenwert von Gesundheit ist in den Richtlinien der Landesprogramme und im Verwal-





tungshandeln nur von geringer Wertigkeit. Dabei sind die integrierten Handlungskonzepte im Rahmen des Programms ideale Anknüpfungspunkte für die sozial-lagenbezogene Gesundheitsförderung. Ein Programm, dass neben der Verbesserung der Infrastruktur auch auf die Aktivierung von Eigeninitiative, von Selbsthilfepotenzialen, die Entwicklung eines gemeinsamen Bewusstseins und die Festigung von nachbarschaftlichen Netzen setzt, hat große Übereinstimmung mit dem Lebenswelt bezogenen Ansatz der Gesundheitsförderung. Die Chancen, weitere Partner für die nachhaltige Entwicklung der Quartiere zu gewinnen, sollten daher genutzt werden. Initiativen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Kitas und Schulen sollten auf lange Sicht Bestandteil der integrierten Handlungskonzepte werden.

Die Erfahrungen aus dieser Zusammenarbeit sollten systematisch auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene erschlossen werden. In diesem Prozess stehen wir nicht am Anfang. Als konkrete Ansatzpunkte resümierte Dr. Thomas Hartmann, Bundesbauministerium, in seinem Beitrag am 27. September 2007:

- Einbeziehung des Themas in das integrierte Entwicklungskonzept
- Quartiersmanagement durch Fachkraft Gesundheit befristet ergänzen
- Weiterbildung des Quartiermanagements zum Thema Gesundheit
- Kooperation bei Modellvorhaben
- Zugehen auf die anderen Akteure
- Einwerben für gemeinsames Engagement.

Erfolg versprechend sind nach Christa Böhme, difu, insbesondere drei Strategien um das Thema Gesundheit zu verstetigen: Gemeinsam getragene Aktionsbündnisse, z.B. durch die Etablierung von

Gesundheitskonferenzen oder –arbeitsgruppen, die gemeinsame Entwicklung von Modellprojekten sowie die infrastrukturelle Verankerung stadtteilbezogener Gesundheitsangebote in Gesundheitshäusern, -läden oder -treffs.

Dieser Erfahrungsaustausch wird auch durch den Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten systematisch gefördert. Der Verbund, initiiert und unterstützt von der BZgA, ist ein Zusammenschluss von über 50 Partnerorganisationen, darunter Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, die gesetzlichen Krankenkassen, Deutscher Städtetag, Ärzte- und Wohlfahrtsverbände. So wurden 60 Expertinnen und Experten im April 2008 ins Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung zu einem Expertenworkshop eingeladen, um den weiteren Prozess zur Stärkung der Gesundheitsförderung in den Gebieten der Sozialen Stadt zu diskutieren. Im Ergebnis wurden die zahlreichen Hinweise, Erfahrungen und Praxisbeispiele genutzt, um im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums die Arbeitsheft „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ zu erstellen. Zwar ist die erste Auflage mit 7.500 Exemplaren bereits vergriffen. Doch im Internet stehen unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de allen potentiellen Partnern der Gesundheitsförderung, Quartiermanagement, Gesundheitsamt, Umweltamt, Jugendamt, Krankenkassen, Ärzte, Apotheken, Hebammen, Physiotherapeuten, Schulen, Kindergärten, Altenhilfe, Migrantenorganisationen, Nachbarschaftszentren, Sportvereinen, Selbsthilfegruppen etc. die Materialien zur Verfügung.

Diese Dokumentation macht deutlich, wie weit mittlerweile in den Bundesländern Kooperationen zwischen den Partnern des Programms Soziale Stadt und den Akteuren der sozialenbezogenen Gesundheitsförderung gediehen sind. Die Berichte der Regionalkonferenzen aus den 16 Bundesländern dokumentieren aber nicht nur den Stand der Zusammenarbeit. Sie geben auch Einblick in die zum Teil sehr unterschiedlich gestalteten Strategien und Strukturen der Kooperation, die in den Ländern entwickelt wurden.

Neben nachahmenswerten Beispielen Guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wurden auf den Regionalkonferenzen auch Herausforderungen diskutiert, die sich der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung in den Quartieren stellen. Die Beispiele und Zielgruppen machen deutlich, wie vielfältig die Auswirkungen des sozialen Wandels, der Veränderungen der Familienstrukturen und der Entwicklung neuer Lebensstile in den Quartieren ist. Beispielhaft sind in dieser Publikation auch Beiträge aus den Regionalkonferenzen dokumentiert. Die vollständigen Dokumentationen aller Regionalkonferenzen sind im Internet unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zugänglich.

Die Publikation macht deutlich, dass in dem Thema Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt viel Potential steckt. Die jetzt begonnenen Initiativen müssen dafür jedoch gepflegt und für die Entwicklung einer zielgerichteten Zusammenarbeit gemeinsam ausgewertet werden. Eine gemeinsame Vision für diese Entwicklung bietet das 1987 von der Weltgesundheitsorganisation WHO beschlossene „Healthy-City-Project“. Die WHO setzt dabei auf ökologische und kulturelle Vielfalt, auf die Diskussion zwischen den verschiedenen Interessengruppen und auf die Förde-

rung von Gesundheit: „Eine gesunde Stadt verbessert kontinuierlich jene physischen und sozialen Umwelten und stärkt all jene kommunalen Potentiale, die es seinen Bürgerinnen und Bürgern erlauben, sich in allen Lebenslagen gegenseitig zu unterstützen und sich ihren Anlagen entsprechend maximal zu entfalten“.

Carola Gold

*Koordination des Kooperationsverbundes
Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*





1. Teil



Die 16 Regionalkonferenzen – Erfahrungen und Ergebnisse

Forum Baden-Württemberg

Barbara Leykamm, Andrea Schlüter



Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt

20. November 2008 in Stuttgart, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart

Veranstalter

Regionaler Knoten Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA), Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Landesarbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit Baden-Württemberg

Teilnehmerkreis

- Soziale Stadt (Sanierungstreuhand, Quartiersarbeit, Stadtplanung etc.)
- öffentlicher Gesundheitsdienst
- Wohlfahrtsverbände (Caritas, Diakonisches Werk etc.)
- Krankenkassen
- Altenhilfe, Pflegedienste
- Selbsthilfe
- Volkshochschulen
- Freiwilligeninitiativen
- Kinderbüro
- Ministerium für Arbeit und Soziales und Ministerium für Ernährung und ländlichen Raum

Ziel

Ziel des Forums war es, das breite Spektrum der Handlungsansätze in der Gesundheitsförderung darzustellen und Anknüpfungspunkte im Rahmen der Aktivitäten des Programms Soziale Stadt zu erkennen und auszubauen. Um entsprechende Vernetzungen zu fördern, werden Kontaktmöglichkeiten geschaffen, erfolgreiche Aktivitäten und Konzepte vorgestellt und gemeinsam mit den Teilnehmenden neue Ideen und Initiativen entwickelt.

Der Veranstaltung wurde durch Dr. Günter Schmolz, Leiter des LGA, und Dr. Jürgen Wuthe, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, eröffnet.

Um auch jenen Teilnehmenden, die bisher nur wenig mit Gesundheitsförderung zu tun hatten, eine gute Grundlage für die Diskussion zu geben, wurden von Rainer Steen, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, im Vortrag „Was hält den Menschen gesund? – Gute Gründe für Gesundheitsförderung“ Hintergründe und Strukturen der Gesundheitsförderung aufgezeigt.

Gerald Lackenberger, LAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit Baden-Württemberg, stellte in seinem Vortrag „Quartiersmanagement trifft Gesundheitsförderung“ die Grundlagen der Arbeit in den Quartieren der Sozialen Stadt vor. Die Arbeitsweise des Quartiersmanagements, das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt sowie Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung aus Sicht des Quartiersmanagements waren für die meisten Akteure aus dem Gesundheitsbereich noch eher unbekannt.

Im Anschluss an diese einführenden Vorträge wurden die Arbeitshilfen des Kooperationsverbunds Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zur Entwicklung und Umsetzung erfolgreicher Präventions-



maßnahmen in den Quartieren der Sozialen Stadt erläutert. Mit dem Vortrag „Ernährung und Bewegung kommunal vernetzt“ stellte Barbara Leykamm, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, erste Ergebnisse der kommunalen Adipositasprävention in Baden-Württemberg vor. Mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung wurden hierzu praktische Umsetzungsschritte zu einer gesünderen Ernährung und genügend Bewegung in der Kommune entwickelt. Der Beitrag machte auch die Verbindungspunkte zum Nationalen Aktionsplan für gesunde Ernährung und Bewegung IN FORM deutlich und zeigte Möglichkeiten zur Nutzung vorhandener Strukturen und dem Aufbau von kommunalen Netzwerken auf.

In den Workshops „Die Gesunde & Soziale Stadt – nur eine Utopie? Parallelen, Interventionen, Werkzeuge“, „Chancen und Hürden für das Thema Gesundheit in der Sozialen Stadt – wie funktioniert Zusammenarbeit?“, „Gesundheit ist auch Wohnen, Arbeiten, soziale Kontakte... – wie fange ich mit Gesundheit an?“ wurden verschiedene Bereiche und Aspekte von Gesundheitsförderung und Sozialer Stadt aufgegriffen und bearbeitet sowie in Bezug zu dem Programm IN FORM gesetzt. Bei der Auswahl der Workshopthemen wurde beachtet, dass verschiedene Projekte und Vorgehensweisen vorgestellt werden konnten. So gelang es, ein breites Spektrum erfolgreicher Handlungsansätze darzustellen und in den verschiedenen Bereichen Ansatzpunkte zur Vernetzung deutlich zu machen bzw. weitere Ideen zu entwickeln.

Methodisch wurde das Forum durch ein Soziogramm zum Kennenlernen der Teilnehmenden untereinander aufgelockert. Passend zum Thema wurde nicht nur über Gesundheit geredet, sondern in einer auflockernenden Einheit auch Bewegung umgesetzt und die Mittagspause mit gesunden Snacks gestaltet.

Das Forum endete mit dem Ausblick von Christine Volk-Uhlmann, Regionaler Knoten Baden-Württemberg, auf die nächsten Schritte.

Ergebnisse

Das Forum „Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt“ ist mit 60 Teilnehmenden insgesamt auf eine große Resonanz bei Gesundheitsförderern und den Akteuren für die Soziale Stadt gestoßen. Als besonders positiv wurden von den Teilnehmenden die Beispiele guter Praxis, der Raum für Austausch und Diskussion sowie die Informationsvielfalt hervorgehoben. Die hohen Anmeldezahlen aus den verschiedensten Bereichen sowie die Fragen, die sich im Gespräch auf dem Forum sowie in den Workshops ergaben, zeigten ein großes Interesse, das Thema gemeinsam anzugehen, und einen hohen Bedarf nach Anregungen zur Umsetzung des Themas.

Es zeigte sich, dass großes Potenzial und viele Gemeinsamkeiten zur Zusammenarbeit vorhanden sind und eine hohe Übereinstimmung der Konzepte (Ottawa Charta – Lebensweltbezug Soziale Stadt) besteht. Deutlich wurde, dass Gesundheitsförderung stärker als ein Querschnittsthema bedacht werden muss und als wichtiges Thema zum Gegenstand von Gremien und Arbeitsgruppen vor Ort gemacht werden muss. Dadurch werden Bewohnerinnen und Bewohner vor Ort für das Thema Gesundheit sensibilisiert.

Generell zeigte sich, dass es schon gute vorhandene Maßnahmen gibt, auf die man mit dem Thema Gesundheit aufbauen kann. Das bedeutet auch, die Ressourcen vor Ort zu erkunden und zu überprüfen, wo man ansetzen kann. Dies betrifft auch strukturelle Maßnahmen, die häufig die Basis für eine dauerhafte und nachhaltige gesundheitsförderliche Umsetzung

schaffen. Hier ist auf die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung bzw. eines Gesundheitszirkels zu achten. Eine Vernetzung von Gesundheitsförderung und Sozialer Stadt bedeutet für die Gesundheitsförderer, sich mit ihren Angeboten und Ideen direkt an das Quartiersmanagement zu richten und die Angebote vor Ort zu entwickeln und stattfinden zu lassen.

Hier spielt ebenso die Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner des Viertels eine große Rolle. Der Austausch und die Vernetzung von Partnern aus Sozialer Stadt und Gesundheitsförderern vor Ort ist ein wichtiger Schritt für eine gesundheitsförderliche Gestaltung von sozialen Stadtteilen. Ein entscheidender Schritt ist zu schauen, wer kommt vor Ort als Kooperationspartner in Frage, um dann gemeinsam ein Gesundheitsförderungskonzept für den Stadtteil zu entwickeln.

Durch das Forum haben sich neue Kontakte zwischen den Bereichen der Sozialen Stadt und der Gesundheitsförderung ergeben. Um die strukturelle Verankerung des Themas in den Institutionen zu erreichen bestand Einvernehmen, dass die Implementierung von Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt und die weitere Vernetzung vor Ort nötig ist. Ein Anfang ist mit dem Forum „Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt“ gemacht. Deutlich wurde aber auch, dass es weiterer Anstöße bedarf, um das Thema langfristig lebendig zu halten.

Die Teilnehmenden vereinbarten folgende nächste Schritte vor Ort:

- Gesundheitsförderung stärker als Querschnittsthema bei der täglichen Arbeit im Stadtteil mitdenken und integrieren.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner für Themen der Gesundheitsförderung insbesondere gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung sensibilisieren, beispielsweise bei Bürgerbefragungen.

- Die Ressourcen der Stadt auch im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte wie zum Beispiel Bewegungsräume oder Verpflegungsangebote erkunden. Dabei kann überprüft werden, ob beispielsweise eine Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung im Stadtteil implementiert werden kann oder die Einrichtung eines „Gesundheitszirkels“ möglich ist.
- Einrichtungen der Gesundheitsförderung wenden sich direkt mit ihren Angeboten und Ideen an das Quartiersmanagement. Hier heißt es „Raus aus dem Elfenbeinturm und rein in die Stadtteile“.
- Der fachliche Austausch und die Vernetzung von Partnern der Sozialen Stadt und der Gesundheitsförderung vor Ort ist ein wichtiger Schritt für eine kooperativ angelegte gesundheitsförderliche Gestaltung von sozialen Stadtteilen.

Nächste Schritte auf Landesebene:

- Verbreitung der „Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ zur Unterstützung der Gesundheitsförderung im Quartier (etwa Januar 2009)
- Weiterführung des fachlichen Austauschs und Intensivierung der Zusammenarbeit zur Verbesserung der Transparenz zwischen beiden Bereichen im Rahmen bestehender Gremien zum Beispiel durch Beteiligung der Vertreterinnen und Vertreter der Sozialen Stadt im Netzwerk des



Regionalen Knotens Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und durch Mitwirkung von Akteuren der Gesundheitsförderung bei der Landesarbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung zur Gesundheitsförderung

- Klärung der Unterstützungsmöglichkeiten für Quartiersmanagement im Bereich der Gesundheitsförderung beispielsweise durch die Gesundheitsämter bei den Stadt- und Landkreisen
- Weitere Kooperationsveranstaltungen

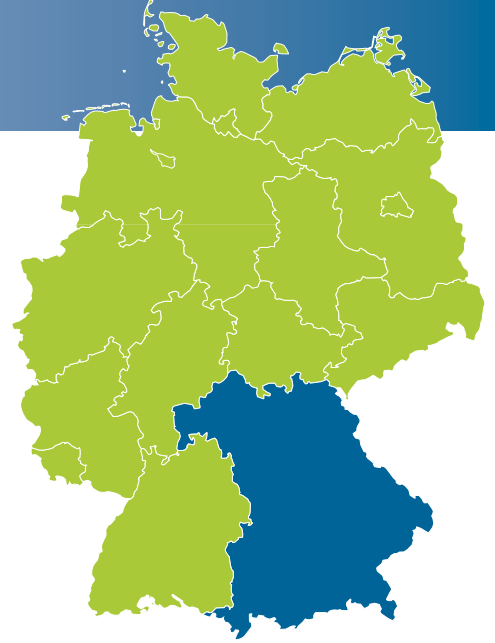
Die Dokumentation der Tagung steht im Internet zur Verfügung bzw. kann bezogen werden über:

Regionaler Knoten Baden-Württemberg
Regierungspräsidium Stuttgart
Landesgesundheitsamt (LGA)
Nordbahnhofstraße 135
70191 Stuttgart
Telefon: 0711 – 90439 – 413 / 410



Bayerisches Forum Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt

Iris Grimm



Entwicklung von Gesundheitschancen im Quartier

29. Januar 2009 in Nürnberg, Caritas-Pirckheimer Haus

Veranstalter

Regionaler Knoten Bayern – Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. in Absprache mit der Obersten Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern und mit Unterstützung des Bayerischen Städtetags.

Teilnehmerkreis

- Abgeordnete des Bayerischen Landtags
- Bayerische Landesärztekammer (BLÄK)
- Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bayern)
- Bayerischer Landes-Sportverband (BLSV)
- Bayerischer Städtetag
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit

- Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V., MiMi-Projekt
- Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Bayern e.V
- Landrats- und Gesundheitsamt, Sozialamt, Jugendamt, Amt für soziale Leistungen, Amt für Integration, soziale Projekte und Quartiersmanagement
- Kindertageseinrichtungen
- Krankenkassen
- Oberste Baubehörde des Bayerischen Staatsministerium des Innern
- Projekte aus den Bereichen Soziales und Gesundheit(-sförderung)
- Regierungen
- Selbsthilfegruppen
- Soziale Stadt / Quartiermanagement / Stadtteilmanagement / Stadtteilbüro
- Universitäten und Hochschulen
- Volkshochschule
- Wohlfahrtsverbände
- u.a. Interessierte

Ziel

Ziel des Forums war es, die gemeinsame Entwicklung von Gesundheitschancen zu fördern und nachhaltige Strukturen zu schaffen. Dazu wurden Partnerinnen und Partner aus den Quartieren der Sozialen Stadt mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich zusammen gebracht, die mit ihren Kompetenzen und Ressourcen zur Unterstützung und Förderung gesundheitsbezogener, präventiver Ansätze beitragen können.



Durch die Regionalkonferenz wurde die Entwicklung von Synergien zwischen den Zielen der Prävention bei sozial Benachteiligten und dem Programm Soziale Stadt unterstützt. Der Regionale Knoten des Kooperationsverbunds Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten übernahm dabei die Aufgabe der Moderation und unterstützte durch die Regionalkonferenz die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans IN FORM und die Verbreitung von erfolgreichen Präventionskonzepten. Er bringt Beteiligte aus Quartieren und dem Gesundheitsbereich zusammen und stärkt die Entwicklung von Konzepten und Methoden zur sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung und zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. Er fördert die Bildung von Netzwerken und die kommunale integrierte (Gesundheits-)Berichterstattung.

Staatssekretärin Melanie Huml des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit und der Gesundheitsreferent der Stadt Nürnberg, Dr. Peter Pluschke, als Vertreter des Bayerischen Städtetages begrüßten die Teilnehmenden und unterstützen das Anliegen der Veranstaltung.

Der erste Teil der Veranstaltung beinhaltete grundsätzliche Anliegen und theoretische Inhalte. Professor Johannes Georg Gostomzyk, Landeszentrale für Gesundheit e.V., ging in seinem Einführungsreferat auf die Chancen für Synergien zwischen den Zielen der Initiative IN FORM, der Prävention bei sozial Benachteiligten und dem Programm Soziale Stadt ein. Er

verdeutlichte Aufgaben und Funktion des Regionalen Knotens und ging auf den Stellenwert von Netzwerken und der kommunalen integrierten (Gesundheits-)Berichterstattung ein.

Daniel Kaus, Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern, erläuterte in seinem Beitrag die Systematik des Programms Soziale Stadt in Bayern.

Wie sich die Vorstellungen zur „Gesunden Stadt“ im Laufe der modernen Stadtentwicklung gewandelt haben, machte Professorin Ingrid Krau, Institut für Städtebau und Wohnungswesen München (ISW), deutlich. In ihrem Beitrag stellte sie auch den Bezug zu den Bemühungen der Städte um Zukunftssicherung dar, angesichts des dynamischen Wandels globaler Wirkungen und der zunehmenden Kluft zwischen sozialen Schichten.

„In Gesundheit investieren“ – so lautete das Plädoyer von Uschi Haag, Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München, für Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt. Sie zeigte den Zusammenhang von Armut, sozialer Lage und Gesundheit auf. Entsprechend wurde bereits vor zehn Jahren, zu Beginn des Programms Soziale Stadt, Gesundheitsförderung als Handlungsfeld aufgenommen. Verbunden mit der Einschätzung, dass seit ein bis zwei Jahren das Thema Gesundheitsförderung zunehmend in den Vordergrund rückt, sieht sie Kommunen, Bund und Länder mit der Forderung konfrontiert, was sie tun können, um diese Entwicklung zu unterstützen.

In vier weiteren Beiträgen wurden Praxisbeispiele vorgestellt, die verdeutlichten, in wie vielen Dimensionen sich das Thema Gesundheit im Quartier abbildet. Nachdem mittlerweile eine erfreuliche Zahl und Vielfalt von Projektansätzen auf den Weg gebracht wurden, gilt es nun, zu einem gezielten, integrierten und auf Verstetigung gerichteten Handeln zu kommen. Eva





Bruns, Büro für Soziale Stadtentwicklung München, sieht hier die Träger vor Ort in einer koordinierenden Funktion, sofern sie für kleinräumige Managementaufgaben ausgestattet sind. Als Hindernisse bei quartiersbezogenen Konzeptentwicklungen sieht sie zurzeit unverknüpfte Zuständigkeiten in der kommunalen Verwaltung und den Entscheidungsinstanzen des Landes. Aber auch die Konkurrenz um Fördermittel und Strukturen kann Träger dazu verleiten, unabhängige Projekte in Quartieren zu platzieren.

Zusammenfassend kann man herausstellen, dass in Bayern erst wenige Projekte aus dem Bereich Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bekannt sind. Es wurde aber auch deutlich, dass es bereits gute Projekte gibt, die durchaus eine Vorbildfunktion für andere Projekte haben und die ihre Erfahrungen an andere Projekte weitergeben können. Ein Austausch der Erfahrungen aus Projekten untereinander wäre dafür sehr hilfreich.

Die Diskussion machte auch deutlich, dass die Förderung nicht-investiver Maßnahmen oft Schwierigkeiten birgt, da die Antragsverfahren aufwändig sind und die Bewerbungszeiten manchmal zu kurz sind, um die Anträge rechtzeitig stellen zu können.

Eine Möglichkeit zur Bekanntmachung und Darstellung der Projekte bietet die Einstellung der Projekte in die Datenbank des Regionalen Knotens Bayern auf der Homepage der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. unter www.lzg-bayern.de sowie in die bundesweite Datenbank auf der Homepage www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Der Regionale Knoten Bayern kann Projekte zudem bei der Bewerbung als Good Practice Projekt auf der Bundesebene unterstützen.

Ergebnisse

Die Beteiligung aus den verschiedensten Bereichen machte das Interesse an der Thematik der Veranstaltung deutlich. Insbesondere die starke Beteiligung unter den 100 Teilnehmenden aus den Programmgebieten der Sozialen Stadt, die bisher mit dem Regionalen Knoten und der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern verhältnismäßig wenig Berührungspunkte hatten sowie zahlreichen verschiedenen Akteuren der Gesundheitsförderung zeigt die Bedeutung, aber auch die Möglichkeiten und Chancen dieser bundesweit durchgeführten Initiative auf.

Die Beteiligung durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, die Stadt Nürnberg und den Bayerischen Städtetag sowie durch die Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern unterstrich die Wichtigkeit des Anliegens.

Die Evaluation der Regionalkonferenz durch die Teilnehmenden stellte heraus, dass eine Fortführung der Diskussion erwünscht ist, wobei eine intensivere Diskussion in kleineren Arbeitsgruppen im Zentrum stehen sollte, um einen Austausch der Akteure aus den verschiedenen Bereichen sicherzustellen und die gemeinsamen Ziele voranzubringen.

Eine erste Möglichkeit zur Unterstützung aller Teilnehmenden bzw. Interessierten des Forums bieten die auf Bundesebene erstellten und vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Initiative IN FORM geförderten Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“. Sie beinhalten eine praxisnahe Sammlung von Werkzeugen zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsförderung im Quartier.

Für den Regionalen Knoten Bayern war das Bayerische Forum Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt eine „Auftaktveranstaltung“ mit der Zielsetzung, das Thema Gesundheitsförderung in den Sozialen Stadt Gebieten weiter zu etablieren. Es dient





als Anregung, die gemeinsame Entwicklung von Gesundheitschancen im Quartier zu fördern und nachhaltige Strukturen zu schaffen.

Neben dem Angebot der Veröffentlichung von Projekten in der Datenbank und der Möglichkeit der Darstellung und Bekanntmachung der Projekte kann der Präventionsstützpunkt „Gesundheitliche Chancengleichheit“ im Regionalen Knoten Bayern als Forum für eine Fortführung von Gesprächen zum Thema dienen.

Daher plant der Regionale Knoten Bayern – in Zusammenarbeit mit der Obersten Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern –, zukünftig mehrere kleinere „Regionalkonferenzen“ in den bayerischen Regierungsbezirken durchzuführen. Dabei sollen Arbeitskreise gebildet werden, in denen inten-

siver mit Fachkräften in den jeweiligen Regionen aus dem Bereich Soziale Stadt und Akteuren der Gesundheitsförderung diskutiert und zusammengearbeitet wird, um die oben genannten Ziele voranzubringen. Der Regionale Knoten kann dabei die Aufgabe der Koordinierung dieser Arbeitskreise und die Planung der einzelnen Treffen übernehmen.

Die Dokumentation der Tagung ist im Internet verfügbar bzw. kann bezogen werden über:

Regionaler Knoten Bayern
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG)
Regionaler Knoten – Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
Pfarrstraße 3
80538 München
Telefon: 089 – 21 84 355



Berliner Fachtagung

Stefan Bräunling

Gesunde Lebenswelten im Quartier – Prävention und Gesundheitsförderung partizipativ entwickeln

6. Februar 2009 in Berlin, Rotes Rathaus

Veranstalter

Regionaler Knoten Berlin – Gesundheit Berlin / Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin – Senatsverwaltung für Stadtentwicklung

Teilnehmerkreis

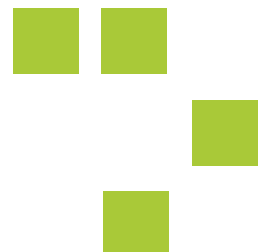
- Rolf Schwanitz, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit
- Katrin Lompscher, Berliner Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
- Hella Dunger-Löper, Berliner Staatssekretärin für Stadtentwicklung
- Claudia Zinke, Berliner Staatssekretärin für Bildung, Jugend und Familie
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Bezirksbürgermeister des Bezirks Berlin-Mitte
- Gesundheits- und Sozialstadträte, Jugendstadträte
- Bezirksämter
- Quartiersmanagements und Träger von Quartiersmanagements



- Nachbarschaftszentren
- Migrantenorganisationen
- Wohlfahrtsverbände
- Gesetzliche Krankenkassen
- Kindertagesstätten
- Sportvereine
- Schulen
- Ärztinnen und Ärzte
- Mitarbeitende aus Krankenhäusern
- Wohnungsbaugesellschaften
- Jugendhilfe
- Abgeordnete des Berliner Abgeordnetenhauses
- Berliner Senatsverwaltungen für Stadtentwicklung, für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, für Bildung und Wissenschaft
- Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

Ziele

Mit der Konferenz sollen im Rahmen des bundesweiten Aktionsplans „IN FORM“ Impulse gegeben werden, um das Thema Gesundheitsförderung und Prävention in den Quartieren nachhaltig zu verankern und die Zusammenarbeit der Akteure und die Unterstützung auf Landes-, Bezirks- und Quartiersebene zu verbessern. Ziel ist es, die Voraussetzungen für die Förderung gesunder Lebensstile – insbesondere in Bezug auf Ernährung und Bewegung – und die Stärkung sozialer Netze in den Quartieren zu verbessern. Die Teilnehmenden der Tagung lernen erfolgreiche Konzepte und Praxisbeispiele der Gesundheitsförderung im Quartier kennen, bringen ihre Erfahrungen ein und kommen in den Austausch und die Diskussion mit relevanten Partnerinnen und Partnern der Gesundheitsförderung in Berlin.





Die Ausgangssituation in Berlin wurde von den Veranstaltern so eingeschätzt, dass die Quartiers- und Stadtteilmanagements vergleichsweise gut ausgestattet sind und bereits eine Vielzahl gesundheitsfördernder Aktivitäten unterstützen. Nichtsdestotrotz sind die sozialen Schwierigkeiten und die Ungleichheit der Gesundheitschancen immens. Die Veranstaltung war also darauf ausgerichtet, die Gemeinsamkeiten in den Bemühungen noch zu verstärken und den vielen engagierten Akteuren die Anknüpfungspunkte und Ressourcen in den Quartieren deutlich zu machen.

Ergebnisse

Wie lässt sich Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier partizipativ entwickeln? Dieser Frage wurde auf der Fachtagung in einer einleitenden Gesprächsrunde, acht Workshops und einer abschließenden Podiumsdiskussion nachgegangen.

Die Zahl der Gesamtteilnehmenden dieser Fachtagung lag bei 400.

An der einleitenden Gesprächsrunde nahmen der Parlamentarische Staatssekretär des Bundesministeriums für Gesundheit, Rolf Schwanitz, die Berliner Senatorin der Senatsverwaltung für Gesundheit, Katrin Lompscher, und die Staatssekretärin der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Hella Dunger-Löper, teil. Es moderierte Carola Gold, Geschäftsführerin der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin. In dieser Gesprächsrunde wurde die Notwendigkeit bestätigt, eine engere

Kooperation zwischen Akteuren der Gesundheitsförderung und der Sozialen Stadt aufzubauen, auch um die Zielgruppenorientierung der Gesundheitsförderung auf sozial Benachteiligte zu verbessern.

Staatssekretär Rolf Schwanitz betonte den Zusammenhang von sozialer Lage und schlechten Gesundheitschancen. Die Orientierung auf Quartiere, in denen Menschen mit zum Teil vielfachen sozialen Belastungen leben, müsse daher logische Handlungskonsequenz für Akteure in der Prävention sein.

Hella Dunger-Löper, Berliner Staatssekretärin für Stadtentwicklung, machte deutlich, dass die Entwicklung der Quartiere nicht allein mit den zeitlich begrenzten Ressourcen des Programms Soziale Stadt geschultert werden kann. Sie appellierte, Ressourcen auch anderer Politikfelder in diesen Kommunen zu bündeln und vor allem Initiativen zur Verstetigung positiver Entwicklungen zu starten. Katrin Lompscher, Berliner Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, erläuterte, dass für Berlin ein landespolitischer Handlungsrahmen geschaffen wurde. Die sozialraumbezogenen Daten ihrer Verwaltung verdeutlichten, wo ein dringender Interventionsbedarf bestehe. Die Berliner Gesundheitsziele und ihre Konkretisierung durch die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz seien als zentraler Teil der politischen Entwicklungsstrategie zu verstehen. Und die Regelungen im Gesundheitsdienstgesetz machten, so Lompscher, die Gesundheitsämter und die bezirklichen Stellen für Qualität, Planung und Koordination (vormals Plan- und Leitstellen Gesundheit) zu den natürlichen Partnern der Quartiersmanagements.

Anschließend wurden die Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“ vorgestellt und an interessierte Teilnehmende verteilt.

In den acht Workshops wurden insbesondere die Zielgruppen Kinder/Familien, Jugendliche, Arbeitslose und Ältere/Alte in den Fokus genommen. Inhaltlich standen Überlegungen bezüglich der Vernetzung der verschiedenen lokalen Akteure, Qualitätsanforderungen guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Nachhaltigkeit sowie die Suche nach geeigneten Zugangswegen zu den Zielgruppen im Mittelpunkt.

Den fachlichen Input gaben jeweils zwei Referierende, zum einen mit direktem Praxisbezug und zum anderen aus der Perspektive der Theorie bzw. der Wissenschaft. Sodann boten die Workshops Platz für Diskussion und Austausch zwischen verschiedenen Akteuren der Gesundheitsförderung und der Sozialen Stadt sowie der interessierten Fachöffentlichkeit.

So ging es im Workshop „Gesund von Anfang an“ darum, wie Akteure bei der Gestaltung gesunder Lebenswelten zusammenwirken müssten. Sehr kontrovers wurde dazu das Zusammenspiel von Projekten und Regelangeboten diskutiert. Einigkeit bestand aber darin, dass gute lokale Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen der Kinder nur durch das erfolgreiche Zusammenwirken aller Partner und mit Einbeziehung der Eltern erreicht werden können. Dabei dürfe die Einbindung der Eltern nicht nur punktuell erfolgen, sondern müsse von einem grundlegend neuen Verständnis ausgehen: Kitas und Schulen als Zentren innerhalb des Stadtteils mit dem gemeinsamen Anliegen, die Kinder und ihre Familien zu stärken.

Im Workshop „Gesunde Nachbarschaften im Quartier“ wurde der Lebenswelten-Ansatz konkretisiert. Schon im Ansatz ist es wichtig, den Menschen dort zu begegnen, wo sie sich alltäglich aufhalten, und mit ih-

nen ins Gespräch zu kommen. Eine Projektlogik, die immer mit starren Zeitvorgaben umgehen muss, steht dem entgegen. Die Aufgabe von professionellen Akteuren besteht immer auch darin, der Anwohnerschaft Ressourcen, also finanzielle Mittel, über die sie verfügen können, Räume und fachliche Unterstützung anzubieten.

Sportangebote standen im Mittelpunkt des Austausches zu „Jugendarbeit im Quartier“. Hier ging es in mehrfacher Hinsicht um die Erreichbarkeit. Der Sport schafft es, einen wesentlichen Beitrag zur Sozialisation und Integration von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund zu leisten, Kommunikations- und Teamfähigkeit und andere soziale Kompetenzen zu fördern. Übungsleiterinnen und Übungsleiter sowie Trainerinnen und Trainer gehören neben Eltern und Geschwistern zu den wichtigsten Bezugspersonen der Kids. Sportvereine sind allerdings aufgrund ihrer ehrenamtlichen Basis und personellen Auslastung häufig nicht in der Lage, über ihre tägliche Arbeit hinaus zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln. Auch Sportvereine haben große Schwierigkeiten, die Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund einzubeziehen.





rung. Mit Aktivität und Beteiligung gehen häufig erhebliche Effekte der Selbstwertsteigerung und des Engagements einher.

Auch im Workshop „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ wurden die unterschiedlichen Situationen unterschiedlicher Gruppen besprochen, beispielsweise Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund, Männer, Arbeitslose mit anhaltenden gesundheitlichen Einschränkungen.

Anzustreben sind vernetzte, aneinander anschließende ‚Ketten‘ gesunder Settings im Sozialraum. Zu nennen sind hier Bildungsinstitutionen, Beschäftigungsmaßnahmen, gemeinnütziger Sektor, Freizeitsektor etc.. Sehr hilfreich ist es, wenn den Menschen ein Coaching an den Übergängen von einem Setting zum anderen – z.B. zwischen Qualifizierung, Beschäftigungsmaßnahme und Job – angeboten werden kann.

„Ein Stadtteil bewegt sich“: Die langjährigen Erfahrungen des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ in Hamburg-Altona wurden in einem Workshop eindrucksvoll wiedergegeben. Möglichkeiten, das Themenfeld Gesundheit in die Integrierten Handlungskonzepte der Quartiere einzugliedern und dies partizipativ sich entwickeln zu lassen, wurden besprochen. Hier liegt einer der ganz konkreten Ansatzpunkte dafür, dass die „Welten“ Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung zu einer stetigen Zusammenarbeit finden können.

Anforderungen an gute Netzwerkarbeit und die dafür erforderlichen Ressourcen war eines der Themen, das sich durch alle Workshops zog. Hinsichtlich der konkreten Umsetzung offenbarte sich großer Klärungsbedarf. An diesen Punkten der Diskussion kamen auch die politischen Rahmenbedingungen wieder in den Blick. Etliche Stadträte beteiligten sich aktiv an den Diskussionen und brachten ihre Perspektive ein.

Der Workshop „Partner für Gesundheitsförderung im Quartier“ ging über die Referierenden (von der AOK und der TK) zwar von der Rolle der Krankenkassen in Stadtteil-Verbänden aus. In der Diskussion wurde dann aber gerade auch die Bedeutung ganz anderer Akteure herausgestellt, beispielhaft wurden hier Sportvereine, aber auch Bibliotheken genannt. Gesundheitsämter sind häufig besonders geeignet zu koordinieren. Verstetigung und Nachhaltigkeit sind nur zu erreichen, wenn die Anwohnerschaft an der Themenfindung und Durchführung beteiligt ist. In ein derart geknüpftes Netzwerk können Kassen sich mit ihren speziellen Kompetenzen und Möglichkeiten einbringen.

Unter „Gesund im Alter“ und „Bewegungsförderung im Alter“ wurden die spezifischen Bedingungen der Zielgruppen älterer Menschen besprochen. Dabei zu berücksichtigen sind die Möglichkeiten wie etwa bestimmte Gesprächsthemen, bestimmte Ansprechpersonen, Essen als Gemeinschaft stiftendes Ritual, aber auch Hemmnisse wie Einschränkungen der Mobilität oder geringe finanzielle Möglichkeiten zur Aktivie-





In fast jedem Workshop wurde der Stellenwert von Multiplikatoren aus den Migrantengemeinschaften betont. Ob Stadtteilmütter, Integrationslotsen oder Gesundheitsmediatoren – sie alle schaffen Zugänge und sind wichtiger Bestandteil eines wirksamen Partizipationskonzepts der Gesundheitsförderung. Das Aufzeigen erfolgreicher Integrations- und Beteiligungsstrategien stieß auf großes Interesse, egal um welche Zielgruppe es sich handelte.

In der abschließenden Podiumsdiskussion wurde deutlich, dass vieles in der Berliner Politik in Bezug auf Gesundheitsförderung in Bewegung ist. So verwies die Bildungsstaatssekretärin Claudia Zinke auf das Landesprogramm *Gesunde Schule*, welches gesundheitsförderliche Entwicklungen in Schulen unterstützt und auch Ausdruck einer erfolgreichen Zusammenarbeit mit anderen Partnern wie beispielsweise den Krankenkassen ist. Für die Unterstützung dieser Prozesse sind Kooperationen mit dem regionalen Umfeld, unter anderem mit Kitas, wünschenswert.

Werner Mall, AOK Berlin, stellte die Bereitschaft der GKV heraus, sich mit Versicherungsgeldern innerhalb der präventionspolitischen Handlungsrahmen zu engagieren, die z.B. in der Landesgesundheitskonferenz vereinbart werden. Anhand der Erfahrungen, die der Bezirk Mitte mit den Programmgebieten der Sozialen Stadt gemacht hat, verdeutlichte der zuständige Bezirksbürgermeister Christian Hanke, dass ressortübergreifende Zusammenarbeit gut funktionieren kann. Diese Erfahrungen gilt es auf andere Handlungsfelder zu übertragen, was aber auch eine stärkere Sozialraumorientierung des Gesundheitsbereiches voraussetzt.

Hartmut Brocke, Direktor der Stiftung SPI, bekräftigte in seinem Beitrag die Forderung nach Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner und Zielgruppen an politischen Prozessen. Des Weiteren wurden Qualitätsprozesse für Gesundheitsförderung und Prävention im Programm der Sozialen Stadt eingefordert.

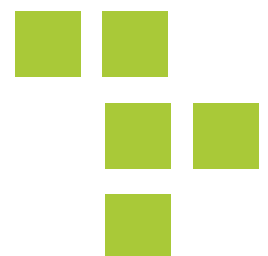
Parallel zu den Veranstaltungen fand im Foyer des Roten Rathauses eine Praxismesse statt, auf der sich erfolgreiche Angebote und Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention in den Quartiersgebieten präsentierten.

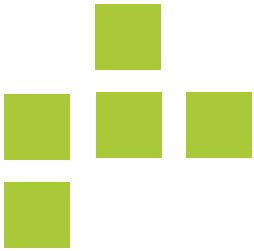
Weiteres Vorgehen

Der Regionale Knoten bemüht sich um Teilnahme an den regelmäßig stattfindenden *Jours Fixes* der Berliner Quartiersmanagements. Es soll dort – anknüpfend auch an Ergebnisse der Fachtagung – weiterhin der Frage nachgegangen werden, wie Gesundheitsförderung stärker in den Handlungskonzepten der Sozialen Stadt-Gebiete verankert werden kann.

Des Weiteren ist geplant, Überlegungen hinsichtlich einer bezirklichen Koordinierungsstelle zur Gesundheitsförderung in Quartiersgebieten zusammenzutragen und weiterzuentwickeln. Daraus resultierend soll ein Modellprojekt konzipiert und beantragt werden, das in ein oder zwei Berliner Stadtbezirken durchzuführen wäre.

In Kreuzberg und in Marzahn konnten eine Anzahl von Partnern sowie Anwohnerinnen und Anwohner für lokale Aktionsbündnisse zur Förderung der Bewegung der Kinder bis sechs Jahre gewonnen werden. Diese Netzwerke werden nun im Rahmen des Aktionsplans „IN FORM“ zwei Jahre lang unterstützt. Die Aktivitäten sollen ebenfalls partizipativ entwickelt werden und Modellcharakter für weitere Regionen annehmen.





Die Dokumentation der Berliner Fachtagung steht demnächst im Internet zur Verfügung bzw. kann bezogen werden über den

Regionalen Knoten Berlin
Gesundheit Berlin
Friedrichstraße 231
10969 Berlin
Telefon: 030 – 44 31 90 70



Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und Krankenverbände in Berlin

Brandenburger Regionalkonferenz

Dr. Iris Schiek, Annett Schmok

Hauptsache, es steckt Gesundheit drin – Gesundheitsförderung als Thema einer integrierten Stadtentwicklung

22. Oktober 2008 in Potsdam, Bürgerhaus am Schlaatz

Veranstalter

Regionaler Knoten Brandenburg, BLS e.V., Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg, Ministerium für Infrastruktur und Raumordnung Brandenburg

Teilnehmerkreis

- Quartiersmanagement
- Gesundheitsamt
- (kommunale) Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung
- Krankenkassen
- Sportvereine
- verschiedene Projektpartner

Ziel

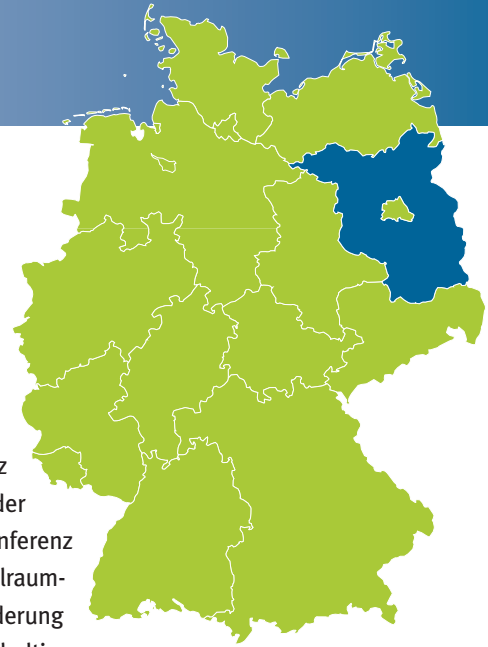
Durch die Regionalkonferenz wurde eines der Ziele der 81. Gesundheitsministerkonferenz eingelöst, nämlich die sozialraumorientierte Gesundheitsförderung in Programme der nachhaltigen Stadtentwicklung stärker einzubeziehen und zu finanzieren. Insbesondere wurde eine Verknüpfung zwischen entsprechenden Förderprogrammen im Land Brandenburg und den Schwerpunkten im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM entwickelt.

Dafür wurden die Akteure für die Notwendigkeit einer zielgerichteten ressortübergreifenden Zusammenarbeit sensibilisiert und mit Erfahrungen aus den Projekten Guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung bekannt gemacht.

Die Regionalkonferenz war ein politisches Startsignal für die verstärkte und dauerhafte Zusammenarbeit des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg und des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung in diesem Bereich.

Ein weiteres Ziel der Veranstaltung war es, Impulse für die gemeinsame Entwicklung von (Modell-) Projekten und konkrete Vereinbarungen für die weitere Zusammenarbeit der Akteure zu geben.

Die Grundlage für die Diskussion gaben die Einführungsvorträge von Stefan Krapp, Ministerium für Infrastruktur und Raumordnung, Gesundheit als Bestandteil integrierter Förderprogramme zur nachhaltigen Stadtentwicklung im Land Brandenburg und von Dr. Carlchristian von Braunmühl, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, zum Sozialraumbezug in der Gesundheitsförderung, sowie von Dr. Bettina Reimann, Deutsches Institut für Urbanistik.





In zwei Workshopphasen wurde mit den Teilnehmenden diskutiert, wie Gesundheit im Stadtteil zu einem starken Thema gemacht werden kann, wer dazu gehört, wenn es um Gesundheit im Quartier geht, wie ein Wohngebiet oder ein Quartiersmanagement unterstützt werden kann, wenn Gesundheit im Stadtteil stark gemacht werden soll, was Hürden und Hindernisse für dieses Thema sind und wie Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung Gesundheit im Stadtteil unterstützen können oder sollen.

Leitfragen der Diskussion waren

- An welche bestehenden Initiativen und Institutionen kann angeknüpft werden?
- Was motiviert Bewohnerinnen und Bewohner eines Stadtteils?
- Welche Partner aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst gehören dazu?
- Welche weiteren Akteure sollten eingebunden werden?
- Wer kann welchen Beitrag leisten?
- Was ist für erfolgreiche Vernetzung notwendig?
- Welche Erfahrungen gibt es in den Quartiersmanagements?
- Was sind erfolgreiche Projekte, die Bevölkerung aktiv einbinden?
- Welche Strategien haben sich bewährt?
- Was zeichnet niederschwellige Projekte aus?
- Welche Bevölkerungsgruppen sind schwer zu erreichen?



- Welche Möglichkeiten/Ansätze gibt es, um Quartiersmanagement und Gesundheitsakteure zu unterstützen?
- Welche Informationen werden gebraucht?
- Nach welchen Kriterien entscheiden Quartiersräte?
- Was ist sonst noch hilfreich?
- Welche Widerstände gibt es in Politik / Verwaltung und bei Stadtteilakteuren?
- Welche Akteure sind nur schwer zu gewinnen?
- Welche ressourcenbezogenen Restriktionen gibt es?
- Welche Unterstützung ist notwendig?
- Was können Politik und Verwaltung – differenziert nach Fachgebieten – tun, um Gesundheit im Quartier zu stärken?
- Wie sollten Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsziele gestaltet sein, um für die Quartiersentwicklung relevant zu sein?
- Welchen Beitrag kann Verwaltung für die Vernetzung leisten?

Um Gesundheitsförderung und Prävention im Stadtteil stark zu machen, braucht es politische Rücken- deckung, klare Zuständigkeiten und personelle Prä- senz. Das erfordert viel Information und Vernetzung auf allen Ebenen, also sowohl „oben“ als auch „un- ten“, vor Ort.

Gesunde Quartiere und Stadtteile schaffen, das heißt in positive soziale Beziehungen der Menschen und starke Nachbarschaften zu investieren. Dafür braucht es Kontinuität, verlässliche Strukturen und einen lan- gen Atem. Erfolgreiche Prävention knüpft an den Ressourcen der Menschen an und holt sie in ihrem Alltag ab.



Eine regelmäßige, kleinräumige öffentliche Berichterstattung kann den Bedarf und die Ergebnisse der Gesundheitsförderung deutlich machen. Sie gehört zu erfolgreicher Prävention ebenso wie klar formulierte und überprüfbare Ziele in den Projekten.

Betont wurde, dass nachhaltige Erfolge ohne individuelles Engagement von Einzelpersonen nicht denkbar sind. Hier sind Kommunen und Quartiersmanagements gefordert, individuelles Engagement zu unterstützen und anzuerkennen.

Was für das Engagement Einzelner gilt, brauchen auch sozial benachteiligte Stadtteile: eine besondere Fürsorge seitens der Gemeinden.

Erfolgreiche Prävention muss Wege finden, um Schwellenängste zu überwinden und Stigmatisierung zu vermeiden. Hier herrschen häufig noch Berührungängste oder das Weltbild eines Trägers erschwert die Arbeit. In den Diskussionen wurde auch ein oft geschaffenes Gefälle hinsichtlich des „Bedarfsangebots“ beklagt. Es gibt zwar viele Angebote, aber diese sind nicht vernetzt, die Zielgruppe wird nicht erreicht und, wenn überhaupt, dann erst spät beteiligt. Fehlende Kommunikation zwischen Verwaltungsressorts und Konkurrenz auf allen Ebenen erschwert die Arbeit zusätzlich. Für wichtige Aufgaben fehlt es dann an personellen und materiellen Ressourcen.

Insgesamt zeigte die Diskussion, dass viele Kommunen in Brandenburg noch nicht mit dem Thema der sozialen und gesunden Stadt vertraut sind bzw. dass sie bislang hierfür keinen expliziten Handlungsschwerpunkt gesetzt haben. Zudem scheinen Prozesse und erforderliche Strukturen für die kooperative und integrierte Umsetzung der sozialen und gesunden Stadt(teil)entwicklung weitgehend unklar oder verbesserungsbedürftig.

Ergebnisse

Die Regionalkonferenz war sehr erfolgreich, da es im Zuge der Durchführung und Nachbereitung gelang, Strukturen auf der Landesebene zu verknüpfen. Außerdem wurden Kommunen für das Thema sensibilisiert. Durch die interdisziplinäre Zusammensetzung der rund 50 Teilnehmenden gelang es gut, Akteure zu vernetzen und in den Austausch über ihre Erfahrungen zu bringen. Das Thema Gesundheitsförderung in der sozialen Stadtentwicklung wurde in Brandenburg neu belebt bzw. angeregt und Maßnahmen initiiert, die durch den Regionalen Knoten begleitet oder auf den Weg gebracht werden.

Konkret wurde vereinbart:

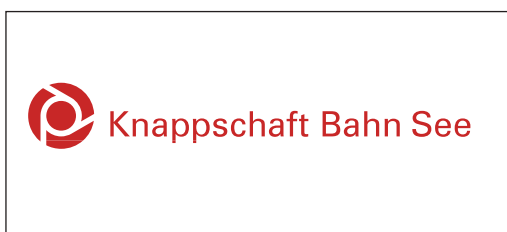
- In 2009 werden zwei Kommunen in Brandenburg gewonnen, die sich dem Thema der gesundheitsförderlichen Stadtteilentwicklung explizit zuwenden und zu diesem Zweck nachhaltige Strukturen innerhalb der Kommune und in der Stadt schaffen – unter besonderer Berücksichtigung von benachteiligten Stadtteilen (gegebenenfalls Programmgebiete der Sozialen Stadt).
- Der Prozess in diesen Kommunen wird 2009 durch die Durchführung zweier weiterer Fachtagungen unterstützt.



- Es wird eine ressortübergreifende Initiativgruppe unter Beteiligung von Kommunen und Krankenkassen gebildet.
- Mit Unterstützung des Landes werden der Aufbau von Strukturen und die Umsetzung von Maßnahmen zur „Sensibilisierung der kommunalen Verwaltungen“ realisiert. Im Ergebnis soll der Austausch zwischen Akteuren vor Ort und Verwaltungen befördert werden und dort, wo fachliches Know-how fehlt, der Aufbau unterstützt werden. Good Practice Beispiele, z.B. des Kooperationsverbunds Gesund-

heitsförderung bei sozial Benachteiligten, sollen hier zum Nachmachen anregen. Der Regionale Knoten wird die Entstehung der Vernetzungsstrukturen begleiten und moderieren. Außerdem werden Maßnahmen zur Unterstützung bestehender Projekte entwickelt.

Regionaler Knoten Brandenburg
 Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen (BLS)
 Carl-von-Ossietzky-Straße 29
 14471 Potsdam
 Telefon: 0331 – 95 13 212 oder 0331 – 97 92 124



Regionalkonferenz Bremen

Elke Anna Eberhard



Gesundheitsförderung im Stadtteil. Fokus: Jugendliche

6. Februar 2009 in Bremen

Veranstalter

Regionaler Knoten Bremen Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V., Gesundheitsamt Bremen

Teilnehmerkreis

Mitarbeitende aus den Bereichen Arbeit, Bildung, Gesundheit, Kinder- und Jugendarbeit, Soziales, Sport, Verbraucherschutz

Ziel

- Sensibilisierung verschiedener Versorgungsebenen und -bereiche für Fragen einer regionalen, jugendgerechten Gesundheitsförderung
- Vermittlung von Kenntnissen über die gesundheitliche Lage von Jugendlichen
- Vermittlung von Kenntnissen über den Aufbau und die fachliche Ausrichtung der Kinder- und Jugendarbeit in Bremen
- Identifikation möglicher Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen
- Entwicklung gemeinsamer Fragestellungen und Zielsetzungen

Die Veranstaltung schloss an eine vorausgegangene Veranstaltung zur Sozialen Polarisierung im Jahr 2007 in Bremen an. Sie richtete sich vorrangig an Kolleginnen und Kollegen aus der operationalen Ebene und fand ganztägig im Plenum statt (etwa 85 Teilnehmende). Auf die Arbeit in Untergruppen wurde verzichtet, um allen Teilnehmenden die Beteiligung an der interfachlichen Diskussion gleichermaßen zu ermöglichen.

Themen

Kindheit und Jugend werden mit Gesundheit und Schönheit assoziiert. Gerade diese überhöhte Sicht mag ein Grund dafür sein, dass erst mit der Veröffentlichung des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS) des Robert Koch-Institutes eine systematische Analyse der körperlichen und seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Alter von null bis 17 Jahren unter Berücksichtigung ihrer sozialen Lebenssituation in Deutschland vorgelegt werden konnte (2005).

Seither werden Programme, die möglichst früh in der Kindheit mit der Förderung von Ressourcen ansetzen sowie die Aneignung eines gesunden Lebensstils fördern, politisch vorrangig gestützt. Mit dem Eintritt in das Jugendalter sollen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bereits eingeübt sein und so zukünftig nicht nur Meldungen über immer längere Nutzungszeiten von Fernsehen, Computer und Internet der Vergangenheit angehören, sondern insbesondere die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in prekären Lebenslagen nachhaltig gefördert werden. Die Zusammenarbeit von Akteuren in sozialen Brennpunktgebieten zum Schwerpunkt Gesundheitsförderung bietet sich hierzu an.



Die Fachtagung „Gesundheitsförderung im Stadtteil. Fokus: Jugendliche“ setzte hier an. Gesundheit ist für die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen ein gegebenes Gut. Laut KiGGS bezeichnen 85,7 Prozent der elf- bis 13-Jährigen und 84,7 Prozent der 14- bis 17-Jährigen ihre eigene Gesundheit als gut bis sehr gut (Robert Koch-Institut 2008).

Psychische und körperliche Anforderungen auf der einen Seite sowie soziale und physische Umweltbedingungen auf der anderen Seite führen gerade im Jugendalter jedoch immer häufiger zu diagnostizierten gesundheitlichen Problemen (Hurrelmann 2003). Zudem unterscheidet sich das subjektive Gesundheitsempfinden von Jungen und Mädchen. Während im Kindesalter bis zum Alter von 15 Jahren männliche Jugendliche ihren Gesundheitszustand häufiger negativer beurteilen als Mädchen, ändert sich dieses Verhältnis mit Beginn der Pubertät (BMFSFJ 2007).

Unterschiede werden auch dann deutlich, wenn die soziale Lage berücksichtigt wird. Soziale Ungleichheit und ungleiche Gesundheitschancen bilden sich sozialräumlich ab und unterstreichen die Relevanz des Stadtteils für Gesundheitsförderung.

Im einführenden Vortrag von Eberhard Zimmermann, Gesundheitsamt Bremen, wurde deutlich, dass Allergien, Übergewicht bis hin zu Adipositas und psychische Erkrankungen zu den häufigsten gesundheitlichen Problemen von Jugendlichen zählen. Während Allergien besonders häufig in privilegierten Stadtgebieten auftreten, findet sich Übergewicht häufiger in solchen Stadtteilen, die von Armut betroffen sind.

Bei rund 22 Prozent der Jugendlichen im Alter zwischen elf und 17 Jahren zeigen sich Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Zu den wichtigsten Auslösern zählen innerfamiliäre Konflikte, aber auch kumulierende Konflikte zum Beispiel mit der Schule und mit der Peergroup.

Rund 35 Prozent der Mädchen entwickeln in dieser Altersstufe ein problematisches Essverhalten bis hin zu einer Essstörung, Jungen hingegen fallen eher durch nach außen gerichtetes aggressives Verhalten auf.

Obwohl Jungen im Alter zwischen elf und 17 Jahren ihre Gesundheit durchschnittlich positiver einschätzen als gleichaltrige Mädchen, sind sie in gleicher Weise von Krankheiten, die unter anderem durch Bewegungsmangel ausgelöst werden, wie Mädchen betroffen. Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys zeigen zudem, dass annähernd gleich viele Mädchen (20,3 Prozent) wie Jungen (20,5 Prozent) im Alter von elf bis 17 Jahren rauchen. Unfälle zählen insbesondere für männliche Jugendliche zu den häufigsten gesundheitsgefährdenden Ereignissen.

Soziale, familiäre und personale Faktoren zählen auch für Jugendliche zu den Ressourcen, die zur Förderung ihrer Gesundheit beitragen. Diese Schutzfaktoren zu aktivieren, dazu können Akteure aus den verschiedenen Lebensbereichen der Jugendlichen beitragen.

Anhand von drei Fallbeispielen aus der Gesundheitsförderung in Soziale Stadt-Gebieten (Stadtgebiete aus Fürth, Hamburg, Nürnberg) stellte Dr. Bettina Reimann, Deutsches Institut für Urbanistik Berlin, Potenziale einer Zusammenarbeit heraus und thematisierte Probleme, die mit einer im Stadtteil verankerten Gesundheitsförderung einhergehen können.

Der Stadtteil als Lebensraum bietet sich an, Bevölkerungskreise zu erreichen, die über allgemeine (Informations-)Angebote bisher wenig erreicht werden. Hierbei gehen die Strukturen im Stadtteil weit über



die Komplexität von Settings wie z.B. Schulen hinaus. Bisher wurde diese Komplexität für den Bereich Gesundheitsförderung wenig strukturiert. Zudem fehlt es an etablierten Verantwortlichkeiten zur Umsetzung geeigneter und aufeinander abgestimmter gesundheitsförderlicher Strategien.

Zur Bewältigung der damit verbundenen Aufgaben scheint es notwendig, auf der Ebene einer lokalen gesundheitspolitischen Strategie einen umfassenden Gesundheitsbegriff zu etablieren. Es gilt, ebenso auf der Strukturebene eine ressortübergreifende Zusammenarbeit sicher zu stellen, Netzwerkbildung und -pflege zu ermöglichen. Auf der praktischen Ebene der Projektumsetzung ist im Sinne der Zielgruppenorientierung die Passung der Angebote an Möglichkeiten und Bedürfnisse der Zielgruppen und an deren Soziallagen zu etablieren.

Als ein Beispiel einer gelungenen Kooperation zwischen der Kommune und Krankenkassen konnte die Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung in Hamburg-Lürup vorgestellt werden. Dort ist ein „Verfügungsfond“ für den Stadtteil von einer Krankenkasse eingerichtet worden, über den gesundheitsfördernde Projekte im Wohngebiet finanziell gefördert und umgesetzt werden können.

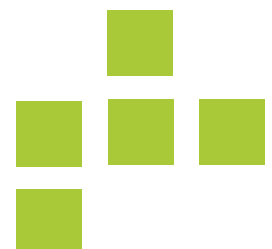
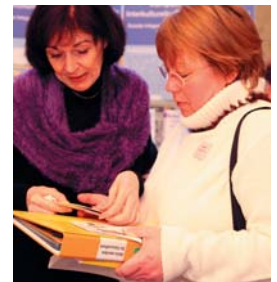
In Bremen wurde ein Schritt in Richtung übergreifende Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung mit dem „Anpassungsplan Kinder- und Jugendarbeit“ getan. Dr. Martin Schwartz, Referatsleiter bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, stellte in seinem Vortrag heraus, dass die Jugendarbeit nicht zum Hauptakteur der Gesundheitsförderung werden könne, sie aber in Bremen Fragen zur Gesundheitsförderung offen gegenüber stehe. Der Bereich Kinder- und Jugendarbeit kann mit seinen Bezügen und seinem fachlichen Know-how dazu beitragen, Jugendliche zu erreichen und gesundheitsfördernde Angebote auf ihre Bedürfnisse auszu-

richten. Die Mitarbeit der Jugendarbeit basiert hierbei auf den Kriterien: Ressourcenorientierung, Partizipation und Empowerment der Jugendlichen.

Am Beispiel des „Suchtpräventiven Stadtteilprojekt Mitte/Östliche Vorstadt“, das bereits 1983 aufgebaut wurde, konnte ein Netzwerk vorgestellt werden, das gemeinsam vom Ortsamt Mitte und Mitarbeitenden des Landesinstitutes für Schule, Gesundheit und Suchtprävention koordiniert wird. Das Projekt wurde 2002 mit einem Sonderpreis im Wettbewerb für „Vorbildliche Strategien Kommunaler Suchtprävention“ ausgezeichnet und hat viele praktische Ergebnisse und Materialien hervorgebracht.

Wie Gesundheitsförderung von Jugendlichen im Stadtteil implementiert werden kann, erläuterte Gudrun Zimmermann, Projektleiterin des Aktionsbündnisses „Leben in Bewegung. Quartiersbezogene Gesundheitsförderung in Bremen und Bremerhaven“. Das Bündnis ist ein Zusammenschluss von Akteuren aus soziale Brennpunktgebieten und kommunalen (zum Beispiel Gesundheitsamt, Kreissportbund und Kinderschutzbund aus Bremerhaven) bzw. landesweit agierenden Institutionen (z.B. Landessportbund, Verbraucherzentrale Bremen). Über die vernetzte Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure aus dem Gesundheits- und Sportbereich mit dem Quartiersmanagement im Stadtteil können bedarfsbezogene, gesundheitsfördernde Angebote entwickelt und im Stadtteil implementiert werden.

Marianne Miszewski, Vertreterin des Vereins Frauengesundheit in Bremen-Tenever, unterstrich in ihrem Vortrag die Bedeutung der Einbindung vorhandener Strukturen und Institutionen aus dem Stadtteil. Gesundheitsförderung kann dann gelingen, wenn tragfähige Kooperationen zwischen den Partnern existieren und die jeweilige Zielgruppe in den Entwicklungsprozess eingebunden wird.



Im Verlauf der Diskussion wurden einige grundsätzliche Probleme in der Versorgungslandschaft im Land Bremen thematisiert: die Schließung von Schwimmbädern bringe längere Fahrtzeiten und damit höhere Kosten für die Nutzenden mit sich. Der Anteil der Nicht-Schwimmer unter der ärmeren Bevölkerung ist entsprechend höher als im Durchschnitt der Bevölkerung. Die Bereitstellung von Schwimmbädern wohnortnah wird von den Diskussionsteilnehmenden als kommunale Aufgabe betrachtet. Angesichts der finanziell angespannten Lage in Bremen zeige sich an diesem Beispiel, dass finanzielle Engpässe auf den verschiedenen Ebenen einer Stadt letztlich kumulieren und sich negativ auf die Angebotsstruktur in ärmeren Stadtteilen auswirken könne.

Schule als Ort, an dem Kinder und Jugendliche einen bedeutenden Teil des Tages verbringen, wurde nur in wenigen Fällen als für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen positiv wahrgenommen. Es erfolgte der dringende Appell, sie in die Gesundheitsförderung im Stadtteil aktiv einzubinden.

Die Öffnung der Kinder- und Jugendarbeit hin zu gesundheitsfördernden Angeboten wurde insgesamt positiv aufgenommen. Der Vorschlag, zusätzliche Koordinierungsstellen für Gesundheit einzurichten, wurde kontrovers diskutiert. Vielfach bestünden aufgrund der begrenzten Ressourcen keine Kapazitäten, weitere Arbeitskreise und Netzwerke personell zu be-

dienen. Angeregt wurde ein optimierter Informationsaustausch. Es müsse auf bestehende Netzwerke aufgebaut werden. So könne das Thema Gesundheit zum Schwerpunktthema von Stadtteilkonferenzen gewählt werden. Träger aus dem Stadtteil könnten ihre Angebote dort vorstellen und Schnittstellen mit anderen Organisationen entwickeln.

Positiv bewertet wurde die Einrichtung von ressortübergreifenden Verfügungsfonds, da zurzeit die Verstetigung von bewährten gesundheitsfördernden Angeboten nicht durch eine ressortübergreifende Mischfinanzierung möglich ist.

Die verschiedenen Akteure signalisierten ihr Interesse, gemeinschaftlich das Aufgabenfeld Gesundheitsförderung zu bearbeiten. Die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen übernimmt die Aufgabe, weitere Sitzungen zu diesem Themenfeld vorzubereiten.

Die Dokumentation der Tagung ist zu beziehen über:

Regionaler Knoten Bremen
Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.
Ansgarhaus
Horner Straße 70
28203 Bremen
Telefon: 0 421 – 361 184 94



Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.

Hamburger Expertenforum

Petra Hofrichter

Gesundheitsförderung in der integrierten Stadtteilentwicklung

12. Februar 2009 in Hamburg

Veranstalter

Regionaler Knoten Hamburg, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG), Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt (BSU)

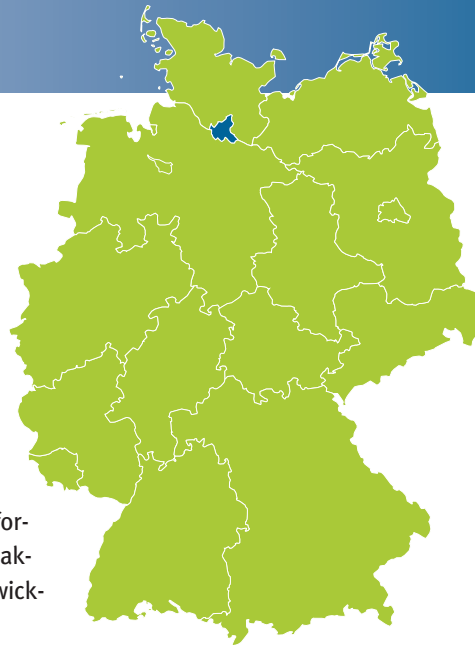
Teilnehmerkreis

- Quartiersentwicklung
- kommunales Gesundheitsförderungsmanagement
- Wohnungsbauwirtschaft
- Sport
- Ernährung
- Familienförderung
- Migrantenverbände
- Krankenkassen
- Wissenschaft
- sowie Beispiele guter Praxis

Ziel

Das Hamburger Expertenforum sollte beitragen

- gute Praxisansätze (bundes- und landesweite Beispiele) bekannt zu machen
- Informationen über Bedarfe, Fördermöglichkeiten, Handlungsfelder und Qualität zu vermitteln
- Ansätze der Vernetzung bzw. Strukturbildung zwischen Institutionen, Akteuren usw. zu stärken sowie



- Empfehlungen für eine gesundheitsförderliche Stadtteilentwicklung behördenübergreifend zu formulieren und für die aktuelle Programmentwicklung zu nutzen.

In Hamburg fand das Expertenforum zu einem strategisch günstigen Zeitpunkt statt: Aktuell wird, unter Federführung der BSU, das Konzept für das zukünftige „Programm der Integrierten Stadtteilentwicklung“ erarbeitet. Dieses verfolgt das Ziel, benachteiligte Stadtteile besser an die Entwicklung der Gesamtstadt anzukoppeln, verbesserte Lebenschancen zu eröffnen und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Bestandteile sind neben städtebaulichen Verbesserungen insbesondere gesellschaftspolitische Handlungsfelder – darunter die Förderung von Gesundheit. Das Programm wird – aufbauend auf den Ansätzen der Aktiven Stadtteilentwicklung und des Senatsprogramms Lebenswerte Stadt – von der BSU gemeinsam mit den beteiligten Fachbehörden und Bezirken erstellt. Die bisherigen Programme der Stadtteilentwicklung und Stadterneuerung sollen zusammengeführt, der Mittlereinsatz gebündelt und die Wirksamkeit von Maßnahmen erhöht werden. Die Erarbeitung des neuen Programms kann an vorausgegangene Prozesse anknüpfen u. a. an die intensive Auseinandersetzung zum Handlungsfeld Gesundheit, die im Zusammenhang mit der Konzipierung des Programms Aktive Stadtteilentwicklung 2005 –2008 geführt wurde.

Auf dieser Entwicklungsgrundlage haben sich die Veranstalter für die Form eines „Expertenforums“ entschieden und luden ausgewählte Stakeholder aus den Bereichen Quartiersentwicklung, kommunales Gesundheitsförderungsmanagement, Wohnungsbauwirtschaft, Gute Praxis, Sport, Ernährung, Familienförderung, Krankenkassen, Migrantenverbände u. a. ein. Insgesamt haben an dem Forum 80 Akteure teilgenommen.

Neben den fachlichen Inputs, die bewusst kurz gehalten wurden, sollte das Forum viel Raum für Austausch und Vernetzung geben.



In der Einführung gab Petra Hofrichter, Koordinatorin des Regionalen Knoten Hamburg, einen Überblick zum Thema „Soziale Benachteiligung und Gesundheit“, stellte den Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und die Arbeitsschwerpunkten des Regionalen Knotens Hamburg vor. Sie erläuterte Hintergrund und Zweck dieses Expertenforums und präsentierte die Arbeitshilfen des Kooperationsverbunds zur Entwicklung und Durchführung erfolgreicher Prävention in den Quartieren der Sozialen Stadt „Aktiv werden für Gesundheit“, die allen Teilnehmenden mit den Tagungsunterlagen zur Verfügung gestellt wurden.

Dr. Bettina Reimann, Deutsches Institut für Urbanistik, führte in das Thema „Gesundheitsförderung im Quartier“ ein. Sie ging insbesondere auf Anknüpfungspunkte, Praxiserfahrungen und Stolpersteine bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen ein und betonte den Stellenwert der Vernetzung zwischen den Akteuren vor Ort.

Thea Eschricht (BSU), Leitstelle Integrierte Stadtteilentwicklung (LIS), erläuterte Hintergründe, Bedarfe, Nutzen und Ziele des Programms aus Sicht der Behörde. Wesentliche Bestandteile sind neben städtebaulichen Verbesserungen insbesondere die Förderung von Beschäftigung, Familie, Bildung, Kultur, Integration, Sicherheit und Gesundheit. Mit dem neuen Programm sollen die strategischen Ansätze der Gesundheits- und Stadtteilentwicklungspolitik zusammengeführt werden.

Die anschließende Diskussionsrunde mit Thea Eschricht (BSU), Klaus-Peter Stender (BSG), Yvonne Nische (Sozialraummanagement Hamburg-Mitte), Günter Ploß (Verband der Ersatzkrankenkassen) und Susanne Wehowsky (HAG) nutzen die Vertreterinnen und Vertreter um sich zum Thema Gesundheit im Stadtteil zu positionieren und ihre Ansatzpunkte und Aktivitäten zu verdeutlichen.

Über die „Fishbowl“-Methode konnte sich auch das Publikum aktiv an der Diskussion beteiligen, ein Angebot, welches rege von den Teilnehmenden genutzt wurde.

In ihren Beiträgen wiesen die Akteure auf die Potenziale ihrer Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung im Stadtteil hin und stellten die aus ihrer Sicht notwendigen Unterstützungsleistungen, die sie sich für die Stärkung des Themas wünschen, dar. Die Vertreterinnen und Vertreter der Gesprächsrunde nahmen die Anregungen auf, schilderten geplante Aktivitäten in diesem Bereich und machten Unterstützungsleistungen deutlich.

Unter dem Motto „Gesundheit im Stadtteil – Aus den Erfahrungen anderer lernen!“ wurde an Hand von Beispielen Guter Praxis die Diskussion fortgesetzt. In vier Arbeitsgruppen wurde die Themen „Beteiligungskultur als Grundlage für Gesundheitsförderung im Stadtteil“, „Gesundheit als Türöffner – Wie kann der Öffentliche Gesundheitsdienst Gesundheitsförderung im Stadtteil verankern?“, „Quartiersmanagement als Koordinationsstelle für Gesundheitsförderung im Stadtteil – eine akteursübergreifende Aufgabe“ und „Gesundheitsförderung braucht Qualität – Wie kann eine partizipative Qualitätsentwicklung im Quartier vorangetrieben werden?“ vorgestellt und reflektiert.

Alle Erfahrungen und Erkenntnisse des Tages wurden anschließend im Rahmen eines moderierten World Cafés gebündelt und ausgewertet. Die Leitfragen knüpften am Input und den Diskussionen des Tages an. Einstieg boten die Fragen:

Welche Wege zum gesundheitsfördernden Stadtteil den Teilnehmenden Erfolgversprechend erscheinen?

Was haben Sie Neues gehört und was hat Sie an den Workshops besonders beeindruckt?

Stellen Sie sich vor: Sie haben in ihrem Arbeitsbereich ganz „freie Hand“: Welche 3 Schritte zu „mehr Gesundheitsförderung im Stadtteil“ würden Sie dann sofort einleiten?

Welche Partnerinnen und Partner bzw. Strukturen und Ressourcen brauchen Sie, um ihre Vorhaben zur Gesundheit im Quartier zu verankern?

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der Fragestellungen zwei und drei lassen sich auf vier verschiedenen Ebenen abzeichnen:

1. Kooperation und Netzwerkbildung
2. Qualifizierung und Begleitung der Akteure





- 3. Evaluation und Qualitätssicherung
- 4. Ideen und Vorhaben

Kooperation und Netzwerkbildung

Die Akteure des World Cafés betonten, dass es wichtig ist Kooperationspartner zu finden, dazu gehören u. a. Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Fachbehörden, Sozialraummanagement, kommunales Gesundheitsförderungsmanagement, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG).

Neben diesem Punkt, standen auch die Themen Kooperation und Netzwerkbildung im Mittelpunkt.

- Partnerinnen und Partner über den Stadtteil hinaus einbinden (Bezirksamt, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) etc.)
- quartiersübergreifende Netzwerke „Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Quartieren“
- finanzielle und personelle Ressourcen für die Netzwerkbildung
- langfristige Perspektiven für einen Strukturaufbau und eine Verfestigung
- settingübergreifende Kooperation zwischen Kita – Schule – Altenheim – Stadtteil (z. B. bei den Themen Ernährung und Bewegung)
- bezirksübergreifende Gesundheitsförderungen klare Kooperationsstrukturen bzw. Verantwortlichkeiten mit Gestaltungsspielraum
- Transparenz in Quartiersentwicklungsprozessen
- Ideen für Maßnahmen und Projekte initiativ umgesetzt

Qualifizierung und Begleitung der Akteure

Die Qualifizierung als auch die Begleitung der Stadtteilakteure wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als ein weiterer zentraler Aspekt eingeschätzt. Denn nur durch eine solche Vorgehensweise kann Gesundheitsförderung nachhaltig im Stadtteil verankert werden.

- Grundvoraussetzung: finanzielle Ressourcen und verbindliche Absprachen

- Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durch integrierte Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote
- begleitende Moderationen für die Akteure in der Stadtteilentwicklung
- Schulungen zur Kompetenzentwicklungen für Kooperationsprozesse

Evaluation und Qualitätssicherung

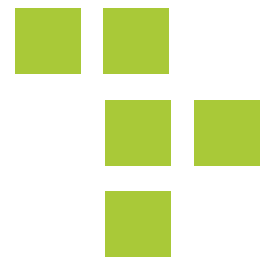
Ohne eine begleitende und kontinuierliche Evaluation von Projekten und Maßnahmen kann die Qualität in der Gesundheitsförderung nicht gesichert werden. Überlegungen zu den Bereichen Evaluation und Qualitätssicherung standen aufgrund dessen bei den Akteuren des Expertenforums ebenfalls im Mittelpunkt.

- Programmevaluation durchführen
- Qualitätssicherung für Nachhaltigkeit
- Transparenz für gemeinsame Konzeptentwicklung z. B. behördenübergreifend

Ideen und Vorhaben

In einem letzten Schritt wurden von den Teilnehmenden spezielle Ideen zu Vorhaben und Projekten im Bereich Gesundheitsförderung im Stadtteil entwickelt.

- Aktivierung von Senioren bei dem Thema Gesundheitsförderung im Stadtteil (z. B. durch Kochen für Kinder) mithilfe von Kirchen, Ärzte, Pflegende hergestellt werden
- Kombination von Ernährungs- und Bewegungsangeboten in Elternschulen
- Ausbau von kinderärztlichen Fachberatungen
- mehr Lobbyarbeit im politischen Kampf für das Thema „Gesundheit im Setting“
- partizipative Konzeptentwicklung für eine integrative Gesundheitsförderung
- Gesundheitsaspekte müssen in allen Lebensbereichen „mitgedacht“ werden
- identitätsstiftende Maßnahmen, die das Klientel ansprechen
- Gestaltungsspielräume für gesundheitsfördernde Maßnahmen schaffen





- Bedürfnisverlagerungen im Stadtteil berücksichtigen
- Einrichtung von Strukturen z. B. Gesundheitsforen im Stadtteil und etablierten Steuerungsgremien
- flexible finanzielle Mittel und Töpfe für Stadtteilprojekte
- Aufbau auf bestehenden Maßnahmen und Projekte im Bereich Gesundheitsförderung
- Sensibilisierung der beteiligten Stadtteilakteure für das Thema Gesundheit u. a.:
Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM); Nachbarschaftszentrum; Krankenkassen; Betriebe; soziale Träger; Bezirkliche Ämter: Grünflächen, Umwelt, Straßen und Wohnungswirtschaft.
- Ressourcen auf verschiedenen Ebenen z. B. Verfügungsfonds, Beteiligungen, Koordinierungsstellen/ Kümmerer sowie Anschubfinanzierungen für Projekte

Ergebnisse

Das Expertenforum wurde sowohl von den Kooperationspartnern als auch von den Referierenden und Teilnehmenden als erfolgreich beurteilt. Mit 80 Teilnehmenden waren Stakeholder aus dem Großteil der relevanten Handlungsfelder für die stadtteilorientierte Gesundheitsförderung am Expertenforum beteiligt. Die abwechslungsreiche Programmgestaltung (Fachliche Inputs, Plenumsdiskussion im Rahmen eines Fishbowls, Workshops mit Beispielen Guter Praxis und Austausch und Ergebnissicherung im World Café) ermöglichte einen sehr guten Einstieg in die Thematik, ließ Spielraum für sektorenübergreifenden Austausch und Reflektion und trug dazu bei Empfehlungen für die gesundheitsfördernde Quartiersentwicklung zu formulieren.

Die Ergebnisse des Forums wurden von den Veranstaltenden gemeinsam ausgewertet und die Nachhaltigkeit der Thematik institutionsübergreifend (HAG, BSU, BSG) gewährleistet.

Bereits während der Vorbereitungsphase hatten alle Kooperationspartner das Interesse an einer Verstärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit geäußert.

Die Ergebnisse des Forums konnten für die Erarbeitung des Programms zur Integrierten Stadtteilentwicklung der BSU genutzt werden. An den in diesem Rahmen von der BSU durchgeführten Experten-Workshops hat die HAG teilgenommen.

Der Regionale Knoten führt im April 2009 einen Praxis-Workshop durch, in dem die Arbeitshilfe „Aktiv werden für Gesundheit“ vorgestellt und Instrumente der Qualitätsentwicklung erprobt werden können. An diesem Workshop nehmen Akteure aus dem Setting Stadtteil (u. a. Quartiersmanagement, kommunales Gesundheitsförderungsmanagement / KGFM) teil.

Im November 2009 startet die dreimal zweitägige Fortbildung „Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil“: mit dieser Fortbildung wendet sich der Regionale Knoten der HAG an Quartiersmanagement und Kooperationspartner in den Gebieten der Integrierten Stadtteilentwicklung.

Auf Basis der Arbeitshilfe „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil“ werden mit den Teilnehmenden die Themen Grundlagen der Gesundheitsförderung – Setting Stadtteil -integrierte Handlungsansätze – Projekt- und Qualitätsmanagement erarbeitet und praktisch erprobt.

Die Ergebnisse des Hamburger Expertenforums „Gesundheitsförderung in der Integrierten Stadtteilentwicklung“ wurden in einer ausführlichen Tagungsdokumentation zusammengefasst und an alle Teilnehmenden verschickt.

Die Dokumentation kann bezogen werden über:

Regionaler Knoten Hamburg
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
Repsoldstraße 4
20097 Hamburg
Telefon: 0 40 – 63 64 77 91



1. Hessisches Forum

Rolf Reul, Heike Pallmeier



Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt

22. Januar 2009 in Frankfurt, Haus der Jugend

Veranstalter

Regionaler Knoten Hessen, HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V., Servicestelle HEGISS – Hessische Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt

Teilnehmerkreis

- Abgeordnete des Hessischen Landtags
- Arbeitsloseninitiativen
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hessen Süd
- Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Landesverband Hessen
- Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Hessen
- Deutsches Rotes Kreuz
- Gemeinde- und Stadtverwaltungen, Jugendämter, Sozialämtern, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Schulämtern
- Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit
- Hessisches Ministerium des Inneren und für Sport
- Hessisches Wirtschaftsministerium

- Hessischer Turnerverbund
- Krankenkassen
- LAG Soziale Brennpunkte
- Mehrgenerationenhäuser
- MiMi Hessen, Gesundheitslotsen
- Nachbarschaftszentren
- Pro Familia
- Projekte aus den Bereichen Soziales und Gesundheit
- Quartiersmanagement, Stadtteilinitiativen, Stadtteilbüros, Stadtteilzentren
- Schulen
- Servicestelle Bürgerbeteiligung
- Unabhängige Patientenberatung
- Volkshochschulen
- Wohlfahrtsverbände (Caritas, Diakonie, ...)
- Wohnungsbaugesellschaften

Ziel

Das Hessische Forum Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt diente:

- der Darstellung von Anknüpfungspunkten zwischen den Ansätzen der Gesundheitsförderung und dem Programm „Soziale Stadt“
- dem gegenseitigen Kennenlernen der unterschiedlichen Akteure aus den Quartieren und dem Gesundheitswesen



- der Anregung und Stärkung von Vernetzungsstrukturen und Kooperationen zwischen den Akteuren bzw. Institutionen aus den Quartieren der „Sozialen Stadt“ und Akteuren aus dem Gesundheitsbereich

- der Vermittlung von Informationen und Unterstützungsangeboten zur Initiierung, Umsetzung und Sicherung von Angeboten der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung im Stadtteil

Die Veranstaltung wurde durch Dr. Kurt Rauschnabel, Referat Städtebau, Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung, und Dr. Christian Luetkens, Referat Prävention und Gesundheitsförderung, Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, eröffnet.

Die daran anschließenden Fachvorträge ermöglichten einen Brückenschlag zwischen den Ansätzen und Methoden der Gesundheitsförderung und dem Bundesländer-Programm Soziale Stadt und sollten sowohl inhaltliche Bezüge herstellen als auch relevante theoretische Grundkenntnisse vermitteln.

Professor Eberhard Göpel, Hochschule Magdeburg-Stendal, referierte zu dem Thema „Kommunale Gesundheitsförderung als bürgerschaftliche Gestaltungsaufgabe in Städten und Gemeinden – Konzepte und Anregungen für die lokale Politik und Praxis“. Auf Basis einer Darstellung zukünftiger gesellschaftlicher und kommunaler Herausforderungen charakterisierte er die „Gesundheitliche Chancengleichheit in Sozialen Städten“ als geeignete Leitorientierung für eine zukunftsfähige Perspektive. Durch die Verbindung von Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung sei es möglich, eine neue soziale Kreativität für die Gestaltung von nachhaltigen Lebensräumen und -beziehungen zu entwickeln. Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung ermögliche es, die Aufmerksamkeit der Akteure verstärkt auf die Organisationsformen des Alltagslebens zu lenken. Insbesondere diese gelte es neu zu gestalten.

Anschließend skizzierte Professorin Monika Alisch, Hochschule Fulda, die Handlungsansätze und Prinzipien sozialer Stadtentwicklung und hob deren Anschlussfähigkeit an die Ansätze der Gesundheitsförderung hervor. Wesentlich sind:

- die Bedeutungszuschreibung des Lokalen als zentrale Handlungsebene (Der soziale Raum als Ort von Planung, Projekten, Partizipation)
- die Partizipation der organisierten und nicht-organisierten Bevölkerung an der Gestaltung von Entwicklungsprozessen (Bedürfnisorientierung)
- das Handeln in Netzwerken aus verschiedenen kollektiven Akteuren (Prozessgestaltung als Koproduktion) sowie
- das Überwinden versäulter, hierarchischer (Verwaltungs-)strukturen (Intersektorale strategische Kooperation)

Im weiteren Verlauf der Veranstaltung erörterten die Teilnehmenden anhand der folgenden vier Fragestellungen verschiedene Aspekte der Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil:

- „Was ist notwendig für die erfolgreiche Konzeption einer soziallagenbezogenen gesundheitsförderlichen Maßnahme im Setting Stadtteil?“
- „Was leistet Kooperation zur Stärkung von Gesundheitsförderung in den Quartieren und wer sind potenzielle Kooperationspartner?“
- „Wessen bedarf es für die Entwicklung von nachhaltigen Strukturen zur Gesundheitsförderung in den Quartieren?“

- „Wie können die Bewohnerinnen und Bewohner in den Quartieren für Teilnahme an und die Mitentwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen motiviert werden?“

Dabei dienten ausgewählte Praxisbeispiele der Gesundheitsförderung aus den Bereichen Ernährung und Bewegung dem Einstieg in einen durch Moderatoren zielgerichtet geführten Diskussionsprozess. Die Zusammensetzung der Gruppen war explizit so gestaltet, dass sich ein interdisziplinärer Austausch zwischen den Akteuren entwickeln konnte.

Im Plenum erfolgte die abschließende Zusammenfassung der Arbeitsergebnisse durch ein jeweiliges „Blitzlicht“ der Moderatoren aus den vier Arbeitsgruppen. Anschließend stellte Heike Pallmeier, Geschäftsführerin der HAGE, die Arbeitshilfen für Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier „Aktiv werden für Gesundheit“ vor und skizzierte den Zusammenhang zum Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

Zum Abschluss wurde von den beiden Moderatoren der Veranstaltung, Rolf Reul, Regionaler Knoten Hessen, und Dr. Annegret Boos-Krüger, Servicestelle Hessische Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt, darauf hingewiesen, dass die Tagung als erster Schritt zu verstehen ist, um zu erreichen, dass das Thema Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in der Stadtentwicklung wahrgenommen werden kann. Es seien weitere gemeinsame Anstrengungen notwendig, um die Gesundheitsförderung in den Quartieren zu stärken.

Ergebnisse

Mit insgesamt 120 Teilnehmenden ist das Hessische Forum Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt auf große Resonanz gestoßen. Die Zusammensetzung der Teilnehmenden deckte den Großteil der relevanten Handlungsfelder für eine stadtteilorientierte Gesundheitsförderung ab und ermöglichte somit den gewünschten Einstieg in einen interdisziplinären Austausch.

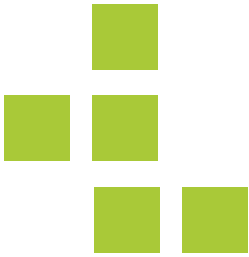
Das gemeinsame Interesse am Thema und der hohe Bedarf nach Informationen und Anregungen zur Umsetzung spiegeln sich insbesondere in den intensiven und lebhaften Diskussionsprozessen der Arbeitsgruppen wider. Anhand der vielfältigen Gemeinsamkeiten und Übereinstimmungen zwischen den Konzepten der Gesundheitsförderung und der sozialen Stadtentwicklung wurde deutlich hervorgehoben, dass Gesundheitsförderung stärker als Querschnittsthema bedacht werden muss.

Die Ergebnisse der Tagung wurden in einer ausführlichen Dokumentation zusammengefasst und stehen damit auch anderen Interessierten zur Verfügung. Die Dokumentation wird den Teilnehmenden sowie im Internet unter: www.hage.de zur Verfügung gestellt.

Entscheidend für die erfolgreiche Initiierung des Forums war die Kooperation zwischen der HEGISS – Servicestelle Hessische Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt und der HAGE – Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e. V. als Träger des hessischen Regionalen Knotens.

Der Auftrag zur Umsetzung des Forums war ein guter Anlass, um die Kooperationsbeziehungen zwischen beiden Organisationen aufzubauen. Beide Organisationen verstehen diese Partnerschaft inzwischen als strategische Unterstützung ihrer jeweiligen Zielsetzungen. Der Zeitpunkt für die gemeinsame Veran-





staltung des Forums war insofern günstig, als dass die HEGISS derzeit mit der Erstellung eines Zwischenberichts „Zehn Jahre Soziale Stadt“ befasst ist und im Rahmen einer Befragung der Akteure in den Stadtteilen einen deutlichen Bedarf zur Entwicklung und Unterstützung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung feststellt.

Perspektivisch ist zwischen der HEGISS und der HAGE eine weitere enge Zusammenarbeit vorgesehen. Derzeit werden erste strategische Überlegungen angestellt, wie diese Zusammenarbeit aussehen kann. Ferner ist eine in Planung befindliche Fortbildungsreihe für Multiplikatoren als Anknüpfungspunkt vorgesehen, in deren Rahmen die Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“ einem breiteren Publikum vorgestellt werden sollen und in der die Anwendbarkeit erprobt werden kann. Förderlich für die ange-

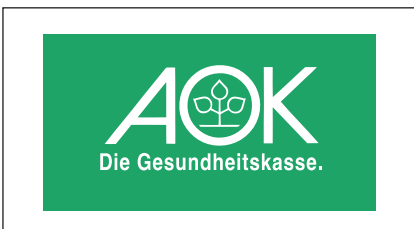
bahnten Vernetzungsstrukturen ist es, wenn darüber hinaus Möglichkeiten für die Fortführung des Forums im Sinne einer Tagungsreihe gefunden werden könnten und das Bundesgesundheitsministerium als zentraler Impulsgeber diese Prozesse weiterhin unterstützen würde.

Die Dokumentation der Tagung steht im Internet www.hage.de zur Verfügung bzw. kann bezogen werden über:

HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitserziehung e.V.
Regionaler Knoten Hessen
Heinrich-Heine-Straße 44
35039 Marburg
Telefon: 06421 – 60 07 – 23



Ministerium für Arbeit,
Familie und Gesundheit



Fachtagung in Mecklenburg-Vorpommern

Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt in Mecklenburg-Vorpommern

10.10.2008 und 11.10.2008 in Wismar, Zeughaus

Veranstalter:

Regionaler Knoten bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V. (LVG), Ministerium für Verkehr, Bau und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern

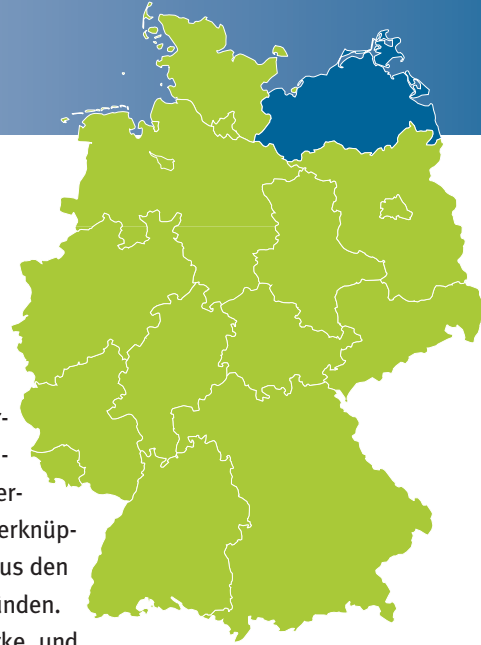
Teilnehmerkreis

- Koordinatorinnen und Koordinatoren der regionalen Arbeitskreise Gesundheitsförderung der Landkreise und kreisfreien Städte
- Quartierbüros der Sozialen Stadt Mecklenburg-Vorpommern
- Volkshochschulverband Mecklenburg-Vorpommern
- Wohlfahrtsverbände Mecklenburg-Vorpommern
- Krankenkassen
- Stadtentwicklung
- Landesturn- und Landessportverband Mecklenburg-Vorpommern
- Kommunale Bauämter
- Kommunale Gesundheitsämter
- Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern
- Verbraucherzentralen
- Planungsgesellschaften
- Träger der Quartierbüros
- Ministerium für Verkehr, Bau und Landesentwicklung
- Ministerium für Soziales und Gesundheit
- Regionaler Knoten Thüringen

Soziale Arbeit und Arbeit in der Gesundheitsförderung innerhalb einer Kommune verknüpfen sich immer mehr aus den verschiedensten Gründen. Gemeinsame Netzwerke und daraus resultierende Synergien können hier vielfach genutzt werden.

Regionale (gemeindenahе) Arbeitskreise Gesundheitsförderung – koordiniert durch die Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Mecklenburg-Vorpommern – arbeiten auf der Grundlage des Gesetzes zum öffentlichen Gesundheitsdienst Mecklenburg-Vorpommern von 1994. Sie wurden maßgeblich durch die Unterstützung der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern gegründet und sind bundesweit eine in dieser Art einmalige Struktur. Sie vereinen ämter- und institutionsübergreifend die verschiedensten Strukturen in einer Kommune, um gemeinsam gesundheitsfördernde Aktivitäten für die Bevölkerung zu initiieren, durchzuführen oder zu unterstützen. Ein Erfahrungsaustausch untereinander über die Stadt- und Landkreisgrenzen hinaus erfolgt seit Mitte der neunziger Jahre unter dem Dach der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Die Stadtentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern hat mit dem Gemeinschaftsprogramm Soziale Stadt seit 1999 neue Impulse bekommen. Es gibt eine Reihe von Programmgebieten mit besonderem Förderbedarf in Mecklenburg-Vorpommern in den Städten Neubrandenburg, Greifswald, Stralsund, Rostock, Wismar und Schwerin. Dem Programm geht es um die Verbesserung der Wohn- und Arbeitsverhältnisse, aber





auch um die Schaffung und Erhaltung sozial stabiler Bewohnerstrukturen in bestimmten Stadtgebieten. Dadurch werden die sozialen und gesundheitsförderlichen Bedingungen in diesem Stadtteil erheblich verbessert. Gesundheit ist von Anfang an ein Handlungsfeld im Programm der Sozialen Stadt und gewinnt immer mehr an Bedeutung.

Zunehmend werden nicht nur bauliche und Infrastrukturverbesserungen vorgenommen, sondern auch direkte gesundheitsfördernde Projekte initiiert. Ein Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern ist hier das Modellprojekt Familienhebammen „Kleemobil: Aufsuchende Sozialarbeit für Eltern und Mütter im Stadtteil Stralsund-Grünhufe“. Hier arbeitet der Regionale Arbeitskreis Gesundheitsförderung seit langem erfolgreich mit dem Quartiersbüro der Sozialen Stadt zusammen, sodass dieses Projekt auch zusammen fachlich begleitet werden kann.

Dieses gute Beispiel der Zusammenarbeit war unter anderem ein Auslöser für diese Fachtagung.

Ein anderer war die inzwischen vollzogene Verknüpfung der LVG MV mit den Quartiersbüros der Sozialen Stadt in Mecklenburg-Vorpommern zum Thema Gesundheitsförderung. Um diese Zusammenarbeit zu vertiefen und in einen breiteren Rahmen zu stellen, wurde diese Tagung konzipiert. Sie sollte alle, die mit dem Programm Soziale Stadt zusammenarbeiten und

diejenigen, die sich dem Thema Gesundheitsförderung verschrieben haben, zusammenführen, um gemeinsame Handlungsoptionen und Strategien zu entwickeln. Dieser Entwicklung kam die gleichzeitig auf Bundesebene stattfindende Verknüpfung von Strukturen des Programms Soziale Stadt und denen der Gesundheitsförderung entgegen. So entstand die Idee, auf der Basis dieser Entwicklung auch den Aktionsplan Ernährung und Bewegung IN FORM der beiden Bundesministerien Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie für Gesundheit über Regionalkonferenzen in allen Ländern intensiver bekannt zu machen.

Mit diesen Regionalkonferenzen soll erreicht werden, dass der Aktionsplan für einen breiteren MultiplikatorInnenpool zugänglich gemacht wird. Damit diese Konferenzen auch in allen Bundesländern in einem bestimmten Zeitfenster stattfinden konnten, wurden zur Umsetzung die in allen Bundesländern vorhandenen Regionalen Knoten des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte genutzt.

Denn Chancengleichheit zu verringern ist nicht nur ein dringliches Anliegen des Programms der Sozialen Stadt.

Um die Thematik entsprechend platzieren zu können, mussten sich die Akteure einschließlich der jeweils zugeordneten ministerialen Strukturen zunächst auf einer entsprechenden Plattform begegnen, sich auf eine Sprache verständigen, um dann dem Aktionsplan Ernährung und Bewegung seinen gebührenden Platz zu geben.



Es galt erst die Landesstrategien wie den Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention in Mecklenburg-Vorpommern mit seiner Arbeit in Settings auf der Basis der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 bekannt zu machen. Demgegenüber war es erforderlich das Konzept der sozialräumlichen Ausgestaltung kommunalen Handelns vorzustellen.

Beide Konzepte haben viele Gemeinsamkeiten wie ressort- und handlungsfeldübergreifendes Arbeiten, besitzen integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte, treiben die Vernetzung und Einbindung aller lokalen Akteure voran und entwickeln und unterstützen Bewohner getragene Strukturen durch Partizipation.

Beiden Ansätzen ebenso gemeinsam ist auch die Vermeidung von Chancenungleichheiten und Stigmatisierung.

Die Unterscheidung beider Konzepte liegt darin, dass der gesundheitsförderliche Ansatz auf der Basis der Ottawa Charta über den jeweiligen Sozialraum hinaus weist, in dem er auch die Veränderungen von Rahmenbedingungen und die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik im Blick hat.

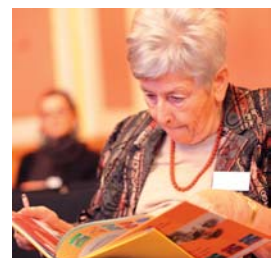
Auf der Grundlage dieser Kenntnisse wurde es möglich, in den Workshops themenbezogen zu diskutieren. Damit beide Fachgebiete auch genügend zu Wort kommen konnten, wurde jeder Workshop durch eine entsprechende Doppelmoderation begleitet. Die gemeinsame Vorbereitung und Durchführung der Workshops führten damit schon zur ersten intensiven Zusammenarbeit. Auf Grund der Datenlage ist in Mecklenburg-Vorpommern die Beseitigung der Chancenungleichheit ein Schwerpunktthema, welchem auf dieser Fachtagung Rechnung getragen wurde.

Die Ziele des Bundesaktionsplanes Ernährung und Bewegung IN FORM fügen sich homogen in die vier Settings des Landesaktionsplanes zur Gesundheitsförderung und Prävention in Mecklenburg-Vorpommern ein, denn mit dem Nationalen Aktionsplan soll das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig verbessert werden. Dadurch soll erreicht werden, dass Erwachsene gesünder leben, Kinder gesünder aufwachsen und von einer höheren Lebensqualität und einer gesteigerten Leistungsfähigkeit in Bildung, Beruf und Privatleben profitieren. Ein weiteres Ziel ist, dass Krankheiten deutlich zurückgehen, die durch einen ungesunden Lebensstil mit einseitiger Ernährung und Bewegungsmangel verursacht werden.

Das unterstreichen in Mecklenburg-Vorpommern auch Maßnahmen wie die Errichtung einer Koordinierungsstelle für Schulverpflegung, kostenlose Verköstigung von Kindern mit ALG II Bezug, Unterstützung bei der Einführung der Richtlinien der DGE für Gemeinschaftsverpflegung u.v.a.m.

Diese Ziele können aber nur über eine umfassende Settingarbeit, wie im Landesaktionsplan verankert, erreicht werden, in denen Maßnahmen der Verhaltensprävention mit denen der Verhältnisprävention eng miteinander verknüpft werden.

Mecklenburg-Vorpommern nimmt nicht nur hier eine Vorreiterrolle ein, sondern diese Landesstrategie



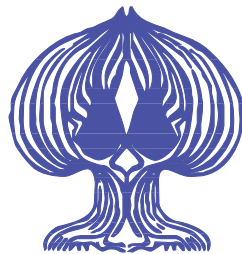
weist noch darüber hinaus, da sie den Settingansatz als Methode befürwortet.

Denn Mecklenburg-Vorpommern fühlt sich als Land der Ottawa Charta der WHO zur Gesundheitsförderung verpflichtet. Damit wird dem Gesundheitszustand der Bevölkerung basierend auf den aktuellen Gesundheitsdaten auf Landesebene eine moderne

und Erfolg versprechende Strategie entgegengesetzt, die nachhaltige positive Wirkung verspricht. Sie unterstreicht den Willen der Landesregierung, Gesundheitsland Nummer eins zu werden.

Dieser Beitrag wurde von Gesundheit Berlin auf Grundlage des Sachberichts zur Fachtagung erstellt.

Die Dokumentation der Tagung steht im Internet unter www.lvg-mv.de zur Verfügung.



Regionalkonferenz in Niedersachsen

Dr. Antje Richter

Wie kommt Gesundheit in benachteiligte Quartiere?

11. Dezember 2008 in Hannover, Freizeithaus Vahrenwald

Veranstalter

Regionaler Knoten Niedersachsen, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., in Kooperation mit der LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V. und dem Landes-SportBund Niedersachsen e.V.

Teilnehmerkreis

Akteure der Gemeinwesenarbeit und des Gesundheits-, Sport-, Sozial und Bildungsbereichs in Niedersachsen

Ziel

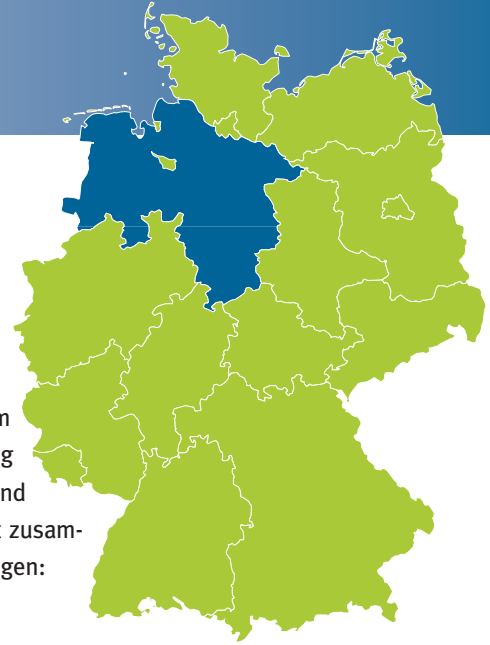
Gesundheitsförderung hat in benachteiligten Quartieren eine besonders hohe Bedeutung. Wer gesundheitliche Chancengleichheit fördern will, muss Bedingungen in der unmittelbaren Lebenswelt schaffen, durch die gesundheitliche Ressourcen und Potenziale der ansässigen Bevölkerung gestärkt werden. Ein wesentlicher Faktor für den nachhaltigen Erfolg dieser Maßnahmen ist die Kooperation verschiedener Ak-

teure und Institutionen im Stadtteil. Die Fachtagung diente der Diskussion und dem Austausch über damit zusammenhängende Fragestellungen:

- Wie lassen sich Sport-, Ernährungs- und andere Gesundheitsangebote in den Stadtteil bringen?
- Sind Sport- und Bewegungsangebote in sozial benachteiligten Stadtteilen ein Selbstläufer?
- Welche strukturellen Voraussetzungen sind notwendig?

Nach der Begrüßung durch Honey Deihimi, Integrationsbeauftragte des Landes Niedersachsen und Dr. Gabriele Windus, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, referierte Dr. Bettina Reimann, Deutsches Institut für Urbanistik Berlin, über „Gesundheitsförderung im Stadtteil als Zusammenspiel von verschiedenen Akteuren“. Katharina Hesse-Jungesblut, Landesgesundheitsamt Niedersachsen, referierte zum Thema „Soziale Indikatoren in der Gesundheitsberichterstattung“.

Im anschließenden „Stadtgespräch“ mit Christiane Deneke, Vertretungsprofessorin der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) und LVG und AfS e.V., Daniel Wölfler vom Quartiersmanagement Delmenhorst-Wollepark / Nachbarschaftsbüro Wollepark und LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V. und Professor Gunter-A. Pilz von der Leibniz Universität Hannover, Institut für Sportwissenschaften, wurden gemeinsame Ziele, aber auch Hürden in der Umsetzung diskutiert. Dabei wurde ausgehend von den jeweiligen Handlungslogiken in den Einzelnen Bereichen der Frage nachgegangen „Was macht es so schwierig, miteinander zu kooperieren?“ sowie „Was können die einzelnen Bereiche dem jeweils anderen anbieten?“





Zur Förderung des Kontaktes und der Vernetzung der Teilnehmenden wurde der Nachmittag im Moderationsformat des „World-Cafés“ gestaltet. Diskutiert wurde in drei Runden mit wechselnder Zusammensetzung der Kleingruppen zu den folgenden Fragen.

- Ernährungs-, Bewegungs- und andere Gesundheitsangebote brauchen Kooperation. Welche Wünsche haben Sie an potenzielle Kooperationspartner, um Ihre Vorstellungen umsetzen zu können?
- Ernährungs-, Bewegungs- und andere Gesundheitsangebote haben gemeinsame Ziele. In sozial benachteiligten Stadtteilen gibt es jedoch verschiedenste Probleme, wie eine hohe Erwerbslosenquote oder strukturelle Defizite. Welche Ressourcen können Sie nutzen, um Ihre Ziele und Wünsche trotzdem umzusetzen?

Ergebnisse

Das Podiumsgespräch und die anschließenden Diskussionen mit den Teilnehmenden führten zu folgenden Erkenntnissen:

Gesundheitsförderung beinhaltet Information, Beratung und Aufklärung, aber auch die Anforderung, zu unterstützen und zu koordinieren. Sie sollte sich vor allem auf benachteiligte Gruppen konzentrieren. Eine zentrale, initiiierende und koordinierende Funktion fällt dabei dem Öffentlichen Gesundheitsdienst ÖGD zu, wobei sinnvolle Kooperationen auch des Öfteren durch unklare Machtansprüche gebremst werden. Die Frage nach den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung ist eine Frage der Ressourcen: Wer sind die Akteure? Was für Ressourcen bringen sie mit? (beispielsweise: Interkulturelle Kompetenz?)

Aufgabe der „Stadtteilarbeit“ ist vor allem, soziale Prozesse in benachteiligten Stadtteilen zu begleiten, was durch die Gemeinwesenarbeit und das Quartiers-

management geschieht. Die Aktivitäten sind sehr breit gestreut und Gesundheit ist eines von vielen Themen. Von besonderer Bedeutung sind Aktivierung, Empowerment sowie Vernetzung und Kooperation der Akteure im Stadtteil. Dazu gehört vor allem ein gutes Zeitmanagement. Die Einstiegsfrage kann sein: Wo kommt „Gesundheit“ in der Stadtteilarbeit bereits vor?

Für den Sport ist es von Bedeutung zu fragen: Welches Gesundheitsverständnis habe ich? Wie kann ich Sport einsetzen, ohne ihn zu instrumentalisieren? Wo finden sich Bewegungsräume in den Stadtteilen? Daraus resultieren Fragen wie „Wo halten sich die Jungen und Mädchen in „sozialen Brennpunkten“ auf?“ Ziel der Maßnahmen sollte eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung zur Steigerung der Lebensfreude sein. Dabei sollte der Sport dem Prinzip der Nachhaltigkeit und Prozesshaftigkeit treu bleiben und nicht auf einmalige Events setzen. Gute Angebote erkennt man daran, dass sie:

- kompensatorisch sind, z.B. für adipöse Kinder,
- interkulturell, an Interessen der Klientel ausgerichtet,
- flächendeckende Qualifizierung der Betreuerinnen und Betreuer anstreben,
- sektorenübergreifendes Handeln begünstigen,
- gezielte Interventionsmaßnahmen hinsichtlich pädagogischer Potenziale beinhalten,
- internationalen Standards entsprechen.



„Was macht es so schwierig, miteinander zu kooperieren?“

- Der Erfolg einer Kooperation hängt stark von den Personen und Strukturen ab.
- Die Zusammenarbeit kann sich in der Prävention als schwierig erweisen, wenn unterschiedliche „Ebenen“ im Prozess involviert sind.
- Konkurrenzdruck und Finanzierungsfragen erschweren die kooperative Zusammenarbeit.
- fehlende Ressourcen, wie Zeit und Geld
- fehlende Strukturen, zu wenig Akteure, ohne die eine flächendeckende Verbreitung z. B. von „Leuchtturmprojekten“ unmöglich ist
- tief sitzendes Misstrauen gegenüber den Vertreterinnen und Vertretern des jeweils anderen Bereichs
- Kommunikationsschwierigkeiten, z.B. bei der Annäherung an die Zielgruppe (Wie kann Sport so gestaltet werden, dass er gesund und attraktiv ist?)
- „Gesundheit“ ist in der Stadtteilarbeit nur eines von vielen Themen (andere Themen haben auch ihre Berechtigung).

„Was können die einzelnen Bereiche dem jeweils anderen anbieten?“

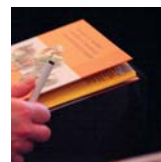
Der ÖGD kann Daten und damit Argumente einbringen sowie die Stadtteile, Regionen und Maßnahmen identifizieren, in denen Aktivitäten vorrangig durchzuführen sind und seine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung speziell auf die Gruppe sozial Benachteiligter ausrichten. Außerdem können koordinierende und vernetzende Funktionen übernommen werden. Wünschenswerte Maßnahmen von anderer Seite (Krankenkassen) wären flexibel einzusetzende Ressourcen wie zum Beispiel Gesundheitsverfügungsfonds zur Finanzierung kleiner Gesundheitsprojekte im Stadtteil.

Sport kann vielfältige und an das Klientel angepasste Bewegungsangebote bieten sowie Formen des Sports für Jedermann. Zu empfehlen ist, die Konzentration auf ein festes, traditionelles, auf Wettkampf und Leistung ausgerichtetes Sportverständnis aufzugeben und eine Vielfalt von Bewegungsmöglichkeiten sowie Sportstätten und die Öffnung der Vereine auch für Nicht-Mitglieder anzubieten. Positive Impulse gehen von der Öffnung öffentlicher Räume aus – durch Umfunktionieren in Bewegungsräume – wobei der Sportbereich beratend mitwirken könnte.

Das Angebot und der große Vorteil der Stadtteilarbeit liegen darin, dass sie bereits vor Ort ist. Sie hat genaue Kenntnis über die aktuelle Situation, kann sich spezifisch auf die Gegebenheiten vor Ort und auf die Zielgruppen einstellen sowie bereits bestehende Zugänge für die Kooperation mit dem Sportbereich und die Gesundheitsförderung nutzen.

Im Podiumsgespräch sowie in der anschließenden Diskussion mit den Teilnehmenden wurde außerdem gefordert:

- offene Herangehensweise gegenüber den Kooperationspartnern wie gegenüber der Zielgruppe,
- genaue Klärung, was gemeinsam erreicht werden soll, ob dazu jeweils die richtigen Partnerinnen und Partner „am Tisch sitzen“,
- Besinnung auf die damit zur Verfügung stehenden Kompetenzen und die eigenen Grenzen,
- Bildung von Netzwerken, für die Ressourcen (Zeit, Personal) einzusetzen sind.



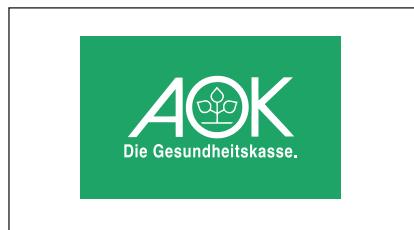


Die Regionalkonferenz ist nicht als einmalige Veranstaltung gedacht, sondern in die Aktivitäten des niedersächsischen Arbeitskreises Armut und Gesundheit eingebettet. Das Jahresthema des Arbeitskreises für 2008/2009 „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten im Stadtteil“ umfasst vier thematische Sitzungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Bisher gehörten dazu: „Einführung aus Sicht der Stadtteilarbeit“, „Zugänge“ sowie „Instrumente“ für/der Gesundheitsförderung im Stadtteil. Das Thema der vierten Sitzung wird noch festgelegt. Neben den Arbeitskreismitgliedern nehmen auch Mitglieder der niedersächsischen LAG Soziale Brennpunkte teil. Die Referierenden kommen sowohl aus dem Gesund-

heitsbereich wie der Stadtteilarbeit. Die Vernetzung zwischen den verschiedenen Bereichen wird durch diese kontinuierliche Zusammenarbeit nachhaltig gestärkt.

Die Dokumentation der Tagung steht im Internet zur Verfügung, bzw. kann bezogen werden über:

Regionaler Knoten Niedersachsen
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Telefon: 0 511 – 38 81 18 93



Regionalkonferenz Nordrhein-Westfalen

Manfred Dickersbach

Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt

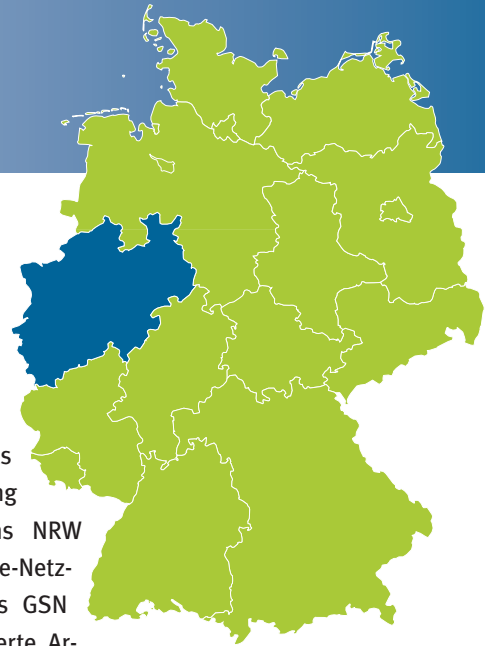
25. November 2008 in Düsseldorf, Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit NRW

Veranstalter

Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Gesunde Städte-Netzwerk (GSN)

Teilnehmerkreis

Die Konferenz richtete sich primär an die lokalen Arbeitsstrukturen der Sozialen Stadt und der kommunalen Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen. Für beide Bereiche waren die fachlich verantwortlichen Ministerien (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW; Ministerium für Bauen und Verkehr NRW) vertreten; der Teilnehmerkreis umfasste weiterhin die Krankenkassenverbände (AOK, BKK, Knappschaft, Techniker Krankenkasse), Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, universitäre Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände etc. Für die lokale Praxis waren zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter des ÖGD, der kommunalen Gesundheitskonferenzen, des Gesunde Städte-Netzwerks sowie Stadtteilkoordinatoren und Quartiersmanagements des Programms Soziale Stadt vertreten.



Die Konferenz wurde als Kooperationsveranstaltung des Regionalen Knotens NRW und des Gesunde Städte-Netzwerks durchgeführt. Das GSN verfügt über eine etablierte Arbeitsstruktur in der kommunalen Gesundheitsförderung in NRW, die sich mit der des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit LIGA gut ergänzt.

Ziel

- Vernetzung von Akteuren unterschiedlicher Politikbereiche
- Know-How-Transfer zur Gesundheitsförderung im Stadtteil
- Sensibilisierung für den Nutzen der Gesundheitsförderung
- Sensibilisierung für die Möglichkeiten des Settings Soziale Stadt

Das primäre Veranstaltungsziel war die Vernetzung von Akteuren unterschiedlicher Politikbereiche – der Sozialen Stadt und der kommunalen Gesundheitsförderung. Die meisten Beiträge der Konferenz zielten in diesem Sinn darauf ab, diese beiden Arbeitsbereiche in ihren Strukturen und Inhalten für die jeweils andere Gruppe transparent zu machen. Dazu trugen zunächst die Überblicksdarstellungen bei von Helmut Breitkopf, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, und Christian Meyer, Ministerium für Bauen und Verkehr NRW, die die kommunale



Gesundheitsförderung bzw. das Programm Soziale Stadt NRW im landespolitischen Kontext darstellten, wobei bereits erste Bezüge zum jeweils anderen Feld hergestellt wurden.

In einem Fachbeitrag veranschaulichte Dr. Alfons Holleederer das Thema „Gesundheit und soziale Benachteiligung“ am Beispiel des Aspekts Arbeitslosigkeit. Es wurde gezeigt, dass soziale Benachteiligung in einem engen Verhältnis zu Gesundheit steht und dass zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit eine starke Wechselwirkung existiert. Gleichzeitig lassen sich anhand der Arbeitslosenzahlen benachteiligte Stadtteile erkennen und die zielgruppenbezogene Arbeit mit Arbeitslosen sowie die Erschließung des Settings „benachteiligter Stadtteil“ können für die Gesundheitsförderung Hand in Hand gehen. Auch bei diesem Thema (das im Detail Gegenstand einer weiteren vom Regionalen Knoten NRW veranstalteten Regionalkonferenz sein soll) geht es um die Zusammenführung zweier unterschiedlicher Politik- und Verwaltungsbereiche: hier der Arbeitsförderung und der Gesundheitsförderung. Bereichsübergreifendes Denken und Handeln ist Schlüssel und Voraussetzung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

Vertiefte Einblicke in die Praxis der Sozialen Stadt und der kommunalen Gesundheitsförderung gaben die Beiträge von Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik, und Dr. Dagmar Schwarte, Gesundheitsamt Münster. Christa Böhme gab neben der Darstellung von grundsätzlichen Zielen, Inhalten und Strukturen des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt einen umfassenden Überblick über die (bisherige) Rolle der Gesundheitsförderung in dem Programm – mit guten, auf Übertragbarkeit angelegten Hinweisen auf prinzipielle Strategien und Aktionsformen (Stadtteil-Netzwerke zur Gesundheitsförderung, niedrigschwellige Angebote mit Verankerung in Stadtteil-Einrichtungen, infrastrukturelle Verankerung z.B. durch Gesundheitsläden). Dr. Dagmar Schwarte erläuterte anhand von praktischen Beispielen das Aktionsfeld der kommunalen Gesundheitsförderung, mit einem besonderen Schwerpunkt auf dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.

In den Workshops wurde dieser prinzipielle Faden aufgegriffen und durch detaillierte Praxisdarstellungen weiter veranschaulicht und ausdifferenziert. Die hierfür ausgewählten und zur Diskussion gestellten Projekte waren allesamt qualitätsgesichert (Mitglieder der Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ bzw. „good practice“ des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ und/oder Deutscher Präventionspreis) und mehrheitlich in Nordrhein-Westfalen angesiedelt. Neben einer thematischen Bandbreite (Kinderunfälle, Frühe Hilfen, allgemeine Gesundheits- und Ernährungsthematik) deckten die Workshops gleichzeitig wichtige strukturelle und methodische Optionen für die Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt (bzw. im Stadtteil allgemein) ab. Hierbei wurden Bezüge zu den von Christa Böhme skizzierten Strategien hergestellt:



- **Netzwerkbildung,**
- **Entwicklung und Verknüpfung niederschwelliger Angebote,**
- **Einrichtung von Gesundheitshäusern, -läden und -treffs.**

Weiterhin gab es kurze Einführungen in die Arbeit des Regionalen Knotens NRW und des Gesunde Städte-Netzwerks. Der Regionale Knoten NRW, der sich seit Übernahme durch das LIGA.NRW erstmals auf einer eigenen Veranstaltung präsentierte, stellte seine Einbindung in den bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, seine inhaltlichen Schwerpunkte und seine strategischen Ziele dar. Das Gesunde Städte-Netzwerk präsentierte sich in seinen Bezügen zur kommunalen Gesundheitsförderung in NRW und zur Landschaft der Gesundheitsförderung allgemein.

Die Präsentation der Toolbox „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ rundete den Präsentationsteil der Veranstaltung ab und leitete die abschließende Diskussion und die Planung des weiteren Vorgehens ein.

Ergebnisse

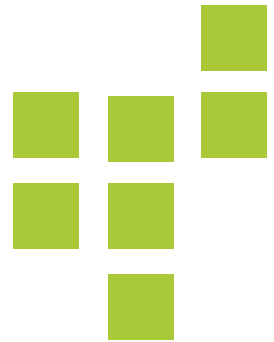
Die beiden wesentlichen Zielgruppen der Konferenz waren die Akteure des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt und der Stadtteilarbeit einerseits sowie der kommunalen Gesundheitsförderung andererseits. Beide Gruppen wurden erreicht, wenn auch mit einem Schwerpunkt bei den Gesundheitsakteuren.

Die beiden fachlich beteiligten Ministerien konnten federführend eingebunden werden. Über Einführungsvorträge wurden die politischen Schwerpunkte beider Bereiche (Gesundheit sowie Bau und Verkehr) mit Bezug auf die Soziale Stadt dargestellt. Inhaltliche

Berührungspunkte und mögliche Synergien wurden herausgearbeitet. Im Beitrag aus dem Bauministerium wurde die mögliche Rolle der Gesundheitsförderung im Rahmen des Landesprogramms Soziale Stadt präzisiert.

Zur nachhaltigen Vernetzung wurde eine bereichsübergreifende Arbeitsgruppe angeregt, die eine Strategie zur landesweiten Implementierung von Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt entwickelt und die nächste Regionalkonferenz vorbereitet. Das Bauministerium und die Vernetzungsstrukturen der Sozialen Stadt in NRW werden sich hier – neben dem Regionalen Knoten, dem Gesunde Städte-Netzwerk und Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Gesundheitskonferenzen – mit einbinden.

Nachdem die erste Regionalkonferenz ihren Schwerpunkt auf Basisinformation, grundsätzlicher Sensibilisierung und erster Kontaktfindung hatte, wird die nächste Konferenz mehr Raum für Diskussion und Erfahrungsaustausch bieten. Dies war ein wichtiges Anliegen in der Feedbackrunde – der Vernetzung, dem Gespräch und allgemeinen Austausch, der Strategiefindung und Entwicklungsarbeit zwischen den Akteuren der beiden Bereiche soll ein geeignetes Forum geschaffen werden.



Die Plenarvorträge der Veranstaltung sind als Videos und Folienpräsentationen im Internet abrufbar (die Beiträge aus den Workshops als Folienpräsentationen):

http://www.loegd.nrw.de/publikationen/pub_tagungen_vortraege/tagungen/frameset_081125_duesseldorf_gefoe-soziale-stadt.html

Die Dokumentation der Tagung ist bereits erschienen. Sie umfasst die kompletten Plenarvorträge, Kurz-

darstellungen zu den Workshop-Projekten sowie die wichtigsten Diskussionsergebnisse. Sie kann bezogen werden über:

Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW
Zentrum für Öffentliche Gesundheit
Westerfeldstr. 35-37
33611 Bielefeld
Telefon: 0521 8007-233

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



BKK Landesverband NRW



Landwirtschaftliche
Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen



Fachtagung in Rheinland-Pfalz

Bernd-Olaf Hagedorn



Kindergesundheit in der Sozialen Stadt

10. November 2008 in Trier,
Bürgerhaus im Soziale Stadt-Gebiet Trier-Nord

Veranstalter

Regionaler Knoten Rheinland-Pfalz, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) und das Netzwerk Regionaler Knoten Rheinland-Pfalz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF), Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur (MBWJK), Gesetzliche Krankenkassen, Kommunale Spitzenverbände, Unfallkasse Rheinland-Pfalz, LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Rheinland-Pfalz, Armut und Gesundheit in Deutschland e.V., Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft

Teilnehmerkreis

- Landesministerien für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen (MASGFF), für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur (MBWJK), des Innern und für Sport (ISM) sowie für Finanzen (FM)
- Fachkräfte und Institutionen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen, der Sozial- und Gemeinwesenarbeit, der Stadtentwicklung sowie Medien, Politik und Wissenschaft

- AOK
- Caritasverband für die Diözese Trier e.V.
- Der PARITÄTISCHE
- Deutscher Kinderschutzbund
- Gesundheitsamt Trier
- Jugendamt Trier
- Landesjugendamt
- Landesnetzwerk Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit
- LIGA der Wohlfahrtsverbände
- vdek Die Ersatzkassen e.V.
- Verein Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.
- Wohnungsgenossenschaft Am Beutelweg eG Trier, als Trägerin des Soziale Stadt-Gebiets Trier-Nord

Ziel

Ziele der Fachtagung waren:

- die Vermittlung von Präventionsmaßnahmen und Praxiswissen unter besonderer Berücksichtigung von Programmen gegen Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel im Kontext von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen,
- die Präsentation des aktuellen Standes von Wissenschaft und Forschung zum Thema Kindergesundheit, Kinderarmut und sozialer Benachteiligung,
- die Verbesserung der Kommunikation der unterschiedlichen Institutionen, die mit sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen im Quartier befasst sind,



wichtigen Akteure im Bereich der gesunden Entwicklung von Kindern eine zentrale Aufgabe ein, wie es auch das vom Land neu entwickelte Landeskinderschutzgesetz vorsehe, so Dreyer. Rheinland-Pfalz habe mit diesem Kinderschutzgesetz einen bedeutenden Schritt zur gesunden Entwicklung und Entfaltung von Kindern getan und hierfür erhebliche Finanzmittel in die Hand genommen. Ziel sei es auch, durch die Vernetzung von Fachkräften das gezielte Aufsuchen von Familien, die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder nicht wahrnahmen, zum Erfolg werden zu lassen, betonte die Ministerin.

Der Magdeburger Hochschullehrer Professor Raimund Geene wies in Zusammenhang mit der Kinderarmut auf ein höheres Risiko bei Säuglingssterblichkeit, Entwicklung von Übergewicht und Adipositas sowie auf motorische, sprachliche und psychische Entwicklungsdefizite hin. Auch bei Zahngesundheit, Impfstatus, Unfallhäufigkeit und Krankenhausaufenthalten sei der Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung nicht zu übersehen. Abhilfe könnten Programme schaffen, die auf die Lebenswelt der sozial Benachteiligten ausgerichtet seien. Ärztinnen und Ärzte sowie Fachkräfte der Gesundheitsförderung müssten gezielt Menschen in ihrer Lebenswelt aufsuchen, die nicht genug für gesundheitliche Vorsorge täten und durch riskante Lebensstile die Gesundheit von Kindern gefährdeten. Gesundheitsförderung könne einen wichtigen Beitrag leisten gegen die wachsende Kinderarmut in Deutschland. Gerade in den sozial benachteiligten Stadtteilen böten sich hier vielfältige Aufgaben.

Ministerin Dreyer lobte die Verbindung des Entwicklungsprogramms Soziale Stadt mit der Gesundheitsförderung und begrüßte, dass daran neben dem Bildungsministerium auch die für Stadtentwicklung

- die Weiterentwicklung der Netzbildung von Fachkräften, Trägern, Verbänden, öffentlichen Fachstellen, Politik und Verwaltung im Kontext von Kindergesundheit und Sozialer Stadt bzw. anderen aufzuwertenden Stadt- und Ortsteilen in Rheinland-Pfalz, und
- die Sensibilisierung der Öffentlichkeit.

Erstmals wurde ein Fachtag des Regionalen Knotens von der Rheinland-Pfälzischen Sozial- und Gesundheitsministerin Malu Dreyer eröffnet. Mit 120 Teilnehmenden war der Fachtag sehr gut besucht. Hörfunk und Regionale Zeitungen berichteten umfangreich im Vorfeld und im Nachgang über das Ereignis.

In ihrem Grußwort wies Sozial- und Gesundheitsministerin Malu Dreyer auf den engen Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand, Kinderarmut und niedrigem Bildungsstatus hin: „Um die gesunde Entwicklung unserer Kinder zu fördern und allen Kindern die gleichen Chancen auf ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, ist mir der integrierte Ansatz im rheinland-pfälzischen Regionalen Knoten zur Bekämpfung von Armut und gesundheitlicher Benachteiligung ein großes Anliegen“, unterstrich Dreyer. Zugleich sei er ein positives Beispiel für eine gelungene Bündelung von Energien und Ressourcen zu Gunsten der Gesundheit von armen und benachteiligten Kindern. Der Regionale Knoten nehme durch die Vernetzung aller



und Wohnungsbau zuständigen Ministerien des Innern und für Sport sowie für Finanzen an dem Fachtag zur Kindergesundheit teilnahmen. In Trier gehören die Stadtteile Trier-Nord und Trier-West zum Programmgebiet der Sozialen Stadt. Das Projekt „Gesundheitsteams vor Ort“, unter anderem aktiv im Bürgerhaus Trier-Nord und in der Mainzer Neustadt, sei ein gelungenes Beispiel für Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt, bei dem auch die Krankenkassen aktiv mitwirkten, so Staatsministerin Dreyer.

Der Geschäftsführer der LZG, Jupp Arldt, stellte die besondere Bedeutung von Angeboten zur gezielten Förderung für mehr Bewegung, bessere Ernährung, zur Suchtprävention sowie zur Stärkung der Elternkompetenz in den Vordergrund. Er nannte in diesem Zusammenhang die LZG-Projekte für Kinder aus suchtbelasteten Familien, DIE BEWEGUNG, Gesund leben lernen und die Elternschule.

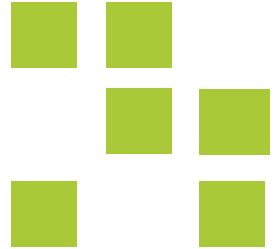
In zwei Podiumsdiskussionen wurde der Vernetzungsaspekt der Regionalkonferenz unterstrichen und zwar mit den Themen:

- „Akteure der Förderung der Kindergesundheit im Quartier“ mit Professor Detlef Baum, Fachhochschule Koblenz, Dr. Eike Schumann, Leiterin des Referates Gesundheitsförderung im MASGFF, Achim Hettinger, Leiter des Jugendamtes der Stadt Trier, Dr. Marlene Witek, Leiterin des kinder- und jugendärztlichen Dienstes, Gesundheitsamt Trier, Armin Lang, Leiter der VdEK-Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Jens Carstensen, Leiter des Referates Städtebauliche Entwicklung und Konversion im Ministerium des Innern und für Sport, Herbert Sommer, Leiter der Referatsgruppe Bauen und Wohnen im Ministerium der Finanzen.
- „Verbesserung der Kindergesundheit im Quartier – Zugänge ermöglichen und erleichtern“ mit Wolfgang Krause, Geschäftsführer Der PARI-

TÄTISCHE Landesverband Rheinland-Pfalz / Saarland, Olaf Noll, stellvertretender Leiter der Abteilung Soziales im MASGFF, Jens Carstensen, Leiter des Referates Städtebauliche Entwicklung und Konversion im Ministerium des Innern und für Sport, Herbert Sommer, Ministerium der Finanzen, Angela Thelen, Leiterin der Abteilung Kindertageseinrichtungen, Caritasverband für die Diözese Trier e.V., Klaus Wilms, Referent Gesundheitsförderung, AOK – Die Gesundheitskasse Rheinland-Pfalz, LZG-Vorstand, Sylvia Kreußler, Fachgruppe Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit der LIGA Rheinland-Pfalz, Maria Ohlig, Landesnetzwerk Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit Rheinland-Pfalz, WOGEBE.

In gut besuchten Workshops wurden anhand von Praxisprojekten unter anderem mit den Schwerpunktthemen Ernährung und Bewegung, zugeschnitten auf sozial Benachteiligte, die Themen: „Gesundheitsförderung im Setting“, „Praktische Hilfen“, „Verbesserung für das Kindeswohl im Quartier“ und „Starke Mütter – Starke Kinder“ diskutiert. Das Adipositas-Präventionsprojekt der AOK „Tigerkids“ wurde speziell für die Klientel der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen aufbereitet. Die Toolbox des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten „Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ wurde in einem eigenen Beitrag vorgestellt und wird an alle Teilnehmenden des Fachtages versendet.

Das neue Landeskinderschutzgesetz in Rheinland-Pfalz nahm ebenso wie Projekte zur Stärkung der Elternkompetenz von sozial Benachteiligten breiten Raum ein.



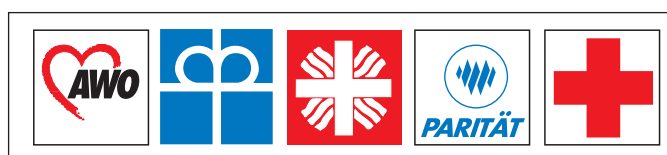
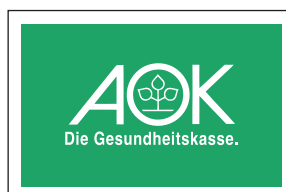
Ergebnisse

Für die Netzwerkbildung konnten neue Impulse gesetzt werden. Erstmals nahmen alle in den Programmgebieten der Sozialen Stadt involvierten Landesministerien an einem Fachtag zur Kindergesundheit teil. Vertreterinnen und Vertreter von Jugend- und Gesundheitsämtern, Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, Freien Trägern sowie Fachkräfte aus den Quartieren wurden zusammengeführt. Das große Interesse an der Tagung, die erfolgreiche Informationsvermittlung und der Informationsaustausch zur Verbesserung der Netzwerkbildung, die gelungene Sensibilisierung von Politik und Öffentlichkeit und die erfolgreiche Prä-

sentation von Präventionsprogrammen zur Bewegungsförderung und für bessere Ernährung sind als Erfolge der Tagung zu bewerten.

Die Dokumentation der Tagung wird derzeit erstellt und steht dann im Internet zur Verfügung, bzw. kann bezogen werden über:

Regionaler Knoten Rheinland-Pfalz
Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)
Hölderlinstr. 8
55131 Mainz
Telefon: 0 6131 – 20 69 – 16



Saarländisches Landesforum

Daniela Kleer

Gesundheitsförderung und Prävention im Stadtteil

28. Januar 2009 in Saarbrücken,
im Business Communication Center im
Soziale Stadt- Programmgebiet Burbach

Veranstalter

Regionaler Knoten Saarland, LandesArbeitsgemein-
schaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS)

Teilnehmerkreis

- Programmgebiete Soziale Stadt
- Gemeinwesenarbeit
- Wohlfahrtsverbände
- Gesundheitsämter
- Krankenkassen
- Stadt- und Gemeindeverwaltungen
- Mitglieder der LAGS
- Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und
Soziales, Ministerium für Umwelt



- und die interessierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Jahrestagung.

Ziel

Die Gesundheitsförderung in den Gebieten der Sozialen Stadt und anderen Stadtteilen mit Entwicklungsbedarf soll gestärkt, mögliche Aktivitäten bezüglich gesunder Ernährung und Bewegung unterstützt sowie Ansätze zur regionalen und kommunalen Vernetzung gefördert werden. Dazu war es zunächst wichtig, dass Partnerinnen und Partner aus den Sozialen Stadt-Gebieten und Akteure aus dem Gesundheitsbereich, die über Potenziale zur Unterstützung und Förderung gesundheitsbezogener und präventiver Ansätze verfügen, zusammenkommen und sich kennen lernen.

Ein weiteres Ziel war es, die Akteure über Bedarf, Fördermöglichkeiten, mögliche Handlungsfelder und Möglichkeiten der Qualitätssicherung zu informieren.

Das Saarland ist ein flächenmäßig kleines Bundesland mit kurzen Wegen, einer überschaubaren Anzahl von Akteuren und lediglich neun Sozialen Stadt-Gebieten, so dass eine Verbreitung in die Fläche mittels mehrerer Regionalkonferenzen bundeslandintern nicht notwendig ist. Daher wurde eine den Bedingungen im Saarland entsprechende Umsetzungsstrategie gewählt und die Regionalkonferenz als dritte Stufe eines aufeinander aufbauenden dreistufigen Verfahrens angelegt.

Im ersten Schritt ging es zunächst darum, die entsprechenden Menschen aus den Professionen, Entscheidungsebenen und Quartiersmanagements vor Ort zu erreichen und deren Bewusstsein für Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, indem das Thema publik gemacht und sein Aktualität dargelegt



wurde. Hierzu bot die Netzwerktagung der Gesellschaft für Innovation und Unternehmensförderung (GIU), die durch das Umweltministerium mit der Durchführung der Vernetzungstreffen und Fortbildungsveranstaltungen für die Projektmitarbeiter der Sozialen Stadt-Gebiete beauftragt worden war, die ideale Plattform. Das Thema wurde von dem damaligen und der jetzigen Knoten Koordinatorin auf der Netzwerktagung präsentiert, Hintergründe und aktuelle Entwicklungen erörtert. Gleichzeitig wurde die Jahrestagung des Regionalen Knotens „Die gesunde soziale Stadt. Gesundheitsfördernde Ansätze für Quartiersmanagement und Gemeinwesenarbeit“ am 12. November 2008 in Völklingen beworben, die den zweiten Schritt im Mobilisierungsverfahren darstellte.

Diese Veranstaltung wurde durchgeführt in Kooperation mit der GIU und Volkshochschule Völklingen und fand in dem Programmgebiet Völklingen statt. Ziel dieser Veranstaltung war es, Fachkräften und Verantwortlichen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich innovative Handlungsansätze für die Stadtteilarbeit aufzuzeigen. Die Veranstaltung legte einen besonderen Schwerpunkt auf Ursachen und Lösungswege für gesundheitliche und soziale Probleme in sozialen Brennpunkten. In Workshops wurden wirksame Konzepte vorgestellt. Die Regionalkonferenz im Januar 2009 wurde angekündigt und für deren optimale Vorbereitung mittels eines Erhebungsbogens die Vorkenntnisse und das Interesse an der Thematik erfragt.

Das Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales und das Ministerium für Umwelt haben im Rahmen der Regionalkonferenz ihre Positionen vorgestellt und das Anliegen der Konferenz unterstützt. Der Nationale Aktionsplan IN FORM wurde vorgestellt und die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention im Stadtteil betont. Potenziale der Gesundheitsförderung im Programm Soziale Stadt und der Zusammenarbeit im Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wurden auf-

gezeigt. Die Koordinatorin des Regionalen Knoten Saarland stellte ihre Arbeit vor und gab einen Überblick über die bisherigen Aktivitäten und die Jahrestagung. Neben Beispielen guter Praxis der Gesundheitsförderung wurden auch die „Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ des Kooperationsverbunds Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten vorgestellt und mit den Teilnehmenden einzelne Aspekte, wie zum Beispiel die Bedarfserhebung, diskutiert.

Nach der Mittagspause wurden mit der Methode World Café an acht Tischen konkrete Bezüge zur Praxis herausgearbeitet und erste Projektideen entwickelt sowie möglicher Koordinierungs- und Unterstützungsbedarf beraten.

Frage eins befasste sich mit der Ist-Situation und lautete: „Wo sind Sie in Ihrem Arbeitsfeld bereits mit Präventionsangeboten und mit Angeboten zur Gesundheitsförderung hinsichtlich Ernährung, Bewegung und anderen Gesundheitsthemen in Kontakt gekommen?“ Dadurch wurden Transparenz und der Austausch über Praxisbeispiele unterstützt sowie potenzielle Anknüpfungspunkte für Kooperationen eruiert. Ermittelt wurden zielgruppenbezogene, tätigkeitsbezogene und aktorsbezogene Aktivitäten für Kinder und Jugendliche, Familien, Migrantinnen und Migranten, Arbeitslose und Seniorinnen und Senioren, wobei die Bereiche Kinder und Jugendliche/Familien und Seniorinnen und Senioren den größten Anteil bilden. Genannt wurden Angebote zu gesunder Ernährung in Schulen und Kitas, Aktivitäten im Rahmen von Besuchsdiensten für Seniorinnen und Senioren bis hin zu Gemeinschaftsgärten in sozialen Brennpunkten. Die tätigkeitsbezogenen Aktivitäten kommen überwiegend aus den Bereichen Ernährung



und Bewegung, wie zum Beispiel Kochkurse für Mütter und Töchter oder Lauftreffs und Schwimmkurse. Konsens bestand, dass eine nachhaltige Vermittlung von Kompetenzen für alltägliche Lebensführung wichtig ist und dies zusammen mit Familienförderung die Grundlage für weitere Aktivitäten im Bereich Ernährung, Bewegung und Stress sein sollte. Die Bandbreite der Akteure erstreckt sich von Krankenkassen, kommunalen Arbeitskreisen und Gesundheitsämtern bis hin zu Sportvereinen und einzelnen Berufsgruppen, wie beispielsweise Hebammen. Besonderes Interesse fanden Projekte wie „Völklingen lebt gesund“ oder „Fest im Sattel“.

Frage zwei diente dazu, Visionen zu formulieren und Projektideen zu entwickeln. „Welche Ernährungs-, Bewegungs- und andere Gesundheitsangebote würden Sie gerne in Ihrem Arbeitsfeld anbieten, wenn Zeit und Geld keine Rolle spielen?“. Die Bandbreite der Ergebnisse reichte von abstrakten Wünschen wie „gesundes Essen für alle“ oder kostenlose niedrigschwellige Ernährungs- und Bewegungsangebote bis hin zu konkreten Wünschen wie Sitztanzgruppen für Seniorinnen und Senioren oder eine Zusatzqualifikation für Lehrkräfte im Grundschulbereich, verbunden mit einem verpflichtenden Fach „Gesundheit, Ernährung und Bewegung“. Die Settings Schule und Kita wurden häufig als Ort und / oder Anknüpfungspunkt genannt. Die Ideen und Wünsche reichten sowohl von der Umsetzung bekannter Projekte und Angebote, wie Ausbau des Schulsports oder Gemeinschaftsgärten im Stadtteil, bis hin zu weniger bekannten Aktivitäten wie Trainings- und Ruheräume am Arbeitsplatz, Fastenbegleitung oder „Kochen mit Sarah Wiener“. Wichtig war es allen, gelungene bestehende Projekte im Sinne der Nachhaltigkeit zu verstetigen.

Mit Frage drei wurde der Unterstützungsbedarf der Akteure ermittelt. „Welche Unterstützung benötigen Sie oder wünschen Sie sich von möglichen Kooperationspartnern?“ Dabei wurden eigene Ressourcen von den Teilnehmenden erkannt, aber auch Erwartungen an potenzielle Partner wie Gesundheitsämter, Krankenkassen, den Regionalen Knoten oder Gemeinwesenarbeit formuliert.

Neben der Verbesserung der finanziellen und personellen Ausstattung wünschen sich die meisten Diskutierenden auch Unterstützung in ideeller Hinsicht: ein ernsthaftes und kooperatives Engagement aller Beteiligten sowohl in Politik und Wirtschaft, als auch der Akteure vor Ort wie Gesundheitsämter, Krankenkassen, Gemeinwesenarbeit oder Schulen. Weitere Stichworte lauteten: Solidarität statt Konkurrenz, Parität der Akteure, Verlässlichkeit, Planungssicherheit, Anerkennung von Ehrenamt, Austausch, realistische Laufzeiten von Projekten, gegenseitige Anerkennung, angemessene Entlohnung, Vernetzung, das Einbringen von Ressourcen aller Partner, Entbürokratisierung im Sinne kurzer Wege, klare Ansprechpartner und Definition von Zuständigkeiten, ressortübergreifende Verantwortung und das Nutzen von Synergien.



Ergebnisse

Die Veranstaltung wurde evaluiert und erhielt insgesamt die Durchschnittsnote von 1,9. Die Teilnehmenden geben an, ihnen habe die Veranstaltung in allen Aspekten „einiges“ bzw. „viel“ gebracht. Der in den vergangenen Monaten geknüpfte Kontakt zu den Akteuren der Soziale Stadt-Gebiete und zum zuständigen Ministerium für Umwelt wurde ausgebaut und erweitert. Der Wunsch nach Kooperation und gegenseitiger Unterstützung ist allgemein vorhanden. Ausdruck der gefestigten Zusammenarbeit ist, dass die LAGS die Evaluation des Soziale Stadt – Projektes „Kinderkochclub Flotte Lotte“, Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenschancen, im Programmgebiet Burbach übernehmen wird. Mit Interesse wird die Dokumentation des Projektes „Völklingen lebt gesund“ erwartet, die die LAGS dank der Finanzierung

durch das Saarländische Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales zurzeit erstellt. Die entsprechende Aufbereitung dieses Projektes soll die Übertragbarkeit auf andere Städte und oder Stadtteile des Landes unterstützen.

Die Dokumentation der Tagung wird erstellt und steht dann im Internet zur Verfügung, bzw. kann bezogen werden über:

Regionaler Knoten Saarland
LandesArbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS)
Regionaler Knoten Saarland
Feldmannstraße 110
66119 Saarbrücken
Telefon: 0681 – 97 61 97 – 20



Fachtag in Sachsen

Stephan Koesling, Harry Müller

Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt – Stand und Perspektiven

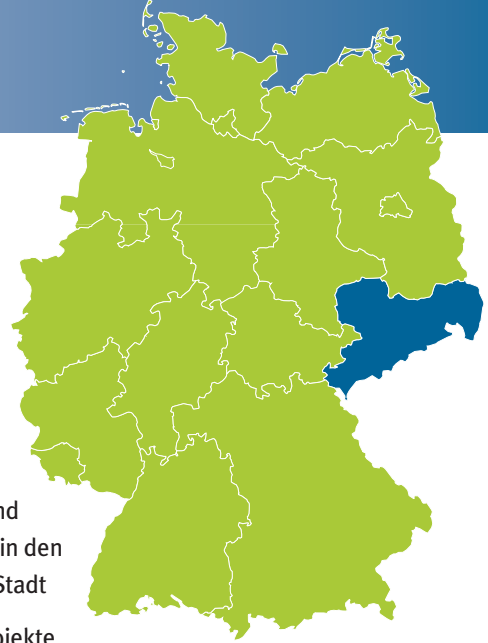
16. Oktober 2008 in Leipzig, Ratsplenaarsaal

Veranstalter

Regionaler Knoten Sachsen,
Sächsische Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung e. V.,
Kooperationspartner Gesundheitsamt
der Stadt Leipzig

Teilnehmerkreis

- Quartiersmanagements
- Gesundheitsämter
- freie Träger
- kommunale Träger der Stadt Leipzig
- Forschungseinrichtungen



Ziel

- Stärkung von Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen in den Quartieren der Sozialen Stadt
- Vorstellung laufender Projekte und strukturbildender Ansätze in Sachsen

Themenübersicht:

- Einführung in die Thematik Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
- Präsentation lokaler Projekte und neu initiiertes Projekte, zum Beispiel Grünau Move (Förderung BMG) und Leipziger Osten sowie laufenden Aktivitäten der Landesarbeitsgemeinschaft Quartiersmanagement
- Vorstellung strukturbildender Programme Soziale Stadt, Gesundheitsziele Sachsen und Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
- Abschlussdiskussion über künftige Zusammenarbeit und Vernetzung

Ein Schwerpunkt der Tagung war auch die Zielorientierung der Maßnahmen, die sich im sächsischen Gesundheitsziel „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen mit dem Ziel des Erhalts der Erwerbsfähigkeit“ bündeln.

Die Problematik der Arbeitslosigkeit hat sich seitdem in Sachsen nicht verändert. Trotz der seit 2008 abnehmenden Arbeitslosenzahlen sind diese für die neuen Bundesländer nach wie vor doppelt so hoch im Vergleich zu Westdeutschland. Die Arbeitsmarktzahlen zeigen laut einer Statistik der Bundesagentur für Arbeit im Dezember 2008 eine Arbeitslosenquote von 12,2 Prozent für Ostdeutschland und von 6,2 Prozent



für Westdeutschland. In dieser Hinsicht unterscheidet sich Sachsen mit einer durchschnittlichen Arbeitslosenzahl von zwölf Prozent, was 261.071 Personen entspricht, nicht von den anderen neuen Bundesländern. Die Relevanz der Zahlen für die Gesundheitsförderung ergibt sich aus den Befunden, die zu den psychosozialen Folgen von Arbeitslosigkeit vorliegen



Um das Gesundheitsziel in Sachsen weiter zu verankern, geht es darum, dass sich relevante Akteure der Beschäftigungs- und der Gesundheitsförderung aktiv in das Gesundheitsziel einbringen. Perspektivisch steht das gemeinsame Planen und Umsetzen von Maßnahmen und Angeboten für Arbeitslose oder von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen im Vordergrund. Kommunikation und Vernetzung stehen hier als Mittel zur Verfügung. Dazu sind fest installierte Strukturen nötig.

Durch die eingerichtete Koordinierungsstelle werden Veranstaltungen organisiert, die einen breiten fachlichen Austausch zum Gesundheitsziel zwischen den Akteuren in Sachsen ermöglichen. Projekte guter Praxis zur Gesundheitsförderung Arbeitsloser aus Sachsen, aber auch anderer Bundesländer erhalten hier eine Plattform.

Plattformtreffen haben die Funktion, das Gesundheitsziel unter den Akteuren der Gesundheits- und Beschäftigungsförderung, der Selbsthilfe und der Wissenschaft bekannt zu machen. Die Veranstaltungen dienen als Plattform, um die Themen partizipativ mit den Betroffenen und den genannten Akteuren zu diskutieren und die Ergebnisse für die Entwicklung und Umsetzung des Gesundheitszieles in Sachsen zu nutzen. Die Plattform bietet darüber hinaus das Potenzial, weitere Akteure längerfristig in das Gesundheitsziel aktiv mit einzubinden.

Mitarbeitende von Krankenkassen (AOK PLUS, BKK Ost, IKK Sachsen), der Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Sachsen, der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V., der Bundesagentur für Arbeit, der ARGE n Sachsens, der Sächsischen Landkreise und Kreisfreien Städte, der Technischen Universität Dresden, des Sächsischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Arbeit und des SMS wirken aktuell in einer Arbeitsgruppe zusammen, die von der externen und internen Koordinatorin organisiert und geleitet werden.

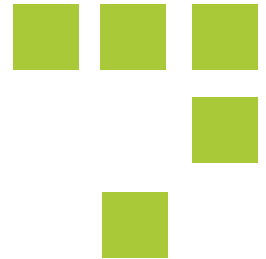
Die Einrichtung eines Fachbeirates als weiteres Strukturelement neben der Arbeitsgruppe wurde Ende 2008 begonnen, nachdem dies in der Klausurtagung der sächsischen Gesundheitsziele im Oktober 2008 angeregt wurde.

Perspektiven

Die Weiterentwicklung des Gesundheitsziels „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ ist ein Prozess. Die Koordinierungsstelle wird weiterhin daran arbeiten, in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe verbindliche Strukturen auf- und auszubauen. Mittelfristiges Ziel könnte es sein, im Gesundheitsziel ein konzeptionelles Arbeiten auf der Basis gesicherter Erkenntnisse zu gewährleisten sowie Evaluationskriterien für Maßnahmen abzuleiten. Langfristig sollte der Fachbeirat dazu beitragen, das Gesundheitsziel in seiner Weiterentwicklung zu unterstützen und Handlungsfelder und Ziele zu priorisieren.

Das AktivA-Programm als inhaltlicher Baustein des Gesundheitsziels hat neben seinen positiven Wirkungen auf das gesundheitliche Befinden von Arbeitslosen auch das Potenzial, über dieses „Produkt“ die kommunale Ebene auf die Thematik „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ hinzuweisen. Diese Sensibilisierung und die Unterstützung von Projekten durch fachliche Begleitung stellen eine wesentliche Aufgabe der Koordinierungsstelle dar und werden auch 2009 so gesehen.

Personenkreis. Es ist daher wichtig, unterschiedliche Zugangswege und damit vielfältige Kooperationspartner für dieses Gesundheitsziel zu gewinnen. Eine starke Öffentlichkeitsarbeit und der ständige Austausch mit den Akteuren aus Gesundheits- und Beschäftigungsförderung, sowie der Landkreise und kreisfreien Städte und der Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege ist zukünftig auch weiterhin die zentrale Aufgabe für das Gesundheitsziel und die Koordinierungsstelle.



Handlungsfeld	Oberziele/Teilziele	Strategien	Maßnahmen	Umsetzungsgrad
Bewältigung von Arbeitslosigkeit	Unterstützung bei der Bewältigung von Arbeitslosigkeit in unterschiedlichen Phasen der Arbeitslosigkeit und in Abhängigkeit des psychischen und physischen Gesundheitszustandes	Trainingsprogramm/Multiplikatorenmodell	AktivA-Training (2007, 2008)	Regional/Nutzung durch verschiedene Bildungs- und Beschäftigungsträger
		Trainingsprogramm/Multiplikatorenmodell	IDEE – Integration durch ehrenamtliches Engagement (2008)	Regional/Stadt Leipzig
Verbesserung von Kommunikation und Vernetzung	Transparenz von Angeboten und Leistungen Information der Zielgruppe/ Subgruppen/ Information und Vernetzung der Akteure/ Leistungserbringer	Aufbau und Aktualisierung einer Datenbank	Beratungsstellenverzeichnis für Sachsen (2007)	Überregional/ Internet-Datenbank

Quelle: Frau Mühlpfordt, TU Dresden

Im Rahmen des Gesundheitsziels konnte bereits viel erreicht werden. So tragen das AktivA-Programm und das Beratungsstellenverzeichnis dazu bei, dass Arbeitslose einen verbesserten Zugang zu weiterführenden Angeboten (z.B. Beschäftigungsmöglichkeiten, Sportvereinen, Beratungsangeboten, Volkshochschulen) erhalten können. Das Gesundheitsziel betrachtet Arbeitslose als einen sehr heterogenen



Ergebnisse

- Zukünftig wird es kontinuierliche Arbeitstreffen mit der Landesarbeitsgemeinschaft „Quartiersmanagement“ zur Abstimmung von Arbeitsthemen in den Gebieten der Sozialen Stadt geben.
- Es wurde ein regelmäßiger Austausch zwischen dem Regionalen Knoten und den beteiligten Projekten vereinbart.
- Mit der Techniker Krankenkasse soll es zum Programm „Gesunde Kommune“ einen kontinuierlichen Austausch geben.
- Recherche zum aktuellen Stand und Umsetzung der Verwaltungsvorschriften für den Freistaat Sachsen

Konkrete nächste Zusammenarbeit:

Tagung am 19. und 20. März 2009: „Gewusst und doch nicht im Blick?“ Herausforderungen für die Regionalentwicklung urbaner und ländlicher Räume, Veranstalter: Evangelische Akademie Meißen, Kooperationspartner: TU Dresden, LAK Mobile Jugendarbeit Sachsen, LAG Sachsen Quartiersmanagement und Gemeinwesenarbeit e.V., Pro Jugend e.V. Freital

Die Dokumentation der Tagung ist erschienen und steht im Internet zur Verfügung bzw. kann bezogen werden über:

Regionaler Knoten Sachsen
Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.
Könneritzstr. 5
01067 Dresden
Telefon: 0351 – 5 63 55 687



**Sächsische Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung e.V.**



GESUNDE.SACHSEN
Bewusst leben.



**Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.**

Freistaat Sachsen

Staatsministerium für Soziales

Regionale Gesundheitskonferenzen in Sachsen-Anhalt

Martina Kolbe, Birgit Ferner



- Entscheidungsträger politischer Ressorts (z. B. Gesundheitsamt, Jugendamt etc.)

Vielfach existieren in den Programmgebieten der Sozialen Stadt in Sachsen-Anhalt bereits Aktivitäten im Gesundheitsbereich, z.B. die Mitwirkung an der Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“ oder die Durchführung von Gesundheitstagen. Bestehendes Engagement ist bislang jedoch wenig transparent. Dadurch werden Chancen eines wechselseitigen Nutzens und einer Kooperation vergeben. Stadtteilbezogene Netzwerke, an denen Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalpolitik, der Ämter, sozialer und gesundheitsbezogener Institutionen, Schulen und Kindertagesstätten sowie Krankenkassen teilnehmen, können dazu beitragen, Akteure zusammen zu führen, mögliche Schnittstellen zu eruieren und Potenziale besser zu nutzen.

Eine zentrale Rolle nehmen in diesem Prozess die Stadtteil- bzw. Quartiersmanagement ein. Sie sind die Schnittstelle zwischen Zielgruppe und Anbieterinnen und Anbietern gesundheitsförderlicher Interventionen. Um die Stadtteilmanager in dieser Funktion zu unterstützen, bietet sich eine Zusammenarbeit mit dem Regionalen Knoten Sachsen-Anhalt der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. an. Durch regionale bzw. lokale Gesundheitskonferenzen sollen in einer ersten Phase Kennenlernen und Austauschen gefördert, mögliche Kooperationen geprüft und erste Ideen entwickelt werden. Planung und Moderation erfolgt dabei durch die Knotenmitarbeiterin der LVG. Wenn es gelingt, entsprechende Ressourcen zu mobilisieren und die lokalen Akteure für ein Gesundheitsengagement zu gewinnen, wird in der zweiten Phase die konkrete Projektplanung realisiert.

Mehr Gesundheit in die Stadt

Regionalkonferenzen

Veranstalter

Regionaler Knoten Sachsen-Anhalt der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. gemeinsam mit Stadtteilbüro (SM Magdeburg Kannentieg / Neustädter See), Soziale Stadt und Land Entwicklungsgesellschaft mbH (SM Magdeburg Neustädter Feld), Stadtteilbüro Südost (SM Magdeburg Südost), BauBeCon Sanierungsträger GmbH (Magdeburg Buckau), Stadtteilbüro (SM Stendal Stadtsee), Kontaktstelle Soziale Stadt Dessau (QM Dessau Innenstadt), Soziokulturelles Zentrum „Pferdestall“ (QM Wittenberg Lerchenberg/ Trajuhnscher Bach)

Teilnehmerkreis

- Vertreterinnen und Vertreter ausgewählter Institutionen des Gesundheitssektors (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Geburtshilfe etc.)
- Akteure der Sozialarbeit (z. B. Beratungseinrichtungen, Stadtteiltreffs etc.)
- Anbietende von Gesundheitsleistungen, z. B. Sportvereine, Fitnessstudios etc.
- Bildungseinrichtungen (z. B. Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer etc.)
- Stadtteil- bzw. Quartiersmanager sowie Koordinatorinnen und Koordinatoren des Gesunde Städte-Programms



Ziel

Folgende Ziele wurden mit der Durchführung lokaler Gesundheitskonferenzen verbunden:

- Schaffung einer Plattform für den Erfahrungsaustausch der Akteure mit Gesundheits- und Sozialbezug in den Stadtteilen/ Städten,
- Einbeziehung der relevanten politischen Fachressorts (insbesondere Sozial-, Stadtentwicklungs-, Wohnungs- und Gesundheitsressorts),
- Erarbeitung von politischen Empfehlungen unter Einbezug der Erfahrungen der Stadtteil- bzw. Quartiersmanagements,
- Berücksichtigung politischer Rahmenempfehlungen (z. B. Gesundheitsziele, Bundesaktionspläne, Landesinitiativen wie Familienbündnisse),
- Entwicklung realistischer Ideen zur Gesundheitsförderung – insbesondere für Kinder und Jugendliche zur Förderung von mehr Bewegung und gesunder Ernährung – in den Stadtteilen,
- Eruierung von regionalen Ressourcen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im jeweiligen Stadtteil,
- Erarbeitung eines Maßnahmenplanes für die regionale Gesundheitsförderung.

In den Stadtteilen Magdeburg Kannenstieg/Neustädter See, Magdeburg Neustädter Feld, Magdeburg Südost, Magdeburg Buckau, Dessau Innenstadt, Stendal Stadtsee und Wittenberg Trajuhnscher Bach/Lerchenberg wurde zwischen September und Dezember 2008 jeweils eine Veranstaltung durchgeführt. Diese wurden – trotz einheitlichen Grundaufbaus und übergeordneter Zielstellung – am Bedarf und den jeweiligen Gegebenheiten des Stadtteils ausgerichtet. Unterschiedliche Teilnehmerstrukturen und –mengen erforderten eine hohe Flexibilität vom Projektmanagement.

Die Veranstaltungen folgten zunächst einem einheitlichen Muster: einer Input-Phase und einer Phase des Austausches und der Ideenfindung. Bei der Input-Phase wurde auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt – wo möglich auch der Stadt bzw. des Stadtteils –, den Gesundheitszielprozess und die Ergebnisse der aktuellen Schulanfängerstudie eingegangen. In der sich anschließenden Austausch- und Ideenfindungsphase wurden gemeinsam mit den Teilnehmenden vorhandene Strukturen und Aktivitäten der lokalen Gesundheitsförderung aufgezeigt, erörtert und auf gemeinsame Schnittstellen und Kooperationsmöglichkeiten geprüft. Außerdem wurden neue Ideen entwickelt und bestehende Angebote auf ihre lokale Nutzungsmöglichkeit geprüft. So entstand für jedes beteiligte Stadtgebiet ein erster lokaler Gesundheitsaktionsplan, in dem insbesondere Kinder und Jugendliche und die Themen Bewegung und Ernährung sowie Stressbewältigung besondere Berücksichtigung fanden.

Bei allen Veranstaltungen zeigte sich ein grundsätzliches Interesse an Kooperationen. Die Vielschichtigkeit der Akteure sowie die damit verbundenen Blickwinkel bergen auf der einen Seite Chancen, auf der anderen Seite auch die Herausforderung, unterschiedliche Interessen zugunsten einer Zusammenarbeit auf einen Nenner zu bringen. Obwohl sich die lokalen Partnerinnen und Partner nicht selten schon kannten, ist es auch gelungen, Personen an einen Tisch zu bringen, die bislang noch keinen Kontakt bzw. Bezug zueinander hatten. Allen Beteiligten konnte mit Hilfe der in der Input-Phase gegebenen Informationen die Notwendigkeit noch einmal verdeutlicht werden, sozial benachteiligte Bürgerinnen und Bürger stärker in den Fokus gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu nehmen. Trotz des damit erreichten Konsens bei den Teilnehmenden klafft häufig noch immer eine Lücke zwischen dem Willen, zielgruppengerechte Angebote zu schaffen und den Ideen, wie schwer erreichbare so-

zial benachteiligte Personen tatsächlich zur Teilnahme motiviert werden können. Vielfach erbrachten die Akteure Beispiele der Vergangenheit, bei denen niederschwellige Angebote trotz aller Bemühungen erfolglos blieben. Kinder und Jugendliche sind dabei durch Setting-Anbindung (KiTa, Schule, Jugendzentrum) noch gut erreichbar. Die für eine nachhaltige und umfassende Sensibilisierung notwendigen Eltern und Großeltern werden jedoch kaum erreicht.

Wissenserweiterung oder die Aussicht auf einen besseren Gesundheitsstatus als alleiniger Gewinn ist für die entsprechende Zielgruppe kein Anreiz zur Partizipation an Gesundheitsangeboten und -strukturen. Ebenso wenig greift die allgemeine Ansprache. Zudem reichen die finanziellen Ressourcen sozial benachteiligter Familien häufig nicht aus, um kostenpflichtige Gesundheitsangebote in Anspruch zu nehmen.

Zur Betreuung und Erreichung der Zielgruppe sind im Vergleich zu anderen Zielgruppen ein deutlich höherer Personalaufwand und ggf. auch finanzielle Subventionen für Gesundheitsleistungen von Nöten. Vor allem aber mangelt es an tragfähigen Strukturen, die eine gesunde Lebensweise von klein auf nahe legen. Diese müssen langfristig aufgebaut und gepflegt werden. Einmalige Interventionen versprechen wenig Erfolg. In der Hauptsache wurde deutlich, dass die fehlenden und permanent wechselnden personellen Kapazitäten zur Betreuung der Zielgruppe lokale Initiativen häufig ver- bzw. behindern. Es mangelt nicht an Ideen, auch nicht an Einsatz- und Kooperationswille, es mangelt an Koordination, an langfristiger Identität stiftender lokaler Begleitung sowie an personellen und materiellen Ressourcen. Es mangelt aber auch am Wissen übereinander und die jeweilige Leistungsfähigkeit der Partner. Hier konnten die Gesundheitskonferenzen sicher dazu beitragen, Lücken zu schließen und Partner für mehr Gesundheit in der Stadt zusammenzuführen. Die Planung der weiteren Vorgehensweise und die Umsetzung entwickelter

Ansätze und Ideen müssen zunächst inhaltlich, parallel dazu aber auch personell und finanziell, auf Umsetzbarkeit geprüft werden. Nur bei einigen Ideen kann auf bestehende Initiativen aufgebaut und lokale Ressourcen genutzt werden.

Ergebnisse

Die lokalen Gesundheitskonferenzen verfolgten das Ziel, potenzielle Kooperationspartner zusammenzuführen und einen Austausch zu bestehenden Aktivitäten und möglichen gemeinsamen Interventionen zu befördern. Dieses Ziel konnte erreicht werden. Aus den Veranstaltungen sind vielseitige Ideen hervorgegangen, die oftmals ganz unterschiedliche Ansätze verfolgen, aber im Wesentlichen auf die Förderung von Gesundheitschancen für Benachteiligte zielen und damit einen Beitrag für eine soziale und gesunde Stadt leisten können.

Einige Ideen fokussieren den verhaltenspräventiven Ansatz, andere die Verhältnisprävention und den Aufbau von Strukturen. Wieder andere Stadtteile erachten die Analyse der gesundheitlichen Ausgangssituation im Quartier als prioritär, um eine Handlungsgrundlage für spätere Aktivitäten zu schaffen. Einige Vorschläge werden maßgeblich durch einzelne Institutionen getragen, andere finden konzertiert statt. Auch vom zeitlichen Umfang der Interventionen gibt es ganz unterschiedliche Ansätze, so sind von Einzelaktionen bis zu langjährigen Projekten viele





Möglichkeiten genannt worden. Inhaltlich konzentriert sich die Mehrzahl der Ideen auf Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Bewegungsverhaltens und der gesunden, ausgewogenen Ernährung. Hierbei stehen Kinder und Jugendliche im Mittelpunkt. Eines ist allen Ideen gleich: sie müssen zunächst auf ihre Umsetzbarkeit geprüft werden. Das ist eine der wesentlichen Aufgaben für das Jahr 2009. Sind die Rahmenbedingungen geklärt, können die Stadtteilakteure an die Maßnahmeplanung und Umsetzung gehen.

Den genannten verhältnispräventiven Ansatz verfolgend, wird zum Beispiel das Stadtteilmanagement Stendal Stadtsee prüfen, inwieweit in allen KiTas und Schulen des Stadtteils Trinkbrunnen installiert werden können. Gelingt die Umsetzung dieser Idee, würden alle Kinder des Stadtteils flächendeckend erreicht werden. Die Trinkbrunnenidee hat auch der Stadtteil Magdeburg Südost aufgegriffen. Die Installation eines Trinkbrunnens in Sport- oder Spielplatznähe würde wiederum eine Verbindung zwischen Bewegung und gesundem Ernährungs- bzw. Trinkverhalten schaffen.

Viele verhaltenspräventive Maßnahmen, die in den lokalen Gesundheitskonferenzen vorgestellt bzw. entwickelt wurden (z. B. Ernährungsakademie für Grundschüler, Ernährungsschulung für Anwohnerinnen und

Anwohner, einrichtungsübergreifende Thementage zur gesunden Ernährung etc.) geben gerade den regionalen Akteuren, die sich noch nicht gut kennen oder noch nicht an längerfristige Projekte wagen, die Möglichkeit, sich auszuprobieren und Kooperation zu erproben.

Potenziale zur Gesundheitsförderung ergaben sich auch bei der Nutzung vorhandener Strukturen. So sollen beispielsweise die Lesenächte für Kinder und Jugendliche der Bürgerbibliothek Magdeburg Südost genutzt werden, um die Themen Bewegung und gesunde Ernährung aufzugreifen. Auch die verstärkte Nutzung vorhandener Qualitätssicherungsangebote, wie die Auditierungsverfahren Gesunde KiTa und Gesunde Schule im Stadtteil ist denkbar, so z.B. in Magdeburg Neustädter Feld.

Mehr Gesundheit in die Stadt

Programmgebiete der sozialen Städte

20 Programmgebiete

- 1999 – Dessau Zoberberg
- 1999 – Hallescher Markt Richard-Wagner-Straße
- 1999 – Halle Neustadt
- 1999 – Halle Südkörbe
- 1999 – Magdeburg Neustädter Feld
- 1999 – Sangerhausen Othmar-Weg
- 1999 – Stendal Stadtsee
- 1999 – Wittenberg Lerchenberg
- 1999 – Trautzschener Bach
- 1999 – Wolfen Nord
- 2003 – Magdeburg Kannewitz/Neustädter See
- 2003 – Magdeburg Oliverstadt
- 2006 – Magdeburg Südost
- 2007 – Bernburg Innenstadt
- 2007 – Dessau Innenstadt
- 2007 – Mansfeld Leimbach
- 2007 – Merseburg Innenstadt
- 2007 – Wolfenfeld Mitte
- 2009 – Blankenburg Altsiedel
- 2009 – Halleschen Talen Rolandgebiet
- 2009 – Halleschen Talen Süplinger Berg

Zum Beispiel Stendal Stadtsee

- Baumaßnahmen:
 - Sanierung von Gehwegen
- Gesundheitsförderung:
 - öffentliche Spielplätze
 - Trinkbrunnen
 - Klettersteige
 - Stadtlaufstrecke

Zum Beispiel Magdeburg Neustädter Feld

- Baumaßnahmen:
 - Klänge von Hochhäusern
 - Profilschneidung
 - Kleintierhaltung
 - Selbstverwaltete Stadtdienste
- Gesundheitsförderung:
 - Vernetzung im Stadtteil Neustädter Feld
 - Beteiligungsprozess in Wohnkomplexentwicklung
 - Sportplatz-Veranstaltungen
 - Theater
 - Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsfragen

Zum Beispiel Dessau Innenstadt

- Baumaßnahmen:
 - Sanierung Freizeitzentrum „Bismarck“ und Schillerplatz
 - Errichtung eines Stadtfußplatzes
 - Gestaltung eines Technoparks und Gründungszone
- Gesundheitsförderung:
 - Projekt „Kleine Ärzte“
 - Schulclubs

Zum Beispiel Wolfen Nord

- Baumaßnahmen:
 - Erneuerung von Sportplätzen, Straßen, Wege und Plätze sowie eines Jugendclubs
- Gesundheitsförderung:
 - Musikschulverein „Jugend in Reithausstadt“
 - Projekt „Joh geht mit in die Stadt“
 - Projekt „JG, Fan, Fun“

Zum Beispiel Wittenberg Lerchenberg/Trautzschener Bach

- Baumaßnahmen:
 - Sanierung/Bau von Straßen und der Spielplätze KiTa AWO und KiTa Pilsnack
 - Gestaltung eines Technoparks und Gründungszone
 - Errichtung eines Jugend- und Bildungszentrums
- Gesundheitsförderung:
 - Projekt „Kleinkinder“
 - Informationsveranstaltungen

Interessierte Stadtteilakteure wird die LVG bzw. der Regionale Knoten im Prozess der Planung und beim Projektmanagement beratend unterstützen. Zudem sollen 2009 auch die noch nicht mitwirkenden Stadtteile des Soziale Stadt-Programms in Sachsen-Anhalt erreicht werden. In regelmäßigen Netzwerktreffen wird die LVG den Akteuren eine Kooperationsplattform bieten.

In einem Gespräch der LVG mit dem Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr des Landes Sachsen-Anhalt wurden die Stadtteilinitiativen erörtert und eine Kooperation für 2009 vereinbart, dabei soll verstärkt auf Transparenz zwischen den Ressorts geachtet werden. Mit der Aufnahme der Kommunen des Soziale Stadt-Programms und weiterer baulicher Maßnahmen – z.B. das barrierefreie Bauen – in die Gesundheitsberichterstattung des Landes wurde dafür ein erster sichtbarer Schritt getan.

2009 sollen interessierten Gesundheitsakteuren die Aktivitäten im Rahmen des Programms Soziale Stadt in Sachsen-Anhalt vorgestellt werden. Partner der sozialen Arbeit werden sich in der Gesundheitsförderung fortbilden.

Dieses geplante Maßnahmbündel wird dazu beitragen, mehr Gesundheit in die Stadt zu bringen.

Die Dokumentation der Regionalkonferenzen ist erschienen und steht im Internet zur Verfügung, bzw. kann bezogen werden über:

Regionaler Knoten Sachsen-Anhalt
Landesvereinigung für Gesundheit
Sachsen-Anhalt e.V.
Badestraße 2
39114 Magdeburg
Telefon: 0391 – 8 36 41 11



Landesvereinigung für Gesundheit
Sachsen-Anhalt e.V.

Fachtag in Schleswig-Holstein

Dorothee Michalscheck

„Wie bitte?“ – Gesundheitsförderung in schwierigen Lebenslagen

19. November 2008 in Kiel

Veranstalter

Regionaler Knoten Schleswig-Holstein, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V., Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

Teilnehmerkreis

Mitarbeitende aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, sowie aus dem Bereich des Quartiersmanagements und der Städteplanung; neben dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren waren Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bildungs- und Innenministerium anwesend.

Ziel

Gesundheitschancen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in den Quartiersgebieten der Sozialen Stadt zu verbessern und ihre Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten, dies war das Ziel des Fachtages in Schleswig-Holstein.

A map of Schleswig-Holstein, Germany, with the state highlighted in a light green color. The map shows the state's outline and its internal administrative boundaries.

Wie man auch in schwierigen Lebenssituationen die Gesundheit fördern kann, ist am 19. November 2008 auf einer Regionalkonferenz (Forum „Gesundheitsförderung in der sozialen Stadt“) und Fachtagung im Hof Akkerboom in Kiel erläutert und diskutiert worden. Von 10 bis 18 Uhr ging es in Vorträgen, Foren und Workshops um die Schwerpunkte Soziale Stadt und Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte.

Dr. Elfi Rudolph, Geschäftsführerin der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung begrüßte die rund 60 Teilnehmenden mit dem Zitat aus der Ottawa Charta von 1986: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“.

Die Lebenssituation vieler Familien und damit auch der Kinder und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Die Lage in den sozialen Brennpunkten spitzt sich zu. Daher benötigen alle Menschen und insbesondere Kinder und Jugendliche Unterstützung, um gesund und zukunftsfähig aufwachsen zu können. „Das Schaffen und Leben von Gesundheit kann jedoch nur funktionieren, wenn die Menschen auch den Ort lieben können, an dem sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“, so Dr. Rudolph. „Wir sind heute hier, um einem Ziel der sozialen Stadt einen Schritt näher zu kommen, um Lebenswelten lebenswert und gesundheitsförderlich zu gestalten“.

Die Aufgaben und Möglichkeiten der Sozialen Stadt im Bereich der Gesundheitsförderung erläuterte dann Helene Luig-Artl, Büro für Stadtteilmanagement. Das Programm Soziale Stadt fördert zurzeit bundesweit 498 Gebiete in 318 Städten und Gemeinden. Eine ungünstige Wohnsituation, Arbeitslosigkeit, Armut, hohe Verkehrs- und Lärmbelastung sind nur einige Faktoren, die in Randgebieten zu gesundheitlichen



Belastungen führen. „Soziale Stadt und Gesundheit passen aber durchaus zusammen“, betonte Helene Luig-Arlt. Das Programm Soziale Stadt möchte „die Lebensbedingungen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf verbessern“ und setzt hier an verschiedenen Punkten wie zum Beispiel der Beschäftigung, Ausbildung, Qualifizierung, Schule und Bildung, Umwelt und Verkehr, Stadtteilkultur, Wohnumfeld und weiteren Themen an. Ganz wichtig ist dabei der Aspekt der Vernetzung und der Einbindung weiterer Partner wie beispielsweise Hebammen, Ärzte, Sportvereine, Schulen und Physiotherapeuten.

Maike Schmidt von der Techniker Krankenkasse TK in Hamburg erläuterte anschließend, wie auch eine Krankenkasse etwas für eine gesunde Kommune tun kann und stellte das Förderkonzept der TK vor. Das Projekt „Gesunde Kommune“ ist eins von diversen Gesundheitsprojekten, die von der Techniker Krankenkasse gefördert werden. „Mit diesem Projekt unterstützt die TK Gemeinden, Städte und Regionen, die einen schlüssigen Weg für die Umsetzung von Gesundheitsförderung einschlagen wollen“, so Maike Schmidt.

Beispiele aus dem ländlichen Raum erläuterte Stephan Rehberg, Projektkoordinator der Beschäftigung und Qualifizierung Ostholstein GmbH (BQOH): Er stellte den Aktionsplan Holsteinische Schweiz „Ganztags leicht(er)leben“ vor, der in vier Modellgemeinden im Kreis Plön und Ostholstein Netzwerke bildet, um einen gesunden Lebensstil für Kinder in Kindergarten und Grundschule zu fördern. Gesundheitliche Prävention wird hier mit der aufsuchenden Sozialarbeit verbunden. Die Schwerpunkte der Interventionen im Rahmen des Aktionsplans Holsteinische Schweiz liegen klar in den Bereichen Ernährung und Bewegung. So fügt sich dieser Aktionsplan in idealer

Weise in den großen Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM ein. Es werden Wege zur Verbesserung der Lebensqualität aufgezeigt, um dem Einzelnen die Chance zu geben, frühzeitig etwas für sein Wohlbefinden und das seiner Mitmenschen zu tun.

Liesel Amelingmeyer, Diplom-Sozialpädagogin aus Hamburg referierte zum Thema „Ausgegrenzt und abgefunden? Innenansichten der Armut – wie sehen sich die Betroffenen selbst?“ Sie stellte fest, „dass dort, wo die Befragten nicht daran glauben, dass sich ihre Lebenssituation in absehbarer Zeit bessern könnte, sich in der Kommunikation Hoffnungslosigkeit breit macht“. „Es gibt keine Arbeit“ wird so etwas wie ein Leitsatz. Dies schafft zwar ein Zusammengehörigkeitsgefühl, mindert aber auch die Möglichkeiten der Betroffenen auf Veränderung. Arbeitslosigkeit wird als Kernproblem empfunden, da gesellschaftliche Teilhabe vor allem durch Arbeit zu erreichen ist.

Anette Quast vom Quartiersmanagement Itzehoe-Edendorf berichtete anschließend von der sozialen Stadtteilentwicklung und Jugendarbeit in ihrem Quartier.

Die Workshops „Einstieg in die motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen“ und „Genau hinschauen, um besser zu verstehen – Körpersprache bewusst erleben“ rundeten das Nachmittagsprogramm ab.

Verschiedene Modellprojekte aus Schleswig-Holstein wurden anhand von Posterpräsentationen vorgestellt. Bei der Auswahl der zehn vorgestellten Projekte aus Schleswig-Holstein wurde besonderes Augenmerk darauf gerichtet, dass diese sich in die nationale Gesamtstrategie für ein gesundes Leben IN FORM einfügen. Dieser Plan wurde vom Bundesernährungsministerium und dem Bundesgesundheitsministerium entwickelt und zielt insbesondere darauf ab, dass



Fehlernährung und Bewegungsmangel als Risikofaktoren reduziert werden. Mit den Projekten „Lebenslust-Leibeslust“, „Rück(g)rat“ sowie „Audit Schule“ wurde auch auf der Projektebene die Ausrichtung auf die vorrangigen Handlungsfelder Bewegung und Ernährung deutlich. In allen vorgestellten Projekten ging es darum, den Kindern, Jugendlichen und ihren Familien Hilfestellungen zu geben und sie nicht zu bevormunden, wie es die Zielformulierung des nationalen Aktionsplans IN FORM vorsieht.

Ergebnisse

Nur gemeinsam und vernetzt lassen sich Fortschritte erzielen. Es ist wichtig, Brücken zu vorhandenen Hilfsstrukturen zu bauen. Das Vorgehen soll ressourcen- und nicht defizitorientiert sein. Die Ansprache der Betroffenen muss positiv und wertschätzend formuliert werden. Ganz hoch wird der Faktor aufsuchende Sozialarbeit eingeschätzt. Wünsche gab es nach verstärktem Austausch untereinander, einer vermehrten Einbindung von Schulen und mehr Berücksichtigung der besonderen Problematik für Migrantinnen und Migranten.

Als noch unzureichend wurde vor allem der Dialog zwischen den unterschiedlichen Professionen angesehen. Weitere Veranstaltungen dieser Art können dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Konkrete Verabredungen, sich gegenseitig zu anstehenden Arbeitskreissitzungen einzuladen wurden zwischen Quartiersmanagements und Regionalem Knoten für das

kommende Jahr getroffen. Insgesamt gelang es mit dieser Veranstaltung, neue Partnerinnen und Partner sowie Akteure unter einem gemeinsamen Thema zusammenzubringen. „Neu“ bezogen auf die Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung und bezogen auf die Zusammenarbeit und den Austausch untereinander. Für die Teilnehmenden aus dem Gesundheitsbereich war die Auseinandersetzung mit den Lebenswelten, insbesondere dem Sozialraum neu. Für die Teilnehmenden aus dem Quartiersmanagement und Städteplanung war die Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung neu. Das Fazit der Landesvereinigung nach der Auswertung der Veranstaltung: Die Veranstaltung war innovativ und ein dringend notwendiger Schritt, der als erfolgreicher Beginn einer engeren Vernetzung im Land bewertet werden kann.

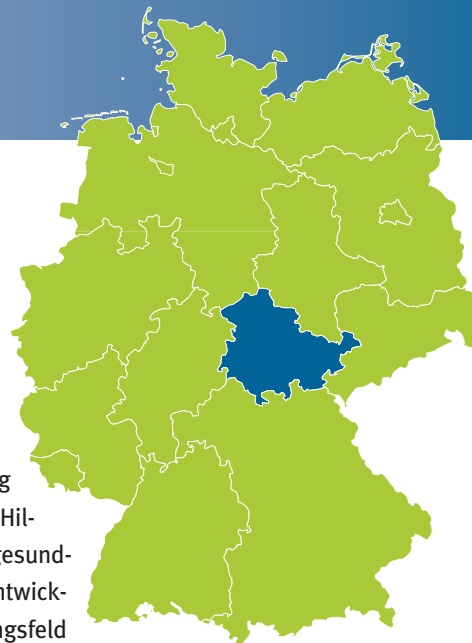
Die Dokumentation der Tagung ist erschienen und steht im Internet zur Verfügung, bzw. kann bezogen werden über:

Regionaler Knoten Schleswig-Holstein
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in
Schleswig-Holstein e. V.
Flämische Straße 6 – 10
24103 Kiel
Telefon: 0 431 – 94 294



Regionalkonferenz in Thüringen

Uta Maercker



Frühe Hilfen zur Förderung der Kindergesundheit

10. November 2008 in Erfurt,
Haus der sozialen Dienste

Veranstalter

Regionaler Knoten Thüringen, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR

Teilnehmerkreis

- öffentlicher Gesundheitsdienst
- Beratungseinrichtungen freier Träger (z.B. Frühförderstellen)
- LAG Kinder- und Jugendzahnpflege
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Sektion Thüringen
- Familienzentren
- Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit
- Krankenkassen
- Deutscher Kinderschutzbund e.V., Landesverband Thüringen
- Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (Fachreferat „Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsförderung und Suchthilfe“, Fachreferat „Jugendpolitik“)

Ziel

Im Fokus der Veranstaltung stand die Verzahnung früher Hilfen zur Förderung der Kindergesundheit mit der sozialen Stadtentwicklung. Bisher ist das Handlungsfeld Gesundheit im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ eher noch unterrepräsentiert. Dennoch haben viele Maßnahmen und Angebote aus den anderen Handlungsfeldern, wie z.B. Verkehr, Wohnumfeld oder Bildung, positive gesundheitsfördernde Effekte. Vor allem Kinder mit sozialen und gesundheitlichen Risiken brauchen eine Förderung von Anfang an. Hilfen für betroffene Familien müssen früh in deren Lebenswelt verankert werden. Hier bieten sich Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf als Ort für Interventionen an, da unterschiedliche Risiken für ein gesundes Aufwachsen hier häufig zusammentreffen.

Thematische Schwerpunkte der Veranstaltung waren in Anlehnung an den Nationalen Aktionsplan „INFORM“ Gesunde Ernährung und Bewegung. Zahlen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KIGGS machen erneut deutlich, dass Übergewicht und Bewegungsmangel häufig in benachteiligten Familien anzutreffen sind. Im ersten Veranstaltungsteil wurden Strategien zur (Gesundheits)Förderung von Kindern und Jugendlichen im Sozialraum aus wissenschaftlicher und praktischer Perspektive vorgestellt.

Der zweite Veranstaltungsteil diente der thematischen Arbeit in Workshops. Zum einen wurden Projektansätze aus dem Bereich Kindertagesstätte vorgestellt. In einem weiteren Workshop standen gemeindenahe Interventionen zur Förderung einer gesunden Entwicklung von Kindern in den ersten Lebensjahren im Mittelpunkt.

Mit folgenden Fragen beschäftigte sich der Workshop „Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten“:

- Wie läuft aktuell die Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kitas, vor allem zu den Themen Bewegung und Ernährung?
- Was funktioniert gut und warum?
- Was funktioniert schlecht und warum?
- Inwieweit öffnen sich Kitas aktuell bereits in den Stadtteil hinein mit ihren Angeboten?
- Wie wird eine Öffnung von Kita in den Stadtteil von den Kitas selbst überhaupt als Betätigungsfeld eingeschätzt?
- Was kann dazu beitragen, Kita als „Gesundheitszentrum für den Stadtteil“ auszubauen?

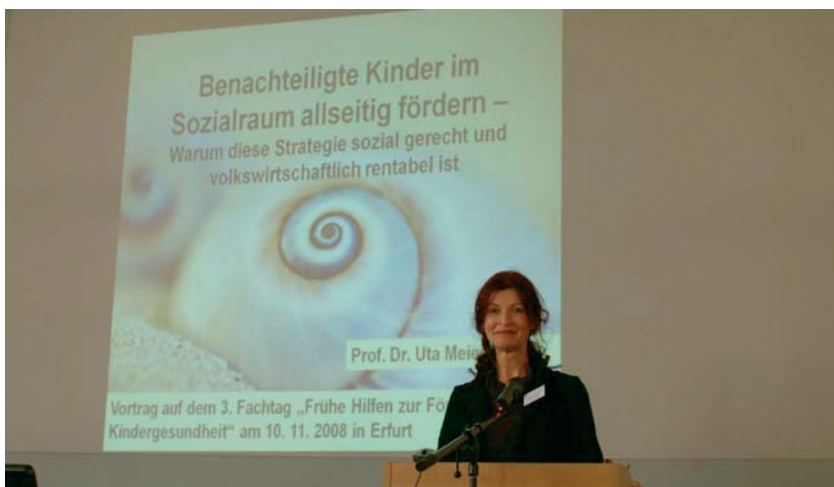
Der Workshop „Praktische Hilfen“ thematisierte folgende Fragen:

- Wie ist der aktuelle Stand der Umsetzung von Elternbildungsangeboten und familienunterstützenden Angeboten?
- Was funktioniert gut und warum?
- Was funktioniert schlecht und warum?
- Inwieweit sind Programme regional verknüpft bzw. werden regional koordiniert?
- Wo könnte eine derartige Koordination angeknüpft werden?
- Wer könnte/müsste als Kooperationspartner mit einbezogen werden?

Ziel der abschließenden Podiumsdiskussion war es, die Ergebnisse der Workshops kurz darzustellen und daran anschließend in der Diskussion beide Themen miteinander zu verknüpfen. Aufbauend auf der Idee lokaler Netzwerke sollten dabei Wege zur Förderung der Kindergesundheit im Gespräch entwickelt und den Teilnehmenden Raum für Austausch gegeben werden. Einen besonderen Stellenwert hatte dabei die Frage der ressortübergreifenden Arbeit, d.h. wie Gesundheit, Soziales und Bildung an einen Tisch zu bekommen sind.

Ergebnisse

Im Rahmen des Fachtages wurden sowohl theoretisch als auch praktisch Einblicke in Zugangswege, Inhalte und Methoden der Gesundheitsförderung im Quartier vermittelt. Im Workshop „Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten“ erhielten die Teilnehmenden die Möglichkeit, sich umfassend über zwei praktische Ansätze zu informieren. Eine Vielzahl methodischer Materialien wurde ihnen zur Verfügung gestellt. Der Workshop „Praktische Hilfen“ näherte sich wiederum aus theoretischer und praktischer Sicht familienunterstützenden Angeboten.





Als Ergebnis der Evaluation lässt sich festhalten, dass 68 Prozent der Teilnehmenden angaben, der Fachtag habe Ihnen neue Informationen vermittelt. 72 Prozent der Teilnehmenden (Antwortvorgabe sehr viele und viele) gaben an, diese Informationen für die tägliche Arbeit nutzen zu können. Etwa die Hälfte der Akteure (Antwortvorgabe sehr viele und viele) lernten im Rahmen der Veranstaltung neue praktische Anregungen für die Arbeit kennen. Nur wenige haben jedoch tatsächlich neue Kooperationspartner kennen gelernt. In einer vertiefenden Analyse ist zu klären, inwieweit die Veranstaltung bereits dem Anspruch, ein Podium für den zu fördernden sektorenübergreifenden Austausch zu bieten, gerecht werden konnte.

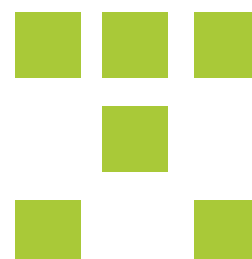
Die Ergebnisse zeigen, dass das Thema „Gesundheitsförderung im Quartier“ in Thüringen auf einen großen Bedarf gestoßen ist und dass mit den angebotenen Beiträgen die Teilnehmenden sich umfassend theoretisch und praktisch in den Ansatz „eindenken“ konnten.

Die Diskussionen in den Workshops und im Verlauf der Podiumsdiskussion wiesen darauf hin, dass die Akteure aus dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen mit großem Engagement innovative Strategien zur Förderung der Kindergesundheit vorantreiben wollen. Kritisch zu beobachten ist der Aspekt, dass eine sektorenübergreifende Vernetzung zwischen den Bereichen Soziales, Bildung und Gesundheit nur punktuell gut funktioniert und dass die Kooperation mit Akteuren aus dem Bereich der Stadtentwicklung nur in wenigen Einzelfällen existiert. In der Regel bilden einzelne Personen die Basis von tragfähigen Synergien. Hier ist es eine Herausforderung für die weitere Arbeit an diesem Thema, Kooperation und Vernetzung strukturell voran zu bringen.

Ein Schritt in diese Richtung kann die Diskussion der Tagungsinhalte in der LAG Gemeinwesenarbeit und Stadtentwicklung Thüringen sein. Das Quartiersmanagement verfügt über niedrigschwellige Zugangswege zu der im Fokus stehenden Zielgruppe. Über die Vorstellung der Toolbox des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ kann den Akteuren der Gemeinwesenarbeit und Stadtentwicklung ein Einstieg in die Themen Gesundheitsförderung und Prävention erleichtert werden.

Darüber hinaus muss es Ziel sein, im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereich vorhandenes Know-How in Bezug auf Interventionen in den Stadtteilstrukturen zu verankern und im Kleinen existierende Netzwerke zu verstetigen, auf eine breite Basis zu stellen und auch gute Ideen vor Ort mit potenziellen Finanziers zusammenzuführen.

Eine Annäherung und ein Austausch der unterschiedlichen Akteursgruppen können über die Etablierung Runder Tische auf kommunaler Ebene und Kommunaler Gesundheitskonferenzen erfolgen. Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR entwickelt aktuell ein Modellprojekt zu diesem Thema im Rahmen des Thüringer Gesundheitszieleprozesses, konkret dem Zielbereich „Entwicklung von bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Strukturen und Angeboten der Gesundheitsförderung“.



Als Resonanz auf die Fachtagung wird der Regionale Knoten Thüringen sich mit dem Thema „Frühe Hilfen und Gesundheit“ in 2009 weiter beschäftigen und u.a. in Kooperation mit landesweit agierenden Institutionen, z.B. der Stiftung Familiensinn, in Form einer Fachveranstaltung erneut aufgreifen.

Die Dokumentation der Tagung ist erschienen und steht im Internet zur Verfügung, bzw. kann bezogen werden über:

Regionaler Knoten Thüringen
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
Thüringen e.V. (AGETHUR)
Carl-August-Allee 1
99423 Weimar
Telefon: 03643 – 59 22 3





Teil II



Armut und Gesundheit –



Thema im Programm Soziale Stadt



Quartiersmanagement trifft Gesundheitsförderung – Akteure, Bedarf, Kooperationen

Gerald Lackenberger, LAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit

1. Das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt

Das Programm Soziale Stadt wurde 1999 begonnen, um der zunehmenden sozialen und räumlichen Spaltung in den Städten entgegenzuwirken. Durch das Programm werden gegenwärtig in mehr als 498 Programmgebieten in rund 318 deutschen Städten und Gemeinden neue Herangehensweisen in der Stadtteilentwicklung gefördert. In 2007 waren in Baden-Württemberg 31 Städte und Gemeinden mit insgesamt 51 Programmgebieten Teilnehmer des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt.

Ziele des Programms sind:

- die physischen Wohn- und Lebensbedingungen sowie die wirtschaftliche Basis in den Stadtteilen zu stabilisieren und zu verbessern,
- die Lebenschancen durch Vermittlung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissen zu erhöhen,
- Gebietsimage, Stadtteilöffentlichkeit und die Identifikation mit den Quartieren zu stärken.

Programmgrundlagen

Der „Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt“, die jährlich abzuschließenden Verwaltungsvereinbarungen zwischen

Bund und Ländern sowie Richtlinien und vielfältige Veröffentlichungen der Bundesländer geben weiterführende Informationen zur Programmumsetzung und dienen interessierten und beteiligten Personen als Arbeitshilfe. Das Programm Soziale Stadt ist mittlerweile auch im BauGB, § 171e verankert.

Handlungsfelder für Maßnahmen und Projekte sind:

- Beschäftigung
- Qualifizierung und Ausbildung
- Wertschöpfung im Gebiet
- Soziale Aktivitäten und soziale Infrastruktur
- Schule und Bildung
- Gesundheitsförderung
- Umwelt und Verkehr
- Stadtteilkultur
- Sport und Freizeit
- Zusammenleben unterschiedlicher sozialer und ethnischer Gruppen
- Wohnungsmarkt und Wohnungsbewirtschaftung
- Wohnumfeld und öffentlicher Raum
- Imageverbesserung und Öffentlichkeitsarbeit

Planung und Realisierung durch eher instrumentell-strategische Handlungsfelder:

- Quartiersmanagement
- Aktivierung und Beteiligung
- Vernetzung und Kooperation
- Ressourcenbündelung
- Integrierte Handlungskonzepte
- Monitoring
- Evaluierung
- Bildung, Armutsbekämpfung und Gesundheitsförderung als Querschnittshandlungsfelder

Der integrative Ansatz des Programms Soziale Stadt spiegelt sich darin, dass Maßnahmen und Projekte aus allen Politikbereichen realisiert werden und häufig mehrere Politikbereiche zugleich abdecken. Die Realisierung von Maßnahmen und Projekten in den inhaltlichen Handlungsfeldern der Sozialen Stadt erfordert den Aufbau eines leistungsfähigen Koordinierungs-, Kooperations- und Partizipationsmanagements, das in den instrumentell-strategischen Handlungsfeldern angelegt ist. Bei der Realisierung von Maßnahmen und Projekten in allen Handlungsfeldern geht es auch darum, die unterschiedlichen Lebensrealitäten und Interessen von Frauen und Männern zu berücksichtigen (Gender Mainstreaming).

Typische Maßnahmen sind:

- Installation eines Quartiersmanagements
- Einrichtung von Stadtteilbüros als Anlaufstelle
- Bereitstellung von Stadtteil- und Bürgertreffs
- Bildung/Wahl von Bewohnerräten
- Stadtteilkonferenzen mit Stadtteilakteuren
- Durchführung von Projekten im Rahmen von „Lokales Kapital für soziale Zwecke“ (LOS), Modellvorhaben Soziale Stadt oder BIWAQ

Finanzierung des Programms

Die Fördermittel des Programms werden zu je 30 Prozent von Bund und Land gestellt.

Die Kommunen müssen einen Eigenanteil von 40 Prozent einbringen. 30 Prozent Bund + 30 Prozent Land + 40 Prozent Kommune = 100 Prozent. Aus dieser Gesamtfördersumme können einzelne Maßnahmen in den Programmgebieten mit 40 Prozent bis zu 100 Prozent gefördert werden.

In Baden-Württemberg werden nur investive Maßnahmen nach Art. 104a Abs.4 GG gefördert.

Programmbegleitung

Die Umsetzung des komplexen und anspruchsvollen Programms Soziale Stadt ist mit einem hohen Bedarf an Erfahrungsaustausch, Wissenstransfer, Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit verbunden. Deshalb beauftragte das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), vertreten durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) mit der Programmbegleitung für die erste

Umsetzungsphase (Herbst 1999 bis Herbst 2003). Mit der im Dezember 2003 eingerichteten „Bundestransferstelle Soziale Stadt“ wird nun der bundesweite Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen allen an der Programmumsetzung Beteiligten und Engagierten weiter gesichert und ausgebaut.

Quelle: Soziale Stadt © 2000-2006 Deutsches Institut für Urbanistik. Im Auftrag des BMVBS vertreten durch das BBR. Zuletzt geändert am 16.08.2006 u. 14.04.2008 www.sozialestadt.de

2. Handlungsfeld Gesundheit in Bezug auf weitere Handlungsfelder

Dritte Befragung der Sozialen Stadt-Programmgebiete 2005/2006:

Gesundheitsförderung liegt im hinteren Feld bei der Durchführung von Maßnahmen und Projekten vor Ort in den Stadtteilen.

3. Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf

Menschen mit überdurchschnittlich vielen Gesundheitsproblemlagen:

- Ungesunde Ernährung,
- Chronische Erkrankungen,
- Adipositas,
- Suchterkrankungen (Nikotin, Alkohol),

- Psychischen Erkrankungen,
- soziale Isolation,
- Zahngesundheit,
- schlechter Zugang zum Gesundheitswesen,
- „Hartz IV Empfänger wird man zukünftig am Gebiss erkennen“,
- Armut,
- Arbeitslosigkeit,
- schlechte Wohnbedingungen usw.

haben konkrete Auswirkungen auch auf die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner.

4. Notwendigkeit und Bedarf sind längst festgestellt

Gesundheitsförderung ist nicht der Renner, aber es besteht dringender Nachholbedarf!

Handlungsfelder mit gesundheitsfördernden Aspekten:

- Wohnen und Wohnumfeld
- Nachbarschaften
- Bildung
- Verkehr
- Umwelt
- Soziokultur und Sport
- weitere

Verbesserungen in diesen Handlungsfeldern fördern auch die Gesundheit!

5. Akteure im Gesundheitswesen

- Bundes- und Landesministerien
- Gesundheitsbehörden
- Gesetzliche Krankenkassen (GKV)
- Krankenhäuser
- Arztpraxen (Haus- und Facharztpraxen)
- Apotheken
- Physiotherapiepraxen
- übrige Heilberufe
- (potenzielle) Patientinnen und Patienten

Akteure im Gesundheitswesen auf Stadtebene sind:

- GKV mit örtlichen Büros
- Hausarztpraxen
- Facharztpraxen
- Apotheken
- Physiotherapiepraxen und andere Heilberufe
- Sport- und Freizeitanbieter (Fitness)
- Quartiersmanagement
- Bewohnerschaft

6. Sozialraumbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil

- Erfassung der örtlichen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen
- Erfassung der örtlichen Ressourcen und Akteure
- Verankerung des Themas bei allen Stadtteilakteuren und in den Handlungskonzepten
- Benennung der gesundheitsfördernden Aspekte aus den übrigen Handlungsfeldern
- Lebensweltorientierung der Gesundheitsakteure, Nutzung des Settingansatzes
- Kooperation mit Gesundheitswesen, Verwaltung, Politik und Bewohnerschaft

7. Rolle des Quartiersmanagements und der Gemeinwesenarbeit

Quartiersmanagement ist keine „eierlegende WollmilchSau“

Quartiersmanagement:

- erkennt Bedarf,
- sensibilisiert und aktiviert die Akteure,
- organisiert Netzwerke,
- vermittelt Kooperationspartner und
- kennt den Lebensraum der Menschen.

- Quartiersmanagement bietet den Zugang zum Settingansatz nach der WHO-Charta:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“

Kontakt:

Gerald Lackenberger,
Stadtteilbüro Haslach,
Markgrafenstr. 13, 79115 Freiburg
Tel: 0761-76 79 005
gerald.lackenberger@
nachbarschaftswerk.de
www.lag-sozialestadtentwicklung-bw.de





„Die Gesunde & Soziale Stadt“ – nur eine Utopie?

Parallelen, Interventionen, Werkzeuge

Elke Vienken

Um die Parallelen von soziallyagenbezogener Gesundheitsförderung und sozialer Stadtentwicklung erkennen zu können, lassen Sie uns im ersten Schritt eine Annäherung an die Schlüsselbegriffe wagen, um uns danach den Interventionen und Werkzeugen zuzuwenden.

Gesundheit: Die erfrischendste Definition die ich je gehört habe, stammt vom Geschäftsführer eines JobCenters: „Wenn ich Gesundheit höre, muss ich an Krankheit denken, und damit will ich nichts zu tun haben!“

Gesundheitswissenschaftlich betrachtet bezeichnet Gesundheit weniger einen objektiven, medizinisch messbaren „Befund“ als vielmehr einen subjektiv empfundenen Zustand, der von vielfältigen Faktoren abhängt. Der abhängt von genau den Faktoren, die letztlich den Rahmen für die Entstehung von

Gesundheit bilden: Von ökologischen, ökonomischen, sozialen, aber auch vielfältigen kulturellen und individuellen Faktoren. Die Übergänge zwischen „gesund“ und „krank“ sind fließend; das bedeutet: Gesundheit ist kein statischer Zustand, sondern vielmehr ein aktiver Balanceakt. Dieser Balanceakt muss immer wieder neu geschafft und geschaffen werden im Sinne von Abwehr, Anpassung oder aber zielgerichteter Einflussnahme auf die eben genannten Determinanten für Gesundheit. Gesundheit entsteht somit als integraler Bestandteil unseres Alltags, „dort wo wir leben, lieben, arbeiten und spielen“ – wie die WHO in ihrer Ottawa Charta 1986 einst so wunderbar formulierte.

Unsere etablierte Präventivmedizin nun basiert auf dem Risikofaktorenmodell der 50er Jahre und umfasst – ausgehend von der Kernfrage „Was macht den Menschen krank?“ – Strategien und Maßnahmen, die einen Krankheitseintritt verhindern, verzögern oder eine Verschlimmerung bzw. Chronifizierung bereits eingetretener Erkrankungen vermeiden sollen.

Klassische Präventionsprogramme konzentrieren sich in erster Linie auf die Vermeidung entsprechender Krankheitsauslöser und damit verbunden auf individuelle Verhaltensänderung. Kontext- und verhältnisbezogene Risikofaktoren wie beispielsweise belastende Wohn- oder Arbeitsbedingungen bleiben dabei in der Regel unberücksichtigt.

Gesundheitsförderung hingegen konterkariert diese rein pathogenetisch-defizitäre Betrachtungsweise und verlagert – ausgehend von der Frage „Was erhält den Menschen gesund?“ – den Fokus explizit auf die Stärkung von Handlungsfähigkeit und Kompetenz im jeweiligen sozialen Kontext. Gesundheitsförderung umfasst sowohl den Individual- als auch den Strukturansatz; spricht die Verbesserung sowohl der persönlichen Lebensweise als auch der Lebensbedingungen. Anders ausgedrückt: Gesundheitsförderung verknüpft idealerweise Verhaltens- und Verhältnisprävention. Eine wissenschaftliche Rahmenkonzeption der Gesundheitsförderung bildet

die Salutogenese des israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky. **Salutogenese:** die Entstehung von Gesundheit. Antonovsky entdeckte im Rahmen seiner Arbeit am Institut für Angewandte Sozialforschung in Jerusalem Anfang der 60er Jahre, dass die Erlebnisse während des zweiten Weltkriegs bei einem Teil der Überlebenden des Holocaust zum Zusammenbruch und schwerster Krankheit geführt haben; ein anderer Teil aber erstarkt daraus hervorging. Die zentrale Frage lautete für ihn deshalb: „Was sind die Bedingungen dafür, dass ein Mensch an seinen Verletzungen nicht zerbricht, sondern daran wächst?“ Sein Ergebnis: Entscheidend für die Entstehung von Gesundheit ist das Kohärenzgefühl; d.h. das Grundvertrauen und die Verankerung in der Welt, um diese – im besten Fall – als sinnvoll zu erleben. Kohärenz drückt sich aus in der Verstehbarkeit der sozialen Umwelt, in der Gestaltbarkeit von Aufgaben sowie der Sinnhaftigkeit als motivationale Komponente. Damit Kohärenz überhaupt entstehen kann, sind drei Faktoren wichtig:

- Konsistenz; die Erklärbarkeit der eigenen Lebenserfahrungen,
- eine Balance von Über- und Unterbelastung und
- die Teilhabe an Entscheidungsprozessen.

Antonovsky unterscheidet nun, abgesehen von den körperlichen, persönliche und soziale Ressourcen, oder anders

Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt Stuttgart 20.11.2008

Was erhält Menschen gesund?

Gute Gründe für Gesundheitsförderung

Rainer Steen (Rhein-Neckar-Kreis/Heidelberg)



Praxisbüro
Gesunde Schule

Rhein-Neckar-Kreis Gesundheitsamt
Referat Gesundheitsförderung und –berichterstattung

Rainer Steen
Dipl.-Päd. / Referatsleiter

Gute Gründe für Gesundheitsförderung

- Gesundheit! Annäherungen an einen Begriff
- Gesundheit ist machbar – aber *anders*
- ‚Lösungsraum Kommune‘? Handlungsebenen
- Determinanten: Einmischen und gestalten...

...eine subjektive Auswahl!

ausgedrückt: personale und soziale Schutzfaktoren zur Lebensbewältigung. Als personale Schutzfaktoren bezeichnet er beispielsweise ein positives Selbstkonzept, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, aber auch Bildung, Handlungswissen und Kompetenz. Genauso wichtig wie die personalen sind die sozialen Schutzfaktoren. Wir sprechen heute vom Sozialen Immunsystem: Das Erleben, ein wertvoller Teil einer Gemeinschaft zu sein, ist für die Lebensqualität, aber auch für die tatsächliche „Lebenserwartung in Jahren“ eines Menschen von größter Bedeutung. Zu den sozialen Ressourcen gehören Familien- und Freundeskreis, intakte soziale Netze, vernünftige Arbeits- und Lebensbedingungen wie z.B. angemessenes Einkommen und Wohnraum sowie staatliche Daseinsvorsorge in existenziellen Bereichen wie der sozialen Sicherung, Bildung, Erziehung, Kultur und medizinischer Versorgung, aber auch Strom-, Wasser- und Energieversorgung. Als Kernziel der Gesundheitsförderung können wir abschließend nochmals die Stärkung persönlicher Lebenskompetenz und sozialer Ressourcen sowie die Senkung gesundheitsbelastender Faktoren im jeweiligen sozialen Kontext festhalten.

„Sozialer Gradient“ von Gesundheit

Die Chancen für ein langes und gesundes Leben sind auch in einem reichen Land wie dem unseren höchst ungleich verteilt. So trägt das unterste Fünftel einer nach Bildung, Beruf und Einkommen geschichteten Bevölkerungspyramide statistisch betrachtet in jedem Alter ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken, einen Unfall zu erleiden, von Gewalt betroffen zu sein oder vorzeitig zu sterben, wie das oberste Fünftel! Hierbei zeigen sich zudem signifikante geschlechtsspezifische

Unterschiede: Betrachtet man die durchschnittliche Lebenserwartung in Korrelation zum Einkommen, so haben Männer der einkommensschwächsten im Vergleich zur einkommensstärksten Schicht eine um zehn Jahre verkürzte Lebenserwartung! Bei Frauen beträgt die Differenz „lediglich“ fünf Jahre. Die Ursachen sozial bedingter Disparitäten von Gesundheitschancen liegen sowohl in den schlechteren Lebensbedingungen, als auch im riskanteren Gesundheitsverhalten sozial benachteiligter Menschen begründet: Geringes Bildungs- und Einkommensniveau, mangelhafte Wohnverhältnisse, unzureichende soziale Integration und ungenügende Regenerationsmöglichkeiten korrelieren hierbei mit Ernährungsdefiziten, Bewegungsmangel, problematischem Umgang mit Stress sowie erhöhtem Tabak- und Alkoholkonsum. Nun lassen sich rund zwei Drittel des Krankheits- und Sterbegeschehens in der Bundesrepublik auf nur wenige „große“ Erkrankungen zurückführen, als da wären:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- Bösartige Neubildungen,
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Typ II-Diabetes),
- Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD),
- Chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen,
- Psychische Erkrankungen,
- und Unfälle.

So unterschiedlich diese Erkrankungen hinsichtlich Entstehung, Verlauf und Therapie auch sein mögen, so weisen sie doch zwei bedeutende Gemeinsamkeiten auf:

- In Folge tritt zumeist eine Chronifizierung ein, die lebenslanger medizinischer und sozialer Behandlung bzw. Betreuung bedarf und damit rund

„Die Gesunde & Soziale Stadt“ – nur eine Utopie?

zwei Drittel der gesamten Kosten der Krankenversorgung verursacht!

- Durch Abbau von Gesundheitsbelastungen in der physischen und sozialen Umwelt sowie durch die Verbesserung individuellen Gesundheitsverhaltens sind sie in erheblichem Maße vermeidbar!

Da sowohl die Erkrankungsraten dieser „großen Erkrankungen“ als auch ihre Ursachenbündel in ärmeren Bevölkerungsschichten signifikant höher liegen als in den Mittel- und Oberschichten, müssen sich die Strategien der Gesundheitsförderung explizit auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit der Gesundheits- und Versorgungschancen ausrichten. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es innovativer und experimenteller Ansätze. Erfolgreiche Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen muss nach dem heutigen gesundheitswissenschaftlichen Kenntnisstand exakt auf die angestrebte Zielgruppe in ihrem Lebenskontext zugeschnitten und in ihre Lebenswelt integrierbar sein, um sowohl die Menschen und ihr gesundheitsförderndes Potenzial tatsächlich zu erreichen, als auch die Mittel- und Oberschichtorientierung klassischer präventiver Angebote zu durchbrechen. Bewährt hierbei hat sich der bereits angesprochene Settingansatz (die sog. Lebensweltorientierung); ein Systemansatz, der unter Einbeziehung der relevanten Akteure und angestrebten Zielgruppen die Gesundheitspotenziale im konkreten Lebensbereich wie beispielsweise im Stadtteil aufzuspüren und zu entwickeln sucht.

Und damit spanne ich den Bogen zur Sozialen Stadtentwicklung, denn in ihren prioritären Handlungsgrundsätzen weisen Soziale Stadtentwicklung und sozialraumbezogene Gesundheitsförderung deutliche Parallelen auf:

- die Stadt / der Stadtteil als zentrale Handlungsebene,
- ein integriertes Entwicklungskonzept, d.h. ein auf die konkreten Gegebenheiten vor Ort abgestimmtes Handlungskonzept,
- Bürgeraktivierung und -beteiligung,
- bei gleichzeitiger Fokussierung auf sozial benachteiligte Menschen,
- Lebensweltorientierung,
- Niedrigschwelligkeit der Angebote,
- Netzwerkbildung,
- interdisziplinär und ressortübergreifend sowie die
- Orientierung an Gestaltungsprozessen und weniger an vorgegebenen Ergebnissen.

Das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt bindet seit seinem Bestehen Gesundheitsförderung explizit in seine zentralen Handlungsbereiche ein mit dem Ziel, ein nachhaltiges Aktionsbündnis für Gesundheit im Quartier zu etablieren. Soziale Stadtentwicklung erweist sich hierbei als ein wesentliches Element integrierter Gesundheitsförderung einerseits; sozillagenbezogene Gesundheitsförderung jedoch schafft erst die Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung von Gesundheits- und Lebenschancen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf andererseits. Statistisch vielfach belegt leben in allen Sozialen Stadt-Gebieten überdurchschnittlich viele sozioökonomisch benachteiligte Menschen wie Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, Migrantinnen und Migranten, Alleinerziehende und kinderreiche Familien, so dass aufgrund der beschriebenen sozialen Determinanten von Gesundheit auch von einer Kumulation gesundheitlicher Problemlagen in den Programmgebieten ausgegangen werden muss. Betrachtet man jedoch die

Wer weiß überhaupt, was Gesundheit ist?

- Gesund ist nie ein Mensch allein – oder etwa ein einzelnes Organ
- Gesundheit ist immer Austausch und Interaktion; sie wird erlebt und gefestigt in der Wechselwirkung mit Menschen und Milieus
- Zu verstehen ist Gesundheit als Prozess, als Fließgleichgewicht. Sie ist nicht, sie wird – „...ein Weg, der sich bildet, indem man ihn geht und gangbar macht“

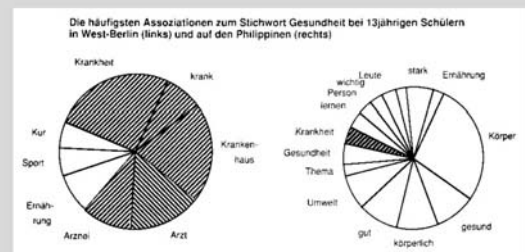
(Heinrich Schipperges)

Versuch einer Definition:

- „Da Menschen sich in der Ontogenese, also zwischen Geburt und Tod, beständig verändern, wachsen, reifen und altern, ist Gesundheit gleichsam als die auf Veränderung angelegte Entfaltung der psychophysischen Möglichkeiten der Individuen aufzufassen.“
- Zu ergänzen sind die sozialen Ressourcen!

(Niehoff / Braun, Sozialmedizin und Public Health, 2003)

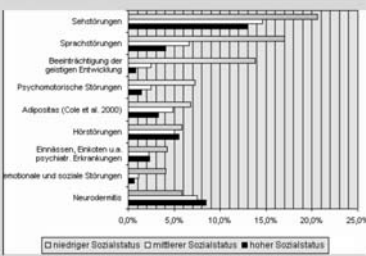
Das Gesundheitsverständnis in verschiedenen Kulturen: Im Westen viel Krankheit – und wenig Ressourcen



Quelle: G. Schäfer, in: Trojan/Stumm 1992

Armut macht krank

Medizinisch relevante Befunde bei Einschüler/-innen in Brandenburg nach Sozialstatus im Jahr 2000 (in Prozent)



Quelle: Holz, Gerda & Richter, Antje (November, 2006) www.wissen-und-wachsen.de/page_gesundheit

Motto für eine soziale, gesunde Stadt

- Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.

Ottawa-Charta, 21. November 1986

Das Mandat der Gesundheitsförderung gründet deshalb auf fünf Handlungsebenen

- Stärkung individueller Kompetenzen und persönlicher Ressourcen
- nachhaltige Förderung von Potenzialen der Selbstorganisation und Beteiligung gesellschaftlicher Gruppen im kommunalen Raum
- bedarfsorientierte und strukturbezogene Gestaltung von Lebenswelten und Institutionen bzw. „Settings“
- Initiierung und bevölkerungsorientierte Nutzung von fachlichen Partnerschaften und Allianzen im Gemeinwesen
- gesundheitspolitische Sensibilisierung und Aktivierung von Multiplikatoren wie „Entscheidern“ im (fach-)politischen Raum

(nach: Ottawa-Charta 1986)

Statistiken des Deutschen Instituts für Urbanistik, das die Programmumsetzung wissenschaftlich begleitet, so stellt sich rasch Ernüchterung ein: Gesundheitsförderung – als ein prioritäres Handlungsfeld mit größter Dringlichkeit und gesellschaftlicher Relevanz zwar vielfach postuliert – rangiert de facto an letzter Stelle der Projektlandschaft in allen Sozialen Stadt-Gebieten. Das mag zum einen daran liegen, dass Soziale Stadt ein Förderprogramm mit städtebaulichem Schwerpunkt ist. Aber es liegt mit Sicherheit auch daran, dass sich die Akteure vor Ort der gesundheitsfördernden Aspekte ihrer Arbeit oftmals nicht bewusst sind; diese entsprechend weder konkret in die Projektplanung einbeziehen noch in der Projektdokumentation erwähnen.

Wie können wir dem begegnen?

Erhellend hierzu eine Passage aus der newsletter soziale stadt info 20: „Um das Thema Gesundheit stärker in die integrierte Stadtteilentwicklung einzubringen, ist es erforderlich, dass sich alle Akteure im Stadtteil (...) mehr als bisher in der Umsetzung des Programms Soziale Stadt engagieren und vor Ort mitwirken. Damit dies gelingt, scheint es jedoch einerseits unerlässlich, den Ansatz der sozialräumlichen und stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung stärker in der „Gesundheitszene“ zu verbreiten und darüber aufzuklären, dass der Stadtteil ein zentraler Ort, ein zentrales Setting der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist. Andererseits sollte das Quartiersmanagement das Thema Gesundheit aktiv in seine Arbeit integrieren und Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zwischen den relevanten Akteuren in der Verwaltung, im intermediären Bereich und im Quartier anstoßen, unterstützend mit

aufbauen und koordinieren. Hilfreich hierfür kann die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Gesundheit (...) sein, die als lokaler „Kristallisationskern“ eine gesundheitsbezogene Vernetzungsstruktur im Stadtteil anschiebt, pflegt und moderiert, gemeinsam mit den Netzwerkpartnern eine gesundheitsfördernde Gesamtstrategie für den Stadtteil entwickelt sowie Gesundheitsprojekte initiiert und unterstützt. Aufgabe der Koordinierungsstelle Gesundheit vor Ort sollte es auch sein, die im Rahmen der Programmumsetzung Soziale Stadt entwickelten Beteiligungs- und Aktivierungsstrukturen sowie Zugangswege für die Gesundheitsförderung zu nutzen und weiterzuentwickeln.“ Welche Aufgabenschwerpunkte und Erfolg versprechenden Interventionsansätze lassen sich nun für eine „Koordinierungsstelle Gesundheit“ definieren?

Gesundheitsfördernde Kommunikation:

- Gesundheit/Gesundheitsförderung im Quartier ressortübergreifend zum Thema machen im Rahmen beispielsweise von Gesundheitskonferenzen, Stadtteilkonferenzen und Fachtagungen,
- darauf aufbauend die Ermittlung der Gesundheitspotenziale und -ressourcen im Quartier im Rahmen einer detaillierten Bestands- und Bedarfsanalyse sowie
- die Formulierung konkreten Handlungsbedarfs in Form eines Ziel- und Maßnahmenkatalogs in Kooperation mit den relevanten Akteuren im Stadtteil.

Gesundheitsfördernde Kooperation:

- die Einbeziehung aller relevanten Akteure im Stadtteil,
- für den Aufbau tragfähiger gesundheitsfördernder Netzwerke,

„Die Gesunde & Soziale Stadt“ – nur eine Utopie?

- zur Entwicklung ressourcenschonender Interventionsstrategien,
- unter Berücksichtigung alternativer Finanzierungsoptionen,

Koordination:

- der Projekte und Maßnahmen
- der Bündnispartner für Gesundheit
- strategisch und operativ,

Mediation:

- zwischen Sozial- und Gesundheitswesen,
- interdisziplinär und ressortübergreifend,

Identifikation:

- von Schnittstellen und
- möglichen Bündnispartnern.

Das Deutsche Institut für Urbanistik hebt insbesondere drei Strategien nochmals als zielführend hervor, Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen in den Quartieren nachhaltig zu verankern:

1. Strategie: Netzwerkaufbau mit dem Ziel, Gesundheitsförderung im Sinne eines „Aktionsbündnisses im Stadtteil“ zu verankern.
2. Strategie: Die Schaffung niedrigschwelliger Angebote durch z.B. die gemeinsame Entwicklung von Modellprojekten in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Familiengesundheit sowie Sucht- und Gewaltprävention.
3. Strategie: Die infrastrukturelle Verankerung stadtteilbezogener Gesundheitsangebote in Gesundheitshäusern oder -läden mit dem Ziel, die gesundheitliche Versorgung im Stadtteil zu verbessern sowie gesundheitsbewusste Verhaltensweisen zu fördern.

Mögliche Bündnispartner können hierbei beispielsweise sein:

Bündnispartner des Programms Soziale Stadt, z.B.:

- Quartiersmanagement
- Gesundheitsamt
- Umweltamt
- Sozial- und Jugendamt
- Amt für Stadtentwicklung
- Stadtplanungsamt

- Arbeitsagenturen und JobCenter
- Wohlfahrtsverbände
- Vereine

Aus dem medizinischen Bereich, z.B.:

- Krankenkassen
- Kliniken
- Ärzte, Apotheker, Psychologen, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden etc.

- Pro familia
- Selbsthilfegruppen

Aus dem Bildungsbereich, z.B.:

- Schulen, Kindergärten, Volkshochschulen, weitere Bildungseinrichtungen
- Hochschulen und Forschungsinstitute
- Kunst- und Kultureinrichtungen wie Kulturzentren, Kreativ- und Malwerkstätten etc.
- Kirchengemeinden und Religionsgemeinschaften
- Wirtschaftsunternehmen mit Affinität zu gesundheitsrelevanten Themen

sowie Bündnispartner anderer Programme und Netzwerke wie beispielsweise:

- Das Gesunde-Städte-Netzwerk
- „Bündnisse für Familien“ sowie
- Begleitprogramme der Sozialen Stadt
- sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

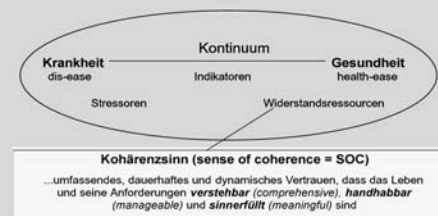
Was die Gesundheitsminister 1991 wollten...

„Die GMK ist sich einig, dass präventive Gesundheitspolitik in den letzten Jahren eine vordringliche Bedeutung gewonnen hat. Sie hält es für erforderlich, dass die Begrenzung der traditionellen Handlungsfelder überwunden und diese durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt werden. (...) Diese kann jedoch nicht kostenneutral sichergestellt werden.“

(...) Die GMK hält es für unverzichtbar, dass gesundheitliche Belange bei allen öffentlichen Planungen über den Krankheitsbezug hinaus berücksichtigt werden. Dabei soll das Anliegen ‚Gesundheit‘ ressortübergreifend (...) angesprochen, in Entscheidungen einbezogen und auch durch aktive Bürgerbeteiligung verwirklicht werden“.

Entscheidung der 64. GMK von 1991

Salutogenetisches Modell (nach Antonovsky)



Soziale und Gesunde Stadt ?!

(aus dem programmatischen Fundus der „Sozialen Stadt“)

- Beschäftigung
- Qualifizierung und Ausbildung
- Wertschöpfung im Gebiet
- Soziale Aktivitäten und soziale Infrastruktur
- Schule und Bildung
- Gesundheitsförderung
- Umwelt und Verkehr
- Stadtteilkultur
- Sport und Freizeit
- Zusammenleben sozialer und ethnischer Gruppen
- Wohnungsmarkt und Wohnungsbewirtschaftung
- Wohnumfeld und öffentlicher Raum
- Imageverbesserung und Öffentlichkeitsarbeit

Gesundheit als nationaler Zielkatalog (Bsp.)

1. Ein starker **Solidaritätssinn** und ein Gemeinschaftsgefühl in der Gesellschaft
2. Eine unterstützende soziale Umgebung für das Individuum
3. Sichere und gleiche Bedingungen in der **Kindheit** für alle
4. Ein hohes **Beschäftigungsniveau**
5. Eine gesunde **Arbeitsumgebung**
6. Zugängliche Grüngebiete für die **Erholung**
7. Eine gesunde **Umwelt**, drinnen und draußen
8. Gesunde Umfeldler und **Produkte**
9. Mehr körperliche Aktivität

Nationale Gesundheitsziele Schweden (9 von 18; vgl. BZgA 2002)

Anleitung(en) zum Mächtig-Sein... (Saul Allinsky)

- Gemeinwesenarbeit & Quartiersmanagement, Partizipation & Empowerment, Nachhaltigkeit & Evidenz, Kontinuität & Langfristigkeit, Projektmanagement & Prozessmoderation, Gesunde Stadt oder Gemeindeorientierung, World Café oder Systemische Beratung... Auweia!
- Gesundheitsförderung: eine Strategie der Einflussnahme mit ‚Expertenmix‘ und Gestaltungslust...

Aus der Summe unserer vielfältigen Erkenntnisse lassen sich abschließend die wichtigsten gesundheitsbezogenen Aufgaben für Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt ableiten:

- Die Verankerung von Gesundheitsförderung in stadtteilbezogenen Handlungskonzepten und Aktionsplänen.
- Die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit durch gesundheitsfördernde Aktivitäten in benachteiligten Stadtgebieten.
- Der Aufbau tragfähiger gesundheitsfördernder Netzwerke mit Gesundheitsakteuren, Verwaltungsvertretern, lokalen Akteuren und Bewohnerschaft.
- Die Förderung der individuellen Gesundheitskompetenzen in Schulen, Kindertagesstätten und anderen Bildungseinrichtungen.
- Die Stärkung des sozialen Zusammenhalts, Unterstützung von Selbsthilfeförderung, Bürgerengagement, Nachbarschaftshilfe und sozialen Netzwerken.
- Die Konzeption von Projekten und Maßnahmen entsprechend dem Alter, dem Geschlecht, dem kulturellen

Hintergrund und den Präferenzen der angestrebten Zielgruppe.

- Die Entwicklung geeigneter Rahmenbedingungen für eine gesundheitsverträgliche und -förderliche Umwelt in Zusammenarbeit mit den zuständigen Ämtern.
- Sowie ein Hinwirken auf die konsequente Berücksichtigung von Gesundheit / Gesundheitsförderung in kommunalen Entscheidungsprozessen.

Die komplexe Strategieaufgabe der Gesundheitsförderung ist mit den Worten der WHO – als „Wissenschaft und Kunst zugleich“ – sehr treffend beschrieben, denn eine „Gesunde & Soziale Stadt“ lässt sich letztlich nur durch gesamtgesellschaftliches Bemühen erreichen; durch politische Konsensfindung zur Schaffung gesundheitsgerechter Rahmenbedingungen, multisektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Befähigung der Menschen im Stadtteil, in der Gemeinde.

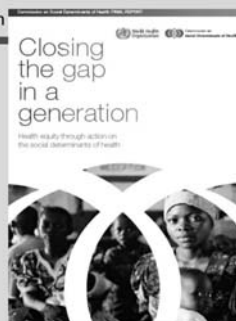
Kontakt:

Elke Vienken
vienken@gf-ka.de

Global denken – lokal handeln

Gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit und der Abbau sozialer und interkultureller Benachteiligung sind zentrale Ziele der Gesundheitsförderung.

Der Zusammenhang von Armut & Migration und gesundheitlicher Benachteiligung ist ein Skandal am Beginn des 21. Jahrhunderts!



Gesundheitsförderung braucht und bietet Netzwerke und intersektorale Verständigung

- Fachlicher Austausch an den Grenzen von Ideen, Berufen & Institutionen
- Moderation und Begleitung von Planungsprozessen & Langzeitprojekten
- Vermittlung und Qualitätssicherung von Expertenbeiträgen & Projekten

Gesundheitsförderung im Rahmen der Integrierten Stadtteilentwicklung

Klaus-Peter Stender



Gesundheitsförderung hat für die Integrierte Stadtteilentwicklung eine wichtige Bedeutung. Bei der Entwicklung der Schwerpunkte wie zum Beispiel der lokalen Wirtschafts- und Beschäftigungsförderung, der Bildungsentwicklung, Familienunterstützung oder der Integrationsförderung hat Gesundheitsförderung als Spezial- wie auch als Querschnittsaufgabe eine unterstützende Rolle.

1. Gesundheit und soziale Lage

Nach Aussagen des Robert Koch-Instituts wird der Einfluss der sozialen Lage auf Gesundheit und Lebenserwartung durch epidemiologische Studien regelmäßig bestätigt. Menschen mit geringeren sozialen Ressourcen sind vermehrt von körperlichen und psychischen Krankheiten, psychosomatischen Beschwerden, Unfallverletzungen sowie Behinderungen betroffen. Infolge dessen haben sie einen höheren Bedarf an Leistungen des medizinischen Versorgungssystems und an sozialer Absicherung im Krankheitsfall. Die Effekte der sozialen und gesundheitlichen Probleme kumulieren im Lebensverlauf und finden demzufolge auch in der vorzeitigen

Sterblichkeit und der geringeren Lebenserwartung einen deutlichen Ausdruck. Diese Verbindungslinien zwischen sozialen Lagen und Gesundheit sind allgemein nachzuweisen und werden unter anderem durch Ländergesundheitsberichterstattungen, z.B. auch aus Hamburg, bestätigt.

2. Umsetzungskonzept

2.1 Lokale Gesundheitsförderungsstrategie

Sozial belastete Menschen (und folglich vielfach auch Menschen mit riskanterem Gesundheitsverhalten und schlechterem Gesundheitszustand) leben (nicht nur aber) häufig in sozial belasteten Stadtteilen. Deshalb sind auch aus Perspektive der Gesundheitsförderung gezielte Regionalstrategien folgerichtig. In der Kommune funktionieren Gesundheitsförderung und Prävention als Mehrebenen-Ansatz: Stadt, Bezirke, Stadtteile sowie weitere Einrichtungen wie Sozialversicherungsträger, Kammern und Freie Träger bilden eine Verantwortungsgemeinschaft, die im Sinne einer Gesamtstrategie zusammenwirkt. Eine zielgeleitete und gelungene Kooperation gehört zu den Erfolgsfaktoren für Gesundheitsförderung und Prävention. Dieses vernetzte Zusammenwirken bedeutet gerade auf Stadtteilebene die effiziente und pragmatische Verknüpfung

und wechselseitige Bereitstellung und Nutzung vorhandener Ressourcen (von Fachkompetenz bis Räume, Küchen, etc.).

Zwei Strategieansätze sind handlungsleitend:

- Gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten müssen langfristig angelegt sein. Aufbau und Entwicklung von Gesundheitskompetenzen sind keine „Eintagsfliegen“, sie sind auf Kontinuität angewiesen. Gesundheitsförderung und Prävention sind deshalb in Regelsysteme flächendeckend zu integrieren. Das heißt Gesundheitsförderung wird z.B. in Eltern-Kind-Zentren, Kindertagesstätten und Schulen so alltagsnah umgesetzt, dass möglichst alle davon profitieren können und
- Gesundheitsförderung und Prävention sind zielgruppenspezifisch zu organisieren, d. h. die Menschen werden angesprochen und erreicht, die aufgrund ihrer Lebenssituation eine besondere Unterstützung benötigen.

Gesundheitsförderung trägt zur Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen bei. Gesundheitsförderung ist als Prozess zu verstehen, der darauf abzielt, alle Bürgerinnen und Bürger zu verantwortungsbewus-



sten Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit zu befähigen (Empowerment). Gesundheitsförderung umfasst damit alle Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung des individuellen Verhaltens (Gesundheitskompetenz) zielen und die Lebensumstände im positiven Sinne verändern.

Als besonders erfolgreich hat sich dafür eine Mehr-Ebenen-Strategie herausgestellt, die Lebensphasen (z. B. Schwangerschaft, frühe Kindheit, Kita- und Schulalter, Senioren), Lebenswelten (z. B. Stadtteil, Kindertagesstätte, Schule), Zielgruppen (z. B. Migrantinnen und Migranten, Kinder, Familien) und Handlungsschwerpunkte umfasst. Der besondere Vorteil einer kommunalen Perspektive ist aber die Vernetzung von Lebenswelten. Positive Beispiele sind hier die Zusammenarbeit von Kindertagesstätten oder von Schulen mit Sportvereinen zur „aufsuchenden“ Bewegungsförderung. Bewegungsangebote werden von ausgebildeten Übungsleitern in Kitas oder Schulen organisiert, um möglichst viele Kinder zu erreichen. Ein Beitritt von Kindern in Sportvereine ist dabei eine wünschenswerte, aber keine notwendige „Nebenwirkung“. Die Koordination der kommunalen Akteure wird in der Regel vom Öffentlichen Gesundheitsdienst geleistet.

2.2 Hamburger Projekte

In Hamburg gibt es bereits eine Reihe von Erfahrungen mit Gesundheitsförderung im Rahmen sozialer Stadtteilentwicklung. Dazu gehören bspw. folgende Projekte und Programme:

- Bille in Bewegung
- Gesundes Heimfeld, Netzwerk für quartiersorientierte Gesundheitsförderung

- Lenzgesund, Lenzsiedlung in Eimsbüttel
- Gesund Kurs halten in Lurup
- Gesunde soziale Stadt (Billstedt, Jenfeld, Lurup)

An Erfahrungen dieser Projekte kann angeknüpft werden. Darüber hinaus können z.B. bewährte Ansätze der Kinder- und Familiengesundheitsförderung der BSG oder auch der Unterstützung durch Gesundheitsmediatoren stadtteilbezogene Gesundheitsförderung befördern. Eine Vielzahl von Aktivitäten in Stadtteilen richten sich an Kinder und Jugendliche, aber ebenso auch an ältere Bürgerinnen und Bürger. Diese Altersspanne macht deutlich: Die Förderung von Gesundheitskompetenzen und Gesundheitsbewusstsein muss frühzeitig beginnen, ist aber in jedem Alter wichtig.

2.3 Handlungsschwerpunkte:

Gemäß des Beschlusses der 81. Gesundheitsministerkonferenz (GMK 2008) „Sozialraumbezug in der Gesundheitsförderung – Programm Soziale Stadt“ soll die umfassende Förderung von Gesundheitskompetenzen und -bedingungen in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und deren Familien, eine besondere Berücksichtigung und Förderung erfahren. Darüber hinaus sollen in Hamburg die Themen Gesundheit in der Schwangerschaft und frühen Kindheit sowie die Früherkennung und das Vorsorgeverhalten ergänzende Handlungsschwerpunkte sein.

2.4 Vernetzung

Gesundheitsfördernde und primärpräventive Interventionen steigern ihre Erfolgsaussichten, wenn eingeleitete Aktivitäten sowohl auf individueller wie auch auf gesellschaftlicher Ebene funktionieren, diese Ansätze folglich verknüpft sind. Diese Erkenntnisse sind gesichert und hinlänglich evaluiert; sie müssen in jeder gesundheitsfördernden Strategie erkennbar sein.

Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen durch das kluge Zusammenspiel ihrer Instrumente und Akteure. Wichtig für gemeinsames Handeln sind gemeinsame Lernerfahrungen. Dafür haben die Qualität der Zusammenarbeit und die Zusammenführung der Kompetenzen der Akteure einen grundlegenden Einfluss.

Am besten nachweisbar ist die Notwendigkeit einer vernetzten Gesamtstrategie über konkrete Projekt- und Praxiserfahrung. Am Beispiel des Hamburger Projektes „Gesunde Soziale Stadt Hamburg“ lassen sich Bausteine und Mechanismen erfolgversprechender Strategieansätze identifizieren und beschreiben.

Ziel dieses Projektes war es, Wege aufzuzeigen, wie Gesundheit im Programm der Sozialen bzw. Aktiven Stadtteilentwicklung integriert werden kann. Die Hauptthemen waren Ernährung, Bewegung und frühe gesundheitliche Hilfen für Familien.

Am Anfang des Projektes „Gesunde Soziale Stadt Hamburg“, das von 2002 bis 2005 durchgeführt wurde, stand eine Bestandsaufnahme von Ernährungs- und Bewegungsangeboten in Hamburger Stadtteilen. Das Ergebnis überrascht aus heutiger Perspektive nicht mehr.

Die Angebotssituation war durchaus positiv, überall finden sich vielfältige Ernährungs- und Bewegungsangebote,

das Thema Gesundheit wird in allen (mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden) Einrichtungen als ein wichtiges ernst genommen.

Allerdings wird im internen Abschlussbericht ebenso eindeutig festgehalten:

- Die vorhandenen Angebote sind wenig bekannt. Es fehlt an Transparenz über gesundheitsfördernde Maßnahmen und Angebote – sowohl für die Stadtteilbewohner als auch für die Einrichtungen untereinander. Selbst für engagierte Profis in den Stadtteilen sind viele Angebote eine große Überraschung, obwohl sie in der Nachbarschaft angesiedelt sind.

Vor diesem Hintergrund wäre eine reflexhafte Forderung nach zusätzlichen Projekten und Angeboten unangemessen. Diese Erfahrungen begründen vielmehr die Stärkung zielgerichteter und übergreifender Kooperation und Vernetzung.

In dem internen Abschlussbericht heißt es deshalb auch folgerichtig:

- Der Ressourcenblick, die Aufmerksamkeit für bereits vorhandene Angebote und Talente im Stadtteil – sowohl bezogen auf das professionelle System wie auch auf die Bewohnerschaft – muss entschieden weiter entwickelt werden.
- Diese Schwerpunktsetzung trägt insbesondere für Bürgerinnen und Bürger auch gesundheitsstärkende Erfahrungen in sich, weil sie ihre Kompetenzen in Aktivitäten einbringen und damit sich und anderen zeigen, was sie können. Dieses Selbstwert fördernde Engagement entwickelt insbesondere in den Stadtteilen ihre Wirkung, in denen viele Menschen leben, die durch ihre sozialen Lebensumstände belastet sind und diese Ermutigung als Motivation erfahren. Als Gewinne ist somit

neben dem Plus an Selbstwert und Kompetenz auch ein gesteigertes Identifikationspotenzial zu verbuchen.

- Es fehlen Kooperationsstrukturen/ Netzwerke, die das Thema Gesundheit im Stadtteil verlässlich im Blick haben.
- Es fehlen „Vernetzungspersonen“ oder „Vernetzungsinstitutionen“, die die o. g. Entwicklungsaufgaben aufgreifen und das Thema Gesundheit im Stadtteil repräsentieren, Gesundheit „auf der Tagesordnung des Stadtteils halten“ und aktiv voranbringen bzw. auch bei Bedarf stadtweite Ressourcen für den Stadtteil aktivieren (der notwendige erste Blick auf das vorhandene Angebot schließt begründete Forderungen nach zielgerichteten und bedarfsorientierten Unterstützungen für Gesundheitsförderung in keiner Weise aus).

Die Herausforderung heißt, Gesundheitsförderung und Prävention in gemeinsamer Verantwortung und im gemeinsamen Handeln im Sozialraum Stadtteil zu verwirklichen (Verantwortungspartnerschaft)

Eine funktionierende Kooperationskultur ist ein Grundkapital für mehr Gesundheit, das sich verzinst, wenn gesund-

heitsfördernde Angebote systematisch in vorhandenen Regelangeboten u. a. der Schulen, Kindertagesstätten, Eltern-Kind-Zentren, Sportvereinen, Senioreneinrichtungen umgesetzt werden.

Deshalb müssen die Einrichtungen gewonnen werden, die Kontakt mit den Zielgruppen haben und für das Thema Gesundheit Kompetenz und Vertrauen besitzen oder entwickeln.

3. Strukturbausteine auf lokaler Ebene

Am Beispiel des Hamburger Stadtteilansatzes „Gesund Kurs halten in Lurup – Förderung der Kinder- und Familiengesundheit“ lassen sich diese Strukturbausteine anschaulich beschreiben. (Hintergrund: Lurup hat etwa 33.000 Einwohner; 20 Kindergärten, zwölf Schulen mit etwa 4.200 Schülerinnen und Schüler sowie ein Eltern-Kind-Zentrum und ein Kinder- und Familienhilfzentrum.) Das Projekt zeichnet sich durch klare Transparenz- und Beteiligungsstrukturen aus:

- Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung (u. a. Beratung und Aktivierung; Organisation der Runden Tische Gesundheitsförderung),
- Luruper Forum (Information und Austausch),



- Stadtteilhaus (Treffpunkt und weitere Angebote),
- Zeitschrift Lurup im Blick (Öffentlichkeitsarbeit).

Grundlegender Bestandteil des Projektes ist die im Jahr 2007 im Luruper Stadtteilhaus eingerichtete „Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung“. Deren Funktionen erstrecken sich von der Gestaltung einer stadtteilweiten Beteiligungskultur über Projektberatung und -begleitung im Bereich Gesundheitsförderung bis auf die Unterstützung bei der Konzepterstellung und bei der Finanzierung. Zum Tätigkeitsfeld der Geschäftsstelle gehört darüber hinaus das Initiieren und Moderieren der Runden Tische Gesundheitsförderung sowie der Kontaktaufbau und die Kontaktpflege zu Ämtern, Behörden und Krankenkassen.

Die Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung wurde im Büro des Trägervereins BÖV 38 e.V. im Stadtteilhaus Lurup eingerichtet und ist heute ein zentraler Ort, an dem verschiedene Aktivitäten zusammenlaufen. In diesem Gebäude befinden sich darüber hinaus das Stadtteilbüro, die Geschäftsführung des Stadtteilbeirates Luruper Forum und weitere Einrichtungen und Initiativen für die Luruper Bürgerinnen und Bürger, darunter ein Lese-Kulturcafé, ein Stadtteilhaus-Café, eine Leihbücherei, eine Bewegungshalle und eine „Schreibstube“, die Stadtteilbewohner Unterstützung beim Schreiben von amtlichen Briefen bietet usw.

Die Anschubfinanzierung für die Geschäftsstelle erfolgte zunächst von April 2007 bis März 2008 durch die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG); im April 2009 wird sich eine Finanzierung durch die BSG anschließen.

Neben den Krankenkassen unterstützt die Hamburger Stadtentwicklungsbehörde die Luruper Fördergebiete im Rahmen der Nachsorge der Aktiven Stadtteilentwicklung mit einem Verfügungsfonds in Höhe von 10.000 Euro im Jahr und finanziert die Räume des Stadtteilbüros sowie Redaktion, Layout und Druck der Stadtteilzeitung „Lurup im Blick“.

Über die Förderung von Stadtteilprojekten aus dem Verfügungsfonds entscheiden die 40 bis 60 Teilnehmenden des Stadtteilbeirates Luruper Forum, das monatlich tagt.

Ein wesentlicher Bestandteil des Projektes sind die moderierten „Runden Tische Gesundheitsförderung“, an denen alle Interessierten teilnehmen können. Ausdrücklich eingeladen werden u. a. die Mitglieder des Luruper Forums, alle Schulen, Kindertagesstätten und Jugendeinrichtungen im Stadtteil, das Kinder- und Familienzentrum, der Bürgerverein oder auch Sportvereine. Die Runden Tische tagen quartiersbezogen. Ziel ist die Entwicklung von Projekten und eines Verstärkungskonzeptes für die Gesundheitsförderung im Stadtteil.

Die Runden Tische werden mit der Methodik des „Planning for Real“ so gestaltet, dass die Ressourcen, Interessen und Erfahrungen der Teilnehmenden im Mittelpunkt stehen und sie mit ihren Potenzialen einbezogen werden können. Mit Hilfe dieser Methoden werden Handlungsbedarf und -felder sowie Ressourcen für gemeinwesenorientierte, stadtteilbezogene, gesundheitsfördernde Maßnahmen ermittelt und kooperative Projekte, Strategien und ein Umsetzungskonzept für ein gesundheitsförderndes Lurup entwickelt.

Alle Teilnehmenden haben sich auf die prioritären Handlungsfelder Ernährung,

Bewegung, Suchtprävention, seelische Gesundheit und Stadtteilkoope-ration/Vernetzung geeinigt. Bürger-schaftliches Engagement wird durch persönliche Ansprache sowie durch Veröffentlichungen von Terminen und Einladungen in der Stadtteilzeitung „Lurup im Blick“ befördert. In der Öffentlichkeitsarbeit und bei der Dokumentation der Ergebnisse der Runden Tische profitiert das Projekt „Gesund Kurs halten“ von der Zusammenarbeit mit der Stadtteilzeitung, die über die Nachsorge der aktiven Stadtteilentwicklung finanziert wird und über die Arbeit des Luruper Forums, über Aktionen, Projekte, Maßnahmen und Entwicklungen im Stadtteil informiert. Dies gibt den Akteuren im Stadtteil ein Gesicht und erhöht den Identifikationsgrad der Bewohnerinnen und Bewohner mit dem Stadtteil.

Gemeinsam mit dem Forschungsprojekt des Deutschen Instituts für Urbanistik (Difu) „Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ konnte die Geschäftsstelle sowohl beim BKK-Bundesverband und BKK-Landesverband Nord als auch bei der Techniker Krankenkasse (TK) Mittel zur Finanzierung von im Stadtteil entwickelten und selbst organisierten Projekten zur Gesundheitsförderung einwerben.

Die BKK Verbände stellen im Jahr 2008 für quartiersbezogene Kooperationsprojekte 20.000 Euro zur Verfügung (BÖV 38 e. V. Begegnung, Bewegung, Beteiligung in Lurup/Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung Lurup 2008, 7).

Mit der Techniker Krankenkasse TK hat die Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung einen Rahmenvertrag für den „TK Verfügungsfonds Gesundes Lurup“ abgeschlossen. Aus diesem Fonds werden 2008 und 2009 für insgesamt



20.000 Euro Mikro-Kooperationsprojekte zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung gefördert. Mit den „Stadtteifonds“ der beteiligten Krankenkassen können schnell und unbürokratisch Projektfinanzierungen im Bereich der Gesundheitsförderung bereitgestellt werden.

Auch die Nachhaltigkeit des Projektes beruht auf der besonderen Qualität der Netzwerkarbeit in Lurup. In den letzten Jahren wurden mehr als 30 Mitarbeitende von Einrichtungen sowie Bewohnerinnen und Bewohner zu „Community-Field“-Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fortgebildet.

Aufgrund der Strukturen in Lurup, wozu insbesondere das Luruper Forum, der Verfügungsfonds und das Stadtteilhaus zählen, hat sich das Thema Gesundheitsförderung in den letzten Jahren fest etabliert. Die Nachhaltigkeit wurde durch die Förderprogramme „Aktive Stadtteilentwicklung“ und „Soziale Stadt“ unterstützt.

Das Projekt „Gesund Kurs halten in Lurup“ zeichnet sich insbesondere durch eine hohe Beteiligung von unterschiedlichen Akteuren auf verschiedenen Ebenen aus. Auf der Basis dieser Bereitschaft der Beteiligten, aktiv an Veränderungsprozessen mitzuwirken und sich einzubringen, kommen verschiedene Beteiligungsverfahren bei der Planung und Durchführung von Umstrukturierungen sowie Neuerungen innerhalb des Stadtteils zum Einsatz. In diesem Kontext legt das Projekt „Gesund Kurs halten“ Wert darauf, dass die Mitwirkenden ihre Fähigkeiten einbringen können.

Des Weiteren sollen die teilnehmenden Personen in die Lage versetzt werden, nachhaltig und vernetzend zu wirken, Prozesse im Stadtteil zu verstehen und zu begleiten („zu hüten“) sowie Grup-

pen zu leiten. Die Teilnehmenden erwerben in Fortbildungen die Kompetenz, einen qualitativen Verständigungs- und Begegnungsprozess im Stadtteil zu etablieren, um zu einer gemeinsamen Haltung von Akzeptanz von Vielfalt beitragen zu können.

Der Blick allein auf die professionellen Strukturen greift deshalb zu kurz. Wichtiger Teil dieser Kooperationskultur sind auch Bürgerinnen und Bürger, die ihre Kompetenzen und Interessen in die Aktivitäten einbringen können. Dies schafft Ermutigung, steigert den Selbstwert und trägt damit selbst wieder gesundheitsfördernde Erfahrungen in sich. Darüber hinaus können gesundheitsbezogene Selbsthilfepotenziale und Netzwerke ihre unterstützenden Wirkungen für Gesundheit entfalten.

In Lurup werden alle Prozesse, Projekte und Akteure als Einheit betrachtet. In diesem Rahmen lassen sich zwei spezifische Ebenen identifizieren; zum einen eine Zusammenarbeit auf zwischenmenschlicher, personaler Basis. Diese personensorientierte Vernetzung ist enorm tragfähig, so dass sie auch nach dem Ende von Projekten weiter besteht. Sie ist daher – dies ist die zweite Ebene – die ideale Basis, gesundheitsfördernde Handlungsstrategien oder andere Projekte im Stadtteil zu etablieren. Hier wird eine „Verknüpfungsstrategie auf Stadtebene“ praktiziert. In diesem Sinne werden die Potenziale und Ressourcen der Bürgerinnen und Bürger sowie der ansässigen Institutionen und professionellen Akteure genutzt, um Projekte zu initiieren und zu verknüpfen.

Diese gute Kooperation auf Ebene des Stadtteils wird aber auch übergreifend praktiziert und festigt die lokale Arbeit.

Die Zusammenarbeit von Stadtteilrichtungen, des Bezirkes, von Fachbehörden und Krankenkassen verdeutlicht, wie Stadtteilaktivitäten verstetigt werden können, ohne dass einzelne Beteiligte überfordert werden.

Gezielte, nachhaltige Gesundheitsförderung benötigt einen systematischen Rahmen. In der Praxis haben sich zusammengefasst nachfolgende Strukturbausteine in einem abgestuften Verfahren bewährt:

- Gesundheitsbezogene Analyse zu Problemen und Potenzialen im Stadtteil (lokale Gesundheitsberichte: Bedarfsorientierte Beschreibung und Bewertung der lokalen gesundheitlichen Angebote).
- Einbindung der wesentlichen Akteure und der Stadtteilbevölkerung u. a. durch Informationsvermittlung, Öffentlichkeitsarbeit und aktivierende Planungsmethoden.
- Transparenz- und Planungskonferenzen – Vor dem Hintergrund der Transparenz vorhandener Angebote und Ressourcen erfolgt eine Verständigung auf konkrete Handlungsschwerpunkte und Abstimmung eines Umsetzungskonzeptes mit klaren Verantwortlichkeiten.
- Vorhandene Ressourcen und Kompetenzen im Stadtteil werden gewürdigt, aktiviert und unterstützt. Dazu gehören insbesondere auch die Kompetenzen, Mitwirkungsinteressen und Selbsthilfepotenziale von Bürgerinnen und Bürgern (freiwilliges Engagement). Sie werden in die Vermittlung gesundheitsförderlicher Fähigkeiten mit einbezogen.



- Koordination für Gesundheitsförderung – Funktion: Aktivierung, Zusammenführung (z. B. in Transparenz- und Planungskonferenzen) und Beratung der Stadtteilakteure, Begleitung des Umsetzungskonzeptes, Hilfen bei der Finanzierung von Projekten und Dokumentation und Überprüfung der Wirksamkeit des Gesundheitsförderungsansatzes. Diese Aufgabe sollte von Personen übernommen werden, die bereits Koordinierungsfunktionen im Stadtteil wahrnehmen.
 - Finanzmittel stehen für die unbürokratische Umsetzung kleinerer Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsprojekte zur Verfügung
- (Gesundheitsverfügungsfonds).
(Ergänzende Information: Derzeit ist unklar, woher diese Mittel kommen sollen. Das Beispiel des Modell-Projektes in Lurup belegt, dass Finanzmittel auch von den Krankenkassen bereitgestellt werden könnten.)
- Stadtteileinrichtungen beteiligen sich verlässlich im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgaben an der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention.
 - Die Koordination für Gesundheitsförderung und ggf. weitere gesundheitsfördernde Angebote werden mit weiteren Angeboten (z. B. Stadtteilcafé, Beratungsangebote) zusammengeführt.
 - Dokumentation und Bewertung der Aktivitäten

Kontakt:

Klaus-Peter Stender
Behörde für Soziales, Familie,
Gesundheit und Verbraucherschutz,
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz
Abteilung Gesundheit
Fachabteilungsleitung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung
Billstrasse 80 a, D – 20539 Hamburg,
Klaus-Peter.Stender@bsg.hamburg.de



„Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“

Stefan Bräunling, Gesundheit Berlin

In diesem Beitrag werden die Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“ mit dem Arbeitstitel „Toolbox“ vorgestellt. Es hat einigen Zeitaufwand gekostet, sie zu erstellen, da Abstimmungsprozesse mit vielen Partnern über lange Zeit erforderlich waren. Wir hatten viele Überlegungen zu machen, wie man am besten zusammenfassen kann, was alles in diesem Feld in der Praxis existiert und was hilfreich sein könnte.

Der Rahmen, in dem die Arbeitshilfen erarbeitet wurden, ist der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Das ist eine Struktur aus im Moment 52 Partnerorganisationen, initiiert und unterstützt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (siehe Artikel dazu in dieser Broschüre). Die Säulen des Angebotes sind:

- die Angebotsdatenbank mit zurzeit über 1.750 Angeboten,
- der Good Practice-Ansatz, in dem die Kriterien guter Praxis und besonders herausragende Beispiele – zurzeit 88 – dargestellt werden,
- der sehr umfangreiche Internet-Auftritt www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, mit sehr viel Material, einer Angebotsdatenbank und vielen aktuellen Informationen,

- sowie die Regionalen Knoten, die Vernetzungs- und Koordinationsstruktur dieses Kooperationsverbundes in den Bundesländern.

Das Herzstück des Kooperationsverbundes ist die sehr umfangreiche Angebotsdatenbank, in die die Good Practice-Projekte und die Beispiele besonders gelungener Arbeit integriert sind. Das ist ein großer Pool von Beispielen, von Hilfen und Anregungen für qualitätsgesicherte Arbeit der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

Seit knapp anderthalb Jahren hat der Kooperationsverbund auf Initiative der Bundesministerien für Gesundheit und Stadtentwicklung das Schwerpunktthema „Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt“ gewählt. Diese Partner sind in den Prozess intensiv eingebunden:

- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
- Gesetzliche Krankenversicherungen
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)
- BAG und LAG's Soziale Stadtentwicklung

- Gesunde Städte-Netzwerk
- Quartiersmanagements
- Wohlfahrtsverbände
- Landesvereinigungen für Gesundheit

Ein Schritt in dieser Initiative war ein Experten-Workshop letztes Jahr im April. Dies ist der Titel der Dokumentation, die auch online (unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:stadtteil) erhältlich ist.

Ein weiterer großer Schritt in dieser Entwicklung sind die „Regionalkonferenzen“, die landesweiten Fachtagungen, die in allen 16 Bundesländern mit großem Erfolg durchgeführt wurden.

Nun kommen wir zu dem dritten Punkt der bisherigen Aktivitäten, dem Ordner mit dem Arbeitstitel „Toolbox“. Die Idee kam Anfang letzten Jahres auf: Arbeitshilfen für die Praktikerinnen und Praktiker vor Ort wären eine wichtige Unterstützung und Gesundheit Berlin wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und von der BZgA beauftragt, diese Arbeitshilfen zu erstellen. Der Arbeitstitel „Toolbox“: Wir haben uns zunächst am Begriff „Werkzeugkasten“ orientiert, haben uns überlegt: Was sind Werkzeuge für die Arbeit in den Quartieren?



Werkzeugkasten: Hammer, Säge, Nägel, davon sind wir ausgegangen. Dann haben wir das übersetzt für Gesundheitsförderung und haben uns überlegt: Am liebsten würden wir ein Springseil, einen Apfel, einen Schrittzähler, nicht zu vergessen Kondome da hineinlegen. Das haben wir dann aber nicht getan! Wir hoffen, dass wir noch bessere und haltbarere Werkzeuge zusammengetragen haben.

Was zusammengetragen wurde, sind viele Erläuterungen, Grafiken, Tabellen, Übersichten, Definitionen und eine Menge praktischer Tipps, kleiner Tipps, was kann man an dieser Ecke gerade noch mit bedenken, größere Tipps, wie kann man ein Projekt aufziehen, eine Menge Links und weiterführende Literaturhinweise. Das alles ist sehr komprimiert und kurz. Deswegen sind auch die Verweise, wo man sich in die Themen noch weiter vertiefen kann, besonders wichtig.

Das „Sahnestück“ der Arbeitshilfen sind sicherlich die vielen Praxisbeispiele. Wir sind in der Erarbeitung – wir haben natürlich hauptsächlich aus der Datenbank des Kooperationsverbundes geschöpft, aber auch aus der Datenbank, die das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) für das Programm Soziale Stadt führt – auf viele hervorragende Ansätze gekommen: kleine Projektbeispiele, wo wir nur einen kleinen Tipp geben, z.B. wie man die Dokumentation noch ein bisschen verbessern kann. Oder eben auch ganze, große Projekte, die wir nachzeichnen konnten, aus Berlin zum Beispiel die „Kiezdetektive“ oder ähnliche herausra-

gende Projekte. Da finden sich in den Arbeitshilfen nun eine Menge Anregungen, die sicher auch für die eigene Projektplanung inspirieren können.

Weiterhin haben wir an dem Begriff „Tool“ entlang viele Tabellen, Checklisten, To-do-Listen entwickeln können, wobei wir auch von den Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes zehren und sie in ihrer Operationalisierung sehr gut nutzen konnten.

Der Hauptaufbau sind fünf Fachhefte, die in einem Ordner zusammen gefasst sind. Die Hefte orientieren sich in ihrer Gliederung an dem Regelkreis der Projektentwicklung: Bedarfsbestimmung, Planung, Durchführung, Überprüfung.



Fachheft 1 stellt den weiten Begriff der WHO zu Gesundheit und Gesundheitsförderung dar: Dieser beinhaltet mehr als ausschließlich medizinische Prävention, denn es geht um soziale Prozesse und Gesundheitsförderung ist hier in einem weiten Sinne zu verstehen. Zielgruppen, Ziele und Erfordernisse der Gesundheitsförderung werden verdeutlicht. Die zentralen Ziele der Gesundheitsförderung sind die Verringerung der

Ungleichheit von Gesundheitschancen und der selbstbestimmte Umgang der Menschen mit ihrer eigenen Gesundheit. Die grundsätzlichen Herangehensweisen, um diese Ziele zu erreichen, werden in diesem Heft erläutert. Nach dem Setting-Ansatz werden die Menschen immer in Verbindung mit ihren Lebensbedingungen gesehen, die einen zentralen Einfluss auf die Chance haben, ein gesundes Leben zu führen. Der Erfolg gesundheitsförderlicher Maßnahmen hängt essenziell davon ab, über Gesundheitsaufklärung und die Veränderung einzelner Verhaltensweisen hinauszugehen und die „Welten“, in denen die Menschen leben, lernen, arbeiten und lieben, mit zu beeinflussen. Die Menschen sind dort zu beteiligen und „abzuholen“, wo sie auch tatsächlich anzutreffen sind, und ganz wichtig, für alle Projektphasen unerlässlich: Empowerment, die Befähigung der Menschen, mit denen zusammen man aktiv werden will. Empowerment wird in seiner konkreten, prozesshaften Umsetzung vorgestellt. Es kann anhand von Beispielen erlesen werden, welchen Nutzen der Einzelne, die Gruppe, der Stadtteil davon haben. Das Fachheft 1 ist aber auch eine Hinführung auf die Beantwortung der drängenden Fragen in den folgenden Teilen: Wie kann ich selber etwas initiieren? Wie fange ich an? Wen muss ich und wen sollte ich ansprechen?

Fachheft 2 ist die Darstellung von Bedarfsermittlung und vor allen Dingen von Partizipation: Wie beteilige ich die Menschen in meinen Projekten von Anfang an und in allen Projektphasen. Ganz wichtig dabei ist, wirklich von Anfang an mit den Leuten ins Gespräch zu kommen und sie zu fragen: Was sind eure Bedürfnisse? Was sind eure



Wünsche? Was sind eure Ressourcen? Gerade auf dem Gebiet der Stadtentwicklung ist es eine allgemeine Erfahrung, dass man kein Projekt ohne die Zielgruppe oder über ihre Köpfe hinweg planen darf, wenn man nachhaltige Wirkungen erzielen will. Aber die „großen“ Methoden der Bedarfserhebung und der Beteiligung sind eben auch äußerst aufwändig. Deswegen werden die hier vorgeschlagenen Herangehensweisen durchgängig in Zusammenhang mit personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen gebracht. Methoden werden in diesem Teil der Arbeitshilfen nur beispielhaft dargestellt, auf vieles, das andernorts, auch im Internet, umfassend und anschaulich beschrieben wird, kann hier nur verwiesen werden. Letztendlich liegen die größten Möglichkeiten im persönlichen, und zwar im langfristigen persönlichen Kontakt. Nur über eine lange, gute Kenntnis der Anwohnerschaft lassen sich gegenseitige Wertschätzungen aufbauen und Interesse für Zusammenarbeit entwickeln.

Fachheft 3 beschäftigt sich mit der Projektentwicklung: Wie kann ich ein Konzept erstellen? Wie kann ich einen Antrag erstellen? Wo finde ich Finanzierungsmöglichkeiten? Vor allen Dingen auch: Wo finde ich Partner? Die Gliederung dieses Heftes ist an den Aufbau eines Projektantrags bei einer Krankenkasse angelehnt. Gemeinsam mit der Beschreibung der wichtigsten Fördermöglichkeiten bietet es also eine gute Grundlage für die Projektplanung. Es wird gezeigt, wie man sich und seinen



Partnern die Planung anhand von Zielen und Teilzielen sowie Maßnahmen und Meilensteinen immer wieder veranschaulichen kann. Man sollte sich in jedem Fall frühzeitig starke Partner für seine Projektentwicklung suchen. Hierbei bieten die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Kooperationsverbundes, die Regionalen Knoten, gerne ihre Unterstützung an. Kooperationen, Engagement und Vernetzung funktionieren am nachhaltigsten, wenn alle Beteiligten in der Mitwirkung auch einen Nutzen, einen Gewinn für sich (Ressourceneinsparung, Anerkennung, Imageverbesserung, ...) erkennen können. „Win-Win-Situationen“ können aktiv gesucht und gestaltet werden.

Fachheft 4 beschäftigt sich dann mit den wichtigen Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung und stellt diese zielgruppenorientiert dar: Was sind Ansätze bei kleinen Kindern, bei Jugendlichen, bei älteren Menschen? Gesundheitsförderung – hier im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Stress – ist ein komplexes Thema, es umfasst viele Handlungsfelder und Personenkreise. Von Ernährungsbera-

tung über Kompetenzförderung bis hin zu Wohnumfeld- und Verkehrsprojekten versuchen wir, den Blick für die Zielgruppen- und Themenspezifika der Gesundheitsförderung zu schärfen und zu erweitern. Das Ernährungsverhalten hat immer auch eine starke soziale Funktion. Die Förderung gesunden Essens muss deshalb niedrigschwellig und möglichst über Multiplikatoren genau auf die Zielgruppen zugeschnitten werden.



Diese Vorgehensweise wird in den Arbeitshilfen unter dem Titel „Esskulturen fördern und gesund gestalten“ dargestellt. Bewegungsförderung im Quartier ist vorrangig eine Frage von Räumen und Plätzen, das heißt von Bewegungsmöglichkeiten. Dabei haben verschiedene Gruppen, man denke an Kinder und Ältere, unterschiedliche Bedürfnisse. In den Arbeitshilfen wird besonders auf die partizipative Gestaltung von Bewegungsräumen für Kinder und Jugendliche, auf Mobilität und Unfallprävention im Alltag und auf Sportangebote im Quartier eingegangen. Auch die Möglichkeiten der Verknüpfung von Gesundheit mit anderen kommunalen Politikfeldern, bei-

spielsweise Verkehr, Umwelt, Finanzen, Wirtschaft, Tourismus, werden mehrfach aufgezeigt. Ausführlich wird hier die Bundesinitiative „IN FORM“ für gesunde Ernährung und mehr Bewegung beschrieben.

Fachheft 5 ist durchaus noch einmal ein besonderer Höhepunkt: Die Qualitätssicherung. Da haben wir uns viel überlegen müssen: Wie stellen wir das so dar, dass es für Praktikerinnen und Praktiker handhabbar und tatsächlich eine



Arbeitshilfe ist – und zwar sowohl für die, die schon in dem Feld aktiv sind, als auch für solche, die es werden wollen? Die Forderung „Macht Evaluation!“ ist ja eine große und oft auch eine überfordernde. Wir sind von der Aussage des Sachverständigenrates ausgegangen, dass die Qualitätssicherung in Deutschland immer auch ein Suchprozess ist und haben jetzt viele Möglichkeiten dargestellt, wie man sich mit Selbstevaluation und mit kleinen Mitteln im Projekt selber auf den Weg machen kann. Das Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) und Gesundheit Berlin haben gerade ein Forschungs-



projekt zur Partizipativen Qualitätsentwicklung durchgeführt. Die Ergebnisse hieraus sind, stark interaktiv gehalten, auf der Homepage (www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de) veröffentlicht. Wir konnten für die Arbeitshilfen großen Nutzen daraus ziehen. Die hier entwickelte und erprobte „ZiWi-Methode“ (Methode zur Überprüfung von Zielen und Wirkungswegen) wird in diesem Heft näher vorgestellt. Das Fachheft 5 läuft auf den Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes hinaus. Die zwölf Kriterien guter Praxis sind noch einmal dargestellt, operationalisiert und auch in Checklisten noch einmal aufgezeigt. Sie sind ein wichtiger Beitrag zu einer selbstorganisierten, niedrigschwelligen Qualitätsentwicklung, sowohl für große, ressourcenstarke als auch für kleine Projekte.

Ein weiterer Bestandteil dieser Arbeitshilfen ist ein Glossar, in dem die wichtigsten Fachbegriffe noch einmal erläutert werden.

Den Arbeitshilfen liegt eine CD bei, auf der viele weitere Materialien abgelegt sind: Broschüren von Partnern, die Tools noch einmal in druckbarer Form, also Vertiefungsmöglichkeiten je Fachheft sind mitgegeben. Und: Im Internet ist die Online-Version dieser Toolbox verfügbar. Sie steht unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:arbeitshilfen, alle Inhalte, alle Checklisten etc.

Die gedruckten Arbeitshilfen sind in einer hohen Auflage – 7.500 Stück – an die vielen Akteure der Stadtentwicklung und der Gesundheitsförderung im Quartier übergeben worden, darunter alle etwa 500 Quartiersmanagements. Sie stellen

tatsächlich nicht nur eine Anleitung zum praktischen Handeln dar, sondern vor allem eine Möglichkeit, miteinander in Kontakt und in Kooperation zu kommen. Darin besteht die „neue Qualität“, von welcher Staatssekretär Rolf Schwanitz vom Bundesgesundheitsministerium auf der Berliner Fachtagung am 6. Februar 2009 sprach.

Wir wissen natürlich, dass die Verteilung alleine noch keinen Erfolg und keine Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Menschen in den Quartiersgebieten ausmacht. Es geht jetzt darum, konkret in die Arbeit mit diesen Materialien, in die Zusammenarbeit im Quartier zu kommen. Dabei müssen Handlungsanleitungen sowie auch Beschreibungen von Beispielen laufend aktualisiert und ergänzt werden. Dies ist unser Ziel.

Wir wünschen uns mit der Online-Version einen Austausch mit den Partnerinnen und Partnern, die das Material anwenden. Den Ordnern ist ein Rückmeldebogen beigelegt, damit wir gemeinsam weitersehen können: Wie kann man die wirklich großen Schätze, die in der Gesundheitsförderung, in den Quartieren, in den Lebenswelten schon da sind, heben, noch weiter streuen und weiter verbessern.

Kontakt:

Stefan Bräunling
Gesundheit Berlin
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
braeunling@gesundheitberlin.de
Tel.: 030 – 44 31 90 74



Teil III

Herausforderungen der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung

Kindergesundheit und soziale Benachteiligung

Prof. Dr. Raimund Geene



In diesem Beitrag wird es um die Frage sozialer Konstruktion von Benachteiligung und die Auswirkungen auf Kinder und Familien gehen. Dazu werde ich zunächst auf Kindergesundheit und Kinderarmut eingehen, den Ansatz der Gesundheitsförderung vorstellen und das abschließend diskutieren.

Grundsätzlich zählt erst einmal dieser Satz: Menschen in schwieriger sozialer Lage haben in jeder Lebenssituation – von der Wiege bis zur Bahre – ein mindestens doppelt so hohes Risiko, schwer zu verunfallen, zu erkranken oder von Gewalt betroffen zu sein. Kinder in schwieriger sozialer Lage erleben deutlich mehr Unfälle, mehr Gewalt. Sie haben mehr Übergewicht. Sie haben viel mehr mit Depressionen zu tun. Sie werden häufiger auf ADS oder ADHS diagnostiziert. Sie sehen deutlich mehr Fernsehen. Sie haben weniger Bewegung, haben eine weniger abwechslungsreiche Ernährung. Die einzige Ausnahme bilden die Allergien, von denen – aus welchen Gründen sei an dieser Stelle dahingestellt – sozial Bessergestellte stärker betroffen sind. Wie definieren wir soziale Benachteiligung? Der Berliner Sozialstrukturatlas zeigt uns, dass alleine der Unterschied, ob ich in Kreuzberg lebe

oder in Zehlendorf, einen Unterschied in der Lebenserwartung von fünf Jahren zur Folge hat. Dies betrifft alle Kreuzberger im Vergleich zu allen Zehlendorfern. Sie wissen, dass in Kreuzberg sicherlich nicht nur Benachteiligte leben, in Zehlendorf nicht nur Bessergestellte. Und dennoch, alleine der Blick auf die Bezirke zeigt diese weite Spreizung von fünf Lebensjahren Unterschied. Wenn man die Spreizung bundesweit betrachtet anhand von Einkommen, dem am häufigsten verwendete Indikator sozialer Benachteiligung, dann sehen wir, dass diese noch deutlicher bei Männern ausfällt. Während Männer aus dem unteren Einkommensviertel eine durchschnittliche Lebenserwartung von 72 Jahren haben, haben sie aus dem oberen Einkommensviertel eine Lebenserwartung von 82 Jahren, also zehn Jahre Unterschied in der Lebenserwartung, ob sie zu den oberen 25 Prozent der Einkommensstarken zählen oder zu den unteren. Bei Frauen ist der Unterschied fünf Jahre.

Wie entsteht eigentlich Kinder- und Familienarmut? Deutlich zeigt sich, dass das Armutsrisiko mit der Zahl der Kinder wächst. Jede Mutter hat schon mit einem Kind ein deutlich höheres Armutsrisiko. Es liegt bei 18 Prozent versus 12 Prozent bei den kinderlosen Frauen. Mit zwei Kindern liegt das Risiko schon deutlich über 20 Prozent, mit drei und mehr Kin-

dern ist das Armutsrisiko in Berlin sogar über 50 Prozent. 2008 lebten bundesweit insgesamt 1,8 Millionen Kinder unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften nach Hartz IV, die Sozialhilfequote von Kindern liegt fast doppelt so hoch wie im Bevölkerungsdurchschnitt. In einer Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung wurde hier ein sogenanntes „Prekariat“ ausgewiesen, ergänzt um die sogenannten „Abgehängten“ und die sogenannten „Autoritätsorientierten“. Nach der Studie besteht in Deutschland insgesamt eine Schicht von 15 bis 20 Prozent der Bevölkerung, die nachhaltig und langfristig abgehängt sind. Klaus Hurrelmann spricht hier von den „gefährdeten Kindern“. Die Größenordnung von 15 bis 20 Prozent der Bevölkerung, die von dieser Desintegrationsproblematik betroffen sind, ist in allen Sozialstudien weitgehend stabil.

Ein früher deutlicher Ausdruck davon liegt im Problem der Jugendarbeitslosigkeit. Im Januar 2008 waren 423.941 Jugendliche unter 25 Jahren in Deutschland arbeitslos gemeldet. Die Jugendarbeitslosigkeit und die Desintegration von Jugendlichen ist die Grundlage des Problems, das sich dann weiter dynamisiert. Thomas Altgeld hat dies mit dem Begriff der Armutsspirale

belegt, die diesen Teufelskreis anschaulich darstellt.

Dieser Teufelskreis beginnt mit Mangel-erfahrungen, bei denen junge Eltern feststellen, weniger zu haben, und sich dafür etwas zu schämen. Diese Scham wird mit einer Vermeidungsstrategie beantwortet: Man zieht sich zurück aus sozialen Kontakten, sozialen Netzwerken. Wir sehen diese Vermeidungsstrategie u.a. darin, dass sozial Benachteiligte deutlich größere Hemmungen haben, ihre Kinder in eine Kita zu geben. Sie haben Sorgen, dass ihr Mangel, ihr Missstand dort auffällig wird, innerhalb der Kita, innerhalb des sozialen Netzes. Je stärker die Vereinsamung in der frühen Lebensphase des Kindes eintritt, desto stärker ziehen sich die jungen Eltern auch im Folgenden zurück. Dieser Rückzug führt im Weiteren zu stark eingeschränkten Bildungschancen. Die Kinder sind dann weniger sprachtüchtig, weniger kommunikationsfähig, weniger konzentrationsgeübt. Nach der Einschulung wird ihre soziale Benachteiligung über Schulnoten quasi „objektiviert“. Benachteiligte Kinder haben dann regelmäßig – mit einer Regelmäßigkeit von weit über 80 Prozent – schlechte Schulnoten, was wiederum zu dem Problem der schlechten Einmündung in den Beruf führt, eben die Jugendarbeitslosigkeit. Allzu oft mündet dies in eine frühe und oft überforderte Elternschaft. Wir sehen das deutlich bei Teenagerschwangeren. Auch wenn ihre Anzahl in Deutschland international vergleichsweise gering ist, zeigt die Motivforschung, dass diese sehr jungen Mütter versuchen, mit einer Mutterschaft dem eigenen Leben einen Sinn geben zu wollen, eben weil ihre sonstige Sinnsuche, die gesellschaftliche Teilhabe, so wenig erfolgreich ist.

Warum ist die Kinder- und Familienarmut so groß und deutlich geworden?

Hier müssen wir zunächst das Phänomen betrachten, das in der Soziologie „Marginalisierung der Kindheit“ genannt wird. Die Kinder werden häufig von einer Stelle zur nächsten gefahren: „Verinselung“ ist hier ein Stichwort, das beschreibt, dass Kindheit in einzelnen „Kinderinseln“ stattfindet, aber nicht mehr im komplexen Zusammenhang. Und wir haben dabei einen starken Geburtenrückgang in den Mittel- und Oberschichten. Auch wenn sich im Moment eine leichte Gegentendenz andeutet, ist die Größenordnung immer noch sehr stabil, dass in Mittel- und Oberschichten wenige Kinder geboren werden, aber bei sozial Benachteiligten eine konstant hohe Geburtenrate existiert. Unser Blick, der gesellschaftliche Blick der veröffentlichten Meinung, entfernt sich von Kindheit.

Wir haben in Deutschland weiterhin das Problem, dass es eine hohe Unvereinbarkeit von Familie und Beruf gibt, und wenn Mütter beruflich nicht gefordert sind – wir sprechen von Dequalifizierung durch lange Mutterschaftspausen – führt das zu geringer Teilhabe, zu mangelnder Integration in den gesellschaftlichen Prozess. Wir haben in Anbetracht dessen, dass Kindheit zunehmend marginalisiert, einen Unterschied dahingehend, dass die gesellschaftlichen Ressourcen für die Kinder immer dünner werden. Wenn wir also beispielsweise 1970 in der DDR noch eine Quote von einem Kind hatten, auf das 2,3 Erwachsene kommen, haben wir jetzt schon eine Quote von 1:4 und erwarten für 2020, hier gerechnet auf Brandenburg, eine Quote von 1:6. Das heißt, auf ein Kind kommen sechs Erwachsene. Vielleicht stellen wir uns hier im ersten Moment

ein verwöhntes Kind vor, das glücklich unterm Weihnachtsbaum steht, umringt von lauter Geschenken der Erwachsenen. Genauer betrachtet, stellen wir aber fest, dass die Art der Ressourcenverteilung dadurch zu Ungunsten der Kinder bestimmt wird: öffentliche Gelder, öffentliches Bewusstsein, öffentliche Investitionen richten sich nach quantitativen Größen. Fließen die Mittel in den Straßenausbau oder in den Ausbau von Grünflächen, von Kinderspielflächen? Je mehr die Kinder aus dem öffentlichen Bewusstsein verschwinden, desto weniger gesellschaftliche Ressourcen werden ihnen eingeräumt.

Seit gut zwanzig Jahren sprechen wir schon von dem erwachsenenzentrierten Leitbild der Risikogesellschaft, in der auch sozial Benachteiligte immer mehr gefordert sind, eine individuelle Lebensplanung vorzunehmen, selber ihre eigenen Lebensentwürfe zu managen, eine hohe zusätzliche Anforderung. Dass dies vielen Menschen nicht gelingt, zeigt die Entwicklung der Working Poor, also all jenen, die geringqualifiziert Minijobs machen, und vielfach von einem oder auch zwei Minijobs leben müssen. Diese Menschen, zumeist Frauen, arbeiten hart und sind trotzdem – das Phänomen kennen wir aus den USA schon seit Jahren – weitgehend isoliert und verarmt.

Es gibt eine weitere Problematik der intergenerativen Brüche. Die benachteiligten jungen Familien haben zunehmend weniger mit den Großmüttern zu tun. Insbesondere bei sozial Benachteiligten gibt es starke Verständigungsprobleme zwischen den erwachsenen Generationen. Die Jüngeren fühlen sich von den Älteren nicht mehr verstanden, und es fehlt ihnen an emotionaler und materieller Unterstützung der Lebenserfahrungen. Im Westen Deutschlands werden diese intergenerativen Brüche schon seit Ende der 60er Jahre beklagt,

Herausforderungen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung



ausgedrückt im Generationenkonflikt um 1968. Dieses ursprünglich westdeutsche Problem gleicht sich im Osten Deutschlands zunehmend an. Bei den Benachteiligten fehlt im Übrigen ein Faktor, der in den Mittel- und Oberschichten sehr relevant ist: In der emotionalen und materiellen Belastungsphase der Familiengründung sind junge Eltern besonders auf Starthilfe, auf emotionale und finanzielle Unterstützung durch die eigenen Eltern angewiesen. Gerade der Generationentransfer durch – oft vorgezogene – Erbschaften, der in den Mittel- und Oberschichten so wichtig ist, fehlt den Unterschichten und führt auf besondere Weise zur Isolation.

Gewalt und Verwahrlosung nehmen entgegen landläufiger Ansicht nicht zu, werden aber öffentlich wesentlich stärker wahrgenommen. Wir haben hier eine erhöhte Sensibilität gegenüber Gewalt und Verwahrlosung, wenngleich – oder vielleicht auch weil – die Zahlen rückläufig sind. Seit etwa 30 Jahren ist Gewalt und Verwahrlosung innerhalb aller Familien und auch außerhalb der Familien konstant rückläufig. Aber in dem Maße, in dem die Gesellschaft Gewalt verdrängt, in dem Maße ist sie auch sensibilisiert dafür, wo Gewaltproblematiken bestehen, wird stark reagiert, zum Teil vielleicht auch überreagiert.

Ich habe die Problematik von Bildungsungleichheit schon angesprochen. Die Schule verfolgt zwar theoretisch das Ziel, Egalität herbeizuführen. Nichts kann – könnte – Benachteiligung so gut ausgleichen wie Bildung. Tatsächlich wirkt sich diese Egalisierungsfunktion der Bildung aber eher gering aus, während die Selektionsfunktion der Bildung immer stärker hervortritt. Durch schlechte Schulnoten wird die soziale Ungleichheit scheinbar verobjektiviert, und im Weiteren wird die schulische Ungleichheit dann zu einem weiteren Stressfaktor für die Benachteiligten.

Zusammengefasst zeigt sich, dass Benachteiligte durch wenig Geld und geringe Teilhabe schlechte Chancen haben. Das führt häufig zu Defiziten in der Tagesstrukturierung und negativen Bildungskarrieren. Wir haben häufig bei benachteiligten Gruppen einen Mangel an positiver Identifikation und Defizite in der Kommunikationsfähigkeit, insbesondere bei der Kommunikation mit uns, mit der bildungsbürgerlichen Gesellschaft. Wir haben insgesamt einen Ressourcenmangel, aber wir haben auch in dieser Benachteiligungssituation eine ganze Reihe eigener Sublogiken und Subsysteme, die für uns zunächst – oft – schwer verständlich sind. Es geht da nämlich um sehr viele verschiedene Realitäten. Das, was wir hier als Benachteiligung subsumieren, wird von den Benachteiligten selbst nicht als Gemeinsamkeit empfunden oder erlebt. So empfinden sich Migrantinnen und Migranten nicht als eine gemeinsame Gruppe, sondern haben ganz eigene Selbstbilder und Realitäten. Die Fremdbilder zu Migrantinnen und Migranten, die im öffentlichen Bewusstsein sind, decken sich oft nicht mit ihren eigenen.

Wenn wir es soziologisch betrachten, können wir eine grobe Unterteilung in zwei verschiedene quasi „Hauptbetroffenengruppen“ konstatieren. Da haben wir auf der einen Seite die vor allem herkunftsdeutschen Multiproblemfamilien, die eine sehr hohe Desintegrationsproblematik aufweisen, und zum Zweiten haben wir die Familien mit Migrationshintergrund, die zum großen Teil innerhalb ihrer sozialen Gruppen gut integriert und sozial eingebunden sind, aber in der gesellschaftlichen Teilhabe stark benachteiligt sind. Wir müssen dabei aber immer unterscheiden: Was ist bei diesen Gruppen eigentlich das Diffe-

rente, das Unterschiedliche, und wo ist wirklich Defizitäres? Mit dem Begriff der sozialen Benachteiligung erklären wir alles für defizitär, wie es sich durch das Wort von der Sozialkompensatorik quasi selbstverräterisch ausdrückt.

Unser Blick beispielsweise auf ihr Bewegungs- und Ernährungsverhalten geht von unseren Wertesystemen aus und wird von den Benachteiligten nicht so wahrgenommen. Es ist im engeren Sinne gar nicht ihr Problem, sondern eher unser Problem, das wir ihnen oktroyieren. Wir bemühen uns darum, dass Benachteiligungssituationen durch Emanzipation und Selbstorganisation bearbeitet werden, also dass sich Migrantinnen und Migranten zusammenfinden und sich gegenseitig stützen. Wir müssen aber zum Teil feststellen, dass es durch geringe Ressourcen und wenig Selbstwirksamkeitserfahrungen, die wir diesen Menschen ermöglichen, sehr schwer ist für sie, Zugang zu Emanzipation und Selbstorganisation zu finden. Der durchaus selbstkritische Begriff der Zwangsbeglückung trifft diese Problematik: Wir können die Menschen gar nicht zwangsbeglücken. Wir müssen umgekehrt sagen: Wir müssen ihre Lebensrealitäten verstehen und auch aufgreifen. Wir müssen ihren Habitus verstehen und auch für ihre speziellen Arten der Bewältigung und der Umgehungsweise eine positive Haltung, eine Empathie finden. Und wenn wir versuchen, so eine Habitusentwicklung positiv zu beeinflussen, dann nähern wir uns dem Konzept des Diversity-Ansatzes, der einen wertschätzenden Bezug zur Lebenslage ausdrückt und immer auch eine Gleichzeitigkeit der drei Sozialisationsinstanzen Familie – Kita/Schule – Sozialarbeit. Kitas und Schulen als zweite Sozialisationsinstanz haben die Aufgabe, die Erziehung der primären Sozialisationsinstanz Familie zu unterstützen. Kita, Schule und Sozial-

arbeit können aber letztlich nichts kompensieren, was im Elternhaus fehlt oder nicht da ist, denn jedes Kind ist zunächst und vor allem Teil der eigenen Familie. Wir können nur versuchen, den Eltern Vorschläge, Anregungen zu unterbreiten, ihnen dabei zu helfen, ihr eigenes Erziehungskonzept zu finden, zurückzufinden zu dem, was hier als intuitive Erziehungskompetenz bezeichnet wurde. Je stärker wir im Konflikt mit den Eltern arbeiten, desto mehr zertrampeln wir die intuitive Erziehungskompetenz der Eltern, was den Kindern nicht hilft, sondern sie massiv weiter belastet.

Ich möchte jetzt zum zweiten Teil meines Beitrages überleiten. Hier geht es mir um politische Strategien der Gesundheitsförderung. Nach der Ottawa-Charta, der Magna Charta der Gesundheitsförderung von 1986, soll Gesundheitsförderung die Menschen anwaltschaftlich vertreten (advocate), sie befähigen (enable) und ihnen Gemeinschaftsaktionen vermitteln (mediate). An uns als Mitarbeitende der Sozial- und Gesundheitsdienste wird die Aufgabe gestellt, Gemeinschaftsaktionen zu fördern, Menschen zu empowern, gesunde Lebenswelten zu organisieren und für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu wirken. Die Ottawa-Charta orientiert strikt auf Soziallagenbezug. Auch im 5. Sozialgesetzbuch wird die Gesundheitsförderung und Prävention darauf verpflichtet, insbesondere zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu wirken.

Soziallagenorientierung kennt vor allem drei verschiedene Strategien:

- den Setting-Ansatz, der auf gesunde Lebenswelten (Betriebe, Kitas, Schulen) abzielt
- den Sozialraum-Ansatz, manifest durch das Bund-Länder-Programm

„Soziale Stadt“ und abzielend auf Restrukturierung von Wohngebieten, die sozial besonders belastet sind

- und den Gemeinwesen- bzw. Community-Ansatz, der in Deutschland augenblicklich etwas verkümmert ist.

Ich werde versuchen, diese Strategien jetzt ein bisschen genauer darzustellen. Der Setting-Ansatz mit der Lebensweltorientierung kommt in Deutschland aus der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Ziel des Setting-Ansatzes ist es, dass man Institutionen wie z.B. die Betriebe selber gesundheitsförderlich ausrichtet. Mit Hilfe von Organisationsentwicklung sollen Lebenswelten so gestaltet werden, dass Gesundheit zum Besten der Organisation beiträgt: „Make the healthier way the easier choice“ charakterisiert diesen Ansatz der verhältnisgestützten Verhaltensprävention, also Verhältnisse zu schaffen, in denen die gesündere Möglichkeit die leichtere Wahl bietet. Das Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde in den letzten Jahren erfolgreich auf Schulen übertragen, die sich ebenfalls an Gesundheit ausrichten. Auch in Kitas ist es vielfach gelungen, Gesundheitsförderung zum Leitbild der pädagogischen Arbeit und der Zusammenarbeit von Eltern, Kindern und Erziehenden aufzuwerten.



Dieser Setting-Ansatz fokussiert auf die Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen leben, arbeiten und lernen. Damit ist ein Politik- und Strategiewechsel innerhalb dieser Einrichtungen verbunden. Alle sollen partizipieren, auch und gerade die Kinder.

Gesundheitsförderung soll dabei nicht nur als Einzelprojekte umgesetzt werden, sondern integriert sein in die täglichen Aktivitäten. Dabei sind alle gleichermaßen gemeint, die Erzieherinnen und Erzieher ebenso wie die Eltern, die Kinder ebenso wie die Hauswirtschaft und die Reinigungskräfte. Alle Beteiligten sollen gemeinsam die Qualität für das Setting entwickeln.

Der zweite Ansatz der Sozialraumorientierung ist insbesondere durch das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ breit bekannt geworden und hier außerordentlich erfolgreich – die solcherart bearbeiteten Stadtteile stabilisieren sich nachhaltig. Es geht gegen eine Ghettoisierung, gegen ein „Abrutschen“ von Stadtteilen. Man versucht, Stakeholder zu identifizieren, also solche Menschen, die den Stadtteil stark machen können und lokale Aktivitäten initiieren. Letztlich sollen die Rahmenbedingungen des Stadtteiles nachhaltig verbessert werden. Es wird zielgerichtet in die räumliche Struktur investiert.

Zum Dritten gibt es, wenngleich etwas verkümmert, den Community-Ansatz,





der so beispielhaft in der AIDS-Prävention herausgearbeitet werden konnte. AIDS war in den 80er Jahren eine neue Krankheit, und es gab eine bürgerrechtlich höchst brisante Grundsatzfrage: Soll man HIV-Positive gesamtgesellschaftlich identifizieren und isolieren, um die weitere Ausbreitung zu verhindern (sog. Suchstrategie), oder kann man eine gesellschaftliche Lernstrategie entwickeln, mit der auf das Verantwortungsbewusstsein der Einzelnen und der Gesellschaft gesetzt wird, um eine Verbreitung der Infektionen soweit wie möglich einzugrenzen? Für Letzteres hat man sich parteiübergreifend entschieden. Hier wurde Diskriminierung abgebaut, um gesundheitlich riskantes Verhalten zu prävenieren. Für die damals stark marginalisierte Gruppe der schwulen Männer, zumeist noch sexuell anonym lebend, wurden offene Kommunikationsräume geschaffen und gefördert, um ihr Selbstbewusstsein zu stärken und um ihnen überhaupt eine Möglichkeit zu geben, sich zu artikulieren und die Gesundheitsbotschaft als eigene anzuerkennen. Die heute erfolgreiche Szenezeitschrift „Sieges säule“ ist im Zuge der AIDS-Prävention erstmals als AIDS-Gesundheitsprojekt herausgegeben worden, damit es überhaupt eine Zeitung gibt, in der die Schwulen miteinander offen kommunizieren, und um diese Struktur und Diskussion zu öffnen und öffentlich zu machen. Tatsächlich war und ist das eine sehr erfolgreiche Strategie, die neben der Eindämmung der Infektionszahlen auch dazu geführt hat, dass Schwulsein

heute selbstverständlich im öffentlichen Leben ist und dass es innerhalb der schwulen Szene keine Probleme mehr gibt, über AIDS offen zu kommunizieren.

Wenn wir diese Strategie der Community-Orientierung jetzt auf andere soziale Gruppen beziehen, dann müssen wir uns vor allem auf die beziehen, die in dem Allgemeinen Gleichstellungsgesetz explizit erwähnt sind. Als erste diskriminierungsbedrohte Gruppe wird hier auf „Rasse“ oder „ethnische Herkunft“ verwiesen, also dass Menschen nicht nach Rasse oder ethnischer Herkunft diskriminiert werden dürfen. Die weiteren AGG-geschützten Lebenswelten und Lebensweisen beziehen sich auf Religion und Weltanschauung, Geschlecht, Behinderung sowie auf Alter und sexuelle Identität. All diese Lebensbedingungen kennzeichnen soziale Ansätze, die nach dem Gesetz als besonders diskriminierungsgefährdet gelten. Sie haben aber umgekehrt auch besonders hohe Potentiale zur Community-Organisation.

Schon vor Jahrhunderten ist dieses Prinzip angewendet worden, verwiesen sei hier auf die Bewegung von Turnvater Jahn, der schon vor 200 Jahren in der Berliner Hasenheide Gymnastikübungen machte und damit eine große Jugendsportbewegung auslöste. Auch die Trimm-dich-Aktion des Deutschen Sportbundes seit 1974 orientierte auf diese Art der sozialen Bewegung. Bewegung ist dabei durchaus im doppelten Sinne zu sehen, hier nämlich auch unter dem gesundheitlichen Aspekt der körperlichen Bewegung. Den Kampagnen kann der Erfolg bescheinigt werden, Jugendliche zu einer eigenen Community animiert zu haben, die es vorher so nicht gab. Soweit einige Beispiele aus diesem Bereich der Community-Orientierung, die ich jetzt kurz noch einmal gegeneinander stellen möchte.

Bei der Lebensweltorientierung mit den positiven Aspekten der Organisationsentwicklung und des diskriminierungsfreien Zugangs zeigt sich die Grenze, dass es bei den Beteiligten Ungleichheiten gibt. Zum Beispiel gelingt es regelmäßig kaum, Eltern angemessen einzubeziehen – im Vordergrund steht eben die Zielgröße der Organisation. Auch in der Sozialraumorientierung haben wir einen breiten Zugang über die Stadtteilentwicklung. Wir können gezielt auf die benachteiligten Wohnviertel fokussieren. Wir haben aber ein gewisses Problem damit, dass der Stadtteil die Zielgröße ist, nicht die einzelnen Menschen. Segregationsprobleme, d.h. dass Menschen abwandern oder auch verdrängt werden, können wir nicht ganz beseitigen – es entspricht auch nicht dem Kernziel des Sozialen Stadt-Programms. In der Community-Orientierung haben wir hier einen großen Vorteil dahingehend, dass Stärken, Identität und gruppenbezogene Lernprozesse gefördert werden. Hier kann eine besondere Dynamik entstehen, die sich jetzt schon in einer eigenen, neuen Ästhetik vormals sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen ausdrückt. Die Erfolgsgeschichte der schwulen Bewegung verlief bereits nach einem ähnlichen Muster, das sich aktuell in der Karriere Barack Obamas zeigt. Der US-Präsident steht für die vormals stark marginalisierte Gruppe der Afroamerikaner und bietet jetzt ein besonders positives Identifikationsbild, was besonders bemerkenswert erscheint dadurch, dass seine Karriere als Streetworker in den Armenvierteln Chicagos begann. Er steht für das Phänomen, dass das, was vorher als bedrohlich und negativ galt, jetzt als besonders interessant und tief sinnig gilt.

Eine moralische Schwierigkeit in der Community-Orientierung besteht darin, dass eine solche Ästhetisierung mögli-

cherweise auch mitunter alte und tradierte Strukturen legitimiert. Es verlangt der Mehrheitsgesellschaft erhebliche Toleranz ab zu akzeptieren, wenn beispielsweise türkische Eltern ihre Töchter nicht zum Schwimmunterricht zulassen möchten.

Ich möchte meine theoretische Erörterung der Sozillagenorientierung hier erstmal beenden, hoffend, dass wir diese wichtige Frage an anderer Stelle noch einmal vertiefen können.

Es sei mir allerdings noch ein kurzer Exkurs erlaubt, an Hand von Praxisbeispielen darzustellen, dass die von mir hier skizzierte Haltung sich sehr praktisch ausdrücken kann. Gesundheit Berlin e.V. hat bereits mehrere Projekte durchgeführt und Initiativen angestoßen, die die Vielfältigkeit der Sozillagenorientierung antizipieren. Beispielhaft steht hierfür das Projekt „Mütter als Gesundheitsmanagerinnen ihrer Familien“ in Berlin-Wedding. Hier haben Frauen mit Migrationshintergrund, allesamt Hartz IV-Bezieherinnen und weitgehend von institutionalisierter Teilhabe ausgeschlossen, türkische Kochrezepte muttersprachlich zusammen getragen. Viele kennen das Projekt bereits, weil es Pate steht für zahlreiche Aktivitäten anderer Träger im Ernährungsbereich, mehrfach im türkischen Fernsehen TD1 dargestellt und auch häufig in Broschüren der Gesundheitsförderung publiziert wurde. Bemerkenswert war hier, dass diese so stark benachteiligten Frauen gar nicht mit Gesundheitsbotschaften „beschult“ werden wollten, sondern vielmehr ihrerseits ihre eigenen Hinweise weiterverbreiten und mit ihren eigenen Rezepten für eine gesunde Küche arbeiten wollten. Sie waren nicht an Belehrung interessiert, sondern wollten sich eher selbst organisieren, um es anderen zu erzählen. Sie wollten nicht lernen, sondern lehren. Was wir heute auch als Ziel-

größen moderner Pädagogik konstatieren – die Kinder wollen ihrer Neugier nachgehen, um anderen davon zu erzählen – haben die Frauen wie selbstverständlich, unbekümmert und selbstbewusst umgesetzt.

Vielfach vorgestellt, diskutiert und nachgeahmt wurde auch das ursprünglich aus Marzahn stammende Modellprojekt „Kiezdetektive“, in dem Schülerinnen und Schüler ihr Wohnumfeld durchsuchen und dabei Schätze und Probleme identifizieren. Sie diskutieren ihre Ergebnisse mit der Politik und wirken im Folgenden selber aktiv und partizipativ an der Umsetzung mit. Das ist ein sehr schönes Projekt, mit dem Schülerinnen und Schüler durch Selbstwirksamkeitserfahrungen gestärkt werden.

Auch ein Modellprojekt von Gesundheit Berlin zur Ernährungssituation von Kindern am Kottbusser Tor zielte auf solche Selbstwirksamkeitserfahrungen ab. Im Zuge einer aktivierenden Befragung berichteten Kinder und Jugendliche über ihre Bedürfnisse und Wünsche. Im Ergebnis entstand daraus ein Konzept für die Einrichtung einer Schulkantine, die mit allen Beteiligten abgestimmt und gemeinsam umgesetzt wurde.

Mit meinem Beitrag wollte ich soziale Benachteiligung darstellen, ohne in dem verbreiteten Opfer- und Beschützerblick zu verharren.

Wichtig erscheint mir hier eine genaue Differenzierung, ausgehend von den eigenen Vorstellungen der Zielgruppen. Hier stehen wir immer wieder vor der Quadratur des Kreises zwischen anerkennender Unterstützung auf der einen Seite und der Kontrollaufforderung auf der anderen Seite. Ich plädiere hier entschieden für eine empathische, anerkennende Unterstützung der oft schwieri-

gen – oder nur aus unserer Sicht schwierig anmutenden – Lebenssituation. Das Diversity-Management mit dem Konzept der interkulturellen Öffnung hält dafür ein Methoden-Repertoire bereit, aufbauend auf dem wichtigen Grundsatz, dass es um die gleichschrittige Entwicklung der Sozialisationsinstanzen geht: Die Kita, die Schule und die Sozialarbeit müssen den Eltern helfen, ihre eigene Erziehungskompetenz zu stärken. Mit dem Konzept der Kita als Familienzentrum wird das ja bereits flächendeckend verfolgt.

Die Gesundheitsförderung hat hier keine normierende Funktion, sondern eine dienende. Wir müssen uns bewusst machen, dass die Frage, wie unsere Leistungen in Anspruch genommen werden, kein Zugangsproblem ist, sondern davon abhängig ist, ob unsere Leistungen richtig ausgerichtet und angeboten sind, damit sie die Menschen auch wirklich erreichen und ihnen helfen.





So funktionieren Sport- und Bewegungsangebote!

Prof. Dr. Gunter A. Pilz

Zum Problem der Instrumentalisierung des Sports unter Gesundheitsgesichtspunkten

Meine Ausführungen zu der Aussage „so funktionieren Sport- und Bewegungsangebote“ möchte ich als Jugend- und Gewaltforscher aus der Sicht der jungen Menschen machen. Zuvor scheint mir jedoch eine Klärung des Gesundheitsbegriffs erforderlich.

In der sportpädagogischen Diskussion, insbesondere im Kontext mit Gesundheitserziehung, wird im Rückgriff auf Antonovsky (1987) ein dynamisches Gesundheitsverständnis propagiert. Demnach ist Gesundheit nicht etwas, was man einmal erwirbt, also ein statisches Phänomen, sondern ein prozesshaftes Geschehen.

In Veränderung ihrer Position aus dem Jahre 1947 beschreibt die WHO 1986 Gesundheit nicht mehr als einen Zustand, sondern bezieht sich auf ein „Lebensweisenkonzept“ als Perspektive für eine Gesundheitsförderung, auf Rahmenbedingungen für einen Prozess, um „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Betont

werden vor allem eine „gesundheitsförderliche Umgebung“ und eine „Entwicklung persönlicher Kompetenzen“.

Entsprechend diesem „Lebensweisenkonzept“ müssen wir die Frage „Wie funktionieren Sport- und Bewegungsangebote?“ mit der Frage beantworten: „Was suchen wir im Sport?“ Spannung, Abenteuer, Geschwindigkeit, Expressivität, Improvisation – das sind einige Stichworte, die an Bedeutung zu gewinnen scheinen. Vielleicht müssen wir – wie Dietrich Kurz zu Recht schreibt – aus den Suchbewegungen der jungen Menschen lernen, dass für sie der Sport, den wir veranstalten, dieses Spielerische oft verloren zu haben scheint. Der Sport, den sie suchen, ist kaum im Rahmen einer Sportart zu halten. Differenzierung des Sports nach Lebenssituationen bedeutet: „viele Bewegungsgründe zugleich ansprechen, also ein Sportangebot, das gesellig, spannend, belebend und fordernd zugleich empfunden werden kann“. Kurz spricht damit die zentralen Punkte an, die ein bedürfnisorientierter Gesundheits- und Freizeitsport berücksichtigen muss.

Folgerungen für die Praxis – lebensweltlich begründetes Gesundheitsverständnis und sportliche Praxis

Wenn betonte Körperlichkeit und Männlichkeitsymbole bis hin zum Einsatz von körperlicher Kraft und Gewalt Elemente einer Überlebensstrategie Jugendlicher in ihrer krisenhaften gesellschaftlichen Situation sind, dann muss die Frage erlaubt sein, ob nicht bestimmte Formen des Bodybuilding, besonders körperbetonter Sportarten, bis hin zum Boxen im weitesten Sinne als für diese Jugendlichen durchaus gesund, zumindest nicht ungesund angesehen werden müssen (vgl. Pilz 1989 25f). Die Frage, was gesundheitlich sinnvoll und richtig ist und die Frage, was wir tun und nicht tun dürfen, darf eben nicht von der Lebenswelt der Menschen, für die sie gestellt werden, losgelöst werden. Am Beispiel des Gender- und Migrationsaspekts sei dies unter Bezug auf den ersten Deutschen Kinder- und Jugendsportbericht (2003) verdeutlicht.

Unter der Geschlechterperspektive wird u.a. beklagt, dass ältere Mädchen und Frauen mit Sportunterricht im Rückblick nicht selten negative Erlebnisse (Nicht-Können, nicht adäquater Körper) assoziieren, mit der Folge des Rückzugs aus dem Sport, dass deutlich mehr Mädchen

als Jungen kommerzielle Angebote nutzen, kommunale Angebote hingegen Domäne der Jungen sind. Bei Hauptschülerinnen ist der Sportverein die Organisationsform mit dem größten Exklusionseffekt. Nicht nur mehr weibliche als männliche Jugendliche sind unter den Sportabstinenten zu finden, sondern bei ausländischen Jugendlichen geht diese geschlechtsspezifische Schere noch weiter auseinander.

Schülerinnen sind mit Angeboten im Sportunterricht unzufriedener als Schüler; sehen die Turn- und Sportvereine viel kritischer als die Schüler: teuer, weniger gut ausgestattet, weniger modern und freizügig. Junge Frauen äußern generell auch eine höhere Unzufriedenheit mit den Freizeitangeboten von Jugendzentren, öffentlichen Sportstätten und Schwimmbädern.

Daraus wird gefolgert, dass es in Zukunft vermehrt darauf ankommt, für Mädchen und Jungen den Erfahrungsraum, den Sport bietet, zu erweitern und den differenzierten und individualisierten Interessen bei der Gestaltung des Sportunterrichts und bei den Angeboten in den Vereinen einen höheren Stellenwert einzuräumen.

Bezogen auf Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund wird beklagt, dass es nicht gelungen sei, Barrieren zu verringern, die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund an einer Teilnahme hindern. Als Gründe hierfür werden genannt, dass das Angebot nicht an der Lebenssituation und an den Bedürfnissen dieser Gruppe anknüpft; auf religiöse Befindlichkeiten zu wenig Rücksicht genommen wird, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund ihre Sprachen und Kulturen nicht repräsentiert sehen.

Die deutschen Vereine haben aus den Veränderungen der Gesellschaft und aus der Tatsache, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund Mitglieder wurden oder werden sollten, nicht die Konsequenzen gezogen, sich interkulturell zu öffnen:

Es fehlt:

Die Auseinandersetzung mit Wertvorstellungen der Zugewanderten, die Körperempfinden und Sport betreffen, ohne diese auf Grundlage der deutschen Dominanzkultur zu bewerten;

die Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund auf allen Ebenen der Sportverbandsarbeit, als Trainer und vor allem in den Entscheidungsgremien auf Stadt-, Land- und Bundesebenen.

Sportangebote islamischer Organisationen machen es möglich, kulturspezifische Körperkonzepte zu vertreten und Sporttreiben, als mit der religiösen Werteordnung im Einklang stehend, zu legitimieren.

Für die interkulturelle Öffnung der Sportvereine fehlen Handlungskonzepte. Interkulturelle Öffnung des Sports fordert eine Veränderung im Personal. Es besteht die Notwendigkeit, die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund in den Regelausbildungen von Stadt- und Kreissportbünden deutlich zu erhöhen und in etwa dem Anteil der Migrationsbevölkerung in Stadt und oder Kreis anzugleichen. Bei den festangestellten, aber auch den zahlreichen Honorarkräften und ehrenamtlich Tätigen, müssen zweisprachig und mehrkulturell sozialisierte Personen gewonnen werden. Zudem muss eine Weiterbildung des deutschen Personals erfolgen, um deren Sensibilität für kulturspezifische und interkulturelle Fragen zu vergrößern.

Auf der Ebene der Vereine bedeutet interkulturelle Öffnung Veränderung im Organisationsrahmen, Konzept, Personal und in den Inhalten, um die Vereine, die sich an alle wenden wollen – und das ist gerade ein erheblicher Teil der Sportvereine – für junge Menschen mit Migrationshintergrund akzeptabel und attraktiv zu machen. Hier ist Anerkennung statt wie bisher überwiegend Assimilation gefordert.

Die schichten-, geschlechts- und vor allem die unter dem Integrationsaspekt so zentrale kulturspezifische Ausprägung von Körperlichkeit, von Gesundheits- und Sportverständnis, können es durchaus nahe legen, den Gesundheitssport mehr im Sinne einer identitätsstärkenden Zielsetzung zu sehen, gleichwohl aber auch begleitet von Versuchen, Reflexivität und kritische Distanz zu verschiedenen Körper- und Bewegungskonzepten, eigenen wie fremden, zu entwickeln.

Für die Thematik von Sport und Gesundheit stellt sich somit als zentrales Problem, wie eine lebenswelt-, bedürfnisorientierte Balance zwischen Ernst und Spaß, Zwang und Freiwilligkeit, zwischen Nutzlosigkeit und Mittel zum Zweck hergestellt werden kann.





Wo sind die Bewegungsräume in benachteiligten Stadtteilen?

Im Ersten Deutschen Kinder- und Jugendsportbericht der Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung (Essen 2003, 3) wird festgestellt, dass es im Kinder- und Jugendsport ein „starkes soziales Gefälle und deutliche geschlechtsbezogene Unterschiede“ gibt: „Jungen treiben mehr Sport als Mädchen, Gymnasiasten mehr als Hauptschüler und deutsche Kinder mehr als Migrantenkinder“. Der organisierte Vereinssport ist weitgehend eine Sache der Mittel- und Oberschicht. Es überrascht denn auch nicht, dass auf die Frage, wo sie Sport treiben, nur 24 Prozent der Jungen und 16 Prozent der Mädchen aus einem sozialen Brennpunkt den Sportverein angaben, während dies in einem gutbürgerlichen Stadtteil 72 Prozent der Jungen und 52 Prozent der Mädchen waren.

Heute geben die Lebens- und Alltagswelten Kindern und Jugendlichen erst recht kaum oder gar keine Chancen, „ihre Umgebung nach eigenen Fantasien, Entwürfen und Plänen zu be- und ergreifen“ (Becker/Schirp 1986). Es verwundert so auch nicht, wenn von Jugendlichen „insbesondere fehlende Regel-, Spiel-, Sport-, Bewegungsorte, sowie unmittelbar wohnungsnah Spiel- und Aufenthaltsmöglichkeiten“ (v. Seggerin/Erlar 1988,70) beklagt werden. Dies trifft junge Menschen in sozialen Brennpunkten besonders. Zu wenig Platz zum Spielen sehen als großes bis mittleres Problem 72 Prozent der Jungen des sozialen Brennpunktes, aber nur 24 Prozent der Jungen aus dem gutbürgerlichen Stadtteil an. Umgekehrt empfinden 52 Pro-

zent der Jungen aus dem gut bürgerlichen Stadtteil, aber nur 24 Prozent der Jungen aus dem sozialen Brennpunkt fehlende Plätze zum Spielen als kein Problem. Bei den Mädchen haben (geschlechtsspezifische Sozialisationserfahrungen?) 64 Prozent der Mädchen aus dem gut bürgerlichen Stadtteil und sogar 72 Prozent der Mädchen aus dem sozialen Brennpunkt keine Probleme mit zu wenig Platz zum Spielen bzw. sehen acht Prozent der Mädchen aus dem gutbürgerlichen Stadtteil und 24 Prozent der Mädchen aus dem sozialen Brennpunkt zu wenig Platz zum Spielen als ein mittleres bis großes Problem an.

Bereits 1892 schrieb Groos: „Da die Stadtkinder unter unnatürlichen Bedingungen aufwachsen, muss man ihnen auch künstlich die Gelegenheit zum Spiel, vor allem zu den gesunden Bewegungsspielen, verschaffen, indem man ihnen zu diesem Zweck besondere Plätze einräumt. ... Bei dem stets wachsenden Interesse aller Kreise für solche Bestrebungen wird man hoffen dürfen, dass den schädlichen Folgeerscheinungen der modernen Kultur auf diese Weise erfolgreich entgegengewirkt wird“.

Und heute? Im Gewaltgutachten steht u.a. zu lesen: „Ganz besonders wichtig erscheint es im übrigen, dass adäquate Freiräume für kindliches und jugendliches Gruppenverhalten geschaffen werden, also Räume, in denen sich Bewegungsdrang, Abenteuerlust, Aggressionserprobung in spielerischer Art und anderes, was für „Jugendlichkeit“ kennzeichnend ist, ausagieren können, ohne sofort auf den Zorn der Bürger oder die totale Reglementierung zu stoßen, die zunehmend den öffentlichen Raum in Städten, aber auch bereits in Gemeinden charakterisiert. Es hat den Anschein, als ob etliche nach den Vorstellungen etablierter Erwachsener gestaltete Aben-

teuerspielplätze genau denjenigen Grad von Sterilität vermitteln, der Kinder und Jugendliche nach kurzer Zeit entweder abhält, sie noch einmal zu aufzusuchen oder aber gerade umgekehrt einlädt, durch Zerstörung kreatives Chaos herzustellen“ (Kerner u.a. 1990)

Dabei wird im zweiten Deutschen Kinder- und Jugendsportbericht (2008) u.a. darauf hingewiesen, dass Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Schichten, mit niedrigerem Bildungsniveau und einem Migrationshintergrund, häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind.

Inhaltliche, strukturelle Anforderungen an präventive Sport- und Bewegungsangebote

Kösterke/Stöckle (1989) stellen an bewegungsorientierte, präventive Angebote in der Sozialen Arbeit mit jungen Menschen folgende Anforderungen:

- Ausrichtung des Angebots an den jugendlichen Bedürfnissen
- Geringe sportmotorische Anforderungen
- Eingehen auf jugendkulturelle Bewegungen
- Flexibilität hinsichtlich: Raum, Zeit und Inhalt der Angebote
- Problemlose Übertragbarkeit der Angebote auf alle sonstigen Lebensbereiche
- Vermeiden von Blamagesituationen
- Angstfreie, animierende Lern- und Spielatmosphäre
- Förderung kooperativer Handlungsweisen
- Bereitstellung geschlechtsspezifischer Angebote (körper- und bewegungsbezogene Mädchen- und Jungenarbeit

So funktionieren Sport- und Bewegungsangebote!

Es geht dabei um die Stärkung der Identität junger Menschen durch Ernst nehmen jugendlicher Bewegungskulturen und -bedürfnisse und Offenheit für un-bequeme Jugendliche und fremdartige jugendliche Äußerungsformen.

Im Positionspapier der Sportjugend Niedersachsen wird entsprechend zu Recht davon ausgegangen, dass präventive Konzepte ursachen- und symptombezogen sind, alters- und zielgruppenspezifisch, also auch geschlechtsbezogen, darauf ausgerichtet, gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu analysieren und zu verändern, die es Mädchen und Jungen erschweren, sich individuell zu entfalten, langfristig angelegt sind, und die jeweiligen Zielgruppen in Planung und Durchführung einbeziehen.

Das Augenmerk der Sport- und Bewegungsangebote muss stattdessen auf den Freizeit- und den Sozialwert des Sporttreibens gelenkt werden. Damit kommen Aspekte sinnvoller Freizeitbeschäftigung zur Steigerung der Lebensfreude, zum bewussten Erleben seines Körpers und dem Umgang damit, zur Herstellung vielfältiger Kontakte mit anderen Menschen verstärkt in den Blick. So steht auch im Zweiten Deutschen Kinder- und Jugendsportbericht (2008) zu lesen:

„Zu hoher Leistungs- und Konkurrenzdruck, die Überbetonung des Wettkampf- und Meisterschaftscharakters, negatives Klima im Verein und/oder in der Mannschaft, sowie fehlende zwischenmenschliche Akzeptanz verschiedener (z.B. leistungsschwacher Kinder, Außenseiter, Minoritätengruppen) Kinder bzw. Kindergruppen beeinflussen die individuelle Entwicklung eher negativ.“ Positiv formuliert: Trainer-Akzeptanz (Trainer fördert zwischenmenschliche Kontakte und soziale Beziehungen), positive Gruppenatmosphäre (gegenseitige Akzeptanz unabhängig von Leis-

tung, Geschlecht, sozialer und kultureller Herkunft) und Gruppenintegration (ich gehöre als aktiver und anerkannter Teil zu dieser Gruppe) führen zu positiven Zusammenhängen zwischen Sportaktivität und individuellem Wohlbefinden.

Unterscheidet man nun mit Keupp (1976) zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention, dann geht es im Bereich der primären sport-, körper- und bewegungsbezogenen Prävention, in der dem Sport die größte Bedeutung zukommt, in der er seine Potenziale am ehesten einbringen und ausschöpfen kann, vor allem um die Schaffung von kind- und jugendgemäßen Bewegungsräumen, -anlässen und -angeboten, Stärkung des Selbstwertgefühls, Aufbau von Selbstbewusstsein, positive Einstellung zu Körper und Gesundheit.

Im Bereich der sekundären sport-, körper- und bewegungsbezogenen Prävention geht es vor allem um Anleitung zu Selbstdisziplin und Selbstkontrolle, Stärkung des Selbstwertgefühls, Aggressions- und Frustrationsabbau; Lernen, Überschuss an physischer Energie auf angemessene Weise durch strukturierte Aktivität umzusetzen, Akzeptieren von gesteckten Rahmenbedingungen (Erarbeiten und Einhalten von Verhaltensregeln), Stärken der eigenen Verhaltenskontrollmechanismen, Erziehung zum Fair-play und zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise.

Hier wird bereits deutlich, dass die ehrenamtliche Alltagspraxis der Sportvereine hier an ihre Grenzen stößt und auf Hilfe, Unterstützung von Personen, Trägern, Institutionen der sozialen Arbeit, der Jugendhilfe und Jugendpflege angewiesen ist. Die Schaffung von Netzwerken drängt sich hier geradezu auf.

Im Bereich der tertiären sport-, körper- und bewegungsbezogenen Prävention geht es schließlich vor allem um konsequentes Einschreiten gegen Sucht und um den Einsatz von Sport, Körper- und Bewegungserfahrungen in der Therapie (Sucht, Adipositas, Bulimie, Magersucht). Hier sind in erster Linie therapeutische Einrichtungen, Institutionen der Sozialen Arbeit gemeint, der organisierte Sport aber nur marginal angesprochen. Dennoch bietet sich auch hier eine Zusammenarbeit an.

Vernetzung heißt das Zauberwort

Der Vernetzung wird nicht zuletzt auch angesichts wachsender Problemlagen junger Menschen, aber auch und vor allem wegen der geforderten unterschiedlichen Kompetenzen und immer knapper werdender öffentlicher Finanzen zu Recht eine zentrale Rolle zugewiesen. Für die Zukunft wird es deshalb sehr darauf ankommen, dass vorhandene Netzwerke genutzt, bzw. ein festes Netzwerk der körper- und bewegungsorientierten Angebote errichtet wird. „In diesen Netzwerken können Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlichster Institutionen kooperieren, die sich ihrer Vorbildfunktion und ihrer spezifischen Aufträge bewusst sind. Hier lassen sie





ihr fachliches Know-how einfließen bzw. können sie die Netzwerkarbeit für ihre eigene Praxis nutzen“ (Sportjugend Niedersachsen 2002). „Runde Tische“, „Präventionsräte“, „Netzwerke“ sind entsprechend zu Schlagworten avanciert, die, wie der Stein der Weisen, die Probleme präventiven erzieherischen Jugendschutzes lösen sollen. Aber: so einfach ist Vernetzung nicht zu haben. Entscheidend ist, dass die unterschiedlichen Interessen offen gelegt, Gemeinsamkeiten herausgearbeitet, Kompetenzen geklärt und zum Inhalt der Zusammenarbeit gemacht werden.

Da sich sport-, körper- und bewegungsbezogene Angebote bestens auch zu einmaligen, öffentlichkeitswirksamen Events eignen, lassen Sie mich zum Schluss aber auch sehr deutlich anmerken: Sport-, körper- und bewegungsbezogene präventive Arbeit kann, darf nicht zu einem Event verkommen, ist kein einmaliger Akt, sondern ein kontinuierlicher Prozess, eine dauerhafte Aufgabe, bei denen es um Nachhaltigkeit geht. Und: Wir sind – wie im Positionspapier der Sportjugend Niedersachsen so treffend formuliert steht – „nicht nur verantwortlich für das, was wir tun, sondern auch für das, was wir nicht tun“ (Sportjugend Niedersachsen 2002).

Zur Förderung der sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen werden schließlich im ersten Deutschen Kinder- und Jugendsportbericht folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Angesichts des wachsenden Anteils adipöser wie auch motorisch benachteiligter Kinder ist das Augenmerk auf Heranwachsende vom Vorschulalter zur späten Kindheit mit der Zielsetzung zu richten, für diese Kinder kompensatorische Angebote zu entwickeln und bereitzustellen.
- Um den Sport zu einem zentralen lebenslangen Lebensstilelement für alle Heranwachsenden zu entwickeln, muss die Bereitstellung interkulturell offener Bewegungsangebote, die breit gefächert, sportartübergreifend und spielorientiert sind und sich an den Interessen von Jungen und Mädchen ausrichten, einen zentralen Stellenwert in der Kinder- und Jugendarbeit erhalten.
- Für eine entsprechend professionelle bewegungs- und sportbezogene Betreuung von Kindern in verschiedenen institutionellen Kontexten – Kindergarten, Grundschule, Verein – bedarf es einer flächendeckenden Qualifizierung der Betreuenden (z.B. Kinder-Übungsleiter-Lizenz) vor allem in den Bereichen einer geschlechtersensiblen und interkulturell offenen Sport- und Bewegungserziehung
- Angesichts der Verstärkung gilt es in einem sektorenübergreifenden Handeln von Kommunen, Schulen, Vereinen und Wirtschaft, eine Reaktivierung von bewegungs- und Spielflächen anzustreben und dafür zu sorgen, dass Kinder vermehrt die Möglichkeit erhalten, Outdoor-Aktivitäten zu entwickeln
- Um das pädagogische und soziale Potenzial, das im Sport steckt, effektiv und kreativ zu erschließen und zu nutzen, sind gezielte Interventionsprogramme nötig, die systematisch ausgewertet werden müssen. Statt immer neuer Aktionsprogramme sind Evaluationsprogramme vonnöten, mit denen eine systematische Qualitätsentwicklung generiert wird.
- Die Stärken des Schulsports und seine Qualitätssicherung sollten mit einem nationalen Konsens über Ziele, Inhalte und auch verbindliche Standards für den Schulsport einhergehen.

Und der Zweite Deutsche Kinder- und Jugendsportbericht (2008) schließt mit den Worten: „Wenn es gelingt, diese verbesserte Gesundheits-, Bildungs- und Sportangebotsstruktur für alle von klein auf umzusetzen, werden mehr Kinder als bisher das erfahren, was zur Zeit am Schulsport und Sportverein besonders geschätzt wird, d.h. Gefühle von sozialer Anerkennung und Akzeptanz, Stärkung der personalen Ressourcen, Entwicklung einer eigenen Könnenseinschätzung sowie die Stabilisierung ihres Selbstkonzeptes. Mit anderen Worten: Kindersport für alle als Motor der Persönlichkeitsentwicklung.“ Dem ist nichts hinzuzufügen. So und dann funktionieren Sport- und Bewegungsangebote für junge Menschen.

Kontakt:

Prof. Dr. Gunter-A. Pitz, Leibniz Universität Hannover, Institut für Sportwissenschaften, Am Moritzwinkel 6, 30167 Hannover
gunter-a.pitz@sportwiss.uni-hannover.de





Lebenswelt Stadtteil: Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin

Einleitung

Mit den Prognosen über die Folgen des demografischen Wandels ist es zu einer verstärkten öffentlichen Auseinandersetzung mit der Lebensphase des Alters gekommen. Die Veränderung in der Altersstruktur der Bevölkerung wird auch die Lebensverhältnisse in den Kommunen vielfältig beeinflussen, wenn auch dieser Prozess zeitliche und regionale Differenzen aufweist. Verantwortlich sind die gestiegene Lebenserwartung der Menschen und die Tatsache, dass in den nächsten Jahrzehnten die zahlenmäßig besonders starken Jahrgänge der in den 50er bis 70er-Jahren Geborenen in das höhere Lebensalter eintreten werden.

Angesichts dieses erwarteten Anstiegs alter und hoch betagter Menschen am Gesamtteil der Bevölkerung wurde der daraus abgeleitete Handlungsdruck vor allem in Hinblick auf die krankheitsbezogenen Aspekte des Alters und die damit verbundenen Kostensteigerungen für die sozialen Sicherungssysteme thematisiert. Bedingt durch veränderte Erwerbsbiographien bzw. fehlende Erwerbstätigkeit von Frauen in den alten Bundesländern wird zudem eine Zunahme der Armut im Alter erwartet. Angesichts dieser Entwicklung muss neben dem vorherrschenden defizitorientierten Altersbild auch die Diskussion um primärprä-

ventive Potenziale geführt werden. Primärprävention zielt auf die Senkung gesundheitlicher Belastungen und die Stärkung gesundheitsfördernder Potenziale und Ressourcen. Erkenntnisse über den Einfluss sozialer Determinanten auf die Gesundheitschancen (Mielck 2005, CSDH 2008) und den positiven gesundheitlichen Einfluss sozialer Einbindung sind für die Entwicklung erfolgreicher Strategien zu beachten.

Der Beitrag verdeutlicht, dass sich gerade für die Zielgruppe der sozial benachteiligten älteren Menschen der Stadtteil als wirksamer Interventionsort für gesundheitsfördernde Maßnahmen und Projekte darstellt. Dies wird im zweiten Teil durch lebensweltorientierte Projekte für ältere Menschen veranschaulicht, die auf der Berliner Regionalkonferenz „Gesunde Lebenswelten im Quartier – Prävention und Gesundheitsförderung partizipativ entwickeln“ vorgestellt wurden.

Der Stadtteil als Ansatzpunkt soziallagenbezogener Gesundheitsförderung

Der Stadtteil als Lebensraum und Ansatzpunkt für sowohl soziale als auch gesundheitliche Maßnahmen ist durch die Forschung und Praxis im Rahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung in den letzten Jahren verstärkt in den Blick genommen worden. Der Sachverständigenrat hebt in seinem Gutachten

2005 den Stadtteil als ein Setting mit hoher Relevanz für primärpräventive Interventionen hervor.

Ein kontextbezogener Ansatz verbindet verhaltens- und verhältnispräventive Elemente und ermöglicht mit der Zielgruppe Veränderungen der Lebenswelt, die für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen in der Regel starke Gesundheitsbelastungen aufweisen und gesundheitsförderliches Verhalten erschweren (SVR 2005).

Eine Expertise des Deutschen Instituts für Urbanistik (Difu) im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur aktuellen Situation von Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in bundesdeutschen Kommunen hat allerdings aufgezeigt, dass diese Themenfelder in den Kommunen bisher nur einen mittleren Stellenwert einnehmen. Böhme (2008) sieht daher noch einen großen Bedarf darin, eine regelmäßige Kooperation zwischen den Akteuren, z.B. im Rahmen von Gesundheits- und Pflegekonferenzen zu initiieren, um die Sensibilität, die Transparenz und das Wissen über „Gute Beispiele“ zu verbreitern.

Um sozial benachteiligte ältere Menschen mit primärpräventiven Maßnahmen zu erreichen bedarf es einer Zusammenarbeit der professionellen Akteure der Stadtteilarbeit und der



Gesundheitsförderung, um neue gemeinsame Vorgehensweisen zu erproben und erfolgreich durchzuführen. Gerade im Programm „Soziale Stadt“, das sich der Entwicklung besonders förderungsbedürftiger Quartiere widmet, muss der Aspekt der soziallagenbezogenen Primärprävention eine besondere Rolle spielen, da in diesen Stadtteilen soziale Problemlagen häufig kumulieren. Besonders für ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität (sei es aus funktionalen oder ökonomischen Gründen) hat das Quartier als nächster Sozialraum große Bedeutung.

Ressourcen und Potenziale des Alters

Altern bringt zwar ein höheres Risiko für Krankheiten mit sich, aber „Alter gleich Krankheit“ ist eine unzulässige Verkürzung. Durch wissenschaftliche Befunde und die Praxis kann belegt werden, dass physisch und psychisch gesunde, hoch betagte Menschen keine Ausnahme sind. Auch die Erwartungen an das Leben im Alter verändern sich. Älter werden bedeutet nicht, auf ein aktiv geführtes und befriedigendes Leben zu verzichten (Trommer 2007). Betrachtet man Konzepte zu Altern und Gesundheit, fällt auf, dass diese stark auf die aktive Teilhabe und die Einbindung in soziale Netzwerke abzielen. So haben Baltes und Baltes 1989 ein Modell individuellen erfolgreichen Alterns vorgestellt und Gestaltungs- und Anpassungsprozesse hinsichtlich der Veränderungen der physischen, psychischen und kognitiven Kapazitäten beschrieben, die erfolgreiches Altern ermöglichen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezieht sich auf diesen Ansatz des aktiven Alterns und beschreibt ihn als „Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre

Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“ (WHO 2002, S.12)

Eine Forschungsgruppe am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung untersuchte im Rahmen der Berliner Altersstudie anhand von 516 Personen im Alter von 70 bis 100 Jahren in einem Zeitraum von bis zu acht Jahren, wie die soziale Teilhabe Veränderungen in der intellektuellen Leistungsfähigkeit positiv beeinflusst. Ergebnis war, dass soziale Teilhabe dem altersbedingten Rückgang der intellektuellen Leistungsfähigkeit entgegen wirkt (Smith/ Delius 2003). Ältere Erwachsene mit einem großen sozialen Netz und zahlreichen sozialen Aktivitäten sind im Durchschnitt kognitiv leistungsfähiger als ältere Erwachsene mit eingeschränktem sozialen Umfeld und wenig sozialer Aktivität. Dies trifft insbesondere im höheren und hohen Alter zu (Trommer 2007).

Dieses Phänomen wird auch unter dem Begriff des sozialen Kapitals diskutiert. Als soziales Kapital wird ein Konzept bezeichnet, das auf die Teilhabe in sozialen Netzwerken, den Aufbau von Vertrauensverhältnissen sowie gegenseitigen Verpflichtungen und Erwartungen aufbaut. Soziales Kapital kann dabei als Eigenschaften von Individuen oder Kollektiven z. B. Nachbarschaften oder Kommunen verstanden werden und ist auf seine gesundheitlichen Wirkungen untersucht worden (Kroll/Lampert 2007). Dabei konnte gezeigt werden, dass das Vorhandensein von sozialem Kapital positive Effekte auf Gesundheit hat.

Um dieses Potenzial für die Gesundheitsförderung zu erschließen, ist jedoch eine differenzierte Betrachtung ei-

nes solchen Modells des „erfolgreichen Alterns“ notwendig: In ihrer Mobilität eingeschränkte und pflegebedürftige Menschen können dem Bild des aktiven älteren Menschen häufig nicht entsprechen. Wenn so gesellschaftliche Erwartungen an die soziale Beteiligung nicht eingelöst werden können (z.B. durch ehrenamtliches Engagement), darf dies nicht zu einer Stigmatisierung führen. Denn dazu kommt, dass diese Menschen überproportional häufig sozial benachteiligt sind (Kümpers 2008a).

Alter und gesundheitliche Ungleichheit

Auch wenn die heutigen Älteren im Durchschnitt gesünder sind und sich die in Krankheit oder Behinderung verbrachte Lebenszeit verkürzt, profitieren davon untere Schichten deutlich weniger. Soziale Benachteiligungen Älterer ergeben sich aus Lebenslagen, in denen mehrere belastende Faktoren zusammenkommen: geringes Einkommen, geringe Bildung, soziale Isolation, spezifische Gender-Aspekte und unterschiedliche Migrationshintergründe. Solche soziale Determinanten haben einen erheblichen Einfluss auf die absolute Lebenserwartung sowie die Lebenserwartung in guter Gesundheit.

Der Zusammenhang von Bildungsgrad und Einkommen auf die Gesundheit lässt sich empirisch gut aufzeigen: So stellen sich chronische Krankheiten und Behinderungen bei Menschen aus dem unteren Einkommensfünftel durchschnittlich sieben Jahre früher im Leben ein als bei Menschen aus dem obersten Fünftel. Gerade für ältere psychisch kranke, chronisch kranke, Menschen mit Behinderung oder Mitglieder sozialer Randgruppen ist die Feststellung zu treffen, dass sich die Auswirkungen materieller Armut und gesundheitlicher Einschränkungen negativ verstärken.

Dies lässt sich am Beispiel des Vorhandenseins von sozialem Kapital verdeutlichen. Richter und Wächter (2007) zeigen auf, dass in Sozialräumen mit besonderem Entwicklungsbedarf häufig Personen mit wenig sozialem Kapital wohnen. Diese profitieren somit nicht von positiven Gesundheitseffekten, die durch soziale Teilhabe und den Aufbau sozialen Kapitals erzielt werden können. Gleichzeitig verstärken sich Ausgrenzungsprozesse dabei gegenseitig: ohne „Brückenbildendes“ soziales Kapital ist häufig der Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems bei bildungsfernen Personengruppen eingeschränkt, da aus den vielfältigen „schwachen Bindungen“ keine Informationsvorteile zu ziehen sind.

Daher sind Strukturen notwendig, die auch diese älteren Menschen in Gemeinschaften einbinden. Um diese Zielgruppen zu erreichen bedarf es spezifischer Angebote. Eine vorrangige Aufgabe in den Kommunen ist daher die Unterstützung von sozialen Netzen und Nachbarschaftshilfen. Damit kann die selbst bestimmte Lebensführung der älteren Bevölkerung wesentlich gefördert werden. Trotz dieses Bedeutungszuwachses konstatiert Kümpers, dass sozial benachteiligte Ältere als mögliche Zielgruppe von gesundheitsfördernden Stadtteilprojekten bisher wenig Aufmerksamkeit gefunden haben. Sie empfiehlt aus einer Public-Health-Perspektive daher „auf Grund des Zusammenhangs von gesellschaftlicher Teilhabe einerseits und Gesundheit und Lebensqualität andererseits (auch und gerade im Alter) die Zugangsbarrieren für ein gesellschaftlich aktives Altern benachteiligter Gruppen in den Blick zu nehmen“ (Kümpers 2008b, S.21).

Ältere Migrantinnen und Migranten als Zielgruppen der Gesundheitsförderung im Stadtteil: Erfahrungen aus Berlin

Migration und Gesundheit

Im Land Berlin lebten im Jahr 2006 ca. 600.000 Migrantinnen und Migranten, davon 460.000 Ausländerinnen und Ausländer ohne deutschen Pass (13 Prozent der Gesamtbevölkerung) aus mindestens 72 verschiedenen Ländern. Ältere Migrantinnen und Migranten sind die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Gleichzeitig kann nach amtlichen Statistiken davon ausgegangen werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Durchschnitt auf einem vergleichsweise niedrigen sozioökonomischen Niveau leben, was die beschriebenen gesundheitlichen Ungleichheiten zur Folge hat.

Nach Mielck (2005) zählen Migrantinnen und Migranten (einschließlich Aussiedlerinnen und Aussiedler, Asylbewerberinnen und Asylbewerber und „Illegale“) damit in Anlehnung an die vom europäischen Regionalbüro der WHO als „vulnerable groups“ identifizierten Gruppen zu den Bevölkerungsgruppen, bei denen die sozialen und gesundheitlichen Belastungen sowie der Gesundheitsförderungsbedarf besonders groß sind. Die gesundheitlichen Effekte von Migration sollten aber stets zwischen zwei Polen gesehen werden: Auf der einen Seite als Ressource und etwas Positives und auf der anderen Seite als gesundheitliches Risiko. Im Folgenden sollen besonders die Potenziale der stadtteilorientierten Gesundheitsförderung mit älteren Migrantinnen und Migranten hervorgehoben werden.

Ressourcen älterer Migrantinnen und Migranten

In ihrem Referat „Wege aus der Isolation – Wege zu sozialen Nachbarschaften“ auf der Berliner Regionalkonferenz relativierte Ulrika Zabel vom Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe den Blick auf ältere Migrantinnen und Migranten als homogene Gruppe, die meist mit Pflegebedürftigkeit und Hilfsbedürftigkeit in Verbindung gebracht wird. Auch das Bild, dass Migrantinnen und Migranten über ein geringeres Selbsthilfepotenzial verfügen und bürgerschaftlich weniger engagiert sind, wurde in Frage gestellt. Die geringe Beteiligung von zugewanderten Älteren in seniorenpolitischen Vertretungen ist nicht mit einem mangelnden Engagement gleichzusetzen. Vielmehr beruht diese geringere Repräsentation häufig auf negativen Erfahrungen mit dem politischen System und Verbandsstrukturen und einer fehlenden Anerkennung der Aktivitäten und Kompetenzen: „Die wenigsten älteren zugewanderten Menschen sind motiviert, sich in repräsentativen Formen des



Ehrenamts mit einer streng eingehaltenen Sitzungskultur zu engagieren. Das teilen sie mit sozial benachteiligten Einheimischen; auch diese fühlen sich von den mittelschichtorientierten Strukturen im Ehrenamt wenig angesprochen. Gewünscht werden Mitsprache- und Mitwirkungsmöglichkeiten an Vorhaben, die einen direkten Bezug zu ihrer alltäglichen Lebenssituation haben“ (Zabel 2008, S.11).

Dagegen ist die Mitwirkung in Netzwerken, die sozial, kulturell, religiös oder politisch ausgerichtet sind, wesentlich größer. Dies sind jedoch häufig informelle Netzwerke, die ein hohes Maß an Selbstorganisation aufweisen, was die Verzahnung mit anderen Stadtteilprojekten erschwert. Stadtteilprojekte, die die gesundheitlichen Determinanten von älteren Migrantinnen und Migranten positiv beeinflussen wollen, finden allerdings in der Einbindung dieser Netzwerke ein großes Potenzial vor, um die gewünschten Ergebnisse auch zu erreichen.

Dies deckt sich mit Untersuchungen der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin: Im Jahre 2005 wurde eine explorative Recherche in den Datenbanken www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, die von Gesundheit Berlin im Auftrag der BZgA erstellt wurde, sowie einer Datenbank des Bund-Länderprogramm „Soziale Stadt“ zum Entwicklungsstand der Praxis und des Forschungsbedarfs in Deutschland durchgeführt (Kümpers 2008b). Neben dem Handlungsbedarf, den diese Studie aufzeigte, da nur wenige der dort aufgeführten stadtteilorientierten Projekte ältere Menschen als Zielgruppe mit einbezogen und gesundheitsförderlichen Charakter im weitesten Sinne aufwiesen, ergaben sich auch Hinweise auf Erfolgsfaktoren solcher Projekte.

Partizipation als Erfolgsindikator

Erfolgreiche Projekte schienen der Partizipation der Zielgruppen konzeptionell eine große Bedeutung einzuräumen. Dabei wurde, um eine Partizipation der Zielgruppen in der Breite und die Steigerung ihrer Selbsthilfepotenziale überhaupt erreichen zu können, die Einbindung informeller Multiplikatoren als wichtigster Faktor gesehen. Als erfolgreiche Zugangswege zu älteren Migrantinnen und Migranten sind danach Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund, die Einbeziehung der Familien sowie die Kontinuität von Personen in den Projekten zu sehen. Solche professionellen oder informellen Multiplikatoren einzubeziehen und als Verbündete zu gewinnen erleichtert den Zugang und befördert den Projekterfolg (Kümpers 2008b).

Zabel stellte dar, dass ältere Zuwanderinnen und Zuwanderer besonders in ihrem direkten Wohn- und Lebensumfeld engagiert sind und so auch die Integration nachgezogener Zuwanderinnen und Zuwanderer erleichtern. Diese Art der freiwilligen Arbeit ermöglicht anderen älteren Migrantinnen und Migranten einen leichteren Zugang zu sozialen Netzwerken, die sich in Wohn- und Nachbarschaftsgebieten gebildet haben. Darauf sind auch spezialisierte Fachdienste und Verwaltungen aufmerksam geworden und versuchen, diese selbst organisierte freiwillige Arbeit in institutionalisierter Form weiterzuentwickeln. Initiativen wie die Stadtteilmütter drücken diese neue Sichtweise auf die Wertschätzung informeller freiwilliger Arbeit aus. Stadtteilmütterprojekte unterstützen Familien im Stadtteil auf zweierlei Art: Zum einen durch die Vermittlung familienrelevanter Informationen – so auch gesundheitsrelevante Themen – an Mütter mit Migrationshintergrund, zum anderen wird

durch die Qualifizierung und stundenweise Beschäftigung von vormals erwerbslosen Migrantinnen und Migranten eine Beratungstätigkeit auf Honorarbasis ermöglicht, die selber wieder eine individuelle berufliche Eingliederung bedeuten kann.

Eine Ausweitung solcher Multiplikatorenansätze auch auf die Zielgruppe der älteren Migrantinnen und Migranten erscheint vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die im Bereich der Familienberatung und -bindung gemacht wurden, erstrebenswert. Auf diese Weise können in die Zusammenarbeit mit den älteren Migrantinnen und Migranten im Stadtteil auch gesundheitsrelevante Aspekte besser eingebunden werden, wie Andrea Möllmann von Gesundheit Berlin am Beispiel des Themas Ernährung verdeutlichte.

Ernährung im Alter und soziale Netzwerke

Eine gesunde und ausgewogene Ernährung im Alter ist von großer Bedeutung, da sich durch altersbedingte physische und physiologische Veränderungen das Ernährungsverhalten verändern kann. Insgesamt nehmen Energieverbrauch, Appetit, Durstempfinden, Geschmacks- und Geruchssinn bei älteren Menschen ab. Bei geringerer Kalorienaufnahme gewinnt die adäquate Zufuhr von elementaren Nährstoffen wie Vitaminen, Mineralien, Spurenelementen und sekundären Pflanzenstoffen an Bedeutung, um Mangelernährung zu verhindern. Auch auf den Konsum von Flüssigkeit in Form von Wasser, Tee, Suppen muss im Alter geachtet werden, um Austrocknung vorzubeugen. Aufgrund von Multimorbidität, Medikamenteneinnahme etc. kön-

nen Kau- und Schluckbeschwerden sowie nachlassende Kraft und technische Fertigkeiten (z.B. Schneiden von Fleisch) die Ernährung und das Essen zu einer komplizierten Angelegenheit werden lassen. Bei geeigneter Konsistenz der Speisen, verbunden mit appetitlichem und ansprechendem Aussehen, können jedoch viele ältere Menschen das Essen wieder genießen. Essen ist allerdings nicht nur mit der Aufnahme von lebenswichtigen Nährstoffen verbunden.

Essen hat auch eine wichtige soziale Funktion. Essen ist ein alltägliches Ritual, teilt den Tag ein und wird von den meisten Menschen am liebsten in Gemeinschaft genossen. Gemeinsame Mahlzeiten sind ein besonderer Anlass, um zu kommunizieren, sich auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Gemeinsame Mahlzeiten werden vor allem von Kindern und älteren Menschen geschätzt, und doch sieht die Realität anders aus. Vor allem sozial benachteiligte Seniorinnen und Senioren leben oft isoliert in Singlehaushalten, ohne unterstützende familiäre Bindungen, mit wenig Geld und von Krankheit(en) betroffen. Die allgemeine Lebens- und Ernährungssituation ist mit hohen Risiken verbunden.

Die Schaffung von Orten, an denen gemeinsam gekocht und gegessen werden kann, stellt daher eine niedrigschwellige Methode dar, um ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen und Stadtteilen zu aktivieren. Die Organisation von gemeinsamen Mahlzeiten in der Nachbarschaft, z.B. in Zusammenhang mit kulturellen Festtagen oder Gesundheitstagen im Quartier, und unter aktiver Beteiligung der älteren Bewohnerinnen und Bewohner, können gleichzeitig als Aufhänger dienen, um gesundheitsrele-

vante Informationen zu vermitteln. So bieten sich in der Praxis beispielsweise Stadteilküchen an, in denen die Rezepte der älteren Menschen gekocht werden. Solche gemeinsamen Kochgruppen stellen auch eine gute Gelegenheit dar, die Kommunikation zwischen den Kulturen zu befördern.

Gleichzeitig kann auf diesem Weg ein Beitrag zu einer gesunden Ernährungs- und Lebensweise geleistet werden. Denn neben der Beratung über eine gesunde und altersgerechte Ernährung besteht über solche sozialen Ereignisse häufig die Möglichkeit, die älteren Menschen auch für weitere Aktivitäten mit hohem Partizipationsgrad im eigenen Umfeld zu motivieren (z.B. Bewegungsangebote wie Spaziergangsgruppen, die aktive Gestaltung des Wohnumfeldes etc.). Multiplikatoren im Sinne der erwähnten Stadteilmütter sind ein wichtiger Baustein, um gerade sozial benachteiligte ältere Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen, die auch aufgrund von Sprachbarrieren Angebote sonst nicht wahrnehmen würden.

Der Aufbau sozialer Netzwerke in der Nachbarschaft wird so zum Schlüsselthema für den Zugang zu vielen anderen Themen mit Gesundheitsbezug. Dieser Zugang findet dabei oft implizit statt und knüpft zudem an die Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner an. Kontakte untereinander ermöglichen nachhaltige Erfolge, um Menschen auf dem Weg aus sozialer Isolation zu unterstützen. Die Teilnahme an sozialen Ereignissen trägt dann wesentlich zur informellen Wissensvermittlung über gesundheitliche Versorgungsangebote bei und unterstützt den Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen im Stadtteil und deren nachhaltige Verankerung. Gleichzeitig müssen die Regeldienste

und Projekte der Altenhilfe, der Stadtteilarbeit, Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgung sich in ihrer Organisiertheit so ausrichten, dass sie kulturspezifische Faktoren berücksichtigen. Dieser als interkulturelle Öffnung beschriebene Prozess zielt darauf, für alle Menschen eine von ihrer kulturellen, religiösen oder weltanschaulichen Einstellung gleichberechtigte soziale und gesundheitliche Versorgung und Unterstützung sicherzustellen. Dies schließt die interkulturelle Öffnung der gesundheitlichen und pflegerischen Regelversorgung wie z.B. Krankenhäuser, Rehabilitationszentren, Pflege- und Altenheime, ambulante Versorgung ein. Bisher spiegelt sich die Vielfalt der Berliner Bevölkerung noch nicht bei den Beschäftigten im Gesundheitsbereich wider. Die stärkere Involvierung von Migrantinnen und Migranten als Akteure im Gesundheitsbereich (besonders die Präsenz in Gesundheitsberufen) wird als ein wesentlicher Faktor für den Abbau von Benachteiligungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung von Migranten angesehen.

Fazit

Stadtteile stellen eine geeignete Interventionsebene dar, um gerade sozial benachteiligte ältere Menschen mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erreichen. Als erfolgreich stellt sich die lebensweltorientierte Ausgestaltung der Angebote mit einem hohen Partizipationsgrad der Zielgruppe dar. Erfolgreiche Prävention für ältere Menschen sollte an soziale Ereignisse und Aktivitäten angebunden werden, da so gesundheitsförderliche Themen wie Ernährung und Bewegung niedrigschwellig vermittelt werden können. Dafür sind Räu-



me zu schaffen, in denen informelles Lernen ermöglicht wird. Die Einbeziehung von Multiplikatoren hat sich für die Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten als Erfolg versprechend erwiesen

Der von Gesundheit Berlin entwickelte Ordner „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ ist ein Beitrag dazu, die Verzahnung von Gesundheit und Stadtteilentwicklung zu befördern. Denn nachbarschaftsorientierte Netzwerke, wie sie in Quartiersmanagementgebieten aufgebaut werden, sind ein guter Einstieg für die Informationsvermittlung gesundheitsbezogener Themen, die von den leitenden oder begleitenden Personen solcher Gesprächsrunden genutzt werden sollten.

Allerdings zeigt sich bei der Auswertung der Untersuchungen des Deutschen Instituts für Urbanistik (Difu) und der AG Public Health des WZB auch, dass die erfolgreiche stadtteilbasierte Primärprävention für benachteiligte ältere Menschen bisher eher noch eine Ausnahme darstellt. Um die vorhandenen Beispiele guter Praxis in die Fläche zu bringen und die Kooperation der Akteure untereinander zu stärken, bedarf es geeigneter ressortübergreifender Abstimmungsformen zur Initiierung kollektiver Prozesse.

In Berlin hat sich 2008 die Landesgesundheitskonferenz des Themas Ältere Menschen angenommen und auch einige Bezirke haben erste bezirkliche Gesundheitskonferenzen zu diesem Themenkomplex durchgeführt. Neben einer

verbesserten Transparenz über die einzelnen Aktivitäten unterschiedlicher Akteure tragen solche Gremien auch zur notwendigen Vernetzung der lokalen Institutionen, Organisationen und Initiativen bei, die oftmals am besten über die vorhandenen Ressourcen im Stadtteil informiert sind. Dabei ist darauf zu achten, dass die lokalen Akteure breit einbezogen werden, da der Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen über explizite Bezüge der Altenhilfe und Gesundheitsversorgung hinausgeht. Aufgrund der großen Bedeutung des Stadtteils für ältere Menschen kommt den Kommunen hier eine Schlüsselrolle zu.

Dringend geboten ist daher, die Zusammenarbeit zwischen Praxis, Wissenschaft und Politik auszubauen, um bestehende Ansätze zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Gerade ältere Migrantinnen und Migranten stehen noch zu wenig im Blickfeld und es fehlt noch an validen Erkenntnissen und Daten über die Bedürfnisse dieser Zielgruppen und deren Lebenslagen, über Interventionsstrategien und deren Erfolgsbedingungen.

Literatur:

Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press; 1-33.

Böhme C, Hollbach-Grömig B, Seidel-Schulze A (2008). Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Städten und Gemeinden. In: Richter A, Bunzendahl I, Altgeld T, (Hg.). *Dünne Rente – Dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Mabuse: 133-148.

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the

Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Kroll, L.E, Lampert, T (2007). Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 69, 120-127.

Kümpers S (2008a). Der Stadtteil als Setting für Primärprävention mit sozioökonomisch benachteiligten Menschen – Erkenntnisstand und Forschungsbedarf. In: Richter A, Bunzendahl I, Altgeld T, (Hg.). *Dünne Rente – Dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Mabuse: 133-148.

Kümpers S (2008b). Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Prävention. Berlin: WZB-Discussion-Paper SPI 2008-301.

Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber

Smith, J, & Delius, J (2003). Die längsschnitlichen Erhebungen der Berliner Altersstudie (BASE): Design, Stichproben und Schwerpunkte 1990–2002. In F. Karl (Hg.). *Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie: Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema*. Weinheim: Juventa: 225-249

Richter, A, Wächter, M (2007). Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Expertise erstellt im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

SVR (2005). Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2005. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Trommer, H (2007). Welche Ressourcen und Potenziale brauchen wir im Alter. In: *Gesundheit Berlin* (Hg.). *Gesund alt werden in Berlin – Potenziale und Strategien*. Berlin: Gesundheit Berlin e.V.: 11-19

WHO (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.

Zabel, U (2008). ...und sie engagieren sich ja doch. In: *Die BAGSO Nachrichten* 4/2008: 10-11
Ergebnisse der Workshops „Gesund im Alter“ sowie „Bewegungsförderung im Alter“ auf der Berliner Fachtagung „Gesunde Lebenswelten im Quartier – Prävention und Gesundheitsförderung partizipativ entwickeln“ am 6. Februar 2009. Dokumentation im Erscheinen

Gesund und mittendrin trotz Erwerbslosigkeit?! Ansätze zur Förderung der psycho-sozialen Gesundheit

Katrin Rothländer und Peter Richter

1. Daten zur aktuellen Entwicklung am Arbeitsmarkt

Laut Sozialgesetzbuch (SGB) gilt als arbeitslos, wer ohne eine Beschäftigung von mindestens 15 Wochenstunden ist, sich Arbeit suchend gemeldet hat und dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht. Um ins Bewusstsein zu rufen, dass Arbeitslose durchaus Tätigkeiten im Rahmen der Familie, der Eigenarbeit bis hin zu ehrenamtlichem Engagement ausüben, wird stattdessen der Begriff „Erwerbslose“ verwendet (vgl. auch Mohr/Richter 2008).

Entgegen der seit 2004 geltenden Regelung, Teilnehmenden an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik nicht mehr in die Statistik aufzunehmen, zählen wir diese mit zu den Erwerbslosen. Im November 2008 befanden sich mehr als eine Million Personen in Fördermaßnahmen. Dazu gehören Trainings- und Weiterbildungsmaßnahmen, aber auch verschiedene Formen von Arbeitsgelegenheiten. Solange jedoch die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nach Auslaufen der Förderung nicht gesichert ist, definieren sich viele Maßnahmeteilnehmenden weiterhin als erwerbslos. Ebenso realistisch ist auch die Einschätzung der Bundesagentur für Arbeit:

„Beschäftigung schaffende Maßnahmen, von denen im Rechtskreis SGB II ein großer Anteil auf Arbeitsgelegenheiten (AGH) entfällt, sind ein erster Schritt, um die Maßnahmeteilnehmer an den Arbeitsmarkt heranzuführen. AGH werden oft bei Hilfebedürftigen mit multiplen Problemlagen eingesetzt, sie dienen vorrangig der Herstellung bzw. Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit und der sozialen Stabilisierung. Eine schnelle Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt ist bei den Teilnehmern von AGH in der Regel nicht wahrscheinlich“ (BA 2008: 42).

Mit einem Anteil von 70 Prozent erhält die Mehrheit der registrierten Erwerbslosen Arbeitslosengeld II, während nur 30 Prozent der Erwerbslosen Arbeitslosengeld I beziehen (BA 2008). Den Beziehenden von Arbeitslosengeld II werden verhältnismäßig weniger Fördermaßnahmen als den Beziehenden von Arbeitslosengeld I angeboten, zudem weisen die Angebote eine geringere Arbeitsmarktnähe auf.

Derzeit ist fast die Hälfte der Beziehenden von Arbeitslosengeld II langzeiterwerbslos, d.h. seit mindestens einem Jahr ohne Erwerbsarbeit. Bei dieser Personengruppe kumulieren Beschäftigungshindernisse wie ein niedriges Qualifizierungsniveau, fehlende oder veraltete Berufserfahrung, aber auch gesundheitliche Beschwerden. All diese Faktoren stehen in Zeiten eines verknappten

Erwerbsarbeitsangebotes einer Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt entgegen.

2. Psycho-soziale Gesundheit von Erwerbslosen

Wie die Forschung belegt, können gesundheitliche Beeinträchtigungen sowohl Ursache als auch Wirkung von Erwerbslosigkeit sein (z.B. Paul/Moser 2001). Die gesundheitlichen Probleme äußern sich in Form von unspezifischen Beschwerden, teilweise in Depressionen, Ängsten sowie psychosomatischen Symptomen. Paul und Moser verweisen jedoch auch auf schwächere Effekte in der umgekehrten Richtung: Psychisch bereits belastete Personen werden eher erwerbslos und verbleiben länger in der Erwerbslosigkeit als unbelastete. Gleichwohl finden Erwerbslose mit besserer psychischer Gesundheit leichter wieder eine Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt.



Die Gültigkeit sowohl der Kausalitäts- als auch der Selektionshypothese macht Erwerbslose zu einer hoch verletzbaren Bevölkerungsgruppe. Insbesondere bei Langzeitarbeitslosen kumulieren die gesundheitlichen Risiken (z.B. Berth et al. 2006).

Bei der Betrachtung von Durchschnittswerten darf nicht vergessen werden, dass sich Erwerbslose im Einzelfall sehr wohl in ihrer Reaktionsweise auf den Zustand der Erwerbslosigkeit unterscheiden (vgl. z.B. die Untersuchung von „good copers“ durch Fryer/Payne 1984) – und damit auch Differenzen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes bestehen. Doch es wäre fatal, den Erwerbslosen die alleinige Verantwortung für ihren Umgang mit Erwerbslosigkeit zu geben. Es sollte immer mit berücksichtigt werden, dass objektive Einschränkungen bestehen, die sich auf individueller Ebene schwerlich überwinden lassen. So können beispielsweise die durchschnittlich schlechteren Wohnverhältnisse von Erwerbslosen aufgrund höherer Lärmbelastigung auch mit Schlafstörungen in Zusammenhang stehen.

Von großer Bedeutung ist die Tatsache, dass sich die gesundheitlichen Auswirkungen von Erwerbslosigkeit nicht nur medizinisch feststellen lassen, sondern auch subjektiv von den Betroffenen erfahren und angegeben werden (Hollerderer 2003).

Trotz dieses Bewusstseins werden allgemeine Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung von Erwerbslosen nur vermindert genutzt, was auch für andere sozial schwächere Bevölkerungs-

gruppen gilt (Mielck 2005). Dies hat nicht zuletzt finanzielle Gründe: Selbst bei einer Erstattung der Kursgebühren durch die Krankenkasse müssen die Kosten von den Teilnehmenden grundsätzlich vorgestreckt werden.

Ein weiterer relevanter Bereich ist die soziale Gesundheit. Auch wenn dafür keine medizinischen Diagnosen vergeben werden, ist sie für den Einzelnen und sein soziales Umfeld doch von großer Bedeutung. Typischerweise berichten Erwerbslose von Beschwerden, wie sozialer Isolation, Rollenveränderungen und Stigmatisierung, die letztlich Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem haben und zu vermehrten interpersonellen Konflikten führen (Paul/Hassel/Moser 2006). Neben dem Verlust regelmäßiger sozialer Kontakte am Arbeitsplatz verfügen Erwerbslose auch seltener über partnerschaftliche Beziehungen als Erwerbstätige.

Die unsicher gewordenen Erwerbsbiografien und der Verlust von Erwerbsarbeit erhöhen nicht nur die Verwundbarkeit der Betroffenen, sondern ebenso die ihrer Kinder. Die „soziale Vererbung“ der Folgen von Erwerbslosigkeit ist viel zu lange unbeachtet geblieben, stellt jedoch eine große sozialpolitische Herausforderung dar. Bei Kindern allein stehender erwerbsloser Mütter zeigen sich die höchsten Raten chronischer und psychosomatischer Erkrankungen (Pedersen/Madsen/Kohler 2005), höhere Unfallraten, mehr Schulabbrüche und ein stärkeres selbstdestruktives Verhalten (Mohr 2009). Dabei scheinen die sozial-emotionalen Defizite der Eltern-Kindbeziehung bedeutsamer zu sein als die ökonomische Lage (Jones 1997).

Die erlebte Arbeitsplatzunsicherheit der Väter, verbunden mit eingeeengten, taktgebundenen Arbeitsinhalten, verstärkt bei den Kindern Leistungsversagen und Aggressivität in der Schule, so das Ergebnis einer weiteren Studie: Mit 20 Jahren sind dann bei den Betroffenen bereits massive Versagenshaltungen und das ausgeprägte Erleben von Ungerechtigkeit in der Welt festzustellen (Stewart/Barling 1996; Barling/Mendelson 1999). Bei der Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung von Jugendlichen konnte zudem eine gesteigerte Aggressivität gegenüber Vorgesetzten festgestellt werden (Dupré et al. 2006), was ihre weiteren Beschäftigungschancen mindert.

Diese Befunde zur „sozialen Vererbung“ der Folgen von Erwerbslosigkeit machen deutlich, dass psycho-soziale Interventionen auch die Familien und die Lebensumwelt der betroffenen Erwerbslosen mit einbeziehen müssen.

3. Ein Ansatz zur Verhaltensprävention – psychosoziales Training Aktiva

Mit dem an der Technischen Universität Dresden entwickelten Gesundheitsförderungsprogramm „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (Aktiva)“ (Rothländer 2008) ist der Versuch unternommen worden, bewährte kognitiv-behaviorale Techniken mit der Lebenssituation von Erwerbslosen in Verbindung zu bringen. Die Herangehensweise ist ressourcenorientiert und zielt darauf, die Handlungsfähigkeit von Personen trotz Erwerbslosigkeit zu erhalten. In das Programm sollen vorwiegend Erwerbslose einbezogen werden, die bereits seit längerer Zeit erwerbslos sind und keine überdurchschnittliche Qualifikation aufweisen.

Die Inhalte des AktivA-Programms liegen in Form eines standardisierten Handbuchs vor, das den Teilnehmenden zu Beginn des Trainings ausgehändigt wird. Für die Trainerinnen und Trainer wurden zusätzlich organisatorische sowie didaktische Hinweise zur Durchführung des Programms zusammengestellt. Der zeitliche Umfang des Trainings beträgt insgesamt 24 Stunden, die in der Regel auf vier Kurstage in einem Zeitraum von zwei bis vier Wochen verteilt werden. Im Folgenden werden die vier Trainingsmodule kurz beschrieben.

Modul 1: Aktivitätenplanung

Ziel der Aktivitätenplanung ist es, die durch Erwerbslosigkeit häufig geringer vorhandenen „Vitamine“ der Arbeitswelt zu steigern. Dazu gehören die Möglichkeit zur Kontrolle, Abwechslung, die Anwendung von Fertigkeiten, Gelegenheiten zu zwischenmenschlichem Kontakt, extern generierte Ziele und Anerkennung.

Es geht darum, die Balance zwischen verschiedenen Arten von Aktivitäten zu verbessern, und zwar zwischen notwendigen und angenehmen Aktivitäten, körperlichen und geistigen Aktivitäten, individuellen und gemeinsamen Aktivitäten. Nachdem sich die Teilnehmenden die genannten Aktivitätsbereiche inhaltlich erschlossen und mit ihren eigenen Bedürfnissen und Interessen abgeglichen haben, werden ihnen Techniken der Zeitplanung vermittelt, die sie auf ihre Alltagsgestaltung anwenden können.

Modul 2: Konstruktives Denken

Anhand von konkreten Beispielsituationen lernen die Teilnehmenden, zwischen auslösendem Ereignis, Gefühls- und Verhaltenskonsequenzen sowie den dazwischen geschalteten Bewertungen zu differenzieren. Hier steht die Erkenntnis im Mittelpunkt, dass Gedanken eine we-

sentliche Einflussgröße für Gefühle, körperliche Reaktionen und Verhalten sind. Bereits zu Beginn wird klargestellt, dass in diesem Modul kein pauschales Positivdenken angestrebt wird. Vielmehr geht es darum, die eigenen Bewertungen anhand der tatsächlichen Verhältnisse zu relativieren und für das Erreichen eigener Ziele nutzbar zu machen. Diese Spezifizierung ist von großer Bedeutung für die Akzeptanz durch die Teilnehmenden, die das Modul ansonsten als Beschönigung der Lebensbedingungen von Erwerbslosen missverstehen könnten.

Modul 3: Soziale Kompetenz und soziale Unterstützung

Den Teilnehmenden wird soziale Kompetenz als Methode vermittelt, um in sozialen Situationen über ein erweitertes Verhaltensrepertoire zu verfügen und dieses auch strategisch einsetzen zu können. Entsprechend kann soziale Kompetenz dazu genutzt werden, sich besser gegenüber Anderen durchzusetzen oder sich in andere Menschen hineinzuversetzen.

Das Einfühlungsvermögen ist von großer Bedeutung für den Erhalt und die Verbesserung bestehender sozialer Beziehungen. In diesem Zusammenhang lernen die Teilnehmenden in praktischen Übungen, Gefühle und Bedürfnisse direkt anzusprechen und sich mit ihren Interaktionspartnern darüber zu verständigen. In Rollenspielen wird den Teilnehmenden vermittelt, wie sie ihr Recht durchsetzen können, indem die eigene Position sachlich, aber bestimmt vorgetragen wird. Behandelt wird außerdem, wie neue Kontakte hergestellt und vergangene Kontakte wiederbelebt werden können. Im letzten Teil dieses Mo-

duls geht es um das Wahrnehmen, Annehmen und Geben von sozialer Unterstützung.

Modul 4: Systematisches Problemlösen

Das Ziel des Moduls zum Problemlösen besteht darin, den Teilnehmenden ein Vorgehen zu vermitteln, mit dem sie problematische Situationen im Alltag systematisch bearbeiten können. Zu Beginn steht eine sorgfältige Zielfindung, die auch das Ausräumen möglicher Zielkonflikte beinhaltet. Um zu gewährleisten, dass die Teilnehmenden auch in Stress auslösenden Situationen diese kognitiven Prozesse leisten können, werden Entspannungstechniken vermittelt. Für die Konkretisierung der Zielerreichung sind Kompetenzen aus dem Bereich der Projektplanung gefragt. Dabei geht es unter anderem um ein Brainstorming zu möglichen Lösungsansätzen, um das Festlegen von Verantwortlichkeiten sowie um die Suche nach Kooperationspartnern und Unterstützern.

Stand der Umsetzung und Evaluationsergebnisse

Bislang wurden 95 Praktikerinnen und Praktiker mit vorwiegend sozialpädagogischem Hintergrund zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren des AktivA-Trainings ausgebildet. Innerhalb eines halben Jahres nach den Schulungen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren hatten diese bereits rund 400 Erwerbslose mit dem AktivA-Training erreicht. Weitere fast 300 Erwerbslose wurden durch psychologische Trainerinnen und Trainer geschult. Bei einem Großteil der Trainings-Teilnehmenden wurden Fragebögen zur Evaluation eingesetzt, sodass inzwischen ein umfangreicher Datensatz vorliegt, der zur Veröffentlichung vorbereitet wird.



4. Ansätze zur Verhältnisprävention

4.1 Handlungsrahmen

Bei dem bisher vorgestellten verhaltensbezogenen Ansatz handelt es sich um Interventionen, die auf die Person abzielen. So wird beispielsweise durch das Angebot von Trainings eine Verhaltensänderung auf individueller Ebene angestrebt. Die folgenden Ansätze zur Verhältnisprävention hingegen sind auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der äußeren Bedingungen gerichtet, wie beispielsweise freiwillige Tätigkeitsangebote, ganzheitliche Aufgabengestaltung, gesunde Organisationen und gesunde Sozialräume.

Auf diesem Wege sind verallgemeinerbare und nachhaltige Lösungen zu erreichen, die – über die Gesundheit Einzelner hinausgehend – ganze Organisationen, Kommunen etc. beeinflussen können. Wie an einigen der folgenden Beispiele deutlich wird, kann es auch sinnvoll sein, verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze zu kombinieren.

4.2 TAURIS – Tätigkeitsangebote außerhalb der Erwerbsarbeit

Das TAURIS-Projekt (Tätigkeiten und Aufgaben: Regionale Initiative Sachsen) existiert seit zehn Jahren. Älteren Langzeitarbeitslosen werden hier Tätigkeiten im Umfang von 14 Stunden Arbeit pro Woche angeboten, wofür sie monatlich 78 Euro Aufwandspauschale zusätzlich zum Arbeitslosengeld erhalten. Im Unterschied zu vielen Beschäftigungsmaßnahmen ist die Projektlaufzeit für die Teilnehmenden unbegrenzt, die

Aufgaben können innerhalb eines regionalen „Marktplatzes der Möglichkeiten“ gewechselt werden. Diese zeitlich und inhaltlich flexiblen Angebote werden von den Teilnehmenden positiv angenommen.

Seit 2000 ist das Projekt wiederholt arbeitspsychologisch vergleichend zu anderen Maßnahmen – wie „Aktion 55“, „gefördertes Ehrenamt“, „Hilfe zur Arbeit“ – durch die TU Dresden evaluiert worden (Richter/Nitsche 2002; Nitsche/Richter 2003; Richter 2006a). Die wesentlichen Befunde lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Das Motivationspotenzial der Aufgabeninhalte bei TAURIS bewegt sich auf dem Niveau inhaltlich vergleichbarer Erwerbsarbeit. Bei den Hilfen zur Arbeit (damals noch für arbeitsfähige Sozialhilfeempfänger angeboten) fiel das Motivationspotenzial wesentlich geringer aus.
2. Das seelische Wohlbefinden der TAURIS-Teilnehmenden liegt auf gleichem Niveau wie bei Erwerbstätigen und deutlich höher als bei den Langzeitarbeitslosen ohne Maßnahme, die eine drastische Verschlechterung ihrer Gesundheit erlebten.
3. Vollständige Tätigkeiten mit eigenständigen Organisations- und Entscheidungsfunktionen, Rückmeldungen über erreichte Ergebnisse und körperliche Vielfalt der erforderlichen Bewegungen haben einen signifikant positiven Einfluss auf die seelische Gesundheit. Eine fehlende Nutzung vorhandener Qualifikationen, keine Rückmeldungen und Fremdsteuerung führen sechs Monate später zu einer signifikanten Erhöhung von Ängsten und Depressionen.

4. Grundsätzliche positive Wirkungen auf die Gesundheit der langzeitarbeitslosen TAURIS-Teilnehmenden sind statistisch gesichert nur über sechs Monate nachweisbar. Nach einem Jahr kommt es in der Hauptstichprobe aus der Anfangszeit von TAURIS wieder zu Effektminderungen, d.h. die positiven Effekte sind nicht nachhaltig. Das spricht dafür, dass in unserer erwerbsarbeitsorientierten Leistungsgesellschaft nach wie vor der bezahlten Arbeit die entscheidende Bedeutung bei der Stabilisierung von Selbstwert und seelischer Gesundheit zukommt.

5. Fehlende Transparenz über die Laufzeit der Projekte bzw. eine befürchtete politische Beendigung der Maßnahmen wirkt sich angst- und depressionssteigernd aus.
6. Erklärtes arbeitsmarktpolitisches Ziel vieler Fördermaßnahmen für Erwerbslose ist deren Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. Die durch TAURIS erzielten Effekte sind in dieser Hinsicht bemerkenswert, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass es sich bei über 50-jährigen Langzeitarbeitslosen um eine schwer vermittelbare Personengruppe handelt.

In der Evaluation wurde für eine TAURIS-Teilnehmerzahl von 1160 Personen im Jahr 2002 eine Vermittlungsquote von 15,9 Prozent auf den ersten Arbeitsmarkt ermittelt (Nitsche/Richter 2003). In derselben Region wurden Vermittlungsquoten von vier Prozent infolge der damals noch verbreiteteren ABM-Maßnahmen erfasst. Noch ernüchternder sind die repräsentativen Schätzungen für Gesamtdeutschland von Kettner/Rebien (2007). Die beiden Autorinnen einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) kommen zu dem Ergebnis, dass nur zwei Prozent der in Arbeitsgelegenheiten Beschäftigten in

ein reguläres Arbeitsverhältnis übernommen werden.

Die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Wahlmöglichkeit der Aufgaben, deren hohe psychologische Anforderungsqualität sowie unterstützende Trainings- und Coaching-Angebote (wie AktivA und Bridges) sind notwendig, um nachhaltige Vermittlungseffekte zu erzielen.

4.3 Vermittlungscoaching Bridges

„Bridges – Brücken in Arbeit“ wurde als Modellprojekt zur Senkung der Jugendarbeitslosigkeit im Niederschlesischen Oberlausitzkreis entwickelt und erfolgreich umgesetzt (www.projekt-bridges.de). Dem Projekt liegt die Annahme zugrunde, dass gerade junge Erwerbslose eine intensive persönliche Begleitung bei der Arbeitssuche benötigen, die ihnen in der Regel weder das Fallmanagement noch die Familie bieten kann. Daraufhin wurden acht ältere Langzeiterwerbslose zwischen 45 und 58 Jahren im Rahmen einer AGH in Entgeltvariante zu sogenannten Senior-Coaches ausgebildet.

Nach Beendigung eines fünfwöchigen Trainings betreuten sie jeweils etwa zwölf Jugendliche und begleiteten sie bei deren Arbeitssuchbemühungen. Zu den Aufgaben der Coaches zählten: Unterstützung bei der Definition von Zielen, Ableitung von Umsetzungsstrategien, Kontrolle der vereinbarten Ziele, Problemlösungen, Kontaktherstellung zu professionellen Hilfseinrichtungen, Akquisetätigkeiten bei regionalen Unternehmen, Dokumentationsarbeiten in einer Datenbank und Kontaktpflege zu den zuständigen Vermittlern oder Fallmanagern der Arbeitsverwaltung.

Als besondere Ressourcen der Senior-Coaches wurden Lebenserfahrung, Fachwissen und persönliche Kontakte

angesehen. Im Vordergrund der fünfwöchigen Coaching-Ausbildung stand die Vermittlung von kommunikativen Strategien, die den Coaches zum Aufbau einer partnerschaftlichen und authentischen Atmosphäre im Gespräch mit den zu betreuenden Jugendlichen diene. Neben dem Einsatz von Senior-Coaches bietet das Bridges-Projekt den Teilnehmenden auch die Gelegenheit, durch Projektarbeit Kompetenzen im Prozess der Arbeit zu entwickeln. Zusätzliche Trainings zielen unter anderem auf die Vermittlung von Selbstvermarktungskompetenzen ab.

Das Bridges-Projekt wurde über zwei Jahre hinweg wissenschaftlich evaluiert (Schmidt 2008). Insgesamt durchliefen in den zwei Jahren 484 Jugendliche das Projekt. Im Sinne von Kontrollgruppen wurden 36 Jugendliche ohne jegliche Maßnahme und 32 Jugendliche mit Ein-Euro-Jobs dem gleichen Evaluationskonzept wie die ausgewählten 40 Projektteilnehmenden unterzogen und jeweils zu drei Messzeitpunkten befragt.

Die Selbstwirksamkeitserwartung und die internalen Kontrollüberzeugungen der Projektteilnehmenden erhöhten sich über die drei Messzeitpunkte signifikant. Besonders positiv wirkte sich die erlebte soziale und kognitive Unterstützung durch die Senior-Coaches auf die Verminderung der Depressionssymptome aus. Während bei erwerbslosen Jugendlichen, die an keiner Maßnahme teilnahmen, im Untersuchungszeitraum die Depressionssymptome statistisch bedeutsam anstiegen und sich bei den Ein-Euro-Jobbern keine Veränderungen zeigten, war bei den Teilnehmenden am Bridges-Projekt eine signifikante Verringerung der Symptome festzustellen. Im Vergleich zur Gruppe der Personen in Ein-Euro-Jobs verbesserte sich die „Bridges-Gruppe“ bereits nach sechs Monaten hoch signifikant. Dieser posi-

ve Effekt konnte auch noch in einer weiteren Untersuchung 18 Monate nach der ersten Messung nachgewiesen werden.

Damit konnte eine gesicherte, langfristige Verbesserung der psycho-sozialen Gesundheit als wesentlicher Teilaspekt der Beschäftigungsfähigkeit erreicht werden. Dies lässt sich auch an den Effekten auf die Arbeitsmarktintegration ablesen: Von den Jugendlichen ohne jegliche Maßnahmeteilnahme fanden lediglich 9,3 Prozent im Untersuchungszeitraum eine Arbeit auf dem Erwerbsarbeitsmarkt, von den Ein-Euro-Jobbern sogar nur 7,5 Prozent, was vermutlich auf die während der Maßnahme verringerten Bewerbungsaktivitäten zurückzuführen ist. Die Bridges-Teilnehmenden konnten demgegenüber zu 38,4 Prozent in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vermittelt werden.

4.4 Soziale Stadt und Ermöglichung von Bildungschancen

Erwerbslosen mangelt es zunächst an einem Sozialraum, den sie für sich nutzbar machen können. Die Erfahrung des Selbsthilfevereins myself e.V. in Stuttgart (www.myself-ev.de) zeigt, wie Erwerbslose sich ein soziales Netzwerk bieten und gegenseitig bei der Stellensuche unterstützen können, wenn dafür eine geeignete Räumlichkeit zur Verfügung gestellt wird.

Hier dient ein Kontaktbüro als Anlaufstelle für Erwerbslose, die sich mit anderen Betroffenen austauschen wollen: es gibt einen Internetzugang für die Suche nach Stellenangeboten, ein ehrenamtliches Jobteam, das bei Bewerbungen hilft, das Angebot eines motivierenden Job-Coachings sowie selbst initiierte Weiterbildungsangebote.



Das Bereitstellen kostenloser Räumlichkeiten für entsprechende Selbsthilfeinitiativen könnte ein Weg sein, um Erwerbslosen einen Treffpunkt zu bieten, den sie nach ihren Bedürfnissen gestalten können. Zum Zweiten mangelt es Erwerbslosen an Gelegenheiten für gemeinsame Aktivitäten mit Erwerbstätigen. Diese lassen sich wie bereits dargestellt, im Rahmen von TAURIS oder anderen Freiwilligendiensten, aber auch im Rahmen von Nachbarschaftszentren verwirklichen.

Das Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt“ (www.sozialestadt.de/programm) beispielsweise führt in seiner Projektdatenbank auch Projekte auf, die nicht nur Erwerbslosen, sondern auch ihren Familien Unterstützung geben.

Weitere Projektbeispiele beziehen sich auf die Modernisierung von Spielplätzen und die Betreuung von Kultur- und Freizeitangeboten. In diesem Zusammenhang muss zudem berücksichtigt werden, dass Personen mit höherem Bildungsniveau nicht nur seltener und kürzer erwerbslos sind, sondern auch im Falle von Erwerbslosigkeit eine deutlich bessere psycho-soziale Gesundheit aufweisen als Erwerbslose mit niedrigerem Bildungsniveau (McKee-Ryan et al. 2005). Folglich stellt die Ausgestaltung des Bildungssystems einen weiteren wichtigen Ansatzpunkt auf struktureller Ebene dar.

Dabei sollte besonderes Augenmerk auf den Missstand gelegt werden, dass in Deutschland der schulische Erfolg von Kindern und Jugendlichen in hohem Maße vom sozialen Hintergrund der Familien abhängt.

Die Einführung jahrgangsübergreifender Klassen könnte ein erster Schritt sein, Kindern zu ermöglichen, entsprechend ihren individuellen Voraussetzungen zu lernen. Dieses Konzept führt aber nur dann zu positiven Ergebnissen, wenn das Betreuungsverhältnis durch eine Aufstockung des pädagogischen Personals verbessert wird.

Darüber hinaus müsste ein weiteres Defizit beseitigt werden: Kinder von Erwerbslosen werden bereits in der frühkindlichen Bildung systematisch benachteiligt, da der Erwerbsstatus der Eltern den Anspruch auf Kinderbetreuung sowie den Betreuungsumfang bestimmt.

Für große Teile der erwerbslosen Eltern sind die in vielen Bundesländern anfallenden Kosten für die Mittagsversorgung ein Grund, ihre Kinder im Vorschulalter nicht außerhäuslich betreuen zu lassen.

Zusammenfassend kann deshalb gesagt werden: Um die sozialen Benachteiligungen im Bildungssystem abzubauen, sind verbesserte Zugangsmöglichkeiten für die Kinder von Erwerbslosen zu den Betreuungseinrichtungen unerlässlich, und zwar ohne Mehrkosten für die Betroffenen.

4.5 Koordinierung im Rahmen von Gesundheitszielen

Um die Vielzahl der umrissenen Ansatzpunkte systematisch erfassen, steuern und evaluieren zu können, bietet sich die Einrichtung von Koordinierungsstellen zur Gesundheitsförderung an. Positive Erfahrungen sind damit bereits im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses (www.gesundheitsziele.de) gemacht worden. Gesundheitsziele werden im Konsens von Politik, Kostenträgern und Leistungserbringern, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie der Wissenschaft erarbeitet. Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse werden für

ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmekataloge erstellt, zu deren Umsetzung sich die Beteiligten in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich verpflichten.

Sachsen hat 2004 als erstes Bundesland die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen im Koalitionsvertrag verabschiedet und setzt dieses Gesundheitsziel seit 2006 in Kooperationen mit Akteuren des Gesundheitswesens wie auch der Beschäftigungsförderung um (www.gesunde.sachsen.de/115-html).

Neben der Förderung des bereits dargestellten Trainingsprogramms AktivA werden hier Fachveranstaltungen zum Austausch auf regionaler wie überregionaler Ebene organisiert sowie bereits bestehende Angebote für Erwerbslose transparent gemacht.

Perspektivisch sind zudem Synergieeffekte durch die Kooperation mit den übrigen Gesundheitszielen zu erwarten, wie zum Beispiel „Gesund aufwachsen“, „Prävention von Diabetes Mellitus“ oder „Aktives Altern“ (vgl. auch Kramer/Mühlpfordt 2009).

5. Schlussfolgerungen

Anhand der beschriebenen Ansätze zur Verhaltensprävention wird deutlich, dass sich die gesundheitlichen Folgen von Erwerbslosigkeit durch den Aufbau psycho-sozialer Kompetenzen minimieren lassen. Programme wie AktivA bieten den Teilnehmenden in zeitlich komprimierter Form wertvolle Grundlagen zum Erhalt ihrer Beschäftigungsfähigkeit und sollten daher im Rahmen der Regelförderung angeboten werden.

Von großer Bedeutung ist die Anpassung der Interventionen an die spezifischen Lebenswelten von Erwerbslosen. Entsprechend vielfältig sollten auch die Zugangswege gewählt werden, die unter

anderem über Bildungs- und Beschäftigungsträger, ehrenamtliche Tätigkeitsangebote oder Zeitungsinserate bestehen.

Am Beispiel des TAURIS-Projektes, das einen Beitrag zur Verhältnisprävention leistet, wird deutlich, dass es für Erwerbslose sehr wichtig ist, zeitlich unbefristet an Angeboten teilhaben zu können. Die Strukturen in solchen Projekten sollten also möglichst langfristig angelegt sein, um nachhaltige Erfolge zu erzielen. Diese Voraussetzung ist in vielen Beschäftigungsmaßnahmen, wie den Arbeitsgelegenheiten, nicht gegeben.

Im Bridges-Projekt zeigt sich einmal mehr, wie erfolgreich eine engmaschige Betreuung sein kann. Die von den Senior-Coaches geleistete Frequenz und Qualität von sozialen Interaktionen mit den jugendlichen Erwerbslosen lässt die im Zuge der Hartz-Reformen angestrebte Betreuungsquote durch das Fallmanagement von 1:70 bei den unter 25-Jährigen bzw. von 1:150 bei den weiteren Erwachsenen als offensichtlichen Mangel erscheinen. Auch eine Begegnung auf Augenhöhe wird durch die gegenwärtig forcierte Strategie des Forderns und die damit verbundene Sanktionsmacht der Fallmanagerinnen und Fallmanager kaum möglich.

Die Senior-Coaches weisen unter anderem deshalb so beachtliche Erfolge auf, weil ihre Klienten ihnen in einem angstfreien Raum begegnen können. Die Zielvereinbarung ist hier kein formaler Akt, bei dem beispielsweise die monatlich nachzuweisende Anzahl von Bewerbungen fixiert wird. Vielmehr werden die Teilnehmenden darin unterstützt, selbst Ziele zu bestimmen und Eigenmotivation zu entwickeln.

Ähnliche Erfahrungen wurden auch im Rahmen von AktivA gesammelt, als einige der bei Bildungs- und Beschäftigungsträgern tätigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren darüber klagten, dass ihre Weisungsbefugnis gegenüber den Maßnahmeteilnehmenden sich nicht mit dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses vereinbaren lasse.

Von zentraler Bedeutung ist daher, das Fordern anstelle des Forderns in den Mittelpunkt der Interaktion mit Erwerbslosen zu stellen. Entsprechende Grundlagen für eine wertschätzende Kommunikation sowie Netzwerkkompetenz zur Vermittlung in lokale Unterstützungsangebote – auch jenseits des Erwerbsarbeitsmarktes – sollten elementare Bestandteile in der Aus- und Weiterbildung von Fallmanagerinnen und Fallmanager und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bildungs- und Beschäftigungsträger sein. Damit Gesundheitsförderung als Anliegen für alle beteiligten Akteure greifbar wird, besteht ein hoher Bedarf, auch in den ARGEn und Optionskommunen sowie bei den Maßnahmeträgern das Leitbild einer gesunden Organisation zu etablieren. Dazu ist eine Organisationsentwicklung erforderlich, die auch die oftmals prekären Beschäftigungsbedingungen innerhalb dieser Institutionen mit einschließt. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die von den Maßnahmeteilnehmenden ausübenden Tätigkeiten lern-, persönlichkeits- und gesundheitsförderlich gestaltet sind. Dabei sollte auch die organisationale Einbindung von Erwerbslosen Berücksichtigung finden. Diese manifestiert sich letztlich auch in der Teilhabe an organisationalen Ritualen, wie zum Beispiel Betriebsausflügen, Feiern oder dem Überreichen einer kleinen Aufmerksamkeit zum Geburtstag.

Inwiefern sich in der Betrieblichen Gesundheitsförderung etablierte Methoden wie beispielsweise Gesundheitszirkel im Rahmen von Maßnahmen der Beschäftigungsförderung und im Rahmen von freiwilligen gemeinnützigen Tätigkeitsangeboten erfolgreich anwenden lassen, wird gegenwärtig an der TU Dresden evaluiert.

Um die psycho-soziale Gesundheit als Komponente von Beschäftigungsfähigkeit zu integrieren, ist eine differenzierte Diagnostik erforderlich. Entsprechende Methoden sollten an die Fallmanager und die Maßnahmeträger vermittelt werden, damit sie Integrationsfortschritte auch auf psycho-sozialer Ebene erfassen und im Gespräch mit ihren Klienten reflektieren können.

Hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Fördermaßnahmen wünschen sich viele Erwerbslose wie auch Träger mehr Transparenz und eine bessere Planbarkeit. Vorstellbar ist beispielsweise die Einrichtung einer Clearingstelle, die auf der Grundlage von Profiling und psycho-sozialer Diagnostik einen maßgeschneiderten Entwicklungsplan entwirft, der konkrete Maßnahmen in Beziehung zueinander setzt und vorhandene Wahlmöglichkeiten für die Erwerbslosen aufzeigt. Die darauf basierenden Zielvereinbarungen stellen dann eine Verbindlichkeit her, innerhalb derer auch Leistungen eingefordert werden können – Leistungen, die in beiderseitigem Interesse stehen.

Für den Selbstwert von Erwerbslosen ist es unerlässlich, ihnen ihr gesellschaftliches Ansehen zurückzugeben und sie in ihren Bedürfnissen als gleichwertige Mitglieder des Gemeinwesens wahrzunehmen. Arbeitsmarktpolitische Reformen sollten daher immer die Erfahrungen von Erwerbslosen mit einbeziehen.



Auch die öffentliche Wahrnehmung bedarf einer deutlichen Korrektur, die beispielsweise in Form einer Imagekampagne von Erwerbslosen selbst ausgestaltet und umgesetzt werden könnte. Projekte wie TAURIS, in denen sich Erwerbslose freiwillig gemeinnützig engagieren und dem Bild der passiven Leistungsempfänger widersprechen, sind bislang noch viel zu wenig bekannt.

Gleichzeitig benötigen Ansätze zur Förderung von gemeinnützigem Engagement und gesellschaftlicher Teilhabe weiterer Finanzierungsquellen. Beispielsweise wäre ein Sponsoring aus der Wirtschaft denkbar, um kostenlose Zugangsmöglichkeiten für Erwerbslose zu Sportvereinen, Volkshochschulen, Bibliotheken etc. zu schaffen.

Perspektivisch ist auch vorstellbar, Erwerbslose im Bereich der Gesundheitsförderung zu professionalisieren und in diesem Bereich sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu schaffen.

Um die psycho-sozialen Folgen von Erwerbslosigkeit und damit auch die ge-

samtgesellschaftlichen Kosten, die unter anderem für das Gesundheitssystem entstehen, substanziell zu reduzieren, ist ein Richtungswechsel der Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik unerlässlich. Die heutige Massenerwerbslosigkeit muss als Phänomen einer ungerechten Verteilung von bezahlter Arbeit verstanden und kommuniziert werden.

Bemerkenswerterweise sind bisher kaum Möglichkeiten für eine Umverteilung des Erwerbsarbeitsvolumens aufgezeigt worden. Grundsätzlich könnten jedoch auch staatliche Transferleistungen für eine Abfederung der dadurch entstehenden Einkommensverluste für Erwerbstätige genutzt werden.

Mit Blick auf die Gesundheit der gegenwärtig Erwerbstätigen ließen sich durch eine verringerte wöchentliche Arbeitszeit auch deren psycho-soziale Beschwerden mindern, indem realistische Bedingungen für die Herstellung von Work-Life-Balance geschaffen werden und eine faire Aufteilung von Familienarbeit zwischen den Geschlechtern erleichtert wird. Gerade in Zeiten einer hohen Sockelerwerbslosigkeit darf Erwerbsarbeit, wie sie unter den gegenwärtigen Bedingungen geleistet wird, nicht idealisiert werden. Nicht jede Arbeit ist besser als keine Erwerbsarbeit, und auch Erwerbsarbeit bedarf einer gesundheitsförderlichen Gestaltung.

Die Politik steht vor der Aufgabe, die Vielzahl der dargestellten Ansätze und erforderlichen Rahmenbedingungen in eine komplexe Förderstrategie zur Verbesserung der psycho-sozialen Gesundheit von Erwerbslosen zu integrieren. Der Erkenntniszuwachs seit der Konzipierung der Hartz-Reformen ist enorm und sollte

die Grundlage für dringend erforderliche Anpassungen bieten.

Dieser Beitrag ist eine gekürzte Fassung des gleichnamigen Artikels aus „Fachforum Nr. 6 / 2009“ der Friedrich-Ebert-Stiftung, Projekt Gesellschaftliche Integration. Der vollständige Artikel steht unter www.fes.de/integration/ zum Download bereit. Dort finden Sie auch die Literaturangaben und nähere Angaben zu der Autorin und dem Autor.



Teil IV
Gute Praxis



Vernetzung, Information, Praxisunterstützung: Der Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten

Holger Kilian, Dr. Monika Köster

Gesundheitsförderung im Quartier braucht viele Partner. Auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vereinigt der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten“ derzeit 52 Partnerorganisationen mit dem gemeinsamen Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken. Mitglieder sind die Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen, Ärzte- und Wohlfahrtsverbände sowie Bildungs- und Forschungsinstitutionen. Ihren Arbeitsschwerpunkt in der Stadtteil- und Quartiersentwicklung haben Partner wie der Deutsche Städtetag, das Deutsche Institut für Urbanistik, die BAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit oder das Gesunde Städte-Netzwerk.

Armut und soziale Ausgrenzung machen krank. Die Partner im Kooperationsverbund setzen ihre Expertise und ihre Kompetenz gemeinsam ein, um die sozialspezifische Gesundheitsförderung in der öffentlichen Wahrnehmung wie auch in der praktischen Umsetzung zu fördern und weiter zu entwickeln. Der Kooperationsverbund will die vorhandenen Strukturen vernetzen, die Ressourcen bündeln und hierdurch die Praxis der sozialspezifischen Gesundheitsförderung stärken. Der Kooperationsverbund versteht Gesundheitsförderung als ein Querschnittsthema und unterstützt die Entwicklung gesundheitsfördernder Aktivitäten auch in „gesundheitsfernen“ Handlungsfeldern, insbesondere in der sozialen Arbeit.

Die Internet-Plattform des Verbundes www.gesundheitliche-chancengleichheit.de bündelt Informationen, Hintergründe und Ergebnisse dieser Arbeit. Hier stehen auch die Arbeitshilfen „Gesundheitsförderung im Quartier“ online und als Download zur Verfügung, zusammen mit zahlreichen weiteren Informationen rund um die Gesundheitsförderung in der Kommune.

Im Folgenden ein Ausschnitt aus dem Themenspektrum, das der Verbund bearbeitet:

Regionale Knoten: Vernetzung und Austausch fördern

In den 16 Bundesländern fördern Regionale Knoten den Austausch und die Vernetzung von Projekten, Institutionen und Akteuren z.B. aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Umwelt, Stadtentwicklung und Soziales. Sie sensibilisieren dafür, dass die Gesundheit von Menschen in schwierigen Lebenslagen auch durch deren Wohnsituation, Bildungschancen oder Umweltbelastungen beeinflusst wird. Ende 2008 und Anfang 2009 organisierten die Regionalen Knoten Regionalkonferenzen in allen Bundesländern und brachten Akteure rund um das Thema der Gesundheitsförderung im Quartier zusammen, um gemeinsam Ideen auszutauschen, Erfahrungen zu diskutieren und Strategien zu entwickeln.

Zu den Arbeitsinhalten der Regionalen Knoten gehören:

- Stärkung von Strukturbildung und Vernetzung: Die Regionalen Knoten bauen Arbeitskreise auf und/oder arbeiten in bestehenden Arbeitszusammenhängen mit, beispielsweise gemeinsam mit Quartiersmanagements, Gesundheitsämtern und Wohlfahrtsverbänden zum Schwerpunktthema Gesundheitsförderung im Quartier.



- **Transfervverbesserung:** Die Regionalen Knoten führen gemeinsam mit den regionalen Netzwerkpartnern Veranstaltungen durch, beteiligen sich an der Weiterentwicklung der gemeinsamen Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de und informieren in ihren Bundesländern über aktuelle Entwicklungen inner- und außerhalb des Kooperationsverbundes.
- **Optimierung des Informationspools Gesundheitsförderung:** Die Regionalen Knoten motivieren Projektanbietende zum Eintrag in die Praxisdatenbank und stellen Informationen für die Internetplattform bereit.
- **Förderung der Qualitätsentwicklung:** Die Regionalen Knoten wählen in Zusammenarbeit mit den Anbietern in ihren Ländern, z.B. Wohlfahrtsverbänden, freien Trägern oder gesetzlichen Krankenkassen, Beispiele guter Praxis aus und stellen deren Arbeit vor; sie bearbeiten das Thema Qualität in Netzwerken und auf Fachveranstaltungen und begleiten Projekte, die vor Ort aktiv sind
- **Öffentlichkeitsarbeit:** Die Regionalen Knoten suchen Kontakt zu Schlüsselakteuren und Medien, pflegen ihre Internet-Seiten und führen öffentlichkeitswirksame Aktivitäten durch.
- Die Regionalen Knoten sensibilisieren Akteure und Öffentlichkeit für das Thema „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“
- Die Regionalen Knoten nehmen durch aktive Interessenvertretung Einfluss.

Auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/regionale-knoten stellen die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten ihre

Arbeitsschwerpunkte vor. Hier findet sich auch eine Broschüre, die bestellt oder heruntergeladen werden kann und die einen lebendigen Eindruck von der Vielfalt und Qualität Aktivitäten in den Bundesländern vermittelt.

Zunächst mit Mitteln der BZgA und der Landesvereinigungen für Gesundheit aufgebaut, werden die Regionalen Knoten jetzt überwiegend gemeinsam von den Landesministerien für Gesundheit und der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen in den Bundesländern finanziert.

Qualitätsentwicklung anschaulich und praxisnah gestalten: Der Good Practice-Ansatz

Qualitätsentwicklung als Ansatz, die Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten kontinuierlich zu verbessern, ist eine wichtige Zukunftsaufgabe. Doch oft stehen wenig Zeit und finanzielle Mittel zur Verfügung, diesem Anspruch auch gerecht werden zu können.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes wurde deshalb mit dem Good Practice-Ansatz ein Instrument entwickelt, das praxisnah und niedrigschwellig einen

Die zwölf Kriterien von Good Practice

Konzeption, Selbstverständnis	Zielgruppe	Innovation und Nachhaltigkeit	Multiplikatorenkonzept
Niedrigschwellige Arbeitsweise	Partizipation	Empowerment	Settingansatz
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Qualitätsmanagement/-entwicklung	Dokumentation und Evaluation	Kosten-Nutzen-Relation

GOOD PRACTICE
in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten



Beitrag zur Qualitätsentwicklung leistet. Auf der Grundlage von zwölf Kriterien für gute Praxis – entwickelt vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes – werden Beispiele vorgestellt, denen die Umsetzung ausgewählter Kriterien besonders vorbildlich gelungen ist. Die Beispiele werden von den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten ausgewählt. Fast 90 Beispiele für gute Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten werden auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice vorgestellt. Sie sollen motivieren und anschaulich machen, wie erfolgreiche Praxis umgesetzt werden kann.

Praxisdatenbank: Wer macht was für wen?

Soziale Benachteiligung hat viele Gesichter. Gesundheitsförderung mit Langzeitarbeitslosen, Alleinerziehenden oder Menschen mit Migrationshintergrund und niedrigem Bildungsstand erfordert angepasste Ansätze. Doch was wird wo umgesetzt? Und wie? Die bundesweite Praxisdatenbank (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/datenbank) mit derzeit mehr als 1.700 Einträgen macht

diese vielfältige Praxis transparenter. Hier finden sich auch die ausführlichen Beschreibungen der Beispiele guter Praxis.

Nach folgenden Kriterien kann die Datenbank durchsucht werden:

- **Lebenswelt:** In welcher Lebenswelt (Setting) arbeitet das Angebot? Zur Auswahl stehen beispielsweise Schule, Kindertagesstätte oder Stadtteil/Quartier.
- **Themen:** Welche Themen versuchen die Angebote gemeinsam mit den Zielgruppen zu beeinflussen? Das Spektrum reicht von der AIDS-Prävention bis zur Zahngesundheit.
- **Zielgruppe:** An wen wenden sich die Angebote? Soziale Benachteiligung hat viele Gesichter und betrifft sowohl Alleinerziehende als auch Langzeitarbeitslose und Wohnungslose.
- **Altersgruppe:** Gesundheitsförderung umspannt alle Lebensphasen, vom Säugling bis zu hochbetagten Menschen.

- **Good Practice:** Hier kann die Suche auf Angebote eingegrenzt werden, die als Beispiele guter Praxis ausgewählt wurden.
- **Träger- oder Projektname:** Wenn der Name des Trägers oder des Angebotes bekannt sind, ist es möglich, diese direkt aufzurufen.
- **Bundesland:** Ermöglicht, nur die Angebote aus einem oder mehreren Bundesländern auszuwählen.
- **PLZ/Ort:** Macht eine noch genauere regionale Eingrenzung möglich.

Die Internet-Plattform: Information und Service rund um das Thema gesundheitlicher Chancengleichheit

Die Internet-Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de bündelt die Informationen rund um die Arbeit des Kooperationsverbundes. Sie informiert über aktuelle Ereignisse zum Thema Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und stellt eine umfassende bundesweite Terminübersicht bereit. Weiterhin finden sich dort Informatio-

nen, Materialien und Literatur rund um das gemeinsame Thema des Kooperationsverbundes.

Seit Februar 2009 finden sich unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:arbeitshilfen die Arbeitshilfen zur Gesundheitsförderung im Quartier vollständig im Netz. Alle Informationen und Materialien können direkt aufgerufen, ausgedruckt oder auf die eigene Festplatte herunter geladen werden.

Recherche

Tipp: Bei der Recherche können Sie verschiedene Kriterien kombinieren, etwa das Thema "Rauchen" mit der Altersgruppe "Jugendliche" und dem Ort "Hamburg". Dabei am besten schrittweise vorgehen. Zunächst ein, zwei Kriterien vorgeben und Recherche starten. Trefferzahl/Ergebnisliste prüfen und danach ggf. mit weiteren Kriterien verfeinern.

Klick auf "Trefferliste anzeigen", listet die Ergebnisse der Recherche. Von dort Rücksprung zum Rechercheformular möglich, um weitere Kriterien hinzuzufügen oder zurückzunehmen.

Um über die ganze Website zu suchen, bitte die Volltextsuche verwenden.

Lebenswelt	<input type="text" value="keine spezielle Lebenswelt"/>	<input type="button" value="Lebenswelt kombinieren"/>
Themen	<input type="text" value="kein spezielles Thema"/>	<input type="button" value="Themen kombinieren"/>
Zielgruppe	<input type="text" value="keine spezielle Zielgruppe"/>	<input type="button" value="Zielgruppe kombinieren"/>
Altersgruppe	<input type="text" value="keine spezielle Altersgruppe"/>	<input type="button" value="Altersgruppe kombinieren"/>
Good Practice	<input type="text" value="kein spezielles GP-Kriterium"/>	<input type="button" value="Good Practice kombinieren"/>
<input type="checkbox"/> Nur Treffer, die Good Practice-Kriterien erfüllen		
Träger- oder Projektname	<input type="text"/>	
Bundesland	<input type="text" value="kein spezielles Bundesland"/>	<input type="button" value="Bundesland kombinieren"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	
<input type="button" value="Recherche starten"/>		<input type="button" value="Formular/Trefferliste löschen"/>

Es wurden insgesamt **1797 Treffer** gefunden

> Trefferliste anzeigen



Beispiele für offene und Stadtteil übergreifende Bewegungsangebote für männliche Jugendliche

Jan Bannas, Ferdinand Kreidler, Hanns-Ullrich Barde, Sportgarten Bremen e.V.

Zwei Ansätze für bewegungspädagogische Ansätze werden hier in Grundzügen vorgestellt:

- die Jugendliga Bremen/Umland
- Konzeptidee für offene Spieltreffs

Jugendliga Bremen Umland

Die Jugendliga wurde bereits vor 14 Jahren als Freizeitliga gegründet. Grundidee war es, Begegnungen und Bewegung unter Jugendlichen in und außerhalb Bremens zu fördern. Solche Begegnungen bieten die Möglichkeit integrativ arbeiten zu können. Dies gelingt, wenn Stadtteilgrenzen überschritten werden und sich Jugendliche verschiedener Herkunft treffen. Das Medium Sport trägt maßgeblich dazu bei, verschiedene Typen, Szenen, Kulturen anzusprechen.

Der Teilnehmerkreis rekrutierte sich aus unterschiedlichsten Einrichtungen der Kinder- und Jugendförderung (Migrantenorganisationen, Jugendsozialarbeit, kirchliche Einrichtungen, Häuser der offenen Tür, sportliche Jugendarbeit, Bürgerzentren und Fanszene).

Gespielt wurde in zwei Altersklassen U16 und U25 – um Jugendliche in unterschiedlichen Entwicklungsstadien zu erreichen.

In den ersten Jahren wurden noch Spiele auf dem Großfeld organisiert. Mittlerweile wird die Liga in einer Kleinfeld-Turnierrunde ausgetragen. Die Ausrichtung auf Spielfeldern dieser Größe hat sich als sehr positiv herausgestellt. Das Spiel auf dem kleinen Feld entspricht mehr dem Gedanken von Fußball, der in der Jugendkultur gerade angesagt ist. Kleinfeldfußball befördert Technik, Kraft und Kondition stehen nicht im Vordergrund. So werden Jugendliche, die zwar am Ball sehr gut sind, konditionell aber eher im Nachteil sind, nicht von Beginn an ausgeschlossen. Außerdem werden nur sechs Spieler benötigt, was die Zusammenstellung erleichtert und die Mobilität, andere Stadtteile erreichen zu können, bedeutend erleichtert.

Der Bedarf einer Liga für Fußballmannschaften aus dem Bereich der Jugendarbeit resultiert aus dem Wunsch von Jugendlichen:

- mit Freunden zu spielen und sich mit anderen zu messen,
- nicht in ein taktisches Konzept passen zu müssen,
- sich mit der Einrichtung und dem Stadtteil zu identifizieren und
- andere Herausforderungen zu erleben.

Als allgemeine Zielsetzung und Anspruch an ein sportorientiertes geschlechtsspezifisches Angebot für männliche Jugendliche wurden folgende Punkte festgelegt:

- Förderung geschlechtsspezifischer Arbeit (Rollenbilder in Frage stellen, Empathie kann gezeigt werden, Aufzeigen alternativer Werte und Normen)
- Erschließung von Zugängen zu neuen Sozialräumen
- Entdeckung von Freiwilligkeit, Beteiligung und Engagement als ein wertvolles Gut
- Gemeinsamer Beschluss über Ablauf, Regeln, Sanktionen, Handeln bei Komplikationen sollte schriftlich niedergeschrieben werden
- Bewegungsförderung – Bewegung soll Spaß machen und die Jugendlichen angesprochen werden, die durch Vereinsfußball nicht erreicht werden oder sogar die Lust am Sport verloren haben
- Gesundheitsförderung: Bewegung steht im Vordergrund, soziales Miteinander, sich Wohlfühlen, nicht nur auf Sport beschränktes Angebot
- Förderung von gegenseitiger Annäherung und Integration



Thesen:

Um Ziele wie Integration, den Abbau von Fremdenfeindlichkeit und Gewaltprävention nachhaltig anzugehen, muss die Bildung von heterogenen Teams unterstützt werden. Gerade multiethnische Teams sind kaum mehr vorzufinden. Überwiegend melden die Institutionen homogene Mannschaften. Dies ist eigentlich überraschend, denn Straßenteams sind oft multiethnisch besetzt. Ziel sollte es für jede Einrichtung sein, Heterogenität in dem eigenen Team zu fördern und Wege zu entwickeln, die dazu beitragen, dass Integration in der Einrichtung und im Sozialraum funktioniert. Natürlich lassen die jeweiligen Nutzergruppen in den einzelnen Jugendeinrichtungen eine andere Zusammensetzung oft nicht zu und soziale Mischung ist kein Selbstzweck. Es ist nicht intendiert eine Alibi-Truppe anzubieten, sondern ein Team, welches den Stadtteil präsentiert. Dieser Prozess garantiert eine gemischte (Sozial-) Struktur. Neben der Erkundung anderer bisher unbekannter Sozialräume scheint diese eine zentrale Grundbedingung für die nachhaltige Wirksamkeit dieser Jugendliga zu sein.

Empfehlungen für die Umsetzung

Folgende Punkte sind bei der Planung einer Jugendliga zu berücksichtigen:

- **Beteiligungsgrad der Jugendlichen sollte hoch sein (Modus, Internetauftritt organisieren, Spielerrat, usw.)**
- **Freiwilligkeit muss gegeben sein (Motivation)**
- **Heterogenität der Teams sollte kreativ, überzeugt und überzeugend hergestellt werden**

- **Stadtteilbeteiligung herstellen**
- **Gewinnsituation für die Jugendlichen herstellen und vermitteln (Motivation und Mobilität)**

Der Leitgedanke des gegenseitigen Gebens und Nehmens sollte die Jugendliga begleiten. Indem die Jugendlichen als Gäste in einen anderen Stadtteil fahren und beim nächsten Mal Gastgeber für Gäste aus anderen Stadtteil sind, übernehmen sie Verantwortung, gehen sie Kontakte ein und lernen sie Neues kennen. Dieser Punkt gehört in die „Umsetzungscharta“. So ermöglicht ein Turnier in Osterholz-Tenever den anderen Teams, dieses Quartier aus der Nähe kennen zu lernen und sich eine eigene Meinung zu bilden. Umgekehrt erhalten auch die Jugendlichen aus Osterholz-Tenever die Gelegenheit, den Stadtteil zu verlassen und andere Stadtteile, oder auch Gemeinden im Umland, kennen zu lernen.

Im Zuge des „city-bounds“ – einer erlebten Pädagogik in der Stadt – gehört eine nicht nur auf den eigenen Sozialraum beschränkte Begegnung zu den Eckpunkten jugendadäquater Arbeit. City Bound ist ein pädagogischer Ansatz der Erlebnispädagogik in der Stadt. Man setzt an den Fähigkeiten und Stärken der Teilnehmenden an. Die Auseinandersetzung mit der Stadt bietet unterschiedliche Lernfelder und setzt bei jedem Projekt neue Akzente. Die Begegnung in unterschiedliche Stadtteile zu verlegen, bietet den Jugendlichen ein enormes informelles Lernfeld, fördert die Mobilität und kann dazu beitragen, das Gefühl der eigenen Fremdheit und der Fremdheit gegenüber anderen abzubauen.

Konzeptidee für offene Spieltreffs

Offene Spieltreffs bieten die Möglichkeit, männliche Jugendliche aus unterschiedlichen Szenen und Ethnien miteinander in Kontakt zu bringen. Sie schaffen für männliche Jugendliche einen Anreiz, anderen Nutzern zu begegnen und sie perspektivisch regelmäßig zu treffen. Der Aufbau solcher freiwilligen Kooperationen schafft Nähe und Respekt. Das Angebot muss hierfür regelmäßig, ernsthaft und qualifiziert geplant werden. Folgende Maßstäbe sollten bei der Umsetzung angelegt werden:

- **Spaß an Bewegung in der Gruppe**
- **offenes Teilnehmerfeld**
- **Teilnahme ist freiwillig, keine Verpflichtung**
- **Teilnahme ist kostenfrei, Equipment wird gestellt**
- **Rahmenbedingungen sind verlässlich organisiert (Übungsleiter, Material, Platz, Spielzeit)**
- **Freiwilliger Trainings- und Spielcharakter, Aufforderungscharakter**
- **Beteiligung und Mitgestaltung der Teilnehmer am Ablauf**

Zielsetzung ist, in heterogenen Gruppen zu spielen: Jugendliche können aus unterschiedlichen Altersgruppen und aus verschiedenen Stadtteilen kommen und mitspielen. Ihre Beteiligung sollte von eigenen Interessen geleitet werden. Diese Zielsetzung beinhaltet, Bewegungsangebote für die Jugendlichen so zu gestalten, dass ihr Interesse geweckt bzw. aufgegriffen wird (Anreize schaffen) und es ihnen leicht möglich ist, teilzunehmen (Anlaufpunkte schaffen).

Bewegungsangebote für männliche Jugendliche



Folgende Sportangebote eignen sich aus Sicht des Sportgartens:

- Inlinehockey
- Fußball
- Klettern
- Beachvolleyball
- Tier- und Landschaftspflege: Tierpflege mitten in der Stadt

Die positiven Erfahrungen aus den Angeboten des Projektes Sportakademie – dort treiben Jugendliche gemeinsam in heterogenen Gruppen Sport – kann als Begegnungserfahrung in den Freizeitbereich/Alltag übertragen werden. Jugendliche, die sich bisher eher in homogenen Gruppen aufgehalten haben, können durch spezielle Angebote angesprochen und für erste gemeinsame Erfahrungen mit Jugendlichen aus anderen Gruppenzugehörigkeiten gewonnen werden. Aus einem Nebeneinander der Kulturen in einer Jugendeinrichtung kann ein Miteinander entstehen.

Auf der Basis dieses Miteinander können dann sozialpädagogische Interventionen angewandt werden, die eine nachhaltige, positive Einstellung gegenüber „Fremden“ fördert.

Fazit

Exklusionsfaktoren für eine ethnische und soziale Mischung:

- Eintrittspreise
- mangelnde Kooperation im Stadtteil/Inseldanken der Institutionen einschließlich der Schulen
- Dominanz von ethischen oder sozialen Statusgruppen
- mangelnde Offenheit/Nichtakzeptanz von neuen Nutzern durch ältere Nutzer

- Konzentration des pädagogischen Management auf Problemgruppen
- die Anlage wird nicht oder mangelhaft gewartet
- Konflikte werden übersehen, bzw. Übergriffe toleriert
- Hausverbote werden verhängt, statt Verantwortung für Fehlverhalten einzufordern und Verhaltensänderungen ermutigend zu begleiten
- Entreesituation ist abweisend und nicht einladend gestaltet
- Fehlende Aufenthaltsmöglichkeiten (Cafeteria, Aufenthaltsraum), Verzicht auf Stärkung von Aufenthaltsqualität
- ausschließlich offene Angebotsstruktur – Verzicht auf Angebote, die Neulingen Zugang verschaffen

Empfehlungen

- Engere Kooperation zwischen Jugendhilfe und Sport. Als außerschulische Partner von Schule im Stadtteil, können beide Bereiche maßgeblich zu einer Schaffung „gesunder Lebensstile und –welten“ in den Stadtteilen beitragen.
- Statt eines frühzeitigen Kampfes der Sportfachverbände um die Jüngsten ist aus pädagogisch-psychologischer sowie bewegungs- und trainingstheoretischer Sicht eine vielfältige motorische Entwicklung mit koordinativen, sportartübergreifenden und sportart-spezifischen Anteilen für alle zu fördern. (Handlungsempfehlungen, Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, 2008).
- Anstelle eines dualen Modells von Männlichkeit und Weiblichkeit in den Geschlechterrollen wird eine indivi-

duelle funktionale Verfügung über verschiedene Handlungsvarianten der tradierten Geschlechterkonstruktionen angestrebt (Sturzenhecker 2008).

- Der Vereinbarkeit von Familie und Beruf kommt eine zentrale Bedeutung zu. Wenn (junge) Paare sich Erziehungsarbeit teilen können, ohne in Existenzängste gestürzt zu werden, können männliche Heranwachsende lernen, sich von der Fixierung auf die Rolle als alleiniger Versorger einer Familie zu lösen.
- Attraktive Bewegungsräume im Stadtteil müssen Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen und von ihnen dauerhaft gestaltet werden können.
- Informelle Bewegungsräume wecken bei Jungen und jungen Erwachsenen die Lust und den Spaß an Bewegung. Bei der Planung sollte das Entwicklungspotenzial für eine Einbindung beider Geschlechter mit ihren jeweiligen spezifischen Interessen berücksichtigt werden.
- Die Bedürfnisse von Jugendlichen an eine Mit- und Ausgestaltung von Räumen können in ernst gemeinten Beteiligungsverfahren umgesetzt werden. Darin liegt ein großes Potenzial, durch das Jugendliche aktiviert werden und sie teilhaben können. Lebensräume werden zu Gestaltungsräumen – und mit den sich verändernden Bedingungen – kontinuierlich fortentwickelt.

Stand: 26.11.2008

Bewegungsangebote für Mädchen und junge Frauen

Marianne Miszewski, Frauengesundheit in Tenever e.V.

Hintergrund

Arbeit im sozialen Brennpunkt am Beispiel des Projektes ‚Frauengesundheit in Tenever‘.

Das Projekt Frauengesundheit in Tenever ist im Rahmen des Forschungsprojektes „Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen aus unteren und mittleren sozialen Schichten“ (Projekt des damaligen Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit 1986 – 1990) ins Leben gerufen worden. Trägerverein ist die Organisation „Frauen und Gesundheit e.V.“. Den forschenden Gründerinnen war es ein Anliegen, der Forschungsphase eine Umsetzung in die Praxis anzugliedern. Seit 1989 arbeitet der FGT kontinuierlich mit dem Ziel, die stadtteilbezogene und ressourcenorientierte Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Frauen und Mädchen zu implementieren.

Konzeption des FGT

In der Arbeit wird konkret darauf hingewirkt, dass Frauen und auch Mädchen Handlungsweisen für die bessere Bewältigung ihrer schwierigen Lebenssituationen entwickeln. Gesundheitliches Handeln wird als eingebettet in den Alltag der Frauen und Mädchen mit ihren unterschiedlichen Lebensweisen und

kulturspezifischen Biografien gesehen. Das bedeutet, dass Gesundheitshandeln entsprechend als ein, auf den gesamten Lebensprozess bezogenes Handeln verstanden wird.

Der geschlechtsspezifische Ansatz

Im Projekt ‚Frauengesundheit in Tenever‘ steht die weibliche Lebensrealität im Mittelpunkt der parteilichen Arbeit für Frauen und Mädchen. Parteilichkeit heißt in diesem Zusammenhang, dass Frauen und Mädchen in ihren Sichtweisen, ihren Erfahrungen, ihrem Fühlen und ihrer Interpretation der Welt wahrgenommen und geschätzt werden. Die enge Verzahnung von sozial und kulturell geprägten Lebensumständen der Geschlechter wird geschlechtsspezifisch unterschiedlich bewältigt. Ungleiche gesellschaftliche Machtverhältnisse wirken sich auf die Gesundheit der Frauen und Mädchen aus. Der weibliche Lebensalltag und die weibliche Sicht auf die Welt stehen im FGT im Mittelpunkt. Ein Ort der durch Frauen und Mädchen gestaltet und mit Leben gefüllt wird – ohne die sonst allgegenwärtige Bewertung durch den männlichen Blick – entlastet Frauen und Mädchen. Es entsteht ein Raum des Austausches, der Auseinan-

dersetzung, der gegenseitigen Unterstützung und der Vernetzung untereinander.

Leben im sozialen Brennpunkt

Die Gesundheitschancen von Frauen und Mädchen werden durch die Wechselwirkung ihrer individuellen sozialen, körperlichen, geistigen und emotionalen Lebensbedingungen und den jeweiligen gesellschaftlichen Strukturen bestimmt. Viele Frauen, junge Erwachsene und Mädchen aus dem Stadtteil Osterholz-Tenever erfahren diese Wechselbeziehung unter stark belastenden Vorzeichen. Ihre Alltagsanforderungen sind überdurchschnittlich hoch.

Ihr Lebensalltag ist oftmals durch Isolation, körperliche und seelische Beschwerden, fehlende existentielle Absicherung, Abhängigkeitsprobleme, wie auch durch häusliche und außerhäusliche Gewalt oder Vernachlässigung geprägt. Die belastenden Lebensumstände wie z.B. Armut, Arbeitslosigkeit, Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung, Diskriminierungserfahrungen (z. B. Sexismus, Rassismus) und reglementierte soziale Handlungsspielräume bestimmen die Alltagserfahrungen der Menschen.

Bewegungsangebote für Mädchen und junge Frauen



Warum spezielle Mädchen- und Frauenangebote?

An dem folgenden Beispiel wird deutlich, wie wichtig für Mädchen und Frauen mit aktiv gelebtem islamischem Hintergrund das geschlechtsspezifische Setting ist. Je nach Herkunftsland mit entsprechender kultureller und religiöser Prägung, kommt auch dem Sport / der Bewegung unterschiedliche Bedeutung zu. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist für türkische Mädchen und Frauen, die den FGT nutzen, die weitgehende Trennung der Lebensbereiche von Frauen und Männern. Die Äußerung „Selbst Jugendliche zweiter und dritter Generation orientieren sich stark an der türkischen Kultur und an türkisch – islamischen Vorstellungen. Das macht sich auch dadurch bemerkbar, dass das Freizeitverhalten türkischer Mädchen stark von dem der türkischen Jungen abweicht.“ (Deutsche Sportjugend, 1995, S. 16) ist auch gegenwärtig noch aktuell. Türkische Mädchen werden eher im Haus eingebunden, übernehmen Mitarbeit im Haushalt und die Betreuung kleinerer Geschwister. Sie verbringen ihre Freizeit auch eher zu Hause im Familienkreis als in öffentlichen Einrichtungen oder im öffentlichen Raum. Weiterhin schreiben die Verfasser der Studie im Endbericht: „Die geschlechtsspezifische Sozialisation als Mann oder Frau und die hierdurch bedingten Bilder von einem starken Mann und einer schwachen Frau, führen gerade zu der Vorstellung, dass Sport Männersache sei.“ (ebd., S.67). Dieses Ergebnis wird durch eine aktuelle Studie ‚zur Lebenssituation von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund‘ von Boos-Nünning und Karakasoglu (2005) bestätigt. Auch hier heißt es, dass Sport hauptsächlich für Jungen eine besondere Rolle spielt.

Im Endbericht zur Studie ‚Teilnahme von Menschen ausländischer Herkunft, insbesondere muslimischer Frauen, an den Angeboten der Sportvereine in den Bundesrepublik Deutschland‘, die im Auftrag der Deutschen Sportjugend 1995 erstellt wurde, schreiben die Verfasser: „Mädchen sehen sich oftmals widersprüchlichen Anforderungen seitens sozialer Institutionen, wie Elternhaus, Schule oder Umfeld, gegenüber.“ (ebd., S. 18). Dies bedeutet, dass die verschiedenen Lebenswelten unterschiedliche Ansprüche an die Mädchen formulieren, wodurch ein Widerspruch zwischen Verhaltensanforderungen und tatsächlich gegebenen Realisierungsmöglichkeiten entsteht, der häufig zu Konflikten in den Familien führt. „Klassenfahrten, ins Schwimmbad gehen und auch die Teilnahme an Mädchengruppen (oder öffentlichen Veranstaltungen) sind stark eingeschränkt. Gerade diese Gruppe von Mädchen ist jedoch stark interessiert an Aktivitäten im Bereich Bewegung, Spiel und Sport.“ (Boos-Nünning, Karakasoglu 2005). Möglicherweise haben bei streng traditionell muslimischen Mädchen „... die von den Koranschulen zum Teil propagierten Regeln, wonach Schwimmen, Sport, Ballspiele und Tanzen für Mädchen absolut verboten seien“ (ebd.) einen besonderen Einfluss. „Für die Mädchen aus ‚liberaleren‘ Verhältnissen heißt das, dass zwar der Sozialisationsdruck des Elternhauses nachlässt und zu einer stärkeren ‚Bewegungsfreiheit‘ führt, dies jedoch nicht die Gleichstellung mit den deutschen Mädchen bedeutet.“ (ebd.) Die langjährige Erfahrung im FGT zeigt, dass Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund andere Zugänge zu Bewegungsaktivitäten haben als deutsche Mädchen. Die Mädchen schätzen einen geschützten Raum. Die Aktivitäten entwickeln sich aus den ak-

tuellen gemeinsamen Wünschen. Bewegungsangebote für Mädchen und junge Frauen bekommen ihren Reiz, wenn sie in ihrer vertrauten Umgebung, in ihrer Peer Group, in ihrem Wohnquartier mit einer Ihnen bekannten Übungsleiterin in einem ‚geschützten Raum‘ angeboten werden.

Bewegungsangebote

Seit Jahren bietet das Projekt ‚Frauengesundheit in Tenever‘ Bewegungs- und Erlebniserfahrungen für Frauen und Mädchen an, speziell auch für junge Frauen mit Migrationshintergrund.

Frauenbadetage und Frauenschwimmnachmittage

Von besonderer Bedeutung für die Durchführung von Bewegungsangeboten war der erste Bremer Frauenbadetag im Jahr 2002. In Zusammenarbeit mit der Volkshochschule Bremen und den Bremer Bädern installierte der FGT dieses Bewegungsangebot für Frauen im Stadtteil-Hallenbad. Über 400 Teilnehmerinnen aller Altersstufen nutzten den ersten Frauenbadetag, der bundesweit Beachtung fand. Dieser Auftaktveranstaltung folgte noch ein weiterer Badetag mit ebenso großer Resonanz, worauf hin bis heute jeden letzten Samstag im Monat einen Frauenschwimmnachmittag im Bad Tenever stattfindet.

Angebote wie Schwimmunterricht, Aquafitness, Wassergymnastik, Aquapower, aber auch Atem und Bewegung und Selbstverteidigungs- und Selbstbehauptungstraining, Qi Gong, Yoga und Entspannung stehen an diesem Tag als Kennenlernangebot auf dem Programm. Im Jahr 2006 nahmen insgesamt 301 Frauen mit ca. 400 Kindern teil, darunter



255 Frauen und Mädchen ab 15 Jahre mit Migrationshintergrund.

Grundvoraussetzung für die Akzeptanz des Angebotes ist, dass die Fenster im Bad mit Vorhängen verdeckt werden können, so dass die Nutzerinnen vor Einblicken von außen geschützt sind.

Selbstbehauptungs-Selbstverteidigungskurs für türkische Mädchen

Die Mitglieder der türkischen Mädchengruppe des FGT wünschten sich 2006 einen Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurs, der von 13 Teilnehmerinnen besucht wurde.

In Zusammenarbeit mit der VHS wurde eine Kursleiterin gefunden und das Angebot öffentlich ausgeschrieben. Der Kurs wurde ausschließlich von der türkischen FGT – Mädchengruppe angenommen. In diesem Rahmen plante die türkische Mädchengruppe auch eine Wochenendfreizeit. Höhepunkte waren Spiele und Bewegungsangebote im Freien.

Dieses Beispiel verdeutlicht, wie eine Mädchengruppe den Teilnehmerinnen einen Artikulationsraum bieten kann, in dem sie selbst bestimmen können, in welchem Rahmen sie sich sportlich betätigen möchten bzw. in welchem Raum sie sich überhaupt bewegen möchten.

Von besonderer Bedeutung für die Akzeptanz der FGT-Angebote ist der Bekanntheitsgrad des Projektes im Stadtteil und die Zuverlässigkeit der türkischen Gruppenleiterinnen. Einige Mütter der Mädchen kennen das Projekt FGT und besuchen dort selbst Veranstaltungen. Dies sind gute Gründe für die Eltern, den Mädchen zu gestatten, an Veranstaltungen des Projektes FGT teilzunehmen. Der sichere, vertrauenswürdige Kontext, die Orientierung an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Mädchen (Empowerment), die aktive

Einbindung der Mädchen und jungen Frauen in die Planung (Partizipation) und die Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen bei der Umsetzung ihrer Ideen sind Pfeiler der erfolgreichen Arbeit des FGT im Stadtteil. Die konstante Teilnahme und der Wunsch nach weiteren Veranstaltungen zeigen, dass diese Herangehensweise in Tenever akzeptiert und damit der richtige Ansatz ist.

Die Beteiligung der Mädchen an der Planung der Bewegungsaktivitäten hat dazu beigetragen, dass sich die Gruppenmitglieder mit der eigenen Bewegung auseinander setzen. „Wir wollen etwas gemeinsam erleben“ beschrieben die Mädchen ihre Hauptmotivation während eines Gesprächs über ihre Wünsche an das eigene Bewegungs- und Sportverhalten.

Gemeinsam mit den Mädchen Angebote entwickeln, die sie darin unterstützen, ihre eigenen Wünsche und Möglichkeiten auszuprobieren, sich in das gesellschaftliche Leben einzubringen, zählt zu den wichtigsten Aufgaben des FGT. Wie die Untersuchung von Boos-Nünning und Karakasoglu (2005) zeigt, kennen Mädchen mit Migrationshintergrund (Aussiedlerinnen, griechische, italienische und jugoslawische Mädchen) Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse. Mädchen aus türkischen Familien wünschten sich auffallend häufig mädchenspezifische Angebote. 59 Prozent der befragten Mädchen der anderen Ethnien gaben jedoch an, bisher keine mädchenspezifischen Einrichtungen oder Angebote besucht zu haben und über die Hälfte der befragten Mädchen wünschen sich auch keine mädchenspezifischen Angebote. Daraus ergibt sich die Frage, wie z.B. Selbstverteidigungskurse im Stadtteil entwi-

ckelt werden und den unterschiedlichen Wünschen der Mädchen entsprechen können. Sobald Angebote für Mädchen und Frauen nur dann attraktiv sind, wenn hierdurch ihre religiösen Regeln berücksichtigt werden, findet keine Begegnung zwischen Mädchen und Frauen verschiedener Ethnien statt. Die Antworten der Mädchen in der Studie zeigen jedoch, dass sie sich keine Differenzierung nach Herkunftsgruppen wünschen (Boos-Nuening, Karakasoglu, 2005, S. 448ff).

Qualifizierung von Mädchen und junge Frauen zu Übungsleiterinnen

Gute Erfahrungen konnte der FGT in der Zusammenarbeit mit der Integrationsabteilung des Landessportbundes (LSB) sammeln. Die Integrationsabteilung ist mit der Bitte, die Übungsleiterinnenausbildung für Migrantinnen im Stadtteil bekannt zu machen, auf den FGT zugegangen. Die Mitarbeiterinnen sprachen gezielt junge Besucherinnen an, die sich über die Qualifizierung informierten.

Drei türkische Frauen absolvierten die LSB-Ausbildung. Eine Übungsleiterin führte anschließend in Kooperation mit der VHS-Ost einen Bewegungs- und Entspannungskurs für Migrantinnen in der dem FGT angeschlossenen Gymnastikhalle durch.

Bewegung und Entspannung für Migrantinnen

Der FGT bietet Ball-, Spiel- und Gymnastikangebote für junge Frauen mit kleinen Kindern an. Beworben werden diese Angebote in Deutschkursen, die ebenfalls im FGT stattfinden, und im FGT-Veranstaltungsprogramm. Die Planung der Kurszeiten und -termine erfolgt stets in enger Absprache mit potenziellen Teilnehmerinnen.

Für die Beteiligung türkischer Frauen hat sich die räumliche Ausstattung des FGT als günstig erwiesen: die Halle ist über den Frauengesundheitstreff zu erreichen, sie ist zudem von außen nicht einsehbar. Als weitere wichtige Rahmenbedingung wird parallel zu den Bewegungskursen regelmäßig Kinderbetreuung angeboten.

Diese verschiedenen Aspekte zu berücksichtigen, sind sehr gute Voraussetzungen, Migrantinnen und junge Frauen mit Migrationshintergrund mit ihren noch nicht schulpflichtigen Kleinkindern zu erreichen. Das Angebot richtet sich an Mädchen und Frauen gleichermaßen und wurde in der Vergangenheit sowohl von Mädchen ab 13 Jahren als auch von Frauen aller Altersstufen genutzt.

„Endlich habe ich die Kurve gekriegt“ Radfahrkurs für Migrantinnen

- Als ein gutes Beispiel partizipativer Planung ist dem FGT die Organisation und Durchführung eines Radfahrkurses für Migrantinnen gelungen. Entstanden ist dieses Angebot auf Wunsch von Teilnehmerinnen der Deutsch-, Alphabetisierungs- und Integrationskurse, die im FGT stattfinden.
- Von den Mitarbeiterinnen wurde diese Aktivität im Jahrsbericht 2007 folgendermaßen beschrieben: „Fahrradfahren fördert neben der Gesundheit auch die Mobilität und Selbstständigkeit der Frauen. Das Erlernen der Fähigkeiten verbessert das Selbstbewusstsein und die Zufriedenheit der Frauen und wirkt somit in die Familie hinein. Während des Kurses entstand ein enges Gruppengefühl. Die Zweifel, jemals das Radfahren zu lernen, waren anfangs

riesig. Das Tretrollerfahren ermutigte die Frauen und baute viele Ängste ab. Die neu erworbene Fähigkeit machte die Frauen ungeheuer stolz und selbstbewusst.“ Die elf „Fahrschülerinnen“ kamen aus der Türkei, dem Sudan, Tschetschenien und dem Irak. Im Juli 2007 wurden die Teilnehmerinnen an zehn Vormittagen drei Stunden von einer erfahrenen Verkehrspädagogin des Allgemeinen Deutschen Fahrradclub (ADFC) angeleitet. Während des Kurses wurde eine Kinderbetreuung angeboten, zum Schutz vor neugierigen Blicken startete der Radfahrkurs in einem weitläufigen Park auf dem Gelände der benachbarten Egestorff-Stiftung. Finanziert wurde der Kurs durch eingeworbene Gelder und einem geringen Selbstbeteiligungsbetrag. Damit die Frauen auch ihre neuen Fähigkeiten verbessern und im Alltag nutzen konnten, wurden ihnen am letzten Kurstag gespendete Fahrräder als Dauerleihgabe zur Verfügung gestellt.

- Von besonderer Bedeutung für die erfolgreiche Planung und Umsetzung war im Vorfeld die Zusammenarbeit mit Bündnispartnern wie z.B. der VHS-Ost, der Integrationsabteilung des LSB, der LVG Bremen, dem Senator für Zuwanderungsangelegenheiten und dem ADFC.

Auswertung: Fahrradkurse für Frauen – junge Frauen und Mädchen

Am Beispiel der vorgenannten Bewegungsangebote lassen sich drei Organisationsebenen unterscheiden, die für das Vorgehen des FGT im Bewegungs- und Erlebnisbereich typisch sind:

- Bedarfsermittlung: Was möchten die Mädchen/Frauen gerne machen?
- Angebote entwickeln und mit den Nutzerinnen rückkoppeln.
- Finanzierung sichern: Das Angebot möglichst kostengünstig bis kostenlos durchführen! Kontakte mit Partnerorganisationen aufnehmen, Kooperationspartner finden, Zusammenarbeit initiieren. Die Finanzierung der Bewegungsangebote stellt für den FGT ein großes Problem dar. Die Nutzung der Halle ist kostenpflichtig. Zusätzlich zum Honorar für die Anleitung entstehen z.B. für den Fahrradkurs pro Kurs und Termin Kosten zwischen 40 und 60 Euro (je nach Zeitkontingent). Die in Tenover wohnenden jungen Mütter mit ihren Kindern können diese Kosten jedoch nicht aufbringen. Selbst die in Zusammenarbeit mit der VHS angebotenen Kurse zu ermäßigten Teilnahme-sätzen sind für die Mädchen und jungen Frauen nicht bezahlbar.
- Berücksichtigung der Mitarbeiterinnenressourcen, Aktivierung von freiwilligen Helferinnen: Jeweils für die Planung, Organisation und Durchführung einer Veranstaltung.

Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund ,in Bewegung' bringen

Zur Durchführung und Entwicklung geschlechtsspezifischer Bewegungsangebote für Mädchen und junge Frauen in „sozialen Stadtgebieten“ ist die Berücksichtigung eines hoch komplexen Bedürfnisgefüges zu berücksichtigen. Nicht nur der ganz persönliche kulturelle Hintergrund der Herkunftsfamilie und der religiöse Kontext in seiner Ausprä-

gung spielen eine besondere Rolle, sondern auch die Art des Zuehens auf diese Zielgruppe und die Handlungsansätze, mit denen diese Mädchen und Frauen angesprochen werden.

Zwei Ansätze sind hier besonders hervorzuheben: ein im Folgenden als ‚sozialpädagogischer Ansatz‘ und ein als ‚sportorientierter Ansatz‘ bezeichnetes Vorgehen. Beide sind gleich bedeutsam und in Hinblick auf die Ausrichtung des Angebotes, in diesem Zusammenhang auch für den Aufbau möglicher Kooperationen, zu berücksichtigen.

Der Unterschied dieser beiden Ansätze besteht aus Sicht des FGT in der Art der jeweiligen Ansprache der Zielgruppe und der Zielsetzungen, die mit der Durchführung von Bewegungsangeboten verknüpft werden. Hierbei orientieren sich Mitarbeitende z.B. der freien Jugendarbeit an pädagogischen Prinzipien und Zielen. Unter diesem Aspekt werden Bewegungsangebote, wie z.B. Selbstbehauptungs-Trainings oder Selbstverteidigungskurse, Stadtteil-Badetage, Bewegungs-Events im Stadtteil, selbst organisierte Bewegungsangebote in einer Turnhalle oder im Fitnessraum, eine selbst organisierte Fußball-Stadtteilliga von Grundsätzen der Partizipation ausgehend geplant.

Der Fokus von Sportvereinen hingegen liegt auf der sportlichen Betätigung und der Förderung des sportlichen Könnens der Teilnehmenden. Berührungspunkte zwischen beiden Herangehensweisen ergeben sich z.B. dann, wenn Begegnung und Integration im Vordergrund stehen. Hier wird sowohl vom Sport die Beteiligung der Mitglieder in den Vor-

dergrund gestellt als auch von Seiten der Pädagogik der Partizipationsaspekt betont.

Wünsche an Bewegungsangebote für Frauen und Mädchen in Tenever

Wünschenswert ist aus Sicht der Mitarbeiterinnen des FGT, Bewegungsangebote und freizeitsportorientierte Aktivitäten im Stadtteil anzubieten, die Mädchen und junge Frauen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung unterstützen und sie stärken, den Anforderungen ihrer Lebenswelt positiv begegnen zu können.

Bewegungsangebote ergänzen andere gesundheitsfördernde Angebote des FGT. Es geht darum, die Aktivitäten so zu gestalten, dass sich die Mädchen und jungen Frauen wohl fühlen und je nach Alter ihr Leistungsvermögen lustvoll erleben und ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse einbringen können. Geeignete Sport, Spiel und Bewegungsangebote für Mädchen im Stadtteil könnten sein:

- Aerobic und Step-Aerobic
- Tanz wie Hip Hop, Streetdance etc.
- Selbstverteidigung- und Selbstbehauptungstraining
- Inline-Skating
- Ballspiele, Gymnastik und Entspannung
- Aquafitness
- Akrobatik und Klettern

Stand: 25.01.2009



Wie erreicht die Gesundheitsförderung Familien und Kinder in ärmeren Stadtvierteln? Die Erfahrungen des Präventionsprogramms Lenzgesund in Hamburg-Lokstedt

Christian Lorentz, Bezirksamt Eimsbüttel

Kinder und Jugendliche, die in sozial benachteiligten Quartieren aufwachsen, haben signifikant geringere Chancen, gesund zu bleiben und sich gesund zu entwickeln. Die nachhaltige Verbesserung der Entwicklungschancen von kleinen Kindern steht daher im Mittelpunkt des „Präventionsprogramms Lenzgesund“ für das sozial benachteiligte Quartier Lenzsiedlung in Hamburg-Lokstedt. Gemeinsam mit anderen Partnern vor Ort hat das Gesundheitsamt Eimsbüttel dieses Programm vorbereitet und umgesetzt und im Rahmen des „Runden Tisches Lenzgesund“ weiterentwickelt.

Das Präventionsprogramm „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ unterstützt die Bewohnerinnen und Bewohner durch Angebote im Quartier, fördert den Zugang zur Gesundheitsversorgung, stärkt das Gesundheitsbewusstsein der Bewohnerinnen und Bewohner und vernetzt und qualifiziert die Anbietenden von medizinischen und sozialen Dienstleistungen für Gesundheitsförderung im Quartier. Für die Handlungsbereiche Geburtsvorbereitung, Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr, Impfen, „Frühe Hilfen“/Frühförderung,

Zahngesundheit, Ernährung, Bewegung, gesundheitliche Handlungskompetenz werden Maßnahmen angeboten und langfristig Strukturen aufgebaut, die einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheits- und Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern im Quartier leisten.

Die Lenzsiedlung ist ein relativ kleines, aber extrem dicht besiedeltes und sehr kinderreiches Wohnviertel mit einem Migrantenanteil von mehr als 50 Prozent. Auffällig sind die geschlossene Bebauung und der große Innenhof, auf dem sich ein großer Teil des öffentlichen Lebens abspielt. Die soziale Lage entspricht der in vielen Quartieren mit sozial benachteiligter Bevölkerung.

Das Bezirksgesundheitsamt hat dort 2001 mit ersten Angeboten der Gesundheitsförderung begonnen. Von Anfang an war die Zusammenarbeit mit dem lokalen Nachbarschaftszentrum und dem Träger des Quartiersmanagements (Hamburger Programm der Sozialen/Aktiven Stadtteilentwicklung) „Gesetz“.

Heute, nach sieben Jahren, gibt es in der Lenzsiedlung ein breites Spektrum an Angeboten der Gesundheitsförderung für junge Familien, das auf eine zunehmend positive Resonanz stößt und zum Teil aktiv nachgefragt wird. Prozesse der Selbstorganisation und der Partizipation

sind in Gang gekommen. Eine große Zahl von lokalen Einrichtungen aus unterschiedlichen Fachgebieten nehmen am Runden Tisch Lenzgesund teil, woraus sich immer wieder Impulse zu mehr Kooperation und zu besserer Koordination ergeben.

An vier Beispielen soll die Arbeit in der Lenzsiedlung etwas konkreter beschrieben werden:

■ Familienhebamme

Seit Herbst 2002 ist in der Lenzsiedlung im Auftrag des Gesundheitsamtes eine Familienhebamme tätig. Sie hat ihr Büro vor Ort und betreut bei einer Kapazität von 15 Wochenstunden zwölf bis 15 Frauen/Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf ab der Schwangerschaft und in der Regel weit über das Wochenbett hinaus, bei Bedarf bis zum ersten Geburtstag des Kindes. Dabei geht es neben medizinischer Beratung und Behandlung auch um allgemeine Fragen der gesunden Entwicklung und die Vorbereitung weiterführender Hilfen. Verschiedene Gruppenangebote der Familienhebamme dienen der Einbindung der Familien in die nachbarschaftliche Öffentlichkeit. Allen Familien mit

einem Neugeborenen bietet die Familienhebamme einen Willkommensbesuch an und nutzt diesen, um Informationen zu geben, aber auch um abzuchecken, ob es einen Bedarf an Unterstützung gibt.

■ Baby-Führerschein

Im Herbst 2006 startete in der Lenzsiedlung der erste Durchgang des Baby-Führerscheins, eines Kurses, der von einem Jugendhilfeträger und einer Arbeitsgruppe des Runden Tisches entwickelt wurde. Es handelt sich um einen zwölf Wochen dauernden Elternbildungskurs, in dem es um Wissensvermittlung und gleichzeitig um praktisches Ausprobieren mit Themen vom Wickeln bis zum Umgang mit Aggressionen geht. Zielgruppe sind Eltern mit Kindern von null bis zwölf Monaten. Die Resonanz der Eltern war über alle Erwartungen hinaus und entgegen allen Befürchtungen wegen einer mutmaßlichen Bildungsferne der Zielgruppe sehr gut. Im Frühjahr 2009 startet der vierte Durchgang des Babyführerscheins und inzwischen läuft dieses Angebot auch in weiteren Gebieten des Bezirks.

■ Selbstorganisation, Partizipation und Mitgestaltung

Sowohl aus den Babyführerschein-Kursen als auch aus anderen Gruppenangeboten bilden sich immer wieder selbst



organisierte Gruppen. Dabei geht es um Erfahrungsaustausch, aber auch um praktische Unterstützung wie zum Beispiel Kinderbetreuung. Diese Gruppen halten sich immerhin einige Monate, in einem Fall fast ein ganzes Jahr. Die Gruppen haben das Angebot, dass auf ihre Initiative hin Referierende zu von ihnen gewünschten Themen eingeladen werden; davon machen sie aber noch recht zögerlich Gebrauch. Dennoch gehen von diesen Gruppen ebenso wie von verschiedenen Treffs wichtige Impulse für neue Angebote – etwa ein Beikostkochkurs – aus. Einzelne Bewohnerinnen übernehmen bezahlte Funktionen in der Siedlung, wie zum Beispiel die Leitung einer Frauengruppe oder die hauswirtschaftliche Betreuung eines Frühstücks für Schwangere und Mütter mit Babys. Eine Frau ist Hausbesucherin im Rahmen eines Opstapje-Angebots für die Lenzsiedlung, d.h. sie besucht – selbst angeleitet von einer Sozialpädagogin – Familien zu Hause und regt vor allem durch ihr Beispiel und mitgebrachtes Material Eltern an, mit ihren Kleinkindern altersgerechte Spiele zur Förderung ihrer Entwicklung zu spielen. (Opstapje ist ein aus den Niederlanden stammendes Programm der Frühen Hilfen, das nur von zertifizierten Einrichtungen und Mitarbeitende angewendet werden darf. In Deutschland hält die Lizenz Opstapje Deutschland e.V.). Das Programm wurde vom Deutschen Jugendinstitut evaluiert und als wirksam eingeschätzt. Eine andere hat einen Nährkurs für Kinderkleidung selbst initiiert und leitet diesen.

■ Bessere Koordination im professionellen System

Eine Arbeitsgruppe des Runden Tisches Lenzgesund hat die Verbesserung der oft emotional schwierigen und dann auch meist wenig effektiven Kommunikation zwischen Kitas, Schulen, Kinderarztpraxen und Eltern zu ihrem Thema gemacht. Schnell wurde deutlich, dass dieses Thema wegen seiner allgemeinen Bedeutung mit Anbindung an gesamtstädtische Entscheidungsebenen bearbeitet werden musste. Die Landesgesundheitsbehörde war bereit, die Moderation der weiterhin lokalen Arbeitsgruppe zu übernehmen und die Arbeit mit zusätzlichen Mitteln zu unterstützen. Die Arbeitsgruppe entwickelte einen zweiseitigen Dokumentationsbogen zum Entwicklungsstand eines Kindes im Kita-Alter und ein Regelwerk, wie dieser Bogen von allen Beteiligten zur gegenseitigen Information gemeinsam zu nutzen ist. Alle Eintragungen werden mit den Eltern besprochen und es liegt in ihrer Hand zu entscheiden, ob sie den Bogen weiterreichen; allerdings wissen alle Beteiligten, dass es diesen Bogen gibt bzw. geben sollte. Zurzeit befindet sich der Bogen in einer ersten Erprobungsphase, an der 40 Kitas, mehrere Kinderarztpraxen und die Eltern beteiligt sind. Wenn die erste Erprobung erfolgreich abgeschlossen ist, soll die Anwendung des Instruments auf den Übergang von Kita nach Schule erprobt werden.

Gesundheitsförderung hat in der Lenzsiedlung Fuß gefasst und sicherlich ist erheblich mehr als das erreicht worden. Viele Beteiligte – Bewohnerinnen und Bewohner wie Mitarbeitende von





Einrichtungen – spüren im Alltag das positiv gewandelte Klima, in dem kleine Kinder aufwachsen und Eltern sie fördern und ebenso gefördert werden. Wir müssen einräumen, dass wir diesen Erfolg bislang nur auf der Ebene von Angeboten und positiver Resonanz, die diese bei den Adressatinnen und Adressaten wie auch bei Außenstehenden finden, nicht aber auf der Ebene gesundheitlicher Effekte belegen können.

Es ist daher ein großer Glücksfall für das Präventionsprogramm Lenzgesund, dass seit 2005 das Institut für Medizin-Soziologie am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf die Arbeit in der Lenzsiedlung im Rahmen eines Forschungsprojekts wissenschaftlich begleitet. Dafür hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung Mittel zunächst bis einschließlich 2008 und jetzt noch einmal bis Ende 2011 bereitgestellt. Das Forschungsprojekt hat die Aufgabe, Strategien und Instrumente für die Evaluation von Präventionsprozessen im Setting Quartier/Stadtteil zu entwickeln und diese praktisch – in der Lenzsiedlung – zu erproben. Unter anderem wurden die Ergebnisse der kinderärztlichen Schuleingangsuntersuchungen der Einschüler 2005 kleinräumig für die Lenzsiedlung und zwei Vergleichsgebiete ausgewertet. Nun steht eine Folgeauswertung für die Einschüler 2008 an. Darunter werden erstmals Kinder sein, deren Familien von der Familienhebamme betreut wurden und an weiteren Angeboten der Gesundheitsförderung teilgenommen haben. Von diesen Ergebnissen erwarten wir einige Hinweise auf die Wirksamkeit des Präventionsprogramms Lenzgesund.

Welche Faktoren haben den Aufbau der Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung positiv beeinflusst?

Zu nennen ist zuerst die Möglichkeit, eine Familienhebamme langfristig vor Ort einzusetzen. Sie begegnet den Familien in einer Phase, in der sie für eine gesundheitsorientierte Lebensgestaltung hoch motiviert sind, und sie gibt ihnen genau die Unterstützung, die ihnen in diesem Augenblick weiterhilft. Eine bessere Werbung für Gesundheitsförderung kann es nicht geben und die Familienhebamme nutzt diesen Effekt konsequent. Verallgemeinert heißt das, Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf werden sich um so eher auf Angebote der Gesundheitsförderung einlassen, je mehr diese ihnen hier und jetzt einen spürbaren Vorteil bringen.

Nach einigen Startschwierigkeiten haben wir gemerkt, dass wir uns mit unseren Angeboten (und Fragen) den Kommunikationsstrukturen im Quartier anpassen müssen, um anzukommen. Es genügt nicht, eine Veranstaltung im Quartier durchzuführen, sie muss in die Treffs und andere etablierte Strukturen integriert werden. Dabei geht es ganz banal um Wahrnehmung und Planung – die Trefftermine sind Alltagsroutine für die Teilnehmenden –, aber auch um die größere „Legitimation“ und Sicherheit beim Besuch des Treffs mit seinen vertrauten Ritualen im Vergleich zum Besuch einer Informationsveranstaltung. Andere Angebote – z.B. Beratungs- und Kursangebote – wurden durch wiederholte Teilnahme der Anbietenden an den Treffs und die damit verbundene Vertrauensbildung beworben.

Möglich war diese Anpassung an die Kommunikationsstrukturen im Quartier aber nur durch die Zusammenarbeit der vom Gesundheitsamt initiierten Gesundheitsförderung mit dem im Quartier an-

gesiedelten Nachbarschaftszentrum und dem Quartiersmanagement.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor war die Zeit. Wir haben unsere Arbeit in der Lenzsiedlung von Anfang an auf sieben bis zehn Jahre angelegt, diese Spanne im Verlauf aber immer weiter nach oben „korrigiert“. Heute fragen wir uns, ob ein dauerhaftes Engagement vor Ort nicht ökonomischer wäre. Langfristigkeit und Kontinuität sind nicht nur die Voraussetzung für nachhaltige individuelle Entwicklung, sondern ermöglichen erst institutionelles Wachstum: von dem heute in der Lenzsiedlung bestehenden Gesundheitsförderungsangebot ist ein erheblicher Teil nicht durch gezielte Planung entstanden, sondern dadurch, dass Außenstehende – Organisationen wie Personen – die Entwicklung im Quartier wahrgenommen und dann ihr Angebot eingebracht haben.

Gesundheitsförderung und Prävention sind heute bei allem bemerkenswerten Wachstum, das es in den letzten Jahren gegeben hat, immer noch Stiefkinder des Gesundheitswesens. Die üblichen Förderzeiträume, Fördervolumina und Förderkriterien entsprechen nicht den Erfordernissen einer nachhaltigen Arbeit. In der Lenzsiedlung haben sich verschiedene Entwicklungen glücklich gefügt.

Die Rahmenbedingungen, die die Präventionspolitik für eine nachhaltige Gesundheitsförderung im Setting Quartier/Stadtteil gewährleisten müsste, sind aus unserer Sicht die folgenden:

- Das Projektgebiet sollte nicht mehr als 5000 Bewohnerinnen und Bewohner haben, weil nur dann eine so dichte Kommunikation möglich



wird, wie sie erforderlich ist, um auch die zum Rückzug aus der nachbarschaftlichen Öffentlichkeit neigenden besonders belasteten Familien zu erreichen.

- Projektlaufzeiten von insgesamt weniger als zehn Jahren müssen als grundsätzlich zu kurz angesehen werden. Erst wenn die kurzfristige, allenfalls über zwei bis drei Jahre gehende Projektförderung überwunden wird, lässt sich berechtigterweise Evaluation und Qualitätssicherung einfordern.
- Erfolgreiche Gesundheitsförderung ist zu 50 Prozent eine Sache von Motivationsarbeit und diese hängt bei sozial belasteten Familien zum großen Teil von gelingender Vertrauensbildung ab. Die dafür erforderlichen unspezifischen Arbeitsformen müssen bei der finanziellen Förderung angemessen berücksichtigt werden.
- Präventionsangebote, wie sie von den Krankenkassen nach §20 SGB V bezuschusst werden, lassen sich auch in sozial belasteten Quartieren erfolgreich durchführen. Allerdings müssen die Fördervoraussetzungen (Vorkasse

der Teilnehmenden, Stringenz des Teilnahmeverhaltens), die Kursinhalte und die Qualifikation der Kursleitenden – wie bei den (Familien-) Hebammen! – an die Gegebenheiten des sozialen Milieus angepasst werden.

- Die Koppelung der Förderung von Gesundheitsförderung an den innovativen Gehalt der Projektkonzeption ist nicht mehr zeitgemäß. Nach zehn Jahren innovativer Gesundheitsförderung gibt es in Deutschland eine große Zahl guter und sehr guter Ansätze. Heute geht es darum, diese Ansätze in die Fläche zu bringen.

Das alles wird ohne jeden Zweifel viel Geld kosten.

Christian Lorentz ist Mitarbeiter des Bezirksamtes Eimsbüttel in Hamburg und koordiniert unter anderem das Gesundheitsförderungsprojekt „Präventionsprogramm Lenzgesund“.

Unfallprävention als kommunale Querschnittsaufgabe Erfahrungen des Runden Tisches Prävention von Kinderunfällen Dortmund 1998 – 2008

Matthias Albrecht, Klinikum Dortmund, Kinderchirurgische Klinik

Ausgangslage

Der Runde Tisch „Prävention von Kinderunfällen Dortmund“ wurde 1998 als Querschnittsarbeitsgruppe von Organisationen, Verbänden und Einzelpersonen vor allem aus städtischen Einrichtungen und Ämtern gegründet. Hintergrund war ein hoher Anteil der verunfallten Kinder in Dortmund, besonders aus der Dortmunder Nordstadt.

Organisatorischer Rahmen

Der Runde Tisch ist ein Zusammenschluss aus etwa 50 Einzelpersonen verschiedener Organisationen und Einrichtungen sowie der Stadtverwaltung. Vertreten sind z.B. Allgemeiner Deutscher Fahrradclub (ADFC), Grundschulen und weiterführende Schulen, Kindertageseinrichtungen, Gesundheitsamt, Tiefbauamt, AGENDA-Büro, Schulverwaltung, Sozialamt, Jugendamt, Dortmund-

Die Projekt-Koordinationsstelle wurde aus Mitteln des Urban II-Programms für Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf finanziert, seit 2009 aus Mitteln der Stadt Dortmund über das Jugendamt.

Der Kinderschutzbund Dortmund ist seit dem ersten Oktober 2004 der neue Träger des Projektes „Prävention von Kinderunfällen“. Damit ergibt sich ein sinnvoller und ergänzender Zusammenschluss der präventiven Arbeit für Kinder.

Die Aktivitäten und die Wirkung des Projekts beschränken sich jedoch nicht nur auf die Nordstadt, sondern wurden im Verlauf auch auf andere Stadtbezirke ausgeweitet. Dies soll die Kinderunfallrate in ganz Dortmund reduzieren.

Für seine erfolgreiche Arbeit wurde der Runde Tisch bereits mehrfach ausgezeichnet:

- 2. Preis beim Wettbewerb „Verkehrssicherheit NRW“
- 3. Preis beim Landeswettbewerb „Gesundes Land NRW“ 2001
- einen der sechs Hauptpreise beim Bundeswettbewerb „Kindersicherheit in Städten und Gemeinden“ der BAG (2002)
- Bundeswettbewerb der BAG (2004)
- Deutscher Präventionspreis 2007



Abb II: Kinderunfälle nach Stadtbezirken Dortmund 1990 – 1995

der Energie und Wasser (DEW), Gemeindeunfallversicherungsverband (GUVV), Jugendamt, Polizei, Krankenkassen, Feuerwehr, Verkehrswacht, Stadtwerke und das Stadtplanungsamt. Die Projektarbeit erfolgt in Arbeitsgruppen (AG-Haus, AG-Verkehr usw.).

Projektziele

Projektziel ist die Verhütung von Kinderunfällen im häuslichen Bereich, beim Spiel und im Straßenverkehr. Der Arbeitsschwerpunkt bezog sich anfangs auf die Nordstadt. Hier verunfallen die meisten Kinder. Mehrere Faktoren spielen dabei eine Rolle:

- – sehr dichte Wohnbebauung
- – sehr viele alte renovierungsbedürftige Wohnungen
- – überproportionaler Anteil kinderreicher Familien
- – hoher Migrantenanteil der Bevölkerung (etwa 40 Prozent türkischer Familien)

Unter der Einbeziehung von Schulen, Kindergärten, Nachbarschaftsinitiativen, Institutionen und Verbänden sowie der türkischen Moscheen und Vereinigungen entstand ein Kooperationsverbund mit dem Ziel, Maßnahmen mit verantwortlichen Trägern umzusetzen.

Ein besonderes Augenmerk liegt weiterhin in der Ansprache der türkischen Familien und Kinder. Denn sie sind sowohl bei den Verkehrs- als auch bei den häuslichen Unfällen überproportional betroffen.

Aktivitätsspektrum Bereich „Unfälle von Kindern im Haushalt“

Ausstellung „Kindersicher ist kinderleicht“.

Die Ausstellung „Kindersicher ist kinderleicht“ zum Thema „häusliche Sicherheit“ wird seit 2000 regelmäßig an verschiedenen Orten in der Stadt vorgestellt mit dem Ziel, Unfälle im Haushalt zu verhindern. Für die Ausstellung ist eine „Riesen“-Küche gebaut worden, die den Erwachsenen den Blick aus der

Kinderperspektive zeigt. An folgenden Standorten wurde die Ausstellung bereits präsentiert: Ausstellungszentrum DEW Buschmühle-Westfalenpark (2000), Türkisches Zentrum (2001), Dietrich-Keuning-Haus (2001), Bernhard-März-Haus (2002), Stahlhalle DASA (2002), Bezirksverwaltungsstelle Hörde (2003), Bezirksverwaltungsstelle Eving (2004) türkisches Bildungszentrum (2005).

2009 wird die Ausstellung im Stadtteil DO-Huckarde im September zu sehen sein.

Innerhalb der Ausstellung finden die unterschiedlichsten Aktionen statt:

- z.B. Beratung der Eltern neugeborener Kinder über Unfallvermeidung; Fortbildung der Eltern über Unfallgefahren im Haushalt in Kooperation mit der Verbraucherzentrale (Chemische Gifte) und DEW (Elektrogeräte);
- Erste-Hilfe-Kurse für Kinder in Kooperation mit dem Deutschen Roten Kreuz;
- Fortbildung für Hebammen, Gesundheitsamtmitarbeiterinnen, Arzthelferinnen und -helfer
- eine Theaterpädagogin arbeitet mit Kindern zu den „Gefahren im Haushalt“;
- Fortbildung für Erzieherinnen und Erzieher zur Unfallprävention in ihren Einrichtungen
- Vorstellung des Fußgängerkalenders „Rot-Gelb-Grün“ im Elementarbereich.

Rauchmelder-Flyer „Rauchmelder sind Lebensretter“

Der Runde Tisch hat in Kooperation mit der Dortmunder Feuerwehr, der Schornsteinfeger-Innung, den Wohnungsgesellschaften, den Feuerversicherern, der DEW, dem Sozialamt und der Projektgruppe Urban II einen neuen Rauchmelder-Flyer erarbeitet (Auflage von 60.000 Stück, mit einem Beiblatt in den Sprachen: türkisch, russisch, kroatisch und arabisch). Die Flyer befinden sich bei der Feuerwehr Dortmund und werden von dort über die Bezirks-Schornsteinfeger flächendeckend verteilt. Der Flyer wurde im September 2005 der Öffentlichkeit vorgestellt und die Verteilung gestartet.

Bereich Straßenverkehr

Die Verkehrsstatistik weist seit Jahren die nördliche Innenstadt Dortmunds als besonders unfallträchtig aus. Entsprechend ist die Zielsetzung des Runden Tisches gewachsen. Das Motto lautet: Wir wollen weniger Kinderunfälle in der Nordstadt bzw. in ganz Dortmund.

Die allgemeine präventive Arbeit zeigt erste Veränderungen in der Verkehrsunfallentwicklung der Polizei Dortmund. Die Zahlen der verunglückten Kinder unter 15 Jahren im Stadtgebiet sind rückläufig.

„Rot + gelb + grün – wir machen den Fußgänger-Schein“

Für den Elementarbereich wurde in der Dortmunder Nordstadt der „Fußgängerkalender“ entwickelt. Der Kalender beinhaltet 24 Übungsschritte, die die Kinder in einem Drei-Jahres-Programm mit ihren Eltern durcharbeiten.

In Anlehnung an die Ampel hat dieser Kalender seinen Namen erhalten: „Rot + Gelb + Grün – wir machen den Fußgänger-Schein“ und wird in diesen drei Abschnitten von Fachleuten (Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Polizei) bewertet. Erst nach dem letzten Abschnitt sind die Voraussetzungen für den kompletten Fußgänger-Schein erfüllt.

Seit 2003 finden in jedem Jahr Informationsveranstaltungen für die Erzieherinnen und Erzieher als Multiplikatoren zum Fußgängerkalender statt. Eine erste Evaluation erfolgt 2005.

Projekt „Sicher zur Schule und nach Hause“

Das Projekt „Sicher zur Schule und nach Hause“ ist ein Produkt der AG-Verkehr weiterführende Schulen.

Schülerinnen und Schüler sowie Lehrerinnen und Lehrer haben inzwischen an zwei Schulzentren (Aplerbeck und Hombruch) im Informatikunterricht einen Schulwegplan für weiterführende Schulen entwickelt. Die Pläne werden über die Internetseiten der Schule für alle Schülerinnen und Schüler zugänglich sein. Die entwickelten Schulwegpläne weisen sichere Schulwege zu Fuß bzw. per Rad auf oder bei sehr langen Wegen die Nutzung von ÖPNV.

Zu erwartende positive Effekte:

- Weniger Autofahrten von Eltern produzieren weniger Schadstoffemissionen und weniger Verkehr im Schulumfeld.
- Bewusste Auswahl von Verkehrsmitteln und Mobilitätsverhalten werden ein Thema im Unterricht und Schulalltag.

„Walk to School Day“

In Kooperation mit dem Runden Tisch und der Polizei nehmen seit 2003 Dortmunder Schulen am Internationalen „Walk to School Day“ teil. Das Ziel lautete „Sinnvolle Mobilität als Lernziel“, möglichst mit nachhaltiger Wirkung. Der „Walk-to-School-Day“ gibt Eltern, Kindern und Lehrerinnen und Lehrern Gelegenheit, an einer globalen Aktion teilzunehmen und den Nutzen des ‚Zu-Fuß-Gehens‘ mit individuellen Ideen zu gestalten.

„Walking-Bus“

Ein weiteres Projekt zur Schulwegsicherung für Grundschulen ist das Training mit dem „Walking-Bus“:

In Begleitung der Eltern wird der Schulweg von etwa drei km mit acht bis 14 Kindern zurückgelegt. An benannten Haltestellen schließen sich die Kinder dem „gehenden Bus“ (Eltern) an. Es ist ein Projekt, das es seit sechs Jahren in England gibt und auf Dortmund übertragen wurde. Positive Aspekte sind:

- Die Kinder lernen auf den Verkehr zu achten,
- sich zu konzentrieren,
- Verantwortung zu übernehmen und
- die Umwelt zu beobachten.

Wichtig ist das Tragen von Sicherheitskleidung. Um besser gesehen zu werden, tragen alle Kinder des „Walking-Bus“ ein Leucht-Trapez oder reflektierende Regenjacken, die Erwachsenen ebenfalls. Die Sicherheitskleidung wurde von der Gemeindeunfallversicherung Westfalen-Lippe zur Verfügung gestellt.

Kontakt:

Kinderschutzbund Dortmund e.V.
„Prävention von Kinderunfällen“
Lambachstr. 4
44145 Dortmund
Kordinatorin: Stefanie Brochtrup
Tel.: 0231 – 84 79 78 12
Fax: 0231 – 84 79 78 22
kindersicher@kinderschutzbund-dortmund.de

Sprecher Runder Tisch:
Dr. med. Matthias Albrecht
Direktor der Kinderchirurgischen Klinik
Tel.: 0231 – 953 21640
Fax: 0231 – 953 21950
matthias.albrecht@klinikumdo.de

„Mehr als gewohnt: Die Innenstadt von Fürth macht sich stark für Gesundheitsförderung“

Bettina Reimann/Gesine Bär/Christa Böhme

Das Projekt „Mehr als gewohnt: Die Innenstadt von Fürth macht sich stark für die Gesundheitsförderung“ ist in einen größeren Projektzusammenhang eingebettet: Mit dem vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) bearbeiteten Forschungsprojekt „Mehr als gewohnt: Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ sollen Strukturen, Abläufe und Projekte gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung weiterentwickelt und evaluiert werden. (Das Gesamtprojekt wird im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Die Projektlaufzeit erstreckt sich von September 2006 bis Juli 2009. Kooperationspartner sind der BKK Bundesverband, drei BKK-Landesverbände (Nord, Ost und Bayern), die Techniker Krankenkasse sowie die Städte Fürth, Halle und Hamburg.) Im Rahmen des Projektes wird der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung mit Verfahren der Stadtteilentwicklung verbunden, die sich insbesondere bei der Umsetzung des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ bewährt haben. Im Ergebnis soll ein praxistaugliches Verfahren zur Implementation von Primär-

prävention für die Zielgruppen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene erarbeitet werden, das vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen einsatzfähig ist.

Herausforderungen gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung in der Innenstadt von Fürth

Das Themenfeld Gesundheitsförderung spielte in der Innenstadt von Fürth – ein Programmgebiet der Sozialen Stadt – vor Projektbeginn kaum eine Rolle; jedenfalls gehörte es nicht zu den bearbeiteten Handlungsfeldern in der sozialen Stadtteilentwicklung. Andererseits wurden im Rahmen der primär städtebaulichen Ausrichtung der Programmumsetzung bereits zahlreiche mittelbare Gesundheitsaspekte bearbeitet, z.B. im Rahmen von Wohnumfeldmaßnahmen und Schulhofgestaltungen. Mit der Teilnahme am Projekt setzten Stadtpolitik und Verwaltungsspitzen ein entschiedenes Zeichen, um das Thema Gesundheitsförderung nachhaltig in der Stadtteilentwicklung zu verankern und bekräftigten damit, dass sie sich durch gegenseitigen Austausch, wissenschaftliche Unterstützung und den Transfer von Erfahrungen und guten Beispielen im Themenfeld fit machen und für die Gesundheitsförderung im Stadtteil einsetzen wollen.

Zu Projektbeginn – im Herbst 2006 – wurden von kommunalen Akteuren besondere Herausforderungen für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung identifiziert, die sich vor allem auf die Verzahnung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung mit Ansätzen und Praxis sozialer Stadtteilentwicklung, den Aufbau einer Kooperation zwischen Kommunen, Krankenkassen (verbänden) und weiteren Stadtteilakteuren sowie die Entwicklung und Qualifizierung von Projekten, die sich für die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen im Stadtteil besonders eignen, richteten. Um sich diesen Herausforderungen stellen zu können, wurden Qualitätselemente der gesundheitsförderlichen Stadtteilentwicklung abgestimmt, die im Projektverlauf konkretisiert und erprobt werden:

- **Strategieentwicklung:** Erfassung und Abstimmung der lokalen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen und Potenziale; Verankerung des Themenfeldes „Gesundheit“ in lokalen Handlungskonzepten; Erweiterung des klassischen Spektrums von Gesundheitsförderung um z.B. Umwelt, Städtebau;
- **Strukturentwicklung:** Verankerung des Themenfeldes Gesundheitsförderung in der Verwaltung; Sicherung ressortübergreifender

Zusammenarbeit; Sicherstellung politischer Rückendeckung; Aufbau einer stadtteilbezogenen Koordinierungsstelle; Netzwerkbildung und -pflege; Einrichtung eines Verfügungsfonds Gesundheit im Stadtteil;

- **Beteiligung:** Ansprache der Menschen in ihrer Lebenswelt; Nutzung und Weiterentwicklung im Stadtteil vorhandener Aktivierungsstrukturen;
- **Projektentwicklung:** Angebotszuschnitte entsprechend der Herkunft, dem Geschlecht, dem Alter und den Wünschen der Zielgruppe(n);
- **Nutzung vorhandener und Schaffung neuer Finanzierungsmodelle:** Mittel Soziale Stadt; Mittel der Krankenkassen nach § 20, Abs. 1 SGB V; weitere Förderinitiativen.

Nach zweieinhalb Jahren Projektlaufzeit ist es gelungen, wesentliche Qualitätselemente für die Gesundheitsförderung in der Innenstadt von Fürth zu implementieren.

Einrichtung Steuerungsgruppe

Zu Projektbeginn wurde auf Initiative des Baudezernenten in enger Abstimmung mit dem Sozialdezernenten eine Steuerungsgruppe Gesundheit ins Leben gerufen, an der mittlerweile Vertreterinnen und Vertreter der Fachämter Stadtentwicklung, Umwelt, Sport, Integration, Jugend, Soziales, des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, des Gesundheitsamtes sowie der Techniker Krankenkasse (TK) und des BKK LV Bayern teilnehmen und die vom örtlichen Quartiersmanagement sowie der Geschäftsstelle Gesundheit moderiert wird. Die Steuerungsgruppe tagt etwa alle zwei Monate.

Vorort-Analyse

Um Maßnahmen und Projekte möglichst bedarfsorientiert auszurichten, wurde durch die Begleitforschung des Difu für die Innenstadt von Fürth eine Vorort-Analyse Gesundheit erstellt, die zusammenfassend darstellt, welches Wissen und welche Daten, die für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Innenstadt von Fürth relevant sind, vorliegen und welcher Handlungsbedarf sich daraus ableitet. Hierfür wurden vorliegende Daten ausgewertet und wesentliche Schlüsselakteure aus Verwaltung, sozialen und öffentlichen Einrichtungen sowie der Medizin befragt. Bislang ist noch offen, inwieweit die kleinräumige Erfassung von Gesundheitslage und Bedarf weitergeschrieben wird. Da die Ergebnisse zunächst nur verwaltungsintern diskutiert wurden, böte deren öffentliche Diskussion eine Möglichkeit, zusätzliches Wissen zu generieren.

Ergänzung Integriertes Handlungskonzept

Um Gesundheitsförderung verbindlich in die soziale Stadtteilentwicklung einzubinden, wurde das Handlungsfeld Gesundheitsförderung per Stadtratsbeschluss in das Integrierte Handlungskonzept für den Stadtteil neu aufgenommen. Gleichwohl richtet sich die Förderung von Maßnahmen im Programm Soziale Stadt in der Innenstadt von Fürth bislang primär auf investitive Maßnahmen. Damit sind nicht alle Aspekte der Gesundheitsförderung und nicht alle Möglichkeiten der Programmumsetzung ausgeschöpft.

Einrichtung Koordinierungsstelle, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit

Um die Gesundheitsförderung nachdrücklich in die soziale Stadtteilentwicklung einzubringen, Netzwerke aufzubauen, notwendige Informationen zu streuen und Krankenkassenangebote bekannt zu machen, wurde zum 1. Januar 2008 eine lokale Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung – finanziert über den BKK Bundesverband und den BKK Landesverband Bayern – eingerichtet. Die Geschäftsstelle arbeitet eng mit dem Quartiermanagement, mit Fachämtern und der lokalen Politik zusammen. Die Geschäftsstelle agiert als lokale Schlüsselstelle für Gesundheitsförderung. Für den Erfolg der Geschäftsstelle ist zentral, dass diese von verschiedenen Akteursgruppen (Bewohnerschaft, Vereinen, Krankenkassen, Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen, öffentlichen Einrichtungen) akzeptiert und genutzt wird. Die Breite der Aufgaben erfordert eine langfristige Sicherstellung von personellen und finanziellen Ressourcen, umso mehr, als Netzwerke im Stadtteil zunächst aufgebaut oder für die Gesundheitsförderung weiterentwickelt werden müssen. Das hierfür mobilisierte gemeinsame Engagement von Kommune, BKK Landesverband Bayern und BKK Bundesverband stellt bislang eine positive Ausnahme in der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung dar.

Verfügungsfonds Gesundheit

Dieses gemeinsame Engagement von Kommune und Krankenkassen wird noch weiter ausgebaut. Um kleinere und am lokalen Bedarf orientierte Projekte um-



setzen zu können, wird über die Techniker Krankenkassen TK über zwei Jahre ein „Verfügungsfonds Gesundheit“ gefördert. Der Verfügungsfonds Gesundheit wurde im Rahmen des Gesamtprojektes und auf Initiative des Difu entwickelt und wird durch das Difu evaluiert. Er hat experimentellen Charakter und ist in dieser Form bislang einmalig. Für die Realisierung des Fonds wurde zwischen der Stadt und der Techniker Krankenkasse ein Vertrag aufgesetzt, der die Kriterien des Leitfadens der Spitzenverbände der Krankenkassen als Förderkriterien für das Setting Stadtteil enthält und das Verfahren zur Umsetzung der Projekte festlegt. Durch den Fonds entstehen im Stadtteil dezentral viele Projektideen, insbesondere in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Sport und Umwelt/Naturerleben. Es zeigt sich allerdings, dass nicht alle gesundheitsrelevanten Themen mit den Förderkriterien der TK einhergehen und durch andere Töpfe finanziert werden müssen. Die Komplementierung durch einen Aktions- oder Verfügungsfonds Soziale Stadt wäre hierfür hilfreich.

Weitere Projekte

Durch weitere Fördermittel (u.a. Programm Soziale Stadt) werden gegenwärtig im Stadtteil weitere „Gesundheitsprojekte“ umgesetzt, wie beispielsweise die Einrichtung eines Aktivspielplatzes für Jugendliche. Zudem stellen am Projekt beteiligte Fachämter zusätzliche Mittel bereit, beispielsweise für Schwimmkurse für Kinder und Jugendliche (Sportamt) sowie für ein Natur- und Umweltprojekt, das Bewegung fördert (Umweltamt).

Ausblick

An dem Prozess gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung in der Innenstadt von Fürth sind Akteure mit unterschiedlichen Interessen und verschiedenen Funktionen und Aufgabenfeldern beteiligt. Deutlich wird, dass dieser Prozess Zeit sowie die Bereitschaft zum Lernen und Experimentieren auf allen Seiten benötigt. Verbindliche Formen der Kooperation (Verträge, Kooperationsvereinbarungen) können für die Bestandfestigkeit einer Kooperation sehr förderlich sein. Im Vorfeld dieser Maßnahmen ist

es jedoch unerlässlich, dass ein gegenseitiges Vertrauen gewachsen ist. Gelingt dies, ist der vielleicht wichtigste Schritt auf dem Weg zu einer nachhaltig erfolgreichen Gesundheitsförderung im Stadtteil getan. Gemeinsam müssen die Akteure dann allerdings dafür Sorge tragen, dass die entwickelten und initiierten Qualitätselemente, insbesondere auf struktureller Ebene und im Bereich der Qualifizierung von Konzepten und Projekten, auch langfristig zum Tragen kommen und verstetigt werden. Die Unterstützung und politische Rückendeckung durch die Kommune ist hierfür unerlässlich. Das zieht das Engagement verschiedener Fachämter und anderer Partner, wie der Krankenkassen, nach sich. Dafür ist Fürth vorbildlich.

Gesundheitskonferenzen in Soziale-Stadt-Gebieten in Sachsen-Anhalt – Drei Beispiele

Quartiersmanagement Magdeburg Kannenstieg/Neustädter See

Im Randgebiet der Stadt Magdeburg befinden sich die geografisch dicht beieinander liegenden Stadtteile Kannenstieg und Neustädter See, beide durch schwierige Sozialverhältnisse geprägt. Bei einer hohen Bevölkerungsdichte zeichnen sich diese Stadtteile durch sehr viele alte Bewohnerinnen und Bewohner aus und mit Platz sechs und neun im Stadtteilvergleich (32 Stadtteile gesamt) leben dort überdurchschnittlich viele ALG II-Empfängerinnen und Empfänger, von denen gerade im Stadtteil Kannenstieg besonders häufig Jugendliche bis zum 24. Lebensjahr betroffen sind.

Kannenstieg und Neustädter See werden durch ein gemeinsames Quartiersmanagement betreut. Neben dem Stadtteilbüro existieren weitere engagierte Institutionen, deren Angebote sich an sozial schwache Personen richten und das Thema Gesundheit fokussieren. Dazu gehören z.B. ein Jugendzentrum mit einem kostenfrei nutzbarem Fitnessraum und einer kleinen Küche, eine Apotheke, die mit einer eigenständig entwickelten „Ernährungsakademie“ Schülerinnen und Schüler der fünften und sechsten Klassen zum Thema gesunde Ernährung schult; ein Sportverein, der einmal pro Woche in den Abendstunden eine Krabbelgruppe für Kleinkinder anbietet, bei der die Eltern ein Abendessen gestalten und

sich zu Erziehungsfragen austauschen, sowie ein Bürgerhaus, das als Alten-, Service- sowie Migrationszentrum fungiert und gerade auch für die älteren Bürgerinnen und Bürger Sitzgymnastik, Bauchtanz, Sportfeste und Gesundheitstage anbietet.

In der Gesundheitskonferenz am 8. Oktober 2008 hatten die genannten Institutionen und das Quartiersmanagement die Möglichkeit, in einen Austausch zu gehen und stadtteilbezogene Ressourcen sowie Kooperationsmöglichkeiten zu eruieren. Dabei ergab sich für die Stadtteile Kannenstieg und Neustädter See u.a. die Entwicklung einer Ernährungsakademie in der Grundschule „Am Kannenstieg“, ein Kochkurs „Kochen nach Aldi“ in der Freizeiteinrichtung Oase, die Integration einer Ernährungsberatung in ein bestehendes Krabbelgruppenangebot beim Leichtathletikverein „Einheit“, die Errichtung eines Trinkbrunnens in der Grundschule „Am Kannenstieg“, die Entwicklung der Grundschule zur zertifizierten gesunden Schule (Audit Gesunde Schule) und die Durchführung eines Feriencamps zum Schwerpunkt gesunde Ernährung.

Aus diesen Ideen zeichnen sich mit dem Stand Februar 2009 erste positive Entwicklungen ab. An der Grundschule „Am Kannenstieg“ wurden Qualitätsbeauftragte für das Audit Gesunde Schule ausgebildet und somit erste Weichen für

eine Zertifizierung gestellt. Außerdem haben die dritten Klassen der Grundschule den aid-Ernährungsführerschein zum Jahresbeginn erfolgreich erworben. An der Umsetzung der anderen Ideen wird gearbeitet.

Quartiersmanagement Magdeburg Südost

Das Quartiersmanagement Magdeburg Südost umfasst die Stadtteile Fermersleben, Salbke und Westerhüsen. Die drei Stadtteile sind gekennzeichnet durch sehr hohe Arbeitslosenquoten, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit prägt das Bevölkerungsbild. Zwei wesentliche Kernprobleme dieser Stadtteile liegen in der starken Abwanderung der Bevölkerung und schwachen Versorgungsstrukturen im Gesundheitssektor durch eine geringe Anzahl an Ärztinnen und Ärzten sowie an Apotheken.

Das Quartiersmanagement Magdeburg Südost ist für etwa 10.200 Bürgerinnen und Bürger, davon 2.000 bis 3.000 Kinder und Jugendliche zuständig. Zu den engagierten Institutionen und Personen, die sich bereits mit dem Gesundheitsthema befassen sowie bestehenden Angeboten zählen ein engagierter Jugendclub, ein aktiver Bürgerverein, der Elbe-Rad-Wanderweg, eine Bürgerbibliothek sowie eine

Grundschule, die bereits Gesundheitsthemen fokussiert.

An der am 10. September 2008 stattgefundenen Gesundheitskonferenz für das Quartier Südost nahmen neben dem Quartiersmanagement eine Zahnarztpraxis, die Grundschule Salbke, eine Krankenkasse sowie der Bürgerverein Salbke-Westerhüsen-Fermerleben teil. Aus dem gemeinsamen Brainstorming ergab sich zunächst der Bedarf, stadtteilbezogene Gesundheits- und Sozialdaten zu eruieren und zu analysieren, auf deren Basis Handlungskonzepte erarbeitet werden könnten. Bis dahin ist die Beteiligung an bundesweiten Kampagnen, wie z.B. „Ich geh zur U! Und du?“, die Nutzung örtlicher Sportstätten für ein Stadtteil-Fußballturnier oder Sportfest, die Errichtung eines Trinkbrunnens an einem Spiel- oder Sportplatz, die Initiierung von Walkinggruppen, die Integration von Gesundheits- und Vorsorgeangeboten in das jährlich stattfindende Stadtteilfest oder auch die Fokussierung der bereits stattfindenden Lesenächte in der Bibliothek auf Gesundheitsthemen angedacht. Insbesondere die letzten beiden Punkte verdeutlichen dabei, wie bestehende Strukturen genutzt werden können, um das Thema Gesundheit zeitnah aufzugreifen. Über diese Ideen hinausgehend sahen die Akteure auch Handlungsbedarf in der Gewinnung weiterer Partnerinnen und Partner zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Aktivitäten. Dazu wäre eine gemeinsame Informations- und Aquiserveranstaltung denkbar.

Aktuelle Entwicklungen zeigen erste Weichenstellungen für eine Zusammenarbeit zwischen der Grundschule Salbke und der Zahnarztpraxis. Beidseitig besteht großes Interesse, im Jahr 2009 eine gemeinsame Aktion oder ein Projekt zu den Themen Zahngesundheit und ge-

sunde Ernährung durchzuführen. Erste Gespräche haben bereits stattgefunden. Wenn es gelingt, die Ideen umzusetzen, ergäbe sich ein good-practice-Modell für die Ressourcennutzung und Verzahnung lokaler Strukturen innerhalb eines Stadtteils – losgelöst vom Öffentlichen Gesundheitsdienst, der stadtteilübergreifend tätig ist und dessen Kapazitäten häufig nicht für eine Intensivbetreuung einzelner Schulen reichen.

Quartiersmanagement Stendal Stadtsee

Stendal ist die größte Stadt eines schwach besiedelten Landkreises im Norden Sachsen-Anhalts. Im gesamten Landkreis Stendal wohnen 127.464 Personen, davon 14,12 Prozent Kinder und Jugendliche. Die Arbeitslosenquote lag im Jahr 2007 bei 19,7 Prozent. Der Stadtteil Stadtsee in Stendal entspricht einem klassischen Neubaugebiet am Stadtrand, wie es in den 50er und 60er Jahren stereotyp in vielen ostdeutschen Städten errichtet wurde. Hohe Arbeitslosigkeit bestimmt auch in diesem Stadtteil die Bevölkerungsstruktur.

Ein engagiertes Quartiersmanagement konzentrierte seine Aufgaben bislang zum einen auf bauliche Maßnahmen wie z.B. den Umbau des Stadtteilparks, die Sanierung von Grundschulen, KiTas und Jugendeinrichtung sowie die Umgestaltung von Grünanlagen, zum anderen auf Einzelaktivitäten und Projekte wie Stadtteilfeste, Gestaltung einer Stadtteilzeitung, Lenkungsrounds mit Wohnungsbaugenossenschaften und Energieversorgern, Veranstaltungen zur Gewaltprävention, Workshops zum Thema Bewegung im Alltag oder Sportfeste. Auch ein Projekt für adipöse Kinder gehörte zu den umgesetzten Maßnahmen. Bei diesen Projekten konnte das Stadtteilmanagement auf ein gutes Netzwerk enga-

gierter Partner vor Ort zurückgreifen.

Zu der Gesundheitskonferenz des regionalen Knoten der LVG Sachsen-Anhalt und dem Stadtteilmanagement am 5. November 2008 folgten daher auch überdurchschnittlich viele Institutionen der Einladung ins Stadtteilbüro. Es nahmen Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen, dem Gesundheitsamt, dem Amt für Jugend, Sport und Soziales, einer Grund- und einer Sekundarschule, mehreren KiTas sowie eines Jugendzentrums teil. Auch eine Familienhebamme, die bedürftige Familien über den üblichen Zeitraum hinausgehend begleitet, war dabei. Damit gelang es in diesem Stadtteil gemäß der Zielgruppensetzung der Gesundheitskonferenzen, Akteure aus allen relevanten Feldern – Sozialarbeit, Bildung und Gesundheitswesen sowie politische Ressorts – zu versammeln. In einer Vorstellungsrunde zeigten sich bereits vielfältige Ansätze der Gesundheitsförderung in den einzelnen Einrichtungen. Im Brainstorming wurden Möglichkeiten einer stärkeren Zusammenarbeit geprüft. Ergebnisse waren u.a. der Besuch der Familienhebamme in der Sekundarschule, eine Hebammen-sprechstunde in einer KiTa zur verbesserten Erreichbarkeit sozial benachteiligter Eltern (aufsuchende Angebote), die Anschaffung von Trinkbrunnen für KiTas und Schulen und die Durchführung eines Gesundheitsthementages im Stadtteil, an dem sich alle anwesenden Einrichtungen in eigener Form beteiligen.

Infolge der Gesundheitskonferenz konnte Ende 2008 ein Trinkbrunnen in einer KiTa errichtet und eingeweiht werden, der Bau eines zweiten Trinkbrunnens im Stadtteil Stadtsee wird derzeit vorbereitet.

Völklingen lebt gesund

Franz Gigout, LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS)

„Von der Resonanz unseres Projektes „Völklingen lebt gesund“ bei der Kaufmannschaft, den Vereinen, Verbänden und Institutionen und der Bevölkerung unserer Stadt bin ich überwältigt“, sagt mit Stolz Karl-Heinz Schöffner, der Direktor der Volkshochschule der saarländischen Mittelstadt Völklingen. Ein Blick auf die Homepage des Projektes unter www.voelklingen-lebt-gesund.de bestätigt diese Zwischenbilanz. Anfang März 2009 dokumentieren 148 Presseartikel die umfangreichen Aktivitäten der bisher 92 Projektpartner in 314 verschiedenen gesundheitsfördernden Aktivitäten. Und dabei läuft das Projekt erst seit September 2008, ist also Anfang März gerade in die zweite Hälfte seiner Laufzeit bis August 2009 gestartet.

Karl-Heinz Schöffner hat den gesundheitsförderlichen Coup anlässlich der 50-Jahr Feier seiner Volkshochschule gut vorbereitet. Bereits ein Jahr vor Projektstart rief er potenzielle Kooperationspartner zusammen, um frühzeitig mit den Planungen zu beginnen: zwei besonders engagierte Vertreter der Völklinger Ärzteschaft, den Leiter des Gesundheitsamtes und den Geschäftsführer der LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS). Dieses fünfköpfige Team erar-

beitete ein Konzept und band Zug um Zug weitere Kooperationspartner in die Vorbereitungen mit ein. Die Schirmherrschaft für das Großprojektes teilen sich der saarländische Gesundheitsminister Professor Gerhard Vigener, der Leiter des Regionalverbandes Saarbrückenn Ulf Huppert, der Präsident der saarländischen Ärztekammer Dr. Franz Gadomski und der Völklinger Oberbürgermeister Klaus Lorig.

Die Zwischenbilanz von „Völklingen lebt gesund“ kann sich sehen lassen:

- 1.600 Teilnehmende wurden bisher bei Kursen, Vorträgen und Seminaren von Volkshochschule, den ortsansässigen Krankenhäusern, den Ärzten, Vereinen und Verbänden gezählt.
- Bis zum Ende des Jahres 2009 werden neun Aktionstage zu unterschiedlichen Themen mit einem großen Baumarkt durchgeführt.
- Bisher sind mehr als 100 Gesundheitspässe verteilt, in denen die Teilnehmenden ihre eigenen Aktivitäten zu Prävention und Gesundheitsförderung im Laufe des Jahres dokumentieren können.
- Bisher haben bereits elf Grundschulklassen den AID-Ernährungsführerschein absolviert, acht Grundschulklassen beteiligten sich an der Kam-

pagne „schöne Zähne – cool“ und an drei Völklinger Schulen wurde für Klassenstufe acht das Stressbewältigungsprogramm SNAKE der Techniker Krankenkasse umgesetzt.

- Im November 2008 fand die Jahrestagung des Regionalen Knotens Saarland im Festsaal des Alten Rathauses statt. Dort wurde unter dem Motto „Gesundheitsfördernde Ansätze für Quartiersmanagement und Gemeinwesenarbeit“ der Startschuss gegeben zum Ausbau der Zusammenarbeit mit den Projektgebieten Soziale Stadt

Bis Ende des Jahres werden noch einige außergewöhnliche Ereignisse folgen:

- im Mai gastiert die Kinderliedertour „Nase, Bauch und Po“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Kulturhaus der Stadt. Rund 600 Kinder aus Völklinger KiTas werden die Geschichte von Paule Po hören und die Erzieherinnen und Erzieher der beteiligten KiTas haben die Möglichkeit zur Fortbildung durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der ProFamilia, des Diakonischen Werkes, der AWO oder von Donum Vitae.
- Ebenfalls im Mai wird in einem Altenheim der Stadt im Rahmen der Kampagne IN FORM der Bundesregierung



ein „Movical“ zur Aufführung kommen, das die alten Menschen zur Bewegung anregen soll. Die Mitarbeitenden der Einrichtung erhalten anschließend eine Schulung zur nachhaltigen Umsetzung der Bewegungsimpulse.

- Bis Ende des Jahres sollen möglichst viele der kommunalen Völklinger Kindergärten mit Bewegungsbaustellen ausgestattet werden. Dabei können die Kinder die verschiedenen Elemente aus Kästen und Stangen immer wieder neu zusammenstellen und darauf balancieren und spielen. Für die Erzieherinnen und Erzieher wird eine Fortbildung durch eine Motopädagogin angeboten.
- Im April erscheint das zweite Kochbuch der Kampagne, in dem es um kindgerechte Ernährung geht. Im ersten Kochbuch, die Auflage von 1.000 Exemplaren ist inzwischen vergriffen, ging es um einfache, preisgünstige und gesunde Rezepte.
- Ebenfalls im April startet im Auftrag des saarländischen Gesundheitsministeriums in Völklingen die „Vitamin D Kampagne“ von LAGS, Saarländischem Krebsregister und Deutschem Krebsforschungszentrum. Dabei geht es darum, deutlich zu machen, dass dreimal wöchentlich 15 Minuten Sonnenexposition ausreichen, um das für unseren Knochenbau erforderliche Vitamin D zu bilden.

Nicht alle Ideen des ursprünglichen Ansatzes sind allerdings auch Erfolgskonzepte. So haben sich die Verantwortlichen von der anfangs geplanten Abspeckaktion verabschiedet. Man wollte Völklinger Bürger gewinnen, die sich regelmäßig gemeinsam auf die Waage stellen und am Ende des Projektjahres die abgespeckten Kilo als Erfolgsmeldung verbreiten. Die Mediziner im Team überzeugten die Lenkungsgruppe, dass solche Erfolge in der Regel nur von kurzer Dauer sein würden. Überrascht sind die Initiatoren auch, dass die Völklinger Vereine die Angebote zu Vorträgen durch Fachleute nicht in dem Maße nutzen, wie man das erwartet hatte.

Im Jahr 2009 wird das Projekt „Völklingen lebt gesund“ von der saarländischen Landesregierung kräftig unterstützt. Das Gesundheitsministerium finanziert bei der LAGS für ein Jahr eine halbe Stelle, die das Vorhaben begleiten, dokumentieren und bei der Evaluation unterstützen soll. Dazu gehört auch die Filmdokumentation durch das AV-Medienzentrum des Regionalverbandes mit Interviews der beteiligten Akteure. Ziel dieser Dokumentation ist es, die Erfahrungen und Ergebnisse dieses kommunalen Vorhabens auch für andere Regionen des Landes nutzbar zu machen.

Heute ist bereits sicher, dass „Völklingen lebt gesund“ am 31. August 2009 nicht beendet sein wird. Der Widerhall im Gemeinwesen ist groß, viele Ideen für weitere Aktivitäten sind bereits entwi-

ckelt und da die Völklinger Innenstadt zu den Projektgebieten des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ gehört stehen die Aussichten auch nicht schlecht, viele der angestoßenen Aktivitäten in Völklingen beizubehalten oder weiter zu entwickeln. Die Stadt möchte sich langfristig und nachhaltig weiter entwickeln und wird deshalb nach einem Ratsbeschluss im Laufe des Jahres dem Gesunden Städtenetzwerk beitreten. In ihm sind derzeit 65 deutsche Städte oder Stadtteile von Großstädten organisiert und stehen in einem regelmäßigen Austausch. Und vielleicht erscheint „Völklingen lebt gesund“ demnächst auch unter den „Good Practice“ Projekten der Regionalen Knoten.

Projekte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Kindergartenprojekt „Ich geh“ zur U! Und Du?“

Aktuelle Daten belegen, dass die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen mit den Jahren, also vom zweiten Lebensjahr bis zum Vorschulalter abnimmt. Insbesondere Kinder aus sozial schwachen Elternhäusern sowie von Migrantinnen und Migranten nehmen weniger an der U7, U8 und U9 teil. Das führt dazu, dass z. B. Entwicklungsstörungen vor der Einschulung häufig nicht erkannt und damit auch nicht rechtzeitig behandelt werden können. Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter haben eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung. Sie dienen sowohl der frühzeitigen Erkennung bestimmter Erkrankungen und Risiken, als auch der Beratungen der Eltern zur Primärprävention. Bei der Ansprache von Familien ausländischer Herkunft und in sozialen Brennpunkten bedarf es vor allem personalkommunikativer Strategien, die deren spezifische Lebenssituation aufgreifen und Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme dieses präventiven Angebotes abbauen.

Die Ursachen für die geringe Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen liegen häufig in:

- ganz praktischen Hemmnissen, wie z.B. weite Entfernungen zu Kinderärztinnen und -ärzten, keine Babysitter für Geschwisterkinder oder einfach nur vergessen,

- unzureichenden Informationen über Untersuchungsangebote, Impfmöglichkeiten, Sinn der Untersuchungen, Beratungsmöglichkeiten bei den Ärztinnen und Ärzten etc.,
- Unsicherheit im Umgang mit Personen und Institutionen des Medizinsystems,
- unzureichendem Wissen, dass mit dem eigenen Handeln Gesundheit und Krankheit beeinflusst werden können,
- Angst und Scham den Ärztinnen und Ärzten gegenüber, seltener positiver Resonanz von Seiten der Ärztinnen und Ärzten,
- Mangel an fremdsprachlichen Infos, Unkenntnis der Ärztinnen und Ärzten über landestypische gesundheitsbezogene Einstellungen.

Die BZgA hat daher ein Projekt entwickelt, das mit Anreizen für Kinder und ihre Eltern arbeitet und auf dem Zusammenwirken von Kindertageseinrichtungen, ÖGD, Jugendamt, Pädiatrie und Eltern basiert. Zielgruppen sind Kinder aus Familien mit sozialer Benachteiligung sowie Migrationshintergrund. Die BZgA stellt den Akteuren vor Ort die Materialien für die Aktion zur Verfügung (Plakate, Flyer in verschiedenen Sprachen, Elterninformationen, T-Shirts, die die Kinder nach der Teilnahme an der „U“ meist durch die Mitarbeitende der Kitas erhalten und Infomappen zur

Bewerbung der Aktion bei potenziellen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern).

Die Ziele der Aktion sind:

- Information über die Früherkennungsuntersuchungen und Steigerung der Inanspruchnahme, insbesondere der U7 bis U9 durch Eltern der unteren sozialen Schichten und Vervollständigung des Impfstatus der Kinder,
- Sensibilisierung der Zielgruppe Eltern für den Nutzen von Präventionsmaßnahmen und Motivation zu eigenverantwortlichem, gesundheitsförderndem Handeln,
- Unterstützung, Koordination und Vernetzung bereits bestehender oder geplanter Aktivitäten der verschiedenen Akteure wie Ärztinnen und Ärzten, Kindergärten, Jugendämter, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Quartiersmanager in sozialen Brennpunkten.

Eine zentrale Funktion kommt den Erzieherinnen und Erziehern der Kindertagesstätten zu. Sie motivieren die Eltern, mit ihren Kindern die Früherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen. Darüber hinaus nutzen sie das Projekt als Einstieg, um gesundheitsrelevante Themen mit den Kindern zu erarbeiten. Häufig werden auch die Eltern in diese Arbeit eingebunden, beispielsweise durch gemeinsame Kochaktionen oder bei Sommerfesten mit zahlreichen Bewegungsangeboten.

Der Ablauf der Aktionen erfolgt folgendermaßen:

Ein zentraler Akteur/bestehendes Netzwerk in einem sozialen Brennpunkt übernimmt die verantwortliche Koordination der Aktion.

- Über Plakate und Infoflyer sollen Eltern motiviert werden, die anstehenden Früherkennungsuntersuchungen durchzuführen und den Impfstatus zu überprüfen.

- Zur Belohnung bekommen die Kinder, die zur U7, U8 und U9 gehen, ein entsprechendes U-T-Shirt von der Erzieherinnen und Erzieher in der Kindertagesstätte.
 - Wenn möglichst viele Kinder eines Kindergartens solch ein T-Shirt besitzen, soll ein witziges Foto gemacht und zum Wettbewerb an die BZgA eingeschickt werden.
 - Ca. sechs Monate nach Beginn der Aktion findet die Preisverleihung statt. Zwei Mal pro Jahr erfolgt ein Fotowettbewerb, einmal jährlich wird ein Preis für ein besonders erfolgreiches, engagiertes Netzwerk vergeben.
- Im ersten Halbjahr 2008 haben sich mehr als 32.000 Kinder und ihre Eltern sowie rund 500 Kindertagesstätten an der Aktion der BZgA beteiligt und über 2000 Fotos eingereicht.
- Der erste Preis ging an die Kinder des Kinderhauses Kerschensteiner in Mannheim. Die Fotoserie zeigt, wie viele Kinder unterschiedlichster Herkunft durch die Aktion motiviert werden konnten, die Früherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen. Der zweite Preis geht an die Kita Springmäuse in Simmern im Hunsrück. Sie reichten ein fröhliches Foto im Außengelände der Einrichtung ein. Mit einem Szenenfoto errangen die Erzieherinnen der Kita Gänseblümchen in Plötzkau, einem kleinen Ort im Salzlandkreis in Sachsen-Anhalt, den dritten Preis beim Fotowettbewerb der BZgA. Sie führten bei einem Eltern-Kind-Nachmittag einen Sketch zum Auftakt der BZgA-Aktion auf. Frei nach dem Motto „Schaut her, so ist das beim Doktor und es tut gar nicht weh“ klärten die Bühnenakteure spielerisch über Form und Inhalt von Früherkennungsuntersuchungen auf. Sonderpreise erhalten Kindertagesstätten in Berlin Spandau, Berlin Treptow-Köpenick, Erlangen, Lamprecht und Weilheim.
- Die BZgA bietet das Projekt allen interessierten Netzwerken an. Darüber hin-

aus erfolgen bereits Kooperationen mit Bundesländern, weitere Kooperationen werden angestrebt.
www.ich-geh-zur-u.de

Kinderprojekt „Unterwegs nach Tutmirgut“

Das Kinderprojekt „Unterwegs nach Tutmirgut“ richtet sich an Kinder zwischen fünf und elf Jahren und entsprechende Multiplikatoren mit dem Ziel, flächendeckende gesundheitsförderliche Strukturen in den Lebenswelten von Kindern zu schaffen. Dabei stehen die Themen Ernährung, Bewegung und Stressregulation als Teile eines umfassenden Lebensstils im Vordergrund. Das Projekt beinhaltet drei wesentliche Maßnahmen: eine Erlebnisausstellung, eine Musikshow und diverse Fortbildungen für Multiplikatoren.

Über die Schulen werden die Kinder sowie deren Lehrkräfte und Familien mit Hilfe einer interaktiven Mitmachausstellung sowie einer Musikshow motiviert, sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen. Eine Medienmappe für den Einsatz im Unterricht unterstützt die Lehrkräfte bei der Umsetzung im Schulalltag. Durch regelmäßige Schulungen werden Multiplikatoren qualifiziert, Gesundheitsförderung in ihrer Lebenswelt umzusetzen.

Die Erlebnisausstellung von „Unterwegs nach Tutmirgut“ wandert durch verschiedene Kindermuseen in ganz Deutschland und wird jeweils ein halbes Jahr an einem Standort angeboten. Der Schwerpunkt der Ausstellung liegt auf Gesundheitsthemen, die für die Entwicklung von Kindern von immenser Bedeutung sind. Dazu zählen Ernährung, Bewegung, Lärmbelastigung, Entspannung und der Umgang mit Gefühlen, Konflikten und Stress.

Die Ausstellung ist eine kindliche Reise, die zum eigenen Wohlbefinden und Wohlfühlen dient, wobei im Vordergrund

das Begreifen und Lernen durch eigene Erfahrung steht. Auf einer Reise durch ein Fantasieland gibt es für große und kleine Besucher viel zu entdecken, denn die Kinder wandern entlang eines spannenden Parcours mit unterschiedlichen Spielstationen und bekommen dabei zahlreiche Gelegenheiten zum Ausprobieren und Lernen, Entdecken und Erleben. Sie werden durch attraktive Spiel- und Mitmachangebote angeregt, sich spielerisch mit den eigenen Gefühlen und Wahrnehmungen auseinander zu setzen und so ein Gefühl für positive und negative Körperempfindungen zu bekommen und damit umzugehen. Auf diesem Wege werden sie für ein gesundheitsbewusstes Umgehen mit dem eigenen Körper sensibilisiert.

Die Musikshow, die seit 2007 durch Deutschland tourt und jeweils in der gleichen Region stattfindet wie die Erlebnisausstellung, lädt Kinder zum Hören, Zuschauen, Mitsingen und Mitmachen ein und motiviert diese spielerisch, sich mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen.

Die verschiedenen Angebote von „Unterwegs nach Tutmirgut“ bieten einen idealen Anknüpfungspunkt für die nachhaltige Positionierung des Themas und die Vernetzung der Akteure in Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf.

Weitere Informationen unter www.tutmirgut.net

GUT DRAUF – Das Projekt zur Ernährung, Bewegung und Stressregulation für Jugendliche

Ernährung, Bewegung und Stressregulation sind Teile eines umfassenden Lebensstils und haben eine Reihe von Wechselwirkungen. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, diese Themen miteinander zu verbinden, um das Gesundheits-

verhalten Jugendlicher nachhaltig und positiv zu beeinflussen. Und genau hier setzt das GUT DRAUF Projekt an.

Das Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „GUT DRAUF: bewegen, entspannen, essen – aber wie!“ richtet sich an 14 bis 18jährige Jugendliche und an deren Multiplikatoren wie Animatoren, Jugendarbeiter, Jugendreisebegleiter, Lehrerinnen und Lehrer und Übungsleiter im Sport und Bewegungsbereich, die dazu befähigt werden sollen, GUT DRAUF Angebote umzusetzen. Die Teilnahme an einer GUT DRAUF Schulung ist Voraussetzung für die weitere Umsetzung von GUT DRAUF in Organisationen, Einrichtungen und anderen Umgebungen. Eine Schulung dauert dreieinhalb Tage und findet in einer GUT DRAUF-Jugendherberge oder einem anderen zentralen Schulungshaus statt.

Der Aktionsansatz von GUT DRAUF zeichnet sich dadurch aus, dass gesundheitsfördernde Angebote dort umgesetzt werden, wo sich die Zielgruppe ohnehin aufhält. GUT DRAUF geht auf die Jugendlichen zu und holt sie dort ab, wo sie sind. Hier, vor Ort, werden ihnen gesundheitsfördernde Angebote gemacht: Schule, Betriebe, offene und verbandliche Jugendarbeit, Sport und Jugendreisen & Jugendunterkünfte. Und genau das sind die Handlungsfelder des GUT DRAUF-Programms. GUT DRAUF ist sozialraum-orientiert und dringt darauf, gesundheitsfördernde Institutionen (d. h. alle Partnerinnen und Partner von GUT DRAUF) im direkten und mittelbaren Umfeld der Jugendlichen in Netzwerken zusammenzuführen. So soll eine stärkere und nachhaltige Verankerung im Alltag erreicht werden. Resultate dieses Ansatzes sind:

- regionale Netzwerke im direkten Umfeld, z. B. Stadtteil, Kommune oder Landkreis, und

- Netzwerke, die lebenswelt- und institutionsübergreifend oder bundesland- oder gar bundesweit funktionieren.

Unter dem Oberbegriff „besondere Zielgruppen“ geht GUT DRAUF auf Menschen in schwierigen Lebenssituationen zu. Niedrigschwellige und wohnortnahe Angebote von GUT DRAUF werden erstellt für Migrantinnen und Migranten, das „Setting Kinder & Familien“ und sozial benachteiligte Jugendliche.

Das Projekt beinhaltet Maßnahmen zur Bewegung, gesunden Ernährung und Stressregulation für Jugendliche. Das Hauptziel des Projektes ist die Vermittlung von gesundheitsgerechten, stimmigen Botschaften in den unterschiedlichsten Lebenswelten Jugendlicher wie zum Beispiel in der Freizeit oder auf Reisen. Außerdem werden nachhaltige Netzwerke zwischen den verschiedenen Aktionen in Schule und Freizeit aufgebaut. Somit leistet das Projekt einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung dieser Jugendlichen.

Einheitlicher Tenor der GUT DRAUF-Botschaften ist:

Gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung und Entspannung sollen zum begleitenden Ereignis des sozialen Lebens der Jugendlichen werden. Das Wechselspiel zwischen den drei Elementen wird erlebbar und die Notwendigkeit, diese im Gleichgewicht zu halten, erfahrbar gemacht.

Über jugendliche Bedürfnisse nach Abenteuer, Risiko, körperlicher Selbst- und Grenzerfahrung werden Anreize zu einer bewussten Körperwahrnehmung gegeben.

Jugendliche werden für physische und psychische Befindlichkeiten sensibilisiert, damit sie lernen, eigene Bedürfnisse zu erkennen, einzuordnen und mit ihnen umzugehen. Stressbewältigung spielt hierbei eine zentrale Rolle.



GUT DRAUF bietet einen guten Anknüpfungspunkt für die nachhaltige Positionierung des Themas und die Vernetzung der Akteure in Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf. Das Programm setzt einen Grundstein für eine zukunftsorientierte Gesundheitsförderung und steht sowohl für die Verbesserung der Lebensqualität als auch für Krankheitsvorbeugung. Um innerhalb der Lebensbereiche des Jugendlichen eine gemeinsame ganzheitliche Basis für die Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen, setzt GUT DRAUF verbindliche Kriterien, um die Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen zu sichern. Diese Kriterien gelten für alle Angebote, die unter dem Label des Projektes durchgeführt werden. Den Projektpartnern fällt die Aufgabe zu, die Kriterien zu erfüllen und dies anhand von Evaluation zu belegen.

GUT DRAUF zeichnet sich durch acht Qualitätskriterien aus. Dazu gehören eine (1) ganzheitliche Zielsetzung des Projektes hinsichtlich Ernährung, Bewegung und Entspannung, die (2) nachhaltige Wirkung für den Alltag, indem Jugendliche motiviert werden, gesundheitsgerechtes Verhalten in Ihren Alltag zu integrieren, (3) aktuelle Jugendkulturen werden aufgegriffen, (4) Gesundheit wird in Szene gesetzt und mit positiven Wertvorstellungen verbunden, (5) das Konzept muss von qualifiziertem Personal durchgeführt werden, (6) Partizipation und Teamorientierung spielen eine große Rolle, (7) Qualitätssicherung und Evaluation müssen gewährleistet sein und das Konzept ist so angelegt, dass (8) Vernetzung institutionenübergreifend gegenseitige Anregungen ermöglicht.

Weitere Informationen unter www.gutdrauf.net

Soziale Stadt Armut ist ein Gesundheitsrisiko: zu wenig Geld für ausgewogene Ernährung, zu wenig für Angebote in Sport

Fit für wenig Geld

Die Sportjugend Frankfurt knüpft an einem starken Netz für Jugendliche, die gute Angebote suchen

Von Susanne Schmidt-Lüer

Vier Jungs liegen im Boxing auf blauem Tuch, die Körper auf Füße und Fäuste gestützt. Ein leichtes Keuchen durchzieht während ihrer 20 Liegestütze den Raum. Doch Gerhard Jaworowski, mit dem CSC Frankfurt drei Mal deutscher Mannschaftsmeister im Boxsport, gönnt den Jungs noch keine Pause. Aufstehen, Oberkörper kreisen lassen. In das Keuchen mischt sich ein Stöhnen. „Sch, scha, sch, scha“, stößt Jaworowski die Luft aus, während er breitbeinig dastehend den Rumpf beugt. Es ist 19 Uhr am Freitag im Sportjugendzentrum Kuckucksnest. In dem grün gestrichenen Flachbau neben dem Bahnhof Louisa in Sachsenhausen ist nicht nur das Frankfurter Box Camp, sondern auch ein exzellent ausgestattetes Fitnesszentrum mit 27 Stationen beheimatet.

Der 15 Jahre alte Musye, ein Handtuch um den Nacken, die Ohrstöpsel über der Schulter, hat sein Training gerade beendet. Alle zwei Tage kommt der schmale Junge aus Niederrad zum Fitnesstraining ins Kuckucksnest. „Es ist gut, das es das gibt.“ Denn hier kann der Gymnasiast für fünf Euro im Monat seine Muskeln gezielt aufbauen, sich Kraft und Ausdauer erarbeiten.

Paul, der blonde Junge im grünen T-Shirt, macht gerade Pause. „Meine Freunde gehen auch alle ins Fitnessstudio“, sagt der 16-Jährige. Doch 70 Euro im Monat, die dafür schon mal in einem kommerziellen Studio hingelegt werden müssen, wollen und können Paul und die anderen Jungs im Kuckucksnest nicht ausgeben. „Dann würde ich eher für zu Hause was anschaffen“, sagt Paul. Manchmal essen er und seine Freunde auch abends nach dem Training bei der Sportjugend. Antonio Buono kocht dort hervorragende Penne.

Die Jungs, egal ob sie im Sportjugendhaus Rödelheim, im Sport-

jugendzentrum Lindenviertel oder im Sachsenhäuser Kuckucksnest trainieren, liegen Peter Benesch und Roland Recht am Herzen. Benesch, einst deutscher Vizemeister im Powerlifting genannten Kraftdreikampf mit Gewichten, leitet seit 1993 die Sportjugend Frankfurt mit ihren 60.000 Mitgliedern. Roland Recht, der braungebrannte drahtige Mann mit Baseballkappe, schafft auch jenseits der 60 immer noch seine 170 Klimmzüge. Er ist im Vorstand der Sportjugend für Fitness zuständig und managt das Sportjugendzentrum Lindenviertel in Höchst. Ein starkes Duo.

Ob in den Sportjugendzentren, im 2006 eröffneten, vom Land kürzlich für seine Gewalt-Präventionsarbeit ausgezeichneten Frankfurter Boxcamp oder dem in zehn Stadtteilen florierenden Mitternachtssport: Benesch und seine Mitarbeiter wollen Jungs und Mädels „von der Straße holen“ und ihnen Regeln vermitteln. „Es ist für viele das erste Mal, dass sie lernen, dass Regeln sein müssen.“ „Pass acht“, sagt Benesch ihnen, „ihr habt die Möglichkeit, hier was zu machen. Verschleiß gibt es, aber ein mutwillig kaputt gemachtes Gerät wird nicht ersetzt“. Für seine Arbeit erhielt Benesch im Dezember den Integrationspreis der Stadt Frankfurt.

Viele Besucher im Kuckucksnest sind zwischen 15 und 18 Jahre alt, die meisten kommen aus Sachsenhausen, Oberrad, Goldstein, ein paar aus Niederrad. Wer den Monatsbeitrag von fünf Euro nicht zahlen kann, „putzt mal eine Stunde Geräte oder macht Laub weg, dann ist das erledigt“, sagt Benesch. Der Mann mit der auffallend großen silbrigen Gürtelschnalle rechnet damit, dass die Zahl der Besucher im Kuckucksnest, die 2008 bei rund 10.000 lag, in diesem Jahr einen Rekord erreicht: „Das Geld wird immer knapper.“ Muskelaufbauende Präparate sind ein anderes großes



Starke Partner: Boxer Gerhard Jaworowski arbeitet im Sachsenhäuser Kuckucksnest am Selbstbewusstsein.

Thema für die Jungs, die zu 80 bis 90 Prozent Einwandererkinder sind. „In kommerziellen Studios fehlt die Aufklärung“ über die Mittel mit ihren katastrophalen Gesundheitsfolgen, sagt Roland Recht. Und Peter Benesch gibt den Tipp: „Wenn man nach dem Training einen halben Liter Milch trinkt, kann man im Jahr drei bis vier Kilo Muskelmasse zuneh-

men.“ Ernährungsseminare gehören ebenso zum Programm der Sportjugend wie die Trainingslehre.

In Zeiten, in denen jedes fünfte Frankfurter Kind in Armut lebt, ist die im Kuckucksnest und anderswo vorgelebte Vernetzung von Sportvereinen mit der Jugend- und Sozialarbeit nach Ansicht von Peter Benesch „die Zukunft.“ Auf

dem ehemaligen Teves-Gelände im Gallusviertel möchte er Mitte des Jahres mit Unterstützung der Boxsport treibenden Vereine ein zweites Boxcamp aufbauen: „Das Gallus ist ein Bereich, wo man was tun muss.“

Benesch fordert aber auch die Stadt auf, mehr zu machen: „Wer in Kinderarmut lebt, muss Sport treiben können. Wir können das

„Die Frage lautet nicht, ob ich Gemüse esse, sondern ob ich satt we

Experten Heike Pallmeier und Rolf Reul fordern Kommunen auf, Gesundheitsförderung auch zum Thema für Quartiersmanag

Frau Pallmeier, Herr Reul, kann man sagen, je angespannter die soziale Lage von Menschen ist, desto schlechter ist ihre Gesundheit?

Reul: Es gibt einen klaren Zusammenhang. Studien über den Zusammenhang von sozialer Lebenslage und Gesundheit gibt es schon länger. Anfang der 80er Jahre kam der Black Report in Großbritannien heraus, seitdem gibt es kontinuierlich immer mehr Untersuchungen, vor allem internationale. Vor zwei Jahren kam in Deutschland die auf Kinder und Jugendliche bezogene KIGGS-Studie heraus. Aber bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung stehen wir auf Landesebene eher noch am Anfang.

Gibt es denn in den Kommunen, die schon länger mit dem Thema konfrontiert sind, Ansätze, auf die Sie zurückgreifen können?

Pallmeier: Gesundheit und Prävention ist in den Kommunen ein eher nachrangiges Thema, es wird nicht so in den Blick genommen. **Reul:** Es fehlt noch das Querdenken. Wenn ich einen Stadtteil weiterentwickle, kann ich in einer neuen Grünanlage auch zusätzlich ein bewegungsförderndes Angebot machen. Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung gemeinsam in den Blick zu nehmen ist unser Ansatz.

Es müsste in städtischen Quartieren mit sozial benachteiligten Familien aber doch auffallen, dass Jugendliche sich weniger be-

ZUR PERSON



Heike Pallmeier ist Geschäftsführerin der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAGE). Die HAGE arbeitet in der Gesundheitsförderung mit Multiplikatoren wie Lehrerinnen und Erziehern. Im vergangenen Jahr feierte sie ihr 50-jähriges Bestehen.



Rolf Reul koordiniert den Regionalen Knoten Hessen, der seit 2007 den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit beleuchtet.

wegen, schlechter ernähren, vielleicht mehr rauchen?

Pallmeier: Ich weiß aus einzelnen Kontakten, dass man sich auf den Weg macht, aber es gibt bisher bei der Gesundheitsförderung eher punktuelle Ansätze. Die Quartiersmanager in den Gebieten der Sozialen Stadt brauchen dabei die Unterstützung in der Kommune.

Woran liegt es, dass sich finanziell schlechter Gestellte weniger um ihre Gesundheit kümmern können?

Pallmeier: Das ist schwer, pauschal zu sagen. Wer sozial schlechter gestellt ist, nimmt weniger Angebote wahr. Die Menschen halten sich zurück, weil das Geld auch für preisgünstigere Angebote fehlt. Sie wären außerdem konfron-

triert mit anderen, die Fragen stellen, sie müssten sich mit der eigenen Lebenssituation auseinandersetzen.

Reul: Was vielen Menschen fehlt, ist das soziale Geflecht. Es ist entweder gar nicht vorhanden, wenn Menschen in geerbter Armut leben oder sie sind in Armut reingerutscht, das soziale Netzwerk bricht oft weg und sie stehen mit ihren Problemen alleine da.

Wie sind die Auswirkungen?

Pallmeier: Die gesundheitlichen Auswirkungen von Armut sind, insbesondere was die Lebensdauer angeht, deutlich. Männer, die unter 60 Prozent des Durchschnittsnettoeinkommens haben, also unter der Armutsgrenze lie-

rtvereinen oder Clubs. In Frankfurt regt sich das Bewusstsein dafür.

Kein Kind soll ohne Frühstück bleiben

1. Forum Gesundheit in der Sozialen Stadt

Von Susanne Schmidt-Lüer

GESUNDHEIT FÖRDERN

Es ist eine Spurensuche, die quer durch die Stadt führt und Station an besonders ausgewählten Punkten macht. Der Zusammenhang zwischen der sozialen Situation von Familien und ihrem Gesundheitszustand ist in den Fokus geraten. Am heutigen Donnerstag veranstalten die Hessische Arbeitsgemeinschaft Gesundheitserziehung und die Hessische Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt das „1. Hessische Forum Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt“ im Haus der Jugend. Experten aus ganz Deutschland zeigen in der Stadt mit dem hohen Migrantenanteil an Praxisbeispielen, wie Sport mal anders getrieben werden kann oder in der Mitmachmensa kein Kind ohne Frühstück bleibt. Sie sinnieren über Perspektiven für die soziale und gesunde Stadt und wie sich Stadtteilbewohner am besten an der Gesundheitsförderung beteiligen.

Während die Veranstalter mahnen, das Thema Gesundheit und Bewegung bei der Stadtentwicklung insbesondere in Quartieren der Sozialen Stadt stärker zu berücksichtigen, lohnt ein Blick auf die verschiedenen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter in Frankfurt.

Als erstes fällt Gabriele Dyckmans, Referentin von Gesundheitsdezernentin Manuela Rottmann (Grüne) das Kinder- und Familienzentrum Fechenheim ein. Im ehemaligen Pfarrhaus hält das Frauengesundheitszentrum Kurse für Eltern und Babys ab, berät Schwangere, lädt zu Elterncafés ein. Ihr Vorbild sind die britischen Early-Excellence-Centres, die Stärken der Kinder fördern, Betreuung und Bildung vereinen.

Netzwerk für Kinder

Das bisher einzige Gesundheitszentrum dieser Art in einem Stadtteil könnte Modellcharakter erlangen. Denn ein möglichst flächendeckendes Netzwerk für Kinder und Jugendliche in den Stadtteilen aufzubauen, ist nicht nur erklärtes Ziel der Gesundheitsdezernentin Manuela Rottmann, sondern auch ihrer Kolleginnen Daniela Birkenfeld (Soziales) und Jutta Ebeling (Bildung). „Wir haben eine Prioritätenliste im Kopf“, sagt Gabriele Dyckmans. Die Zentren sollen „dort installiert werden, wo sie besonders benötigt werden“. Neben Fechenheim nennt sie das Gallusviertel.

Wie notwendig das ist, hält der erste Kindergesundheitsbericht fest, den Dezernentin Manuela Rottmann im vergangenen Februar vorlegte. Während jedes zehnte deutsche Kind in Frankfurt übergewichtig oder fettleibig ist, liegt der Anteil bei den Einwandererkindern bereits doppelt so hoch. Und in Stadtteilen mit hoher Arbeitslosenquote fällt es Kindern und Jugendlichen wesentlich schwerer, schlank zu bleiben, als in Quartieren mit sozial besser gestellten Fa-

Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten: Seit Herbst 2003 gibt es einen bundesweiten Kooperationsverbund mit 52 Partnerorganisationen. Neben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gehören ihm Krankenkassen und Ärzte, Wohlfahrtsverbände und andere an.

Bundesweite Datenbank: Sie wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung initiiert und enthält Angebote der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Neben der Förderung von Good Practice-Projekten wurde außerdem eine Internetplattform aufgebaut, die Forschungsergebnisse und andere Informationen vereint. Sie ist unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zu finden.

Auf Länderebene werden Regionale Knoten aufgebaut, um auf die soziale Lage bezogene Gesundheitsförderung betreiben zu können. Seit zwei Jahren gibt es in Hessen die Koordinierungsstelle Soziale Lage und Gesundheit mit Sitz in Marburg. Sie wird finanziert vom Hessischen Sozialministerium und den Krankenkassen. Träger ist die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung in Marburg. Kontakt: 0 64 21 16 00 70.

milien, hält die Untersuchung fest. Eine Kinderumfrage aus dem Jahr 2008, die Auswirkungen von Armut nachspürt, hält fest, dass ein Viertel der 250 befragten Kinder zwischen sieben und 13 Jahren selten oder nie eine warme Mahlzeit am Tag bekommen.

Ansätze, um dem abzuwehren, gibt es an vielen Orten. Dyckmans nennt Projekte von Balance und dem Zentrum für Essstörung in Nied und im Gallus und das Kinderbetreuungs-Konzept des Fußballvereins SG Bornheim Grün Weiss.

Horst Schulmeyer, Leiter der Stabsstelle Aktive Nachbarschaften (ehemals Soziale Stadt) im Sozialamt, richtet den Blick nach Sossenheim. Dort gab es zwei Stadtteilgesundheitskonferenzen mit Ärzten und Bewohnern, in Zeilsheim und Sindlingen ist Ähnliches angedacht. Gesundheitsberatung von Migranten für Migranten vereint das Projekt Mimi. In Zusammenarbeit mit der Sportjugend Frankfurt werden in den Stadtteilen erwerbslose Jugendliche zu Übungsleitern ausgebildet.

Schulmeyer rät, das Thema Gesundheitsprävention „unter ein Dach zu packen, das siedlungsbezogen arbeitet“. Denn: „Frankfurt existiert nur über seine Stadtteile, nicht als Gesamtheit. Die Sossenheimer reisen nicht nach Fechenheim, um sich beraten zu lassen.“

Hessisches Forum Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt, Donnerstag, 22. Januar, 10 bis 16.30 Uhr, Haus der Jugend, Deutschhernerufer 12. Näheres unter www.hage.de



CHRISTOPH BOECKHELER

stein junger Männer und Frauen.

im Höchster Lindenviertel für 200 bis 300 Menschen leisten, aber wir brauchen Betreuer und die kosten Geld.“

Boxer Gerhard Jaworowski steht derweil mit Trillerpfeife und Stoppuhr am Boxring. 30 Sekunden lang haut einer der Jungs auf einen dicken Medizinball ein, sein Partner muss halten, dann ist Wechsel. Später wird es an die Sandsäcke gehen.

Die Jungs und die Mädels, die hier für fünf Euro im Monat trainieren können, „haben Spaß und gehen zufrieden nach Hause“, sagt Jaworowski. Er bläst in seine Pfeife. Wechsel. Kommentar F4

Kontakt: Sportjugendzentrum Kuckucksnest, Schwarzeinkautweg 5a, Telefon 0 69 / 63 46 63 und www.sjf-sportjugend.com

rde“

er in den Stadtteilen zu machen

gen, haben eine Lebenserwartung von rund 70 Jahren. Männer in der obersten Einkommensgruppe leben hingegen fast 81 Jahre.

Das ist unglaublich...

Pallmeier: ...aber auch sehr schnell nachvollziehbar. Wer lange in Armut lebt oder durch Krankheit in Armut gerät, hat nicht nur ein schlechteres Wohnumfeld und schlechtere Arbeitsbedingungen. Es ist auch kein Geld mehr dafür da, einmal in der Woche schwimmen zu gehen, einen Sportkurs zu besuchen oder sich ausgewogen zu ernähren. Es ist nicht mehr die Frage, ob ich Gemüse esse, sondern ob ich satt werde und ob es kostengünstig ist.

Reul: Da können Projekte auch ansetzen und aufzeigen wie sich mit

geringen Ressourcen was machen lässt. Es fehlt oft das Wissen über Ernährung und Bewegung.

Pallmeier: Man kann aber nicht als Experte Wissen vermitteln, sondern muss erst Vertrauen schaffen, einen Zugang dazu finden, was die Menschen überhaupt wissen wollen. Im Marburger Projekt „mittendrin“ beispielsweise wollte eine Ökotrophologin im Stadtteil zum Thema Ernährung beraten. Aber die Familien kamen nicht. Daraufhin ging die Ernährungswissenschaftlerin zu Stadtteiltreffen, baute Vertrauen auf und schließlich kamen Frauen mit einem Broccoli und fragten: Was kann ich damit machen?

Interview: Susanne Schmidt-Lüer

Ernährung und Soziales

"Gesundheitsförderungen in Blick nehmen"

Heike Pallmeier (Bild: FR/Kraus)

Frau Pallmeier, Herr Reul, kann man sagen, je angespannter die soziale Lage von Menschen ist, desto schlechter ist ihre Gesundheit?

Reul: Es gibt einen klaren Zusammenhang. Studien über den Zusammenhang von sozialer Lebenslage und Gesundheit gibt es schon länger. Anfang der 80er Jahre kam der Black Report in Großbritannien heraus, seitdem gibt es kontinuierlich immer mehr Untersuchungen vor allem internationale. Vor zwei Jahren kam in Deutschland die auf Kinder und Jugendliche bezogene KIGGS-Studie heraus. Aber bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung stehen wir auf Landesebene eher noch am Anfang.

Gibt es denn in den Kommunen, die schon länger mit dem Thema konfrontiert sind, Ansätze, auf die sie zurückgreifen können?



Rolf Reul (Bild: FR/Kraus)

Pallmeier: Gesundheit und Prävention ist in den Kommunen ein eher nachrangiges Thema, es wird nicht so stark in den Blick genommen.

Reul: Es fehlt noch das Querdenken. Wenn ich einen Stadtteil weiterentwickle,

kann ich in einer neuen Grünanlage auch zusätzlich ein bewegungsförderndes Angebot machen. Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung gemeinsam in den Blick zu nehmen ist unser Ansatz.

Es müsste in städtischen Quartieren mit sozial benachteiligten Familien aber doch auffallen, dass Jugendliche sich weniger bewegen, schlechter ernähren, vielleicht mehr rauchen?

Pallmeier: Ich weiß aus einzelnen Kontakten, dass man sich auf den Weg macht, aber es gibt bisher bei der Gesundheitsförderung eher punktuelle Ansätze. Die Quartiersmanager in den Gebieten der Sozialen Stadt brauchen dabei die Unterstützung in der Kommune.

Woran liegt es, dass sich finanziell schlechter Gestellte weniger um ihre Gesundheit kümmern können?

Pallmeier: Das ist schwer, pauschal zu sagen. Wer sozial schlechter gestellt ist, nimmt weniger Angebote wahr. Die Menschen halten sich zurück, weil das Geld auch für preisgünstigere Angebote fehlt. Sie wären außerdem konfrontiert mit anderen, die Fragen stellen, sie müssten sich mit der eigenen Lebenssituation auseinandersetzen.

Reul: Was vielen Menschen fehlt, ist das soziale Geflecht. Es ist entweder gar nicht vorhanden, wenn Menschen in geerbter Armut leben oder sie sind in Armut reingerutscht, das soziale Netzwerk bricht oft weg und sie stehen mit ihren Problemen alleine da.

Wie sind die Auswirkungen?

Pallmeier: Die gesundheitlichen Auswirkungen von Armut sind, insbesondere was die Lebensdauer angeht, deutlich. Männer, die unter 60 Prozent des Durchschnittsnettoeinkommens haben, also unter der Armutsgrenze liegen, haben eine Lebenserwartung von rund 70 Jahren. Männer in der obersten Einkommensgruppe leben hingegen fast 81 Jahre.

Das ist unglaublich...

Pallmeier: ...aber auch sehr schnell nachvollziehbar. Wer lange in Armut lebt oder durch Krankheit in Armut gerät, hat nicht nur ein schlechteres Wohnumfeld und schlechtere Arbeitsbedingungen. Es ist auch kein Geld mehr dafür da, einmal in der Woche schwimmen zu gehen, einen Sportkurs zu besuchen oder sich ausgewogen zu ernähren. Es ist nicht mehr die Frage, ob ich Gemüse esse, sondern ob ich satt werde und ob es kostengünstig ist.

Reul: Da können Projekte auch ansetzen und aufzeigen wie sich mit geringen Ressourcen was machen lässt. Es fehlt oft das Wissen über Ernährung und Bewegung.

Pallmeier: Man kann aber nicht als Experte Wissen vermitteln, sondern muss erst Vertrauen schaffen, einen Zugang dazu finden, was die Menschen überhaupt wissen wollen. Im Marburger Projekt "mittendrin" beispielsweise wollte eine Ökotrophologin im Stadtteil zum Thema Ernährung beraten. Aber die Familien kamen nicht. Daraufhin ging die Ernährungswissenschaftlerin zu Stadteiltreffen, baute Vertrauen auf und schließlich kamen Frauen mit einem Broccoli und fragten: was kann ich damit machen?

Interview: Susanne Schmidt-Lüer

Förderung

Gesund in sozialer Stadt

Die Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter soll bei der Entwicklung von Projekten der Sozialen Stadt künftig stärker berücksichtigt werden.

Dies fordern Heike Pallmeier und Rolf Reul von der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung, die heute zum 1. Hessischen Forum Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt nach Frankfurt einlädt.

Bei dem Forum, das auch die Hessische Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt mit veranstaltet, halten Fachleute aus ganz Deutschland Vorträge darüber, wie eine gesunde und soziale Stadt gestaltet werden könnte.

Seit zwei Jahren arbeitet die Koordinierungsstelle Soziale Lage und Gesundheit Hessen mit Sitz in Marburg. Ihr Leiter Rolf Reul fordert, Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung künftig gemeinsam in den Blick zu nehmen, etwa in neue Grünanlagen gleich bewegungsfördernde Angebote mitzuplanen.

Wie wichtig die Gesundheitsförderung ist, zeigen Studien: Männer, die unter der Armutsgrenze leben, haben demnach eine Lebenserwartung von 70 Jahren, gutverdienende Männer leben im Schnitt 81 Jahre. **ssl**

Leitartikel

Dichtes Netz

Die Vereine brauchen mehr Geld und fachliche Unterstützung für ihre Arbeit. Hier ist die Stadt gefragt, das Angebot verbessern zu helfen.

SUSANNE SCHMIDT-LÜER



Susanne Schmidt-Lüer
(Bild: FR)

Die Zahlen sind skandalös. Wer viel verdient und sich gut ernähren und fit halten kann, lebt auch länger. Bei Männern macht der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Armen und Reichen zehn Jahre aus. Frauen, die unter der Armutsgrenze leben, können mit knapp 77 Jahren rechnen, finanziell besser Gestellte hingegen mit 85 Jahren.

Die Wurzeln dafür liegen in der Kindheit und Jugend. Wer vorgelebt bekommt, dass Sport und gesunde Ernährung fit für alles Weitere machen, ist fein heraus. Doch Frankfurter Kinder in schlechterer sozialer Lage und aus Einwandererfamilien sind da klar im Nachteil. Jedes fünfte Einwandererkind hat mit überzähligen Pfunden oder gar Fettleibigkeit zu kämpfen, aber nur bei jedem zehnten Kind deutscher Eltern ist das der Fall. Unwissenheit - beispielsweise, dass auch süße Limonaden viele Kalorien enthalten oder dass ein selbst gekochter Grießbrei billiger und besser als ein Fertigbrei schmeckt - ist eine der Ursachen.

Fehlendes Geld für teure Sportklamotten, Kursgebühren oder den Gang ins Fitnessstudio eine andere. Doch der Spaß, das wachsende Selbstbewusstsein und die körperliche Fitness, die mit Sport einhergehen, müssen allen Kindern offenstehen und dürfen nicht am Geldbeutel scheitern.

Die Fakten liegen auf dem Tisch, umsteuern tut not. Die Stadt Frankfurt hat ein vielfältiges Geflecht von Hilfen aufgebaut. Soziale Benachteiligungen bei Kindern und Jugendlichen abzubauen, sind klare Ziele der Stadtverwaltung. Die drei Dezernate für Soziales, Bildung und Gesundheit arbeiten dabei zusammen und sollten sich noch enger vernetzen. Gold wert ist auch die Rolle der Sportvereine, die genau wissen, wo Familien der Schuh drückt und teilweise mit städtischer Unterstützung schon warmes Mittagessen und Hausaufgabenbetreuung in ihren Vereinshäusern anbieten. Die Sportjugend Frankfurt und die Bornheimer SG Grün Weiß sind da vorbildlich.

Doch die Vereine brauchen mehr Geld und fachliche Unterstützung für ihre Arbeit. Hier ist die Stadt gefragt, das Netz dichter zu knüpfen. Wer im Boxcamp lernt, Aggressionen am Sandsack abzureagieren, den Gegner zu respektieren und Regeln einzuhalten, entwickelt auch seine Persönlichkeit positiv.

Überall an den Brennpunkten in der Stadt sollten solche Zentren aufblühen. Unterstützt von einer Stadtverwaltung, die den Zusammenhang zwischen baulichen Veränderungen in sozial benachteiligten Stadtteilen und Gesundheitsförderung stärker in den Blick nimmt. Das gelingt nur, wenn die zuständigen Behörden enger zusammenarbeiten. Hier sollte die Stadt Frankfurt eine Vorreiterrolle unter den deutschen Städten einnehmen und die Voraussetzungen für eine gesundheitsfördernde Umgebung schaffen.

Titelbild

www.pixelio.de, Peter Draschan
www.pixelio.de, Madonna,
Gesundheit Berlin

Inhaltsverzeichnis

S. 4 Michael Fahrig, erysipel,
www.pixelio.de

S. 5 Stephanie Hofschlaeger,
www.pixelio.de, Sportgarten e.V.,
Christian Lorentz

1. Teil

S. 2 BzGA

S. 14, 15, 19, 22, 23, 24, 25, 28, 33,
40, 41, 44, 45, 48, 49, 52, 53, 57, 64,
65, 74, 75 Michael Fahrig

S. 18 Landeszentrale für Gesundheit
in Bayern e.V.

S. 28, 29 Martin Gorecki/
Regionaler Knoten Brandenburg

S. 36, 37 HAG Hamburgische
Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung e.V.

S. 56 Landeszentrale für
Gesundheitsförderung in
Rheinland-Pflaz e.V.

S. 60, 61 Regionaler Knoten Saarland

S. 68, 69, 70 Landesvereinigung für
Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.

S. 78, 79 Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung Thüringen e.V.
Agethur

2. Teil

S. 82 Erysipel, Stephanie Hofschlaeger,
www.pixelio.de

S. 84 StockXChange

S. 85 Lea-M, www.pixelio.de

S. 91 Martin Müller, www.pixelio.de

S. 92 Duxschulz, Pixel-Kings PP,
beide www.pixelio.de

S. 82 www.pixelio.de

S. 85, 93, 97 Rike Hertwig

S. 95 Knipseline, www.pixelio.de

S. 96 Manfred Schimmel,
www.pixelio.de

S. 98, 99, 100 „Aktiv werden für
Gesundheit – Arbeitshilfen für
Prävention und Gesundheitsförderung
im Quartier“, Hrsg. Gesundheit Berlin

3. Teil

S. 102 Augenblickchen, www.pixelio.de

S. 104 Matthias Balzer und Hartmut 910,
beide www.pixelio.de

S. 105 Michael Hirschka und Kurt
Michel, beide www.pixelio.de

S. 106 Sabine Mexer, www.pixelio.de

S. 107 Peter Draschau, www.pixelio.de

S. 108 Claudia Hartumm, www.pixelio.de

S. 109 Albrecht E. Arnold,
www.pixelio.de

S. 110 Maren Befßler, Schemmi,
beide www.pixelio.de

S. 111 Lange, www.pixelio.de

S. 112, 120, 123 Stephanie Hofschlaeger,
www.pixelio.de

S. 112 Peter www.pixelio.de

S. 113 Mamarone, www.pixelio.de

S. 114 Dirk Schelpe, www.pixelio.de

S. 115 Marianne Hauck, www.pixelio.de

S. 118, 122, 126 StockXChange

S. 119 www.pixelio.de

S. 120, 124 Arbeitsagentur

4. Teil

S. 128, 129, 130 www.gesundheitliche-
chancengleichheit.de

S. 131, 132, 133 Sportgarten e.V.

S. 135, 136, 148, 152, 155 StockXChange

S. 139 Christian Lorentz

S. 140 Lenzsiedlung e.V./
Christian Lorentz

S. 141 Lenzsiedlung e.V.

S. 142 Christian Lorentz

Quellennachweis

S. 86 ff. Was erhält den Menschen
gesund? Gute Gründe für
Gesundheitsförderung – Rainer Steen,
Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis

S. 156 ff. mit freundlicher Genehmigung
der Frankfurter Rundschau (Ausgabe
Frankfurt vom 21. Januar 2009 und
Fotograf Christoph Boeckheler)

