

Band 17

GESUNDHEITSFÖRDERUNG KONKRET

Gesundes Aufwachsen für alle!

Anregungen und Handlungshinweise für die
Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten
Kindern, Jugendlichen und ihren Familien

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Fachtagungen und Workshops mit Expertinnen und Experten haben in dem Entwicklungsprozess eine wichtige Funktion: Sie sind ein Forum, bei dem der wissenschaftliche Erkenntnisstand und die Erfahrungen aus der praktischen Arbeit im Hinblick auf die Konsequenzen für Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen diskutiert werden.

In der Reihe „Gesundheitsförderung konkret“ werden deshalb neben themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten sowie ausgewählten Projekten und Modellen auch die Ergebnisse von Fachtagungen und Workshops veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist es, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei ihrer Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

Gesundes Aufwachsen für alle!

**Anregungen und Handlungshinweise
für die Gesundheitsförderung bei sozial
benachteiligten Kindern, Jugendlichen
und ihren Familien**

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Carola Gold und Frank Lehmann

unter Mitarbeit von Stefan Bräunling, Holger Kilian, Marie-Christin
Koczelnik, Jennifer Nickel und Mira Wehen

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detailierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung konkret, Band 17

Gesundes Aufwachsen für alle! – Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 0221/8992-0

Fax: 0221/8992-300

Projektleitung: Harald Lehmann

E-Mail: harald.lehmann@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Silber Druck, Niestetal

Auflage: 1.10.11.11

ISBN 978-3-942816-09-0

Band 17 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60649170

Vorwort

Prävention ist inzwischen aus vielen Feldern der Gesundheitspolitik in Deutschland nicht mehr wegzudenken. Die Entwicklungen im Bereich der Gesundheitskommunikation und der Qualitätsentwicklung in den vergangenen Jahren haben dazu einen großen Beitrag geleistet.

Gleichwohl bleiben weitere Herausforderungen – vor allem die Verbesserung der Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen, deren Familien unter schwierigen sozialen Bedingungen leben. In diesem Bereich der Prävention ist es dringend erforderlich, erfolgreiche Konzepte zu entwickeln, zu identifizieren und diese in Kindertagesstätten, Schulen, im Freizeit- und Sportbereich sowie in den Stadtteilen nachhaltig zu etablieren.

Solche Konzepte erfolgreicher Prävention für Menschen in schwierigen Lebenslagen zu identifizieren und zu verbreiten, ist eine der Aufgaben, die sich der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gestellt hat. Er wurde 2003 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gegründet und wird maßgeblich von ihr getragen. Heute ist der Verbund ein wichtiges Forum mit über 50 großen Partnerorganisationen. Er ist ein Zusammenschluss der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Wohlfahrtspflege und der Kommunen, der Bundesvereinigung und der Landesvereinigungen für Gesundheit, von Bundesverbänden der Ärzteschaft, der Bundesagentur für Arbeit und wissenschaftlichen Einrichtungen. Im Kooperationsverbund wird fachliches, wissenschaftliches und praktisches Wissen zusammengetragen und in der täglichen Arbeit realisiert, um Prävention auch in schwierigen sozialen Lagen wirksam zu stärken.

Nach der Konsentierung der Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten im beratenden Arbeitskreis der BZgA wurden in einem differenzierten Verfahren über 100 Angebote guter Praxis ausgewählt, beschrieben und veröffentlicht. Von diesen richten sich 60 an sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Um zu einer deutlichen Verbreitung guter Praxis zu kommen, regte die BZgA einen Diskussionsprozess unter den Akteuren an. Anknüpfend an die vorliegenden Praxisbeispiele und das vorhandene Praxis- und Strukturwissen wurden übergreifende Handlungsempfehlungen und auch Zuständigkeiten herausgearbeitet.

Dabei wurden auch internationale Forschungsergebnisse einbezogen. Sie zeigen, dass Prävention umso wirksamer ist, je früher sie ansetzt. Bereits die Phase rund um die Geburt und die Zeit frühkindlicher Entwicklung stellen wichtige Weichen. Aber auch im späteren Lebensalter können ehemals ungünstige Entwicklungen kompensiert werden – allerdings mit zunehmend größerem Ressourceneinsatz.

Resultat des Diskussionsprozesses war die Entscheidung, die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen auf kommunale Strategien zu konzentrieren und sie in den Regelsystemen zu verankern. Von großer Bedeutung ist die Partizipation der Zielgruppen, denn nur so können Kompetenzen gebildet und kann Selbstständigkeit gewonnen werden. Von gleich großer Bedeutung ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Ressorts (um zum Beispiel die Übergänge „Kita – Schule – Berufsausbildung“ zu flankieren) und die Förderung von sozialen Netzwerken (um Isolation zu verhindern).

Wie kommunale Konzepte die gesunde Entwicklung für alle Kinder und Jugendlichen unterstützen können und zugleich eine lohnende Investition der Kommunen in die Zukunft darstellen, ist Gegenstand dieses Fachhefts. Nach den Handlungsempfehlungen zur Stärkung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien folgen Fachbeiträge renommierter Autorinnen und Autoren. Diese stellen die Handlungsempfehlungen in den aktuellen Diskurs in Wissenschaft und Praxis und eröffnen Perspektiven für die Weiterentwicklung des Handlungsfelds. Abschließend findet sich ein Kapitel über die Angebote, Aktivitäten und Instrumente des Kooperationsverbundes sowie eine Auflistung von Good-Practice-Projekten für Kinder und Jugendliche.

Über den aktuellen Stand können Sie sich jederzeit auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de informieren. Hier wollen wir auch die Möglichkeit der Darstellung des Partnerprozesses mit den Kommunen zur breiten Realisierung der Handlungsempfehlungen und zum fachlich-interaktiven Austausch eröffnen. Hinweise zur Verhinderung von Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern bis zu drei Jahren finden sich auch auf der Internetplattform des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) (www.fruehehilfen.de). Umfassende Gesundheitsinformationen für Eltern und Fachkräfte bietet die BZgA auf www.kindergesundheit-info.de an.

Abschließend möchte ich meinen ausdrücklichen Dank insbesondere den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der vielen Good-Practice-Angebote und ihren

Trägern aussprechen. Sie haben in fast allen Fällen ohne zusätzliche Finanzierung diesen großen Erfahrungsschatz für mehr gesundheitliche Chancengleichheit zusammengetragen. Sie stehen immer wieder für deren Verbreitung zur Verfügung. Ich bin sehr zuversichtlich, dass dieser Einsatz sich noch deutlicher als bisher in einer Stärkung der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung niederschlagen wird.

Köln, im November 2011

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

Vorwort	3
Einleitung	10
1. Die Handlungsempfehlungen zur Stärkung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in belasteten Lebenslagen	17
1.1 Einleitung	18
1.2 Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!	19
1.3 Allgemeine Handlungsempfehlungen für ein gesundes Aufwachsen für alle	21
1.4 Schwangerschaft und frühe Kindheit	24
1.5 Kinder von 1 bis 6 Jahren	28
1.6 Kinder im Primarschulalter	33
1.7 Jugendliche	38
2. Beiträge zu einzelnen Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten	45
2.1 Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen Raimund Geene und Rolf Rosenbrock	46
2.2 Partizipation in der Gesundheitsförderung Holger Kilian und Michael T. Wright	76
2.3 ELTERN-AG: Das Qualitätskriterium Empowerment in der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien Meinrad M. Armbruster	84
2.4 Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen für Integrierte Handlungskonzepte am Beispiel des sozialräumlich angelegten Präven-	

	tionsprogramms „Lenzgesund“ in einem benachteiligten Quartier in Hamburg-Eimsbüttel	92
	Waldemar Süß und Alf Trojan	
2.5	Die Beiträge der BZgA zur Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen	101
	Frank Lehmann und Jürgen Töppich	
3.	Beiträge zu weiteren Qualitätserfordernissen und Gesundheitsförderungskonzepten	111
3.1	Stigmatisierung, Empathie, Leitbilder – Worauf kommt es an?	112
	Klaus D. Plümer	
3.2	Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen	121
	Antje Richter-Kornweitz	
3.3	Lebenslauf: Entwicklungsaufgaben, soziale Benachteiligung und Chancen für Prävention und Gesundheitsförderung	130
	Simone Weyers	
3.4	Übergänge zwischen Prävention und Gesundheitsförderung	138
	Johannes Georg Gostomzyk	
3.5	Jungen sind anders! Mädchen auch! Gender Mainstreaming – Ein unterschätztes Qualitätskriterium?	145
	Thomas Altgeld	
3.6	Differenzsensibilität im Migrationskontext – Ein neues Qualitätserfordernis zur Ergänzung der Kriterien „guter Praxis“	155
	Alp Otman	
3.7	Communityorientierung und Diversityansatz – Zum inneren Verständnis sozialer Ungleichheiten	164
	Raimund Geene	

3.8 Verwirklichungschancen für gelingendes Leben – Capability approach und Gesundheitsförderung	171
Heiner Keupp	
4. Angebote, Aktivitäten und Instrumente des Kooperationsverbundes	179
Holger Kilian	
5. Übersicht der Good-Practice-Angebote für Kinder und Jugendliche	189
6. Anhang	201
6.1 Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	202

Einleitung

Im vorliegenden Band in der Reihe „Gesundheitsförderung konkret“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden Qualitätserfordernisse, die für erfolgreiche Gesundheitsförderung bei Kindern, Jugendlichen und Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen zu beachten sind, umfassend erläutert.

Dabei werden zunächst Erkenntnisse und das gebündelte Handlungswissen, das der Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu diesem Thema ermittelt hat, dargestellt. Die Handlungsempfehlungen „Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“ fassen erfolgreiche Praxiserfahrungen der sozial-lagenbezogenen Gesundheitsförderung zusammen. Ein Blick auf die Erfahrungen aus Beispielen guter Praxis (Good-Practice-Projekte, -Programme und -Netzwerke) zeigt: Prävention kann die Ressourcen von Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen unterstützen und einen Beitrag zur gesunden Entwicklung der Kinder leisten.

Die Handlungsempfehlungen fassen dazu zunächst allgemeine Empfehlungen zusammen, die Voraussetzungen dafür sind, dass sich auch Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen angesprochen fühlen und Kinder, Jugendliche und Eltern in ihren Kompetenzen gestärkt werden: Partizipation, ressortübergreifende Zusammenarbeit, niedrigschwellige Angebote, Empowerment- und Settingansätze, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus der jeweiligen Migrationscommunity und Begleitung Ehrenamtlicher sowie zusammenfassend die Präventionskette sind hier zentrale Ankerbegriffe. Im zweiten Teil werden dann besondere Erfordernisse für die unterschiedlichen Entwicklungsphasen der Jungen und Mädchen bzw. der Familien aufgezeigt.

Prof. Raimund Geene und Prof. Rolf Rosenbrock führen in ihrem Beitrag aus, dass benachteiligte Kinder und ihre Familien durch individuelle Gesundheitsbotschaften zum Teil noch weiter belastet werden, wenn sie diese nicht umsetzen können und sich dann noch weiter als „Versager“ fühlen. Allein schon durch die gesonderte Ansprache fühlen sie sich mitunter diskriminiert – und haben mit diesem Eindruck oft Recht. Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sollte daher nicht vorrangig auf individuelles Verhalten als vielmehr auf kollektive Verhältnisse, auf die gemeinschaftliche Gestaltung

von Lebenswelten, abzielen. Hierzu hat sich insbesondere der Settingansatz bewährt. Die gemeinsame Erfahrung, dass der Alltag in einer Schule, einer Kita, einem Stadtteil entspannter, bewegter und gesünder gestaltet werden kann, wird dabei als Schlüsselerfahrung erfolgreicher Prävention herausgestellt. Geene und Rosenbrock beschreiben dieses Konzept als zentralen Ansatz, um gesunde Lebensstile unter Berücksichtigung sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen fördern zu können. Der Setting-(Lebenswelt-) Ansatz wird als ein gemeinsamer Organisationsentwicklungsprozess in einem Handlungsfeld erfahrbar gemacht. Er verbindet Kinder, Eltern, Professionelle und viele weitere Beteiligte in ihrem gemeinsamen Bestreben, Wohlbefinden und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Alltag zu schaffen.

Holger Kilian und Prof. Michael T. Wright widmen sich in ihrem Beitrag einem weiteren zentralen Good-Practice-Qualitätskriterium: der Partizipation. Sie zeigen die verschiedenen Ebenen auf, auf denen Partizipation in der Gesundheitsförderung zum Tragen kommt. Als zentrales Qualitätserfordernis soll Partizipation der Zielgruppen in allen Phasen der Maßnahmenentwicklung erfolgen – von der Bedarfsermittlung über Planung, Umsetzung bis hin zur Überprüfung des Ergebnisses. Wo die Voraussetzungen für eine solche breite Beteiligung geschaffen sind, wird nicht nur die Akzeptanz der Maßnahme unterstützt, sondern vor allem die bedarfsgerechte Gestaltung von Prävention gefördert.

Partizipation ist jedoch auch selbst Quelle für gesundheitsförderliche Ressourcen. Die Kompetenzen und Erfahrungen, die in partizipativen Prozessen erworben werden, können positive Erfahrungen und soziale Kontakte vermitteln. Der Beitrag stellt Instrumente vor, die solche Prozesse unterstützen und die in der soziallyagenbezogenen Prävention erprobt wurden.

Der Beitrag von Prof. Meinrad M. Armbruster ist ein flammendes Plädoyer für das Qualitätskriterium „Empowerment“. Es basiert auf einer fundierten Interventionsforschung elternbezogener Empowermentansätze. Am Beispiel des Good-Practice-Projekts „ELTERN AG“ entwickelt Armbruster eine Erweiterung des Empowermentbegriffs nicht nur für die benachteiligten Eltern, sondern auch für die Zivilgesellschaft insgesamt – eine Empowermentkultur (Empacts). Wichtiges Element ist hierbei, dass die Eltern auf Dauer ihren Platz in der Gesellschaft sichern können.

Waldemar Süß und Prof. em. Alf Trojan widmen ihren Beitrag dem Umgang mit komplexen Problemlagen, wie sie in benachteiligten Stadtquartieren zu

finden sind. Sie zeigen auf, wie das Qualitätskriterium „Integriertes Handlungskonzept“ ein Vorgehen bestimmt, das unterschiedliche Ressorts und Akteure in der Gestaltung eines Präventionsprogramms zusammenführt.

Die Autoren schildern am Beispiel „Lenzgesund“ die Entwicklung und Umsetzung eines Präventionsprogramms vernetzter früher Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre. Im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Begleitforschung weisen sie für diesen sozialräumlichen Ansatz zahlreiche Verbesserungen gesundheitlicher Outcomes nach. Somit kann „Lenzgesund“ als Argumentation für die Implementierung ähnlicher Ansätze gut genutzt werden.

Dr. Frank Lehmann und Jürgen Töppich geben einen differenzierten Überblick über Qualitätsverfahren zur Stärkung und zum Ausbau soziallagenbezogener Gesundheitsförderung. Das Spektrum der von der BZgA entwickelten oder unterstützten Verfahren reicht hierbei von einer Analyse zum Stand der Qualität in umschriebenen Handlungsfeldern (zum Beispiel Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas in Deutschland) mit dem Qualitätssicherungsverfahren QIP bis hin zur partizipativen Qualitätsentwicklung als Instrument für die tägliche Arbeit in Projekten. Wichtiges Anliegen ist es, die gute Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten mit ihrem hohen fachlichen Niveau sichtbar zu machen – nicht zuletzt, um Kostenträger von einer Verbreitung zu überzeugen. Der gegebene Überblick reiht sich ein in mehrere derzeit erstellte Synopsen der Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung. Diese sollen es der Praxis erleichtern, das jeweilig adäquate Verfahren der Qualitätssicherung einzusetzen.

Im dritten Teil des vorliegenden Bandes bearbeiten Autorinnen und Autoren weitere Qualitätserfordernisse, die in der Gesundheitsförderung bei Kindern, Jugendlichen und Familien in schwierigen Lebenslagen zu beachten sind bzw. stellen Konzepte der Gesundheitsförderung vor.

In seinem Beitrag untersucht Klaus D. Plümer die Risiken, die sich mit einer nur unzureichenden Reflexion der Zuschreibung „sozial benachteiligte Gruppe“ verbinden. Die aus fachlichen Gründen sehr erwünschte Fokussierung von Interventionskonzepten auf sozial Benachteiligte birgt die Gefahr der Stigmatisierung. In diesem Zusammenhang betont er den Stellenwert sozialer Determinanten (Bestimmungsfaktoren) von Gesundheit und ihre Wirkung hinsichtlich gesundheitlicher Belastungen. Der Blick auf individuelle Ressourcen und Potenziale wird dabei, so der Autor, zu einem zentralen Handlungserfordernis

auch in der Gesundheitsförderung. Er ermöglicht eine professionelle Haltung sowohl in Bezug auf die Anerkennung eigenständiger Persönlichkeit als auch im Umgang mit Vielfalt allgemein.

Dr. Antje Richter-Kornweitz stellt Resilienz, ein Konzept zur Stärkung psychischer Widerstandsfähigkeit, in den Mittelpunkt ihres Beitrags. Sie veranschaulicht, welche verschiedenen Faktoren in der Entwicklung eines Kindes gesundheitsrelevante Ressourcen stärken können. Ähnlich dem Konzept der Salutogenese, das einen wichtigen Baustein der Gesundheitsförderung darstellt, gilt es hier, Jungen und Mädchen darin zu unterstützen, Anforderungen, die von außen an sie herangetragen werden, zu bewältigen und ihnen mit „innerer Stärke“ entgegenzutreten. Anhand des schulischen Alltags werden die entsprechenden Erfordernisse einer solchen fördernden und empathischen Haltung veranschaulicht.

Mit Risiken und Herausforderungen einzelner Entwicklungsphasen befasst sich Dr. Simone Weyers. Sie stellt den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu sogenannten kritischen Perioden dar – Phasen des Übergangs und der individuellen Herausforderung, die mit besonderen gesundheitlichen Belastungen einhergehen können. Beispielhaft werden Maßnahmen vorgestellt, die diesen gesundheitlichen Risiken entgegenwirken. Der Beitrag zeigt die Stärkung von Lebenskompetenzen in der Bewältigung der jeweiligen Herausforderungen als zentralen Wirkungsfaktor der Prävention auf.

Prof. Johannes Georg Gostomzyk befasst sich in seinem Beitrag mit den Angeboten der medizinischen Prävention. Diese Maßnahmen der besonderen Hygiene, von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Prävention von Krankheiten. Gostomzyk gibt einen Überblick und verdeutlicht, wie diese Interventionen in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern verankert sind. Dabei plädiert er für eine gesetzlich breiter aufgestellte Prävention und Gesundheitsförderung.

Thomas Altgeld setzt sich in seinem Aufsatz mit Gender Mainstreaming als einem Querschnittsthema der Qualität in der Prävention auseinander. Dieses Qualitätserfordernis hat bislang zu nur wenig Handlungsfolgerungen in der Praxis von Gesundheitsförderung sowie Kinder- und Jugendhilfe geführt. Er stellt ein Verfahren zur Gewährleistung einer gendergerechten Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention dar. Auch Alp Otman befasst sich mit einem wichtigen Querschnittsthema, den migrationsspezifischen Qualitätserfordernissen. Er warnt dabei vor den Risiken, die sich aus einer stereotypen

Sicht auf kulturelle Aspekte ergeben können. Sein Plädoyer lautet daher, in Bezug auf migrationsspezifische Faktoren die unterschiedlichen Ebenen der Differenz (Vielfalt) wie zum Beispiel soziodemografische Faktoren, Migrationsfaktoren (Aufenthaltsdauer u. a.) und Kollektiverfahrungen (Vorurteile, Misstrauen) zu berücksichtigen. Es reicht eben nicht, zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zu unterscheiden! Eine Analyse der Situation und Partizipation bei der Maßnahmenentwicklung für spezifische Zielgruppen ist erforderlich und bei der Realisierung von Maßnahmen – wie zum Beispiel Qualifikation von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren – zu berücksichtigen.

Der Umgang mit Vielfalt in der Prävention ist auch zentrales Thema des Beitrags von Prof. Raimund Geene. Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung empfiehlt er den Communityansatz als wichtige Ergänzung des Lebensweltansatzes, weil er sich speziell der Entwicklung und Förderung sozialer Gruppen und Netzwerke widmet. Im Umgang mit diskriminierungsgefährdeten Gruppen (siehe zum Beispiel das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz AGG) verweist er auf die Salamanca-Deklaration, die aus der Behindertenpädagogik erwachsen ist. Dort geht es nicht nur um Integration im Sinne von „Hinzufügen“, sondern um „Inkludierung“ im Sinne von aktiver Einbeziehung und gleichberechtigter Zusammenkunft. Das Wort „Respekt“ bildet dabei eine Art Klammer des Verständnisses von Professionellen und Adressaten bzw. Adressatinnen.

Prof. em. Dr. Heiner Keupp setzt sich in seinem Beitrag mit dem Konzept der Verwirklichungschancen von Ökonomie-Nobelpreisträger Amartya Sen auseinander. Er versteht darunter die objektiv gegebenen Möglichkeiten, die ein Mensch hat, um sich für ein gutes Leben und Handeln entscheiden zu können. Selbstwirksamkeitserfahrungen, wie sie bereits Dr. Antje Richter-Kornweitz in ihrem Beitrag erläutert hat, werden hier unter dem Aspekt der Befähigung gesehen. Ziel eines Konzepts der Verwirklichungschancen wäre es danach, Jungen und Mädchen zu befähigen, ein Leben zu führen, in dem sie für sich Sorge tragen können.

In den abschließenden Beiträgen des Bandes werden Angebote, Aktivitäten und Instrumente des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ vorgestellt.

Eine Übersicht der bislang identifizierten Good-Practice-Projekte, -Programme und -Strukturen in den Handlungsfeldern Kinder- und Jugendgesundheit,

auf deren Praxiserfahrungen und Forschungsergebnissen letztlich die in diesem Fachheft dargestellten Handlungsempfehlungen und auch viele Schlussfolgerungen der Autoren und Autorinnen beruhen, rundet das Informationsangebot ab.

Die dargestellten Informationen und Diskussionen werden auf der Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de laufend aktualisiert und ergänzt. Wir würden uns freuen, wenn auch Sie dieses Angebot nutzen, um sich mit Ihren Erfahrungen und Ergebnissen in die Weiterentwicklung der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung einzubringen.

Carola Gold und Dr. Frank Lehmann

1. Die Handlungsempfehlungen zur Stärkung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in belasteten Lebenslagen

Diese Empfehlungen wurden durch die Mitglieder des Steuerungskreises des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ Carola Gold, Stephan Koesling, Dr. Frank Lehmann, Karin Niederbühl, Ulrike Plogstieß und Klaus-Peter Stender im April 2011 konsentiert.

1.1 Einleitung

Verschiedene Partner haben sich 2003 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ zusammengeschlossen. Das Ziel: eine bessere und wirksamere Prävention für Menschen, die wegen ihrer sozialen Lage am stärksten auf Gesundheitsförderung angewiesen sind. Die Partner sind:

- Akteure und Akteuerinnen aus dem Gesundheitswesen, die in ihrer täglichen Arbeit die Befunde schlechter Gesundheit bei sozial benachteiligten Jungen und Mädchen feststellen.
- BZgA und Krankenkassen, die mit ihren Präventionsleistungen einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit sozial Benachteiligter leisten.
- Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, die gemeinsam mit ihren Partnern Strukturen und Maßnahmen in der Prävention entwickeln.
- Verbände wie der Deutsche Olympische Sportbund und die Wohlfahrtsorganisationen, die in ihren Vereinen und Einrichtungen wertvolle Beiträge zur Gesundheitsförderung leisten.
- Partner aus zentralen Bereichen öffentlichen Handelns wie Bundesländer, Deutscher Städtetag und Bundesagentur für Arbeit, deren Aufgabenerfüllung eng mit Gesundheitsförderung verbunden ist.
- Weitere Einrichtungen aus Wissenschaft und zivilgesellschaftlichem Engagement.

In den vergangenen sieben Jahren hat der Kooperationsverbund Kenntnisse und Erfahrungen dazu gesammelt, wie Kinder und Jugendliche in schwieriger sozialer Lage gesünder aufwachsen können. Er hat dieses Handlungswissen ausgewertet und die Umsetzung unterstützt.

Diese Erfahrungen haben wir nun gebündelt. Der vorliegende Text richtet sich an politische Entscheidungsträger und -trägerinnen, insbesondere in den Kommunen, und an alle, die gesundes Aufwachsen unterstützen können. Alle Kinder und Jugendlichen brauchen für ihre Entwicklung gute Gesundheitschancen.

Der Kooperationsverbund leistet mit diesem Papier fachliche und konkrete Beiträge zu folgenden Programmen:

- Er trägt bei zur „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ (Bundesministerium für Gesundheit 2008).

- Er präzisiert Mittel und Methoden gegen gesundheitliche Ungleichheit, wie sie das nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ bekämpfen will (Bundesministerium für Gesundheit 2010).
- Er stärkt die Gesundheitsförderung im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“.

1.2 Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!

Die meisten Jungen und Mädchen in Deutschland wachsen gesund auf. 15 bis 20% der Kinder und Jugendlichen haben jedoch einen schlechteren Gesundheitszustand oder zumindest größere Risiken, krank zu werden (Bundesministerium für Gesundheit 2010, S. 7). Diese Kinder und Jugendlichen leben besonders häufig unter schwierigen sozialen Bedingungen. In ihrem Umfeld fehlen oft Anregungen und Unterstützung für ihre Entwicklung. Das kann sich von Geburt an negativ auf die aktuelle und künftige Gesundheit auswirken. Gesundheitliche Probleme wegen Armut können sich im Laufe des Lebens anhäufen. Besonders schwer wiegen Schädigungen schon im Mutterleib und im frühen Kindesalter (Dragano 2007, S. 19 ff.).

Was bedeutet es, schlechte Gesundheitschancen zu haben?

- Kinder und Jugendliche sind bereits gesundheitlich beeinträchtigt (Lampert et al. 2010, S. 24 ff.).
- Sie haben geringere Chancen, sich erfolgreich zu entwickeln.
- Sie können weniger als andere Kinder Lebensstile und Schutzfaktoren ausbilden, die sie langfristig stärken.
- Sie erwerben mit geringerer Wahrscheinlichkeit die nötigen Lebenskompetenzen und einen guten Bildungsabschluss. Damit schwinden auch die Chancen auf eine gute Lebensperspektive, auf ein langes Leben in guter Gesundheit.

Je früher Prävention ansetzt, desto eher hilft sie auch gegen gesundheitliche Ungleichheit (Commission on Social Determinants of Health 2008, S. 51). Wissenschaftliche Belege zeigen, dass sich selbst Schädigungen in frühen Entwicklungsphasen noch ausgleichen lassen. So kann zum Beispiel eine spätere

hohe Schulbildung frühkindliche Benachteiligung abschwächen (Dragano 2007, S. 24). Gesundheitsförderung und Prävention können also in jedem Lebensalter wirken. Sie tragen wesentlich dazu bei, dass Jungen und Mädchen all ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln können (RKI und BZgA 2008, S. 169 ff.).

Wenn Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen sollen, müssen sie in jeder Phase gefördert werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009). Sie brauchen Bewegung, Entspannung und gesunde Ernährung, aber auch die umfassende Förderung von Lebenskompetenzen (Bundesministerium für Gesundheit 2010, S. 11). Die Gesundheitsziele müssen in verschiedenen Lebenswelten oder „Settings“ wirken: Familie/Umfeld, Kindertagesstätte und Schule nennt das Nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“.

Die Erfahrungen des Kooperationsverbundes zeigen, wie Jungen und Mädchen in ihren Lebenswelten erfolgreich Anregungen und Chancen für die Entwicklung ihrer Potenziale bekommen können – ob in der Familie, im sozialen Umfeld, in der Kindertagesstätte oder der Schule. Der Kooperationsverbund hat anhand von zwölf Qualitätskriterien¹ Good-Practice-Angebote identifiziert, denen es gelungen ist, besonders belastete Kinder und Familien in ihren Ressourcen zu stärken. Jungen und Mädchen können dadurch einen gesunden Lebensstil entwickeln. Ihnen eröffnen sich bessere Zukunftschancen.

Diese Erfahrungen werden hier zusammengeführt. Dabei ist uns bewusst, dass es für eine entsprechende Umsetzung dieser Empfehlungen oft zusätzlicher Mittel bedarf, die den Akteuren und Institutionen derzeit keinesfalls durchweg zur Verfügung stehen. Daher ist die Etablierung stimmiger Rahmenbedingungen durch den Bund und die Länder, zu denen auch eine adäquate finanzielle Ausstattung zählt, Voraussetzung für ein umfassendes Tätigwerden der in diesen Handlungsempfehlungen genannten Akteure und Institutionen.

¹ Vgl. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice.

1.3 Allgemeine Handlungsempfehlungen für ein gesundes Aufwachsen für alle

Damit Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen können, müssen unterschiedliche Akteure gemeinsam die Voraussetzungen dafür schaffen. Es gibt Angebote zur Gesundheitsförderung für jede kindliche Entwicklungsphase. Erfolgreich sind sie nur, wenn folgende Qualitätskriterien erfüllt sind:

1. Die Kinder und Familien sollten in allen Phasen der Prävention beteiligt werden: wenn der Präventionsbedarf erhoben wird, ebenso wie in der Planung, während des Angebots selbst und in der Auswertung. Die Ressourcen und Belastungen der Betroffenen sollten berücksichtigt und in die Prävention einbezogen werden. Partizipation ist in der Gesundheitsförderung ein wesentliches Qualitätsmerkmal in allen Lebenswelten.²
2. Angebote für Kinder und Familien gibt es aus verschiedenen Ressorts: Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe, Bildung, Familie und Soziales. Kommunen sollten diese Angebote systematisch bündeln und weiterentwickeln. Gute und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine Voraussetzung, um Zugang zu finden und die Angebote entsprechend dem Bedarf sozial benachteiligter (werdender) Eltern und Familien auszurichten.³
3. Niedrigschwellige Angebote im Stadtteil, in Kitas und Schulen erleichtern Familien in schwieriger sozialer Lage den Zugang. Solche Angebote können den Aufbau sozialer Netzwerke fördern, sie verhindern die Isolation von Familien in schwieriger sozialer Lage. Die Familien machen die Erfahrung, dass sie nicht allein vor Problemen in der Erziehung oder vor anderen familiären Sorgen stehen. Soziale Netzwerke erleichtern Empowerment- und Selbsthilfeprozesse und helfen dabei, leichter Zugang zu Unterstützungsangeboten zu finden.⁴ Stadtteile mit sozialen Netzwerken entwickeln sich insgesamt familienfreundlicher.⁵

2 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Gesund Kurs halten in Lurup“, „Gesund leben lernen“, „Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule“, „Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“.

3 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Steps“, „Mo.Ki – Monheim für Kinder“, „Schutzengel e. V.“.

4 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Adebar – Beratung und Begleitung für Familien“, „Schutzengel e. V.“, „Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte/sozial-medizinische Elternberatung“, „Gesund essen mit Freude“.

5 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „Präventionsprogramm Lenzgesund“.

4. Empowermentansätze können die Elternkompetenz sozial benachteiligter Mütter und Väter stärken. Das zeigen die Good-Practice-Angebote. Sie wirken dann, wenn sie an die Ressourcen der Zielgruppe anknüpfen und den Familien respektvoll und professionell begegnen.⁶
5. Gesundheitsförderung wirkt besonders nachhaltig nach dem Settingansatz, wenn also verhaltens- und verhältnispräventive Angebote kombiniert werden und sich alle relevanten Gruppen an dauerhaften Veränderungen in den Lebenswelten beteiligen (Bundesministerium für Gesundheit 2010, S. 26 f.; GKV-Spitzenverband 2010, S. 23 ff.). Good-Practice-Angebote⁷ haben dieses Konzept zur Gesundheitsförderung erfolgreich in Kitas, Schulen und Stadtteilen umgesetzt. Sie unterstützen die Betroffenen in einem Verhalten, das zu besserer Gesundheit führt.
6. Um Frauen und Familien mit Migrationshintergrund zu erreichen, haben sich Multiplikatoren und Multiplikatorinnen bewährt, die zur jeweiligen (Migranten-)Community gehören und/oder ein Teil der Stadtteilstrukturen sind.⁸ Solche Konzepte sind zum Beispiel bei der Integration in den Arbeitsmarkt oder als zivilgesellschaftliches Engagement denkbar.⁹ Sie sollten im Stadtteil und gemeinsam mit lokalen Partnern angeboten werden.¹⁰
7. Wenn Ehrenamtliche sich in der Gesundheitsförderung engagieren, gilt: Sie sollten dafür qualifiziert werden, ihre Arbeit sollte koordiniert und anerkannt werden.¹¹

Die Good-Practice-Erfahrungen zeigen: Es gibt schon viele positive Beispiele. Doch sie müssen sich weiter verbreiten. Die Partner des Kooperationsverbundes sind sich darüber einig, dass das Niveau und die Qualität der Gesundheitsförderung in den Einrichtungen insgesamt erhöht werden sollte.

- Professionelle in den Einrichtungen sind gefordert, Eltern und Kindern stets respektvoll zu begegnen und sie an der Gestaltung des Alltags mehr zu beteiligen.

6 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „ELTERN AG“.

7 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Kindertagesstätte Regenbogen Wilhelmshaven“, „Waldameisen“, „Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule“, „Gesund Kurs halten in Lurup“.

8 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Miges – Migration und Gesundheit“, „Gesund sind wir stark!“ in Berlin Kreuzberg, „Modellprojekt Stadtteilmütter in Neukölln“.

9 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „Steps“: qualifizierte Familienbesucherinnen.

10 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „Miges – Migration und Gesundheit“. Das Gesundheitsamt führt seine Informationsveranstaltungen gemeinsam mit lokalen Migrantenvereinen durch.

11 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „Steps“. Eine Koordinierungsstelle der Familienbesucherinnen ist beim Jugendamt eingerichtet.

- Institutionen und Träger von Einrichtungen können dazu beitragen, die Einrichtung und ihre Arbeit gesundheitsförderlich zu gestalten. Dazu braucht es Leitbilder, Qualifizierungsangebote (zum Beispiel die Good-Practice-Werkstatt Kita¹²), Beteiligungsmöglichkeiten und ausreichende Ressourcen.
- Wichtig ist auch die Perspektive: Gesundheitsförderung sollte nicht als ein zu ergänzendes Thema betrachtet werden. Sie ist Bestandteil und Qualitätsmerkmal individueller Förderung und sollte in der jeweiligen fachspezifischen Ausprägung als solche erkannt und benannt werden.
- Gesundheitsförderung sollte fest zur Aus-, Fort- und Weiterbildung der Professionellen gehören und Bestandteil der relevanten Fachgesetze und -programme sein.

Von einer solchen Verbesserung profitieren alle – Jungen und Mädchen, Eltern und letztlich auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen.

Die Erfahrungen im Kooperationsverbund sprechen zusammengefasst für die Realisierung von kommunalen Präventionsketten

Damit Kinder gesund aufwachsen, dürfen neue Präventionsansätze nicht auf eine Altersphase beschränkt bleiben. Gerade sozial benachteiligte Jungen und Mädchen brauchen in ihrer Entwicklung eine Verzahnung gesundheitsfördernder Ansätze längs des Altersverlaufs. Good-Practice-Beispiele zeigen, dass solche „Präventionsketten“ besonders effektiv sind. Das Projekt Mo.Ki – Monheim für Kinder etwa begleitet Schwangere, unterstützt junge Familien, fördert den Kindertagesstättenbesuch sozial benachteiligter Kinder und hilft beim Übergang in Schule bzw. Ausbildung. Das minimiert Risiken und eröffnet neue Perspektiven. Denn für Kinder und Jugendliche ist es besonders belastend, wenn Übergänge scheitern, zum Beispiel zwischen Schwangerschaft und junger Familie, Kindergarten und Schule, Schule und Ausbildung.

Gesundheitsförderung braucht einen verlässlichen zeitlichen und fachlichen Rahmen, den Kommunen mit ihren Entscheidungen setzen können. Das sichert Synergien und Zusammenarbeit auch über Altersphasen hinaus. Diesen Rahmen bieten kommunale Präventionsketten. Sie verbessern nachhaltig Gesundheit und Entwicklungschancen und bündeln Ressourcen.

¹² Vgl. Informationen auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:werkstatt-kita

Der Kooperationsverbund kann kompensatorisch Gesundheit dort stärken, wo der Bedarf am größten ist. Er kann nicht die erforderlichen politischen Bedingungen schaffen.

Zwischen Gesundheit und Armut besteht ein enger Zusammenhang: Wenn zum Beispiel Sozial- und Bildungspolitik die soziale Lage der Menschen verbessern, wirkt das unmittelbar gesundheitsförderlich (Bundesministerium für Gesundheit 2010, S. 8). Politischer Handlungsbedarf sollte auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zielgerichtet angegangen und die Wirkung ergriffener Maßnahmen überprüft werden.

Mittel des Bundes, der Länder, Kommunen und Krankenkassen müssen in Zukunft stärker konzentriert werden, um Kinder, Jugendliche und Familien mit den größten Risiken und sozialen Belastungen wirksam zu fördern (RKI und BZgA 2008, S. 155 f.).

Im Folgenden sind spezifische Empfehlungen in den Lebensabschnitten aufgeführt.

1.4 Schwangerschaft und frühe Kindheit

Die Situation aus Sicht der Eltern

In der Phase rund um die Geburt verbinden die (werdenden) Mütter und Väter große Erwartungen mit der für sie neuen Situation. Gleichzeitig geht der Umbruch einher mit Unsicherheiten, Ängsten, kleinen und großen Sorgen. Von allen Beteiligten werden in dieser Zeit große innere und äußere Anpassungsleistungen verlangt. Eltern und Angehörige müssen Strategien finden, mit denen sie die vielfältigen neuen Aufgaben meistern können. Sie müssen den sicheren Umgang mit dem Kind erst lernen.

Der Anspruch, eine gute Mutter, ein guter Vater sein zu wollen, ist für alle Eltern eine große Herausforderung. Mütter und Väter in schwieriger sozialer Lage haben in dieser Situation zusätzliche Belastungen zu bewältigen. Ihnen fehlt neben Geld häufig auch eine berufliche Perspektive, dazu kommen häufig soziale Isolation, geringe Anerkennung und mangelnde Unterstützung (insbesondere für Alleinstehende). Sozial belastete Familien kennen Versorgungs- und Unterstützungsangebote häufig nicht. Oder diese Familien nutzen sie nicht, weil sie Vorbehalte haben, schlechte Erfahrungen gemacht haben oder nicht gut genug Deutsch sprechen. Mitunter sind die Angebote auch zu wenig auf die komplexen Probleme dieser Familien ausgerichtet, oder sie sind zu weit von der Lebenssituation der Familien entfernt, um wirksam helfen zu können.

Wie Good-Practice-Angebote darauf angemessen reagiert haben

Good-Practice-Angebote mit *Familienhebammen*¹³ erreichen als zugehende Angebote Familien mit besonderen Belastungen. Die Evaluation des Programms in Sachsen-Anhalt zeigt, dass es die Familien wirksam stärken kann.

Familienhebammen erreichen sozial benachteiligte Familien

Das Angebot „*Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte*“ ist ein weiteres Good-Practice-Projekt, das (werdende) Mütter und Väter möglichst früh, noch in der Schwangerschaft, anspricht und erfolgreich für die Bedürfnisse des Kindes sensibilisiert. Das Programm ist direkt im Wohngebiet

Integration der Angebote im Stadtteil

¹³ Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek-Süd“, „Familienhebammen in Sachsen-Anhalt“, „Familienhebammenprojekt Kleemobil“, „Schutzengel e. V.“.

angesiedelt und seit vielen Jahren für seine konkreten Hilfsangebote bekannt. Dadurch nutzen junge (werdende) Mütter es ganz selbstverständlich. Das Programm bezieht auch die (werdenden) Väter und weitere Familienmitglieder ein. Das mobilisiert frühzeitig unterstützende Ressourcen im Umfeld.

Good-Practice-Angebote wie „*Schutzengel e. V.*“, „*Adebar – Beratung und Begleitung für Familien*“ sowie „*Familienhebammenprojekt Kleemobil*“ setzen bei der Unterstützung der Familien auf folgende Bausteine:

- Sie richten sich an alle Eltern des Stadtteils. Die Einrichtungen und Angebote – zum Beispiel Elterncafé, Beratungs- und Gruppenangebote, Familienhebammen – sind aber unmittelbar vor Ort in den sogenannten sozialen Brennpunkten angesiedelt und aktiv. Die Bekanntheit steigt durch öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen wie Kinder-Flohmärkte oder Tauschbörsen.
- Die Einrichtungen kooperieren eng mit anderen Stadtteileinrichtungen. Offene Treffpunkte, medizinische Betreuung und andere niedrigschwellige Angebote informieren über komplexere Hilfsangebote wie sozialpädagogische Beratungen oder Familienhebammen, oder sie leiten die Betroffenen gleich weiter.
- Die Qualität der Angebote wird daran gemessen, ob Zielgruppen mit besonderen Belastungen erreicht werden, zum Beispiel Alleinerziehende oder Mütter mit schlechten Deutschkenntnissen. Bei Gruppenangeboten wird auf ähnliche Erfahrungshintergründe der Teilnehmenden geachtet, um soziale Unterstützung zu fördern und Stigmatisierungen zu vermeiden.
- Diese Angebote zeichnen sich aus durch ihre wertschätzende Haltung gegenüber den Familien. Die Unterstützungsleistungen setzen immer an den Ressourcen der Familie an, unterstützen

den Aufbau von sozialen Netzwerken und stärken die Elternkompetenz durch Förderung von Empowerment, also Befähigungsstrategien.

- Den komplexen Lebenslagen der Familien wird mit multidisziplinären Teams bzw. einem gut entwickelten Netzwerk Rechnung getragen. Das ermöglicht abgestimmte Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen und bedarfsgerechte, schnelle und unbürokratische Unterstützung „aus einer Hand“.

Herausforderungen für die Partner im Kooperationsverbund

Einige Kommunen koordinieren gemeinsam mit Jugend-, Gesundheitsamt und anderen Gesundheits- und Sozialakteuren die Angebote für Schwangere und Familien in schwieriger sozialer Lage. Sie erreichen damit die Familien in schwieriger sozialer Lage. Diese Zusammenarbeit ist nicht nur erforderlich, um die Angebote aufeinander abzustimmen, sondern ermöglicht oft auch erst den Zugang zu den Familien.

Kommunale Koordination schärfen

Hilfe braucht zunächst Vertrauen in die Rat gebende Person – das ist eine Erfahrung, die nicht nur das Good-Practice-Projekt *Steps* gemacht hat. Vertrauen ist eine grundlegende Voraussetzung, damit Empfehlungen und Hinweise auf andere Angebote angenommen werden. Einmal erworbenes Vertrauen muss aber auch gepflegt und erhalten werden.

Vertrauen schaffen

Die Erfahrung der Good-Practice-Angebote zeigt¹⁴: Komplexe Problemlagen der Familien erfordern auch die Vernetzung zum Beispiel mit Schuldner-

Ankopplung weiterer sozialer Dienste

¹⁴ Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Adebar – Beratung und Begleitung für Familien“ und „Familienhebammenprojekt Kleemobil“.

beratungen oder die Vermittlung gegenüber der Arbeitsgemeinschaft der Bundesagentur für Arbeit (ARGE). Gerade für junge Mütter ohne Schul- oder Berufsabschluss eröffnen Angebote wichtige Zukunftsperspektiven, die gemeinsam mit Jobcentern entwickelt wurden und den jeweiligen Lebensbedingungen gerecht werden.¹⁵

1.5 Kinder von 1 bis 6 Jahren

Besondere Situation der Kinder in dieser Lebensphase

Über Bewegung, Spiel, Sprache und soziale Interaktion erweitern und differenzieren Kinder im Alter von einem bis sechs Jahren die Fähigkeiten, die sie in den ersten Lebensmonaten erworben haben. Sehr wichtig sind die Bindung zu den Eltern und die richtige Balance zwischen Nähe, Geborgenheit und Autonomie.¹⁶

Wenn Anregungen, Interaktionen und Raum für diese Entwicklung fehlen, beeinträchtigt dies die Entwicklung und kann dazu führen, dass die Kinder auch spätere Herausforderungen nicht erfolgreich meistern können wie zum Beispiel den Schulbeginn.¹⁷

15 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „JUMP – Junge-Mütter-Projekt in Husum und Friedrichstadt“.

16 RKI und BZgA 2008, S. 170.

17 Kinder- und Jugendbericht 2009, S. 92. Soziale Achtsamkeit wird ab ca. drei Jahren erlernt, sie bildet die Grundlage für ein überwiegend positives, sozial angemessenes Verhalten, beugt emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten vor und bildet damit auch eine Grundlage für spätere schulische Erfolge.

Wie Good-Practice-Angebote angemessen darauf reagiert haben

Good-Practice-Angebote¹⁸ zeigen, dass Empowermentstrategien die Entwicklung der Kinder fördern können. Sie stärken die Eltern in ihren Kompetenzen und fördern die soziale Inklusion der Familien. Im Austausch mit anderen Eltern erleben Mütter und Väter Unterstützung und gewinnen Selbstvertrauen. Auch Stadtteilzentren, Familientreffs und Kindertagesstätten können solche sozialen Netzwerke fördern.¹⁹

Gesetzliche Krankenkassen oder andere Anbieter unterstützen Familien dabei, einen gesunden Lebensstil zu entwickeln. Solche Angebote sind erfolgreich, wenn sie an den Lebensstil der Familien anknüpfen und zum Beispiel Mütter als Expertinnen der Familien in ihren Kompetenzen anerkennen und stärken. Sie knüpfen dabei an kommunale Strukturen an und verändern diese nachhaltig.²⁰ So können Familien in Sachen Ernährung, Erziehung oder Freizeit langfristig und stabil umdenken und gesündere Lebensweisen entwickeln – als Teil des eigenen sozialen Selbstverständnisses. Kommunen und Stadtteilakteure, die solche Gemeinschaftsinitiativen fördern, tragen zur Entwicklung aller Kinder bei.

Gerade in sozial benachteiligten Stadtteilen können Kindertagesstätten einen wertvollen Beitrag zu einem familienfreundlichen Wohngebiet leisten. Das zeigen Good-Practice-Projekte wie *Monheim für Kinder*, *Kita Regenbogen*, *Das schmeckt*

Selbstvertrauen der Eltern stärken

Abgestimmtes Vorgehen zum Beispiel zwischen Kommunen und Krankenkassen

Win-Win-Situationen herstellen

18 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „ELTERN AG“.

19 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Frauengesundheit in Tenever“ und „Mo.Ki – Monheim für Kinder“.

20 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „Gesund essen mit Freude“.

gut! u. a. Kindertagesstätten profitieren ihrerseits von der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Stadtteil, weil sie ihr Angebot für die Eltern und Kinder spürbar erweitern.²¹ Wenn sie mit den Kindern arbeiten und außerdem die Vernetzung im Stadtteil vorantreiben wollen, benötigen sie jedoch ausreichende personelle und zeitliche Ressourcen.

Gesundheitsförderung in den Kitas funktioniert: Wo entsprechende Angebote kontinuierlich in den Alltag eingebunden werden, gibt es nachweislich positive Effekte. Gerade bei sozial benachteiligten Kindern verbesserte sich die Gesundheit, zum Beispiel das Bewegungsverhalten.²² Qualifizierungen und Manuale, die die Integration solcher Maßnahmen in den Alltag der Kindertagesstätten erleichtern, haben sich bewährt.²³

Multiplikatoren-
manuale erhöhen die
Nachhaltigkeit

Die Good-Practice-Beispiele an Kitas arbeiten mit ganzheitlichem Ansatz (*Kinder Stärken!*, *Kita Regenbogen*, *Bewegte Kinder etc.*). Dabei erhalten Kinder vielfältige Anreize für ihre Entwicklung. Gesundheitsförderung wird Bestandteil des täglichen Miteinanders.

Lebensweltansatz
präferieren

- Kommunen können dabei helfen, dass Gemeinschaftsinitiativen entstehen, die Ressourcen bündeln und abgestimmt arbeiten mit dem Ziel, Kindern und Familien eine familiengerechte, gesundheits- und bewegungsförderliche Lebenswelt zu gestalten. Partner solcher Vorhaben sind zum Beispiel die gesetzlichen Krankenkassen, die Prävention im Setting gemäß § 20 SGB V fördern.²⁴

21 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Kinder gestalten ihren Naschgarten“ und „Früh übt sich. Minifit. Von klein auf gesund“.

22 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „Fitness für Kids“.

23 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit und Bewegung in Kitas“.

24 Vgl. GKV-Spitzenverband 2010.

- Kitas, die im Sinne des Lebenswelt-(Setting-) Ansatzes handeln und Gesundheitsförderung in ihren Alltag integrieren, verstehen Gesundheit als Teil eines ganzheitlichen Konzepts, das alle Beteiligten einbezieht und auf diese positiv zurückwirkt – auf Eltern, Kinder, Erzieherinnen und Erzieher sowie Akteure des Stadtteils.
- Wenn Beratungsangebote für Eltern eng an alltägliche Abläufe zum Beispiel in Kindertagesstätten angesiedelt sind, nehmen Eltern diese Hilfe eher an²⁵ und werden so in der Elternkompetenz²⁶ gestärkt. Wenn Kommunen ihre Ressourcen in Wohngebieten mit Problemlagen und Belastungen bündeln, können sie dadurch Familien in schwierigen sozialen Lagen gut unterstützen. Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Unterstützungs- und Versorgungseinrichtungen sorgt dafür, dass die Angebote Familien besser erreichen.

Herausforderungen für die Kooperationspartner

Kindertagesstätten sind bedeutende elementarpädagogische Einrichtungen. Wenn sie ausreichend ausgestattet sind und das Personal qualifiziert ist, können sie mit Anreizen und Angeboten alle Kinder fördern. Besonders Kinder aus sozial benachteiligten Familien brauchen die vielfältigen Anregungen, geregelten Tagesstrukturen und die Förderung in einer Kita, die ihre Entwicklung unterstützt. Doch gerade diese Kinder besuchen Kindertagesstätten seltener oder kürzer. Sozial benachteiligte Eltern wissen zumeist um die positiven Effekte einer Kita

Motivationsstrategien zum Besuch der Kitas gerade für sozial benachteiligte Familien

25 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „Mo.Ki – Monheim für Kinder“.

26 Zum Beispiel der kompetente Umgang mit Nähe und Distanz, um die sich entwickelnden Bedürfnisse des Kindes nach Geborgenheit und Autonomie richtig zu beantworten.

für ihre Kinder. Daher sollte man gezielt fragen, warum sie ihre Kinder nicht in die Tagesstätte geben. Wenn möglich, sollten Ängste, Vorbehalte und finanzielle Hemmnisse abgebaut werden.

Familiäre Unterstützung und Geborgenheit ist für Kinder ein sehr wichtiger gesundheitsförderlicher Schutzfaktor. Wenn Eltern sich am Alltag der Kita beteiligen und wenn Kinder erleben, dass der familiäre Zusammenhalt wertgeschätzt wird, hat das für die Jungen und Mädchen eine positive Wirkung. Diese Beteiligung und ein vorurteilsbewusster Umgang mit Familien sind jedoch nicht selbstverständlich. Ein entsprechendes Engagement der Fachkräfte ist unerlässlich für erfolgreiche Präventionsprogramme und Elternarbeit.²⁷ Dafür müssen diese Themen regelmäßig bearbeitet werden beim fachlichen Austausch und bei Qualifizierungen der Kita-Träger (zum Beispiel der Wohlfahrtsverbände). Und diese Themen müssen als profilierender Bestandteil der Einrichtungen und Verbände entwickelt werden. Die Good-Practice-Werkstätten, die der Kooperationsverbund hierzu entwickelt hat, unterstützen Kitas und Träger von Kindertagesstätten in diesem Prozess.

Eine entsprechende finanzielle Ausstattung der Kitas durch die Kommunen und ein kommunales Gesamtkonzept, das die Entwicklung aller Kinder fördert, kann diese Prozesse unterstützen. Außerdem können sie verhindern, dass sich familiäre Armut negativ auf die Entwicklungschancen von Kindern auswirkt.

Qualifizierung der Kita-Mitarbeitenden im Bereich der Gesundheitsförderung

Kommunales Gesamtkonzept

²⁷ Hartung et al. 2009, S. 43.

1.6 Kinder im Primarschulalter

Besondere Situation der Kinder in dieser Lebensphase

Der Schulbeginn konfrontiert Jungen und Mädchen mit neuen Anforderungen. Je mehr sich das Kind ihnen gewachsen fühlt, je mehr es Anforderungen bewältigen und Beziehungen beispielsweise zu Gleichaltrigen eingehen kann, desto besser können die Jungen und Mädchen ihre Stärken entwickeln.²⁸ Neben der familiären Unterstützung gewinnen in dieser Entwicklungsphase personale Schutzfaktoren Bedeutung.²⁹ Wenn Jungen und Mädchen in ihrem Alltag Zuversicht und Vertrauen, Eigenaktivität und Selbstständigkeit, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit erwerben, so fördert dies langfristig ihre Gesundheit.³⁰

Die Freude des Kindes auf die und an der Schule kann jedoch schnell verloren gehen, wenn es nicht gelingt, die Fähigkeiten der Jungen und Mädchen zu erkennen, zu fördern und die Kinder in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Wenn Eltern eigene negative Bildungserfahrungen und Vorbehalte gegen die Schule haben, kann sich das auf die Einstellung der Kinder auswirken. Eltern mit Migrationshintergrund haben aufgrund fehlender Sprachkenntnisse manchmal eine zusätzliche Distanz gegenüber der Schule, oder sie haben kulturell bedingt ein anderes Schulverständnis. Eltern unterschätzen oft, wie wichtig ihre Beteiligung und ihr Interesse an der Schule für die Jungen und Mädchen ist.

²⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009, S. 100 f.

²⁹ RKI und BZgA 2008, S. 178.

³⁰ RKI und BZgA 2008.

Wie Good-Practice-Angebote angemessen darauf reagiert haben

Good-Practice-Angebote wie *Mo.Ki*³¹ setzen bereits vor der Grundschule an. Erzieherinnen und Erzieher der Kita gestalten gemeinsam mit den Lehrerinnen und Lehrern der Grundschule den Übergang von der Kita in die Grundschule. So können auch die in der Kindertagesstätte in der Regel engeren Kontakte zu den Eltern an die Lehrkräfte weiter vermittelt werden. Auf diese Weise beginnt die Zusammenarbeit mit den Eltern frühzeitig. Außerdem können Hinweise auf Ressourcen, über die die Jungen und Mädchen verfügen, weiter unterstützt werden. Gefestigte Gesundheitsförderungsroutinen aus den Kindertagesstätten können in der Schule aufgegriffen und weiterentwickelt werden.

Kitas und Grundschulen sollten gemeinsam den Übergang bei sozial benachteiligten Kindern unterstützen

Zusätzliche Angebote nur für Eltern erleichtern den Zugang zu ihnen und helfen dabei, sie für Aktivitäten an der Schule zu gewinnen – zum Beispiel Deutschkurse in Kooperation mit einer Volkshochschule oder Kochangebote gemeinsam mit der Schulsozialarbeiterin.³² Das haben Good-Practice-Angebote bewiesen. Das können etwa Elterncafés und Elternabende sein. Sie sind wichtig, um Mütter und Väter an der Schule zu beteiligen und Eltern als Partner für eine erfolgreiche Entwicklung des Kindes zu verstehen.³³

Zusätzliche Angebote an der Grundschule für und mit Eltern

Für die weitere Entwicklung und Gesundheit der Kinder sind Selbstwirksamkeitserfahrungen sehr wichtig. Um ihnen diese zu vermitteln, setzen

Partizipation der Schüler und Schülerinnen fördern

31 Good-Practice-Angebot „Mo.Ki – Monheim für Kinder“.

32 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Mo.Ki – Monheim für Kinder“, „Gesund essen mit Freude“.

33 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Mo.Ki – Monheim für Kinder“, „Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule“.

Good-Practice-Angebote wie *Gesund Leben Lernen*, *Kiezdetektive* und *Unser Platz* auf Teilhabe und Partizipation im Schulalltag, im Wohnumfeld und bei Freizeitangeboten. Die Kinder werden von Anfang an in die Entscheidungen einbezogen – zum Beispiel in Form eines Kinder- oder Schülerparlaments. Sie beteiligen sich daran, Projekte zu planen und umzusetzen. Dies setzt nachhaltige Lernprozesse bei Kindern und Erwachsenen in Gang und fördert die positive Selbsteinschätzung und Identität der Jungen und Mädchen.

Schule kann zu einem Ort werden, der Jungen und Mädchen auch in ihren Bedürfnissen nach Bewegung, Entspannung und gesunder Ernährung unterstützt und ihnen bei der Entwicklung von Lebenskompetenzen und eines gesunden Lebensstils behilflich ist. Das zeigen Good-Practice-Angebote wie *Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot Körnerplatzschule Döbeln* und *Fridtjof-Nansen-Schulprogramm*. Dabei wird Schule nicht nur als Lern-, sondern auch als Lebenswelt aufgefasst, die die Gesundheit aller Beteiligten – Lehrerinnen und Lehrer, Schülerinnen und Schüler sowie Eltern – belasten oder fördern kann.

Bei dem Good-Practice-Programm *Gesund leben lernen* in Niedersachsen wurde jedoch auch deutlich, dass eine solche Organisationsentwicklung vor allem dort gelingt, wo die Partner externe Unterstützung bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Schule erhalten.

Die Palette erfolgreicher Good-Practice-Projekte für einen gesünderen Alltag ist breit. Sie reicht von der Schulstation, die auch Eltern Beratung zu unterschiedlichen Themen bietet, über die ganzheitliche Förderung von Mädchen und Jungen durch einen kindgerechten, rhythmisierten Schulalltag bis hin zu leicht verfügbaren Bewegungsräu-

Schule als Lebenswelt
gemeinsam gestalten

Externe Unterstützung
der Schulen

Gesundheitsförderung
als Bestandteil der
pädagogischen Arbeit

men und Freiräumen für die Begegnung und Auseinandersetzung mit der Natur. Gesundheitsförderung beteiligt sich so am pädagogischen Prozess und ist Teil der pädagogischen Arbeit.

Die Zusammenarbeit mit dem Stadtteil bringt Schulen zusätzliche Ressourcen für gesundheitsförderliche Initiativen. Das zeigen die Good-Practice-Beispiele *Mentor – Die Leselernhelfer* oder *Schulpädagogische Sozialarbeit und Schuljugendarbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner Seelenbinder“ in Apolda*. Der Stadtteil und die Kommune können diese Zusammenarbeit bewusst in den Blick nehmen und ggf. Ressourcen aus verschiedenen Ressorts für solche Prozesse bündeln.

Zusammenarbeit der Schule mit dem Stadtteil

Während der Schulzeit werden Jungen und Mädchen selbstständiger und mobiler. Gesundheitsförderliche Freizeitangebote in der Ganztagschule oder im Stadtteil ermöglichen ihnen neue Erfahrungen, bei denen sie ihre Fähigkeiten erproben können.

Gesundheitsförderliche Gestaltung der Ganztagschule

Für Jungen und Mädchen ist das eine zusätzliche Gelegenheit, Selbstvertrauen, soziale Kontakte und gesunde Lebensstile zu entwickeln, zum Beispiel durch Sport- und Bewegungsangebote, die sie interessieren.³⁴

- Die Zusammenarbeit von Kita und Grundschule beim Übergang unterstützt Kinder beim Start in die neue Entwicklungsphase. Wichtig ist dies gerade für Jungen und Mädchen, deren Familien sozial bedingt besonderen Belastungen ausgesetzt sind: Hürden beim Übergang in die Grundschule können reduziert und Eltern frühzeitig für die Beteiligung an der Schule gewonnen werden.

³⁴ Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Kiez-Detektive“, „Unser Platz“, „fit ist cool“ Thüringer Netzwerk für mehr Bewegung und ausgewogene Ernährung.

- Jungen und Mädchen wollen aktiv in die Gestaltung ihrer Lebenswelten einbezogen werden, ob in Schule, Freizeit oder im Stadtteil. Sie machen dadurch die wertvolle Erfahrung, dass sie mit ihren Wünschen und Erwartungen ernst genommen und geschätzt werden; sie erleben, dass sie ihre eigene Umwelt mitgestalten können. Diese Erfahrung eigener Selbstwirksamkeit ist für Jungen und Mädchen eine wichtige gesundheitsförderliche Ressource.
- Schule, Freizeiteinrichtungen und Stadtteil können zu gesundheitsförderlichen Lebenswelten entwickelt werden. Die Beteiligung von Kindern, Beschäftigten und Eltern an diesem Prozess schafft Bedingungen, in denen gesunde Lebensstile erleichtert und gesundheitliche Belastungen reduziert werden.
- Ministerien, Kommunen und Träger von Einrichtungen können diese Entwicklung unterstützen, indem sie diese extern fachlich begleiten lassen. Wichtige Partner bei der Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Alltags sind Vereine und Institutionen aus dem Stadtteil, zum Beispiel Sportvereine, Krankenkassen und Stadtteilinitiativen.

Herausforderungen für die Partner im Kooperationsverbund

Jeder Junge und jedes Mädchen muss seine Persönlichkeit entwickeln und Lernerfolge erreichen können. Die Vielfältigkeit, Interessen und Ressourcen, die die Kinder mitbringen, müssen dabei berücksichtigt werden. Dies fordert von Schule, aber auch Stadtteilinitiativen, Vereinen und Verbänden, dass sie Kinder beteiligen und ihnen die Möglichkeit geben, eigene Stärken und Fähigkeiten zu entdecken.

Stärkere Beteiligung der Kinder

Diese Orientierung am Kind erfordert vor allem von Schulen ein Umdenken. Die Lehrerbildung muss dieser Aufgabe verstärkt Rechnung tragen und praxisorientierter werden. Schulen brauchen eine Lernkultur, die auch soziale Kompetenzen und die Partizipation von Kindern, Lehrkräften und Eltern fördert. Schulen können dabei Unterstützung bekommen, zum Beispiel von Partnern aus dem Stadtteil und der Kommune wie Sportvereinen, Freizeiteinrichtungen und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe. Gesundheitsrelevante Ressourcen und Fähigkeiten sollten in den Angeboten bewusst gestärkt werden.

Qualifizierung in der Gesundheitsförderung und Zusammenarbeit mit schulexternen Organisationen

Dem Übergang in die Sekundarschule wird bislang noch wenig Beachtung geschenkt. Dabei ist er häufig eine besondere Hürde für Jungen und Mädchen aus sozial benachteiligten Familien. Heranwachsende können ihre Potenziale und Möglichkeiten in puncto Bildung nicht nutzen, wenn Eltern oder Lehrkräfte nach Stereotypen oder Vorurteilen entscheiden. Hier können Angebote der Schule Eltern und Jugendliche unterstützen und beraten, ähnlich wie die Schulstationen im Good-Practice-Projekt *Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsprojekt*.

Den Übergang von der Primar- zur Sekundarschule gerade bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen unterstützen

1.7 Jugendliche

Die Situation der Jugendlichen

Jugendliche sind von der Gesundheitsförderung bislang verhältnismäßig wenig berücksichtigt worden.³⁵ Dies ist ein Defizit, denn diese Lebensphase birgt umfassende Entwicklungsaufgaben und Weichenstellungen. Die Jungen und Mädchen verän-

dern sich körperlich stark und müssen ihre eigene Identität finden.³⁶ Ihr Radius erweitert sich, sie können und wollen mehr – und sie suchen nach Grenzen. Das ist eine wichtige gesundheitsrelevante Entwicklungsaufgabe.³⁷ Freundschaften zu Gleichaltrigen bekommen einen neuen Stellenwert. Die Bestätigung und Anerkennung, die Jugendliche in diesen Beziehungen erfahren, können frühkindliche unsichere Bindungserfahrungen kompensieren helfen.³⁸

Sozial benachteiligte Jungen und Mädchen haben im Jugendalter häufig bereits eine begrenzte Perspektive, was ihre Bildungs- und Berufschancen angeht. Sie brauchen Unterstützung und Ermutigung, um einen neuen Blick auf die eigene Zukunfts- und Lebensperspektive zu entwickeln. Vorbilder und Vertrauenspersonen können Jugendliche darin unterstützen, eigene Vorstellungen zu entwickeln und sie auch zu verwirklichen.

Wie Good-Practice-Angebote angemessen darauf reagiert haben

Gesundheitsförderlich gestaltete Schulen³⁹ unterstützen allein oder in Zusammenarbeit⁴⁰ mit Hort und Jugendfreizeitangeboten Jungen und Mädchen in ihren Entwicklungsaufgaben. Das zeigen Good-Practice-Beispiele. Sie geben Anregungen, wie

Integrierte Handlungskonzepte in der Kommune für Schulen, Horte und Jugendfreizeiteinrichtungen

35 Expertengespräch „Sichere Übergänge – gesund aufwachsen“ des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, 18.02.2010.

36 Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009, S. 117.

37 Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009.

38 Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 118.

39 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Gesund leben lernen“ und Programm „BodyGuard“ des Internationalen Bundes (IB).

40 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Schulpädagogische Sozialarbeit“ und „Schuljugendarbeit an der Staatlichen Regelschule ‚Werner Seelenbinder‘ in Apolda“, Vernetzung mit dem Jugendclub des CJD.

Hort, Schule und andere Partner gemeinsam Gewalt- und Suchtprävention oder auch Schul- und Freizeitsport organisieren und das Angebot zum Beispiel durch das Jugendamt finanzieren.⁴¹ Ein Weg, die kommunale Vernetzung mit dem Ziel der Gesundheitsförderung neu auszurichten, ist die BZgA-Aktion „GUT DRAUF“. Kommunen, Schulen und Jugendfreizeiteinrichtungen werden mit dem Siegel „GUT DRAUF“ für Jugendliche attraktiver. Dazu erfüllen sie Kriterien für eine gesunde Ernährung, Bewegung und Stressregulation.⁴² Zu den Themen, mit denen Jugendliche angesprochen werden, gehört auch der Umgang mit Alkohol und anderen Suchtmitteln. Diese Präventionsangebote zeigen Alternativen auf und unterstützen positive Lebenskonzepte.⁴³

Good-Practice-Angebote⁴⁴ zeigen, wie Jungen und Mädchen Räume finden, sich zu erproben und selbstständig zu entwickeln. Die Angebote sind erfahrungsgemäß erfolgreicher, wenn die Jugendlichen sie selbst mit entwickeln und gestalten können.⁴⁵ Beteiligungsmöglichkeiten geben den Jungen und Mädchen Gelegenheit, ihre Fähigkeiten zu entwickeln und ermöglichen es ihnen, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Dazu gehört zugleich ein respektvoller Umgang miteinander und Wertschätzung, die im Schulalltag gelebt wird. Diese Erfahrungen können Jugendliche auch für andere gesundheitsfördernde Angebote motivieren. Sportangebote ermöglichen es ihnen, in den Teams Verantwortung zu lernen und Regeln

Gesundheitsfördernde Partizipation und Wertschätzung in der Schulorganisation und im Umgang mit Jugendlichen

41 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Starke Kids und Fit fürs Leben“, „fit ist cool – Thüringer Netzwerk für mehr Bewegung und ausgewogene Ernährung“ und „Kinderhaus Malstatt“.

42 Vgl. <http://www.gutdrauf.net>.

43 Vgl. www.kenn-dein-limit.de, www.rauch-frei.info, www.drugcom.de.

44 Zum Beispiel Good-Practice-Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“.

45 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „BodyGuard“ und „Unser Platz“.

der Gruppe zu akzeptieren.⁴⁶ Sie sollten die Jugendlichen niedrigschwellig erreichen, das heißt wohnortnah und ohne verpflichtende Mitgliedschaft und Teilnahmegebühren.

Jungen und Mädchen benötigen in dieser Phase aber auch Anregungen und Unterstützung, um selbst eine tragfähige und positive Lebens- und Zukunftsperspektive zu entwickeln – und damit letztlich einen gesunden Lebensstil. Nach wie vor wichtig sind verlässliche erwachsene Bezugspersonen, die sie bei Problemen in der Schule, im Elternhaus oder bei der beruflichen Orientierung ansprechen können.⁴⁷ Wichtig ist, dass die Jugendlichen eine breite Palette an Berufsmöglichkeiten kennenlernen, denn häufig dominieren im persönlichen Umfeld tradierte Berufsbilder. Gute Zugangswege für solche Beratungsangebote sind nach den Erfahrungen der Kooperationspartner jugendgemäße Kommunikationsformen wie SMS oder Handy-Filme, mit denen Jugendliche sich mit ihrem Umfeld auseinandersetzen.⁴⁸

Jungen und Mädchen aus sozial benachteiligten Familien werden oft weniger als ihre Altersgenossen beim Übergang von der Schule in die weitere Ausbildung bzw. ins Berufsleben unterstützt. Das BZgA-Programm *komm auf Tour*⁴⁹ setzt hier an. In Zusammenarbeit mit den Arbeitsagenturen, Schulen, Gesundheits- und Sozialberatungen werden Jungen und Mädchen ab der 7. Klasse für ihre Stärken sensibilisiert und erhalten Unterstützung und

Soziale Beratung in besonderen Problemsituationen

Berufsübergang in Zusammenarbeit von Schulen und Arbeitsagenturen

46 Zum Beispiel Good-Practice-Angebot „Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit“.

47 Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Schulpädagogische Sozialarbeit“ und „Schuljugendarbeit an der Staatlichen Regelschule ‚Werner Seelenbinder‘ in Apolda“, Vernetzung mit dem Jugendclub des CJD.

48 Das Berufsberatungsprojekt des Jobcenters Köln nutzt zum Beispiel SMS zur Terminvereinbarung.

49 Vgl. www.komm-auf-tour.de.

Anregung, um eigene Lebensperspektiven zu entwickeln. Dies geschieht im Kontext von Lebensplanung und Berufsorientierung.

Auch in dieser Phase spielt die Unterstützung der Eltern eine wichtige Rolle. Obwohl sich die Jugendlichen in diesem Alter auch vom Elternhaus abgrenzen, sind es doch häufig die Familien, die Berufs- und Rollenperspektiven prägen, insbesondere in Familien mit Migrationshintergrund. Eltern brauchen häufig selbst Unterstützung, um ihren Kindern in dieser Phase helfen zu können. Ein vertrauensvolles Verhältnis, das gegenüber einem Schulsozialarbeiter oder einer Lehrerin gewachsen ist, oder der bewährte Kontakt zu familienunterstützenden Einrichtungen im Stadtteil kann ihnen diese Unterstützung geben. Gleichzeitig müssen den Jugendlichen Alternativen zu den im Elternhaus möglicherweise vorherrschenden Vorstellungen geboten werden.⁵⁰

- Partizipative Konzepte ermöglichen Jugendlichen eigene Erfahrungen, bei denen sie ihre Fähigkeiten entdecken können. Schulen, Jugendfreizeitheime und Kommunen, die Jungen und Mädchen solche Beteiligungsmöglichkeiten eröffnen, schaffen damit Gelegenheit, sich selbst zu erproben und neue Aufgaben zu bewältigen. Auf diese wichtigen gesundheitsförderlichen Erfahrungen können Jugendliche auch bei zukünftigen Herausforderungen zurückgreifen.
- Berufliche Möglichkeiten sollten Jugendlichen möglichst früh, spätestens ab der 7. Klasse, vermittelt werden. Schule, Berufsberatung, Wirtschaft, Gesundheits- und Sozialberatungen können gemeinsam entsprechende Angebote gestalten und Jungen und Mädchen dabei unterstützen,

Elternarbeit als integraler Bestandteil der Arbeit mit Jugendlichen in der Gesundheitsförderung

⁵⁰ Zum Beispiel Good-Practice-Angebote „Kinderhaus Malstatt“, „Schulpädagogische Sozialarbeit“ und Schuljugendarbeit an der Staatlichen Regelschule ‚Werner Seelenbinder‘ in Apolda“.

eine Lebens- und Berufsperspektive zu entwickeln.

- Kommunen können die Mitsprache von Jugendlichen fördern, indem sie ihnen Angebote zur Beteiligung machen und Gemeinschaftsaktionen stärken, die partizipative Ansätze unterstützen.

Herausforderungen für die Partner im Kooperationsverbund

Die Partner des Kooperationsverbundes können die Kultusministerien der Länder und die Kommunen dabei unterstützen, gesundheitsförderliche Angebote mit Jungen und Mädchen zu gestalten. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, des Sports, der Kranken- und Unfallkassen etc. sollten dabei mit Jugendlichen gemeinsam in Schulen und Stadtteilen solche Konzepte umsetzen. Jungen und Mädchen zu beteiligen und zu befähigen, sind wichtige Bausteine für die Entwicklung von Lebenskompetenzen und eines gesunden Lebensstils.

Die Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes helfen den Partnern, die Qualität ihrer Angebote zur Gesundheitsförderung zu entwickeln und gesundheitsrelevante Aspekte zu benennen. Vor allem sollten die Angebote dem Bedarf und den Kommunikationsformen junger Menschen entsprechen.⁵¹

Um ihren Weg zu finden, brauchen Jugendliche auch in dieser Entwicklungsphase die Unterstützung von Erwachsenen, die ihnen Vorbild und Hilfe sind. Eltern müssen Angebote und Rahmenbedingungen vorfinden, die sie in die Lage versetzen, ihren Kindern zur Seite zu stehen.

Die Partnerorganisationen im Kooperationsverbund sollten auf die Kultusministerien der Länder zugehen

Der Kooperationsverbund sollte jugendgerechte Kommunikationsmittel zur Verfügung stellen

Angebote für Eltern bereithalten

⁵¹ Zum Beispiel Soziale.Stadt-Projekt unter <http://www.bolzplatzliga.org>.

Literatur

Die im Text und in den Fußnoten genannten Good-Practice-Angebote sind unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de ausführlich dargestellt.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Köln.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2008): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010): Nationales Gesundheitsziel. Gesund Aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin.
- Commission on Social Determinants of Health (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. World Health Organization, Geneva.
- Dragano, N. (2007): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007, S. 18–25.
- Expertengespräch „Sichere Übergänge – gesund aufwachsen“ des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, 18.02.2010
- GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Berlin.
- Hartung, S., Kluwe, S., Sahrai, D. (2009): Neue Wege in der Elternarbeit. Evaluation von Elternbildungsprogrammen und weiterführende Ergebnisse zur präventiven Elternarbeit. Universität Bielefeld.
- Lampert, T., Hagen, C., Heizmann, B. (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin.

2.

Beiträge zu einzelnen Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

2.1 Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen

Raimund Geene und Rolf Rosenbrock

Benachteiligte Kinder und ihre Familien werden durch individuelle Gesundheitsbotschaften zum Teil noch weiter belastet, da sie diese oft nicht umsetzen können und sich dann noch weiter als „Versager“ fühlen. Allein schon durch die Ansprache fühlen sie sich mitunter diskriminiert – und haben mit diesem Eindruck oft Recht. Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sollte daher weniger auf individuelles Verhalten als vielmehr auf kollektive Verhältnisse abzielen.

Beim Settingansatz wird die Gesundheit nicht primär in Verantwortung des Einzelnen gesehen, sondern durch Strukturen („gesunde Lebenswelten“) gestützt. In Kapitel 2 möchten wir beschreiben, wie dieser Settingansatz konzipiert ist, möchten ermutigende Beispiele des Settingansatzes in Kitas, Schulen und Stadtteilen darstellen, das Potenzial in weiteren Lebenswelten wie Familien und Freizeiteinrichtungen diskutieren und in die Zukunft blicken: Gesundheitsförderung ist ein lernendes Entwicklungsfeld, das sich – ganz im Sinne des Good-Practice-Verständnisses in diesem Fachheft – durch Erfahrungen und Austausch den Interessen und Bedarfen der (jungen) Menschen anpassen und für sie nützlich sein kann.

Der Ausgangspunkt des Lernprozesses ist die gesetzliche Vorgabe in § 20 (1) des SGB V, in dem die Krankenkassen wie folgt verpflichtet werden: „Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die ... den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“

Der Settingansatz zum Abbau ungleicher Gesundheitschancen

Der Settingansatz wurde entwickelt aus dem zweiten Handlungsfeld der Ottawa-Charta „Gesunde Lebenswelten aufbauen“. „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“, heißt es in der Charta (WHO 2001, S. 343). Der

Ansatz galt als erster Praxistest und hat sich nach anfänglichen Schwierigkeiten „zu einer Schlüsselstrategie der Gesundheitssicherung“ (Grossmann und Scala 2006, S. 206) entwickelt.

Beim Settingansatz wird ein integriertes Handlungskonzept entwickelt, nach dem die Menschen in ihren jeweiligen Lebenswelten selbstständig Themen und Bedürfnissen nachgehen. Gesundheit kann dabei das gemeinsame Ziel sein, das soziale Gruppen und Zusammenhänge verbindet (Baric und Conrad 2000), allerdings können auch unspezifische („Verbesserung des Zusammenlebens“) oder spezifische Zielsetzungen ohne direkten Bezug auf Gesundheit („Nutzerorientierte Gestaltung öffentlicher Räume“) geeignete Ansatzpunkte guter Settingprojekte sein. Der Zugang über die Lebenswelten ist besonders geeignet, auch Benachteiligte zu erreichen, ohne sie als solche zu stigmatisieren – die Gesundheitsförderung gilt nicht dem Einzelnen, sondern der Lebenswelt. Der drohende und von den Menschen abgewehrte Umkehrschluss, sie selbst seien schuld an ihrem Förderungsbedarf, wird so vermieden. Daher ist Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz vergleichsweise diskriminierungsarm.

Halkow und Engelmann (2008) verweisen in ihrer Überblicksstudie auf die zahlreichen Anwendungsbereiche und Entwicklungsaufgaben des Settingansatzes, was zwar eine Vielzahl an Möglichkeiten impliziert, aber auch die Gefahr, dass der Ansatz leicht missverstanden oder fehlinterpretiert wird. So ist nicht jede Präventionsaktivität in einem Setting ein Settingansatz. Es reicht auch nicht, dass Maßnahmen auch den Benachteiligten nutzen mögen: schon wenn sie leicht überproportional in weniger belasteten Schichten wirksam sind, können sie im Ergebnis die Chancenungleichheit sogar weiter vergrößern.⁵² Sowohl für die gesetzlichen Krankenkassen als auch für die Aktivitäten der öffentlichen Hand empfiehlt sich deshalb eine Fokussierung auf Maßnahmen mit sozial und gesundheitlich besonders benachteiligten Gruppen (Geene und Rosenbrock 2004).

Eine *vollständige* Realisierung eines Equityansatzes ist nur im Sinne eines integrierten Handlungsansatzes und als Querschnittsaufgabe aller gesundheitsrelevanten Politikfelder (Arbeitsmarkt, Bildung, Wohnen, Verkehr etc.)

⁵² Eine ausführliche Darstellung der drei konzeptionell unterscheidbaren Herangehensweisen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen findet sich in Anlehnung an Graham (2004) bei Rosenbrock (2004, S. 52 ff.).

vorstellbar, so wie es die ersten beiden Handlungsfelder der Ottawa-Charta „Gesunde Gesamtpolitik“ und „Gesunde Lebenswelten“ vorsehen. „Dieser Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und den Gesundheitschancen verlangt unter Interventions- und damit Politikgesichtspunkten nach Konzepten, die die multifaktorielle Ätiologie sozialer und damit auch gesundheitlicher Benachteiligung sowie auch die verschiedenen Politikfelder, die zur Verminderung dieser Ungleichheit einen Beitrag leisten können, integrieren“, heißt es im Sondergutachten des Sachverständigenrates (SVR 2009, Bd. I, Ziff. 101). Hier wird im Folgenden auf das Konzept der Verwirklichungschancen (capability approach) verwiesen, das von dem Ökonomie-Nobelpreisträger Amartya Sen und der Rechtsphilosophin Martha Nussbaum entwickelt wurde. „Als Verwirklichungschancen werden nach diesem Ansatz Möglichkeiten oder umfassende Fähigkeiten (capabilities) von Menschen verstanden, ein Leben zu führen, für das sie sich mit guten Gründen entscheiden konnten und das die Grundlagen der Selbstachtung nicht infrage stellt“ (SVR 2009, Bd. I, Ziff. 102). Verwirklichungschancen erklären sich also sowohl aus individuellen Potenzialen als auch aus gesellschaftlich bedingten Chancen.

Mit der Betonung dieses Wechselverhältnisses geht der capability approach über den Ansatz der „Lebenslage“ hinaus, die definiert wird „als der Spielraum, den die äußeren Umstände dem Menschen für die Erfüllung der Grundanliegen bieten, die ihn bei der Gestaltung seines Lebens leiten oder bei möglichst freier und tiefer Selbstbesinnung und zu konsequentem Verhalten hinreichender Willensstärke leiten würde“ (Weisser 1978). Der capability approach ist heute bereits Grundlage zahlreicher sozial- und gesundheitspolitischer Programme wie zum Beispiel der Armut- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung, des 13. Kinder- und Jugendberichtes etc. und kann damit einen wichtigen Beitrag zur wissenschaftlich und praktisch notwendigen Integration von Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik leisten. Für den Settingansatz ist dabei von besonderer Bedeutung, dass sich im Setting („Lebenswelt“) die Auswirkungen unterschiedlicher Verwirklichungschancen bzw. Lebenslagen bündeln und sich dort auch Menschen mit ähnlicher Lebenslage zumindest häufen – mit starken Auswirkungen auf die Lebensstile – und damit auch auf das (Gesundheits-)Verhalten. Das Verhalten ist zwar der wesentliche Faktor für Ressourcenstärkung und Bewältigung von Gesundheitsbelastungen, beeinflussbar ist es jedoch nicht primär und meist auch nicht besonders erfolgreich über kognitives Lernen von Botschaften, sondern weitgehend nur über die genannten Rahmenbedingungen. Die Lebenswelt ist dabei die – in der Hierarchie der verursachenden Bedingungsgefüge – höchste Interventionssphäre, die von der „expliziten Gesundheitspolitik“ (Ro-

senbrock 2008) erreicht und bearbeitet werden kann. Tatsächlich übersteigt ja die „implizite Gesundheitspolitik“ (ebd.) die Handlungsmöglichkeiten von Krankenkassen (GKV) und öffentlichen Gesundheitsdiensten (ÖGD). Daher sieht das Gesetz auch lediglich vor, dass die soziallagenorientierte Gesundheitsförderung zur *Verminderung* ungleicher Gesundheitschancen beitragen soll, auch wenn sie die ursächlichen Bedingungen schlechter Gesundheitschancen wie Armut, Arbeitslosigkeit oder Diskriminierung nicht verändern kann (Rosenbrock 2008, S. 27 f.).

GKV und ÖGD haben im Bereich expliziter Gesundheitspolitik unterschiedliche Erfahrungen sowohl mit individuell ansetzenden Maßnahmen (Kursangebote, „verhaltensorientierte Gruppenberatung“) als auch mit Projekten in Settings (Baric und Conrad 2000, Trojan und Legewie 2001), vor allem in der betrieblichen Gesundheitsförderung (Lenhardt 2003, Faller 2010) gesammelt. Bei den kassengetragenen verhaltensorientierten Kursangeboten wurde bislang eine überproportionale Beteiligung von sozial und gesundheitlich weniger belasteten Gruppen festgestellt. Kursangebote erscheinen daher wenig geeignet zur Unterstützung sozial Benachteiligter und können sogar das Gegenteil erreichen: Durch eine zusätzliche Normsetzung im Sinne des gesundheitlich richtigen Verhaltens (Nichtrauchen, Bewegung etc.) kann Belasteten eine weitere Frustration aufgebürdet werden.

Settingansätze können diesbezüglich eine größere Treffsicherheit aufweisen: Insoweit zum Beispiel betriebliche Gesundheitsförderung regelmäßig bei hoch belasteten und das heißt in der Regel auch statusniedrigen Beschäftigtengruppen ansetzt (Sochert 1998), wird damit auch ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen geleistet.

Im Leitfaden der Krankenkassen zur Umsetzung der primären Prävention heißt es, bei einem Settingprojekt gehe es darum, „unter aktiver Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) die jeweiligen Gesundheitspotenziale und -risiken im Lebensbereich zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Dieser Prozess soll über die Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessern“ (GKV-Spitzenverband 2010, S. 12).

Die Durchführung eines Settingprojekts ist nach dieser praxistauglichen Definition eine systemisch ansetzende Organisationsentwicklung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Setting werden angeregt zu Eigenaktivitäten. Die-

ser Ansatz ist deutlich abgegrenzt von der eher funktionalen Nutzung des Settings, also einer Institution (zum Beispiel Schulen und Betriebe, in denen Informationsschriften verteilt werden) oder eines sozialen Zusammenhangs (zum Beispiel Plakatierung im Stadtteil oder bei spezifischen Milieugruppen). Bei solchen Interventionen im Setting geht es vorrangig um den Zugang zur Zielgruppe zwecks Vermittlung von Gesundheitsbotschaften oder zur Rekrutierung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern für Maßnahmen der individuellen Prävention. Der Settingansatz ist hingegen „gewissermaßen eine synthetisch induzierte soziale Reformbewegung für das jeweilige Setting“ (Rosenbrock 2004, S. 73), bei der der Lernprozess der Beteiligten hin zu mehr Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Mittelpunkt steht.

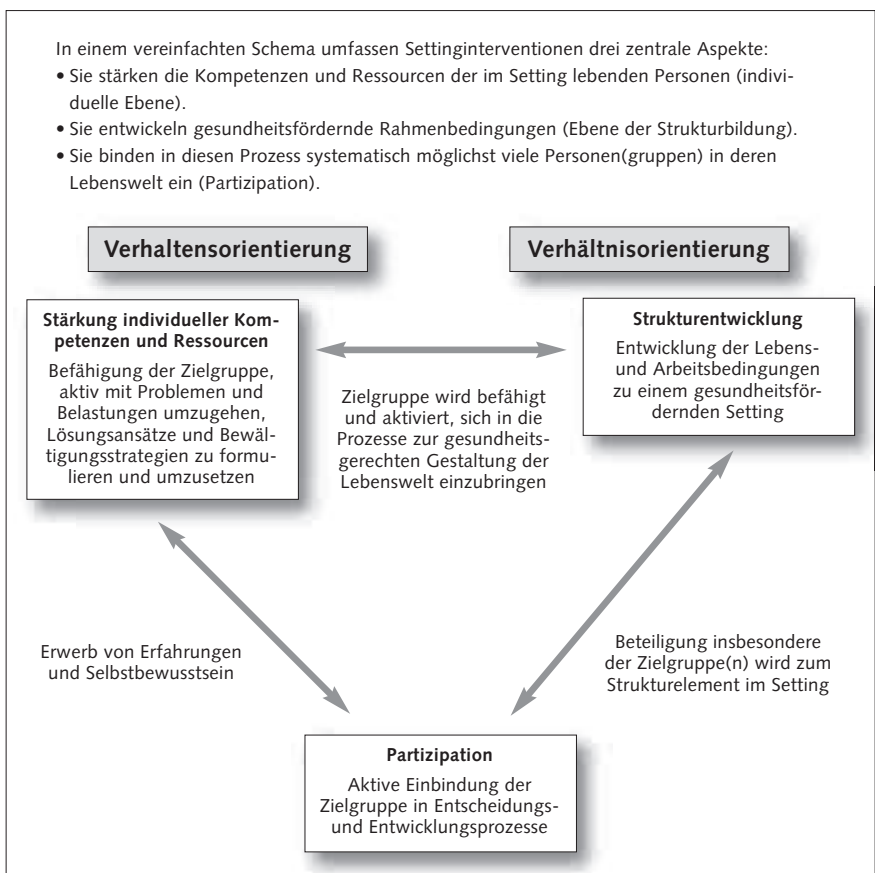


Abb. 1: Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Settingansatzes (nach Kilian et al. 2004)

Solche primärpräventiven Interventionen in Settings sind umso schwieriger zu organisieren, je diffuser, das heißt je weniger institutionalisiert die *Stakeholder* sind, je weniger formalisiert und verbindlich die Strukturen der Interaktion sind und je höher die Fluktuation in einem Setting ist. Entsprechend empfiehlt es sich im Interesse einer guten Steuerbarkeit und eines hohen Wirkungsgrades der Interventionen, zunächst in hoch strukturierten Settings zu intervenieren. In diesem Sinne besonders geeignet sind die bereits relativ gut entwickelten Settings Betrieb, Schule und Kita. Wesentlich weniger strukturiert und deshalb schwieriger umsetzbar ist Gesundheitsförderung in den Settings Nachbarschaft bzw. Stadtteil.

Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz zielt auf die aktive Einbeziehung (*Partizipation*) aller Akteure im Setting ab, knüpft bei der Auswahl der Settings und der Methoden an bereits gesammelte Erfahrungen und erworbene Fertigkeiten an und gibt Anreize zur Kompetenzstärkung aller Beteiligten (*Empowerment*). Damit sollen die Entwicklung und Umsetzung gesunder (Organisations-)Strukturen befördert und gleichzeitig die Menschen sensibilisiert und in die Lage versetzt werden, diese Strukturen zu erhalten und weiterzuentwickeln, auch wenn der Projektimpuls von außen abgezogen wird (*Nachhaltigkeit*). Besonders wichtig in diesem Zusammenhang sind Aufbau und Pflege von Kontakten und Unterstützungsnetzwerken zu anderen Settings.

Es wird deutlich, dass Angebote nach dem Settingansatz einen hohen konzeptionellen und organisatorischen Aufwand mit sich bringen. In der Praxis besteht aus diesem Grund die Gefahr, statt dem Settingansatz individuelle Prävention bzw. „verhaltensorientierte Gruppenberatung“ im Setting zu bevorzugen, was zwar aus dem jeweiligen Handlungsdruck nachvollziehbar ist, im Sinne des anzustrebenden Gesundheitsgewinns aber mitunter sogar kontraproduktiv sein kann, weil sozial Benachteiligte – die eigentlich Bedürftigen – dadurch verschreckt werden.

Schule als Ort der Gesundheitsförderung

Schulen als gesundheitsförderliches Setting zu entwickeln, empfiehlt sich aus mehreren Gründen: Alle in Deutschland aufwachsenden Kinder sind „Bildungsinländer“ und deshalb viele Jahre über diese Institution erreichbar. Damit ist die Schule ein beispielgebender Bereich, bei dem zudem der gesellschaftliche Konsens besteht, die Bildung deutlich zu verbessern. Dazu braucht es nicht zuletzt gesunde und zufriedene Lehrerinnen und Lehrer sowie Schü-

lerinnen und Schüler, aber auch die Unterstützung und Einbindung von Eltern, Verwaltung, Schulträgern ist nötig. Durch klare rechtliche Vorgaben, Strukturen und Hierarchien sind Schulen gut strukturiert und insofern gemeinsam steuerbar. Schließlich können hier alle Kinder erreicht werden, besser und gebündelter als in jedem anderen Setting. Durch entsprechende Auswahl der Schulen nach Region (Orte bzw. Stadtteile mit großem Anteil von sozial Benachteiligten) und Art (Grund-, Haupt- bzw. Sekundar-, Berufs- und Sonderschulen) könnten im Erfolgsfall auch relevante Beiträge zur Verminderung sozial bedingter Chancenungleichheit geleistet werden (Sommer et al. 2005).

Strukturelle Voraussetzungen des Settings Schule

Das Setting Schule ermöglicht es aufgrund seiner bereits entwickelten Strukturen, Gesundheitsförderung als Leitbild zu verankern und ein gesundes Heranwachsen von Kindern zu fördern. Schule bietet gute Voraussetzungen, alle Zielgruppen in die Organisationsentwicklung einzubeziehen: Schülerinnen und Schüler, Lehr- und technisches Personal, Schulträger sowie Eltern. Wichtig ist, dass die Entscheidung, die Schule zu einem „gesunden Ort“ zu entwickeln, sowohl von der „Basis“ ausgeht (das heißt Schüler- und Elternvertretung sowie Lehrerkollegium) als auch auf der Leitungsebene beschlossen wird. Die Leitungsebene bzw. ein eingerichtetes Steuergremium ist für Initiierung, Begleitung und nachhaltige Umsetzung sowie kontinuierliche Überprüfung verantwortlich. Für die Umstrukturierungsprozesse werden besonders in der Anfangsphase hohe zeitliche und personelle Ressourcen gebraucht. Netzwerkprojekte wie das der Kassenverbände mit den Landesvereinigungen für Gesundheit aus Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz „Gesund leben lernen“ (Heinrich et al. 2006, Kliche et al. 2010) oder das „Audit Gesunde Schule“ (LVG 2007) initiieren und begleiten solche Prozesse der Organisationsentwicklung.

Der Fokus im Rahmen der „gesunden Schule“ richtet sich zunehmend auf eine aktive Partizipation der Eltern (besonders bei Schulen in benachteiligten Stadtteilen) und auf den Aufbau nachhaltiger Kooperationen mit Strukturen im Umfeld der Schulen (Stadtteilinrichtungen, Sportvereine, Migrantenorganisationen etc.). Tatsächlich wird dies häufig als Überforderung empfunden (Kilian et al. 2004). Gerade Schulen kämpfen oft mit vielen verschiedenen Ansätzen und zu entwickelnden Projektbereichen, versuchen sich in vielfältigen Präventionsstrategien zur Reduktion von Gewalt oder Rassismus, Suchtgefahren, Mobbing, Stalking, Kriminalprävention und vielem mehr. Es ist

geboten, hier pragmatische Lösungen zu finden, die den Prozess zu einem gesundheitsfördernden Setting unterstützen und dabei insbesondere die Selbsthilfepotenziale der Beteiligten ansprechen und aktivieren. Ziel dabei ist einerseits die Kompetenz- und Ressourcenstärkung insbesondere der Schülerinnen und Schüler, aber auch der Lehrerinnen und Lehrer sowie der Eltern. Erreicht wird dies einerseits durch gemeinsame Leitbildentwicklung, andererseits durch gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen, die diese in einem möglichst gemeinsamen und offenen Prozess miteinander entwickeln, der im Ergebnis zu einem neuen gegenseitigen Verständnis führt und der Einstieg ist in eine sich dauerhaft verstetigende Teilhabe- und Partizipationskultur möglichst aller am Schulgeschehen Beteiligten.

Im Bereich kindlicher Lebenswelten ist die Schule das Setting mit der stärksten Strukturierung, den meisten Akteuren und Ressourcen und dem höchsten Organisationsgrad. In Abbildung 1 sind die wesentlichen Elemente einer gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung nach dem Settingansatz dargestellt. Durch die gleichzeitige Berücksichtigung sowohl der individuellen als auch der strukturellen Ebene ist die Umsetzung des Settingansatzes sehr komplex und anspruchsvoll. Eine professionelle Unterstützung durch Projektberatung und -förderung zum Beispiel der Krankenkassen ist daher unverzichtbar, aber noch nicht ausreichend. Eine erfolgreiche Umsetzung kann nur gelingen, wenn zusätzlich Schülerinnen und Schüler, Eltern, Lehrkräfte und Schulträger an einem Strang ziehen. Dafür können etablierte Foren der Zusammenarbeit wie Schülervollversammlungen oder Schulkonferenzen genutzt werden, sofern sie nicht schon im schulischen Alltag soweit abgenutzt wurden, dass sie zur Routine erstarrt sind. In einem solchen Fall empfiehlt sich eher die Einrichtung eines eigenen Steuerungskreises für die gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung der Schule.

Solche Entwicklungsprozesse benötigen einen klar gegliederten Ablauf. Hier steht zunächst der Public Health Action Cycle (Rosenbrock und Gerlinger 2006) zur Verfügung (vgl. Abbildung 2). Er verweist darauf, dass der Settingansatz als selbstlernendes System umgesetzt werden sollte: Am Beginn steht die Problemdefinition, aus der heraus dann die Lösungsstrategie entwickelt wird, die im nächsten Schritt zur Praxis werden soll. Inwieweit diese Praxisumsetzung gelingt, wird per Evaluation überprüft, um im darauffolgenden Schritt eine erneute Problemdefinition vorzunehmen, hoffentlich auf einem inzwischen weiterentwickelten Stand. Ein solches selbstlernendes System zielt darauf ab, dass es in der langfristigen Folge das Eigeninteresse der Beteiligten wird, die gesundheitliche Orientierung selber voranzutreiben (*Nachhaltigkeit*).

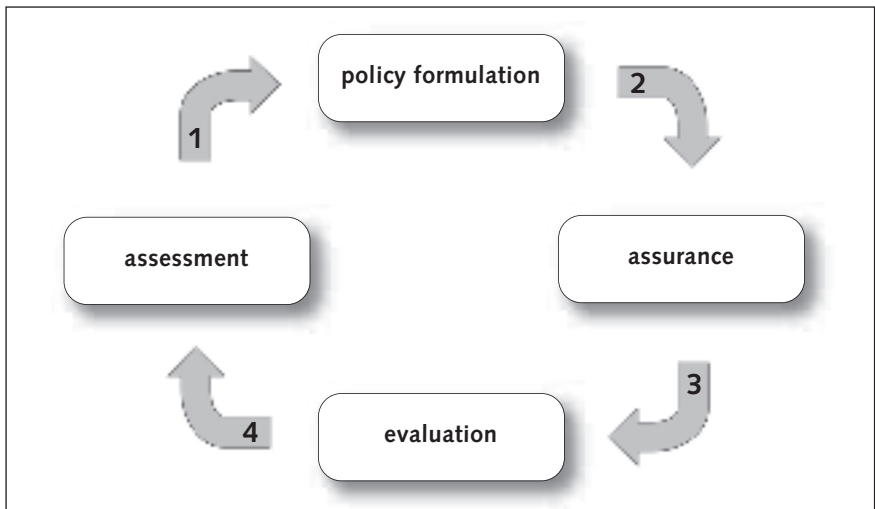


Abb. 2: Public Health Action Cycle (Rosenbrock und Gerlinger 2006)

Aus den Erfahrungen der schulischen Modellprojekte (siehe oben) und vor allem aus dem schon länger etablierten und daher weiter konzeptionalisierten Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Faller 2010) können wichtige Schlussfolgerungen abgeleitet werden. So stellt Friczewski (2010, S. 151) heraus, dass zunächst Frustrationsgefühle reduziert („Da kommt sowieso nichts dabei raus“, ebd.) und Gestaltungswille aktiviert werden sollen: „Was muss passieren, damit Ihnen die Arbeit hier wieder Spaß macht?“ (ebd.). Moderierte Gesundheitszirkel und sogenannte Großgruppenverfahren wie Open Space können auf solchen positiven Grundimpulsen aufbauen und in der Folge über gemeinsame Leitbildentwicklung in eine neue Form der „kollektiven Intuition einer Organisation“ (ebd., S. 155) übergehen. In einer schematischen Darstellung kann sich ein solcher Organisationsablauf einer schulischen Settingintervention wie in Tabelle 1 darstellen.

Unter anderem im Modellprojekt „Gesund essen mit Freude“ hat sich inzwischen eindrucksvoll gezeigt, welche zentrale Bedeutung Eltern, insbesondere Mütter als „Gesundheitsmanagerinnen ihrer Familien“ für die Gesundheits- und Bildungschancen ihrer Kinder spielen können (Gold et al. 2008, S. 10). Wie das Setting Schule diese Ressourcen aktiv nutzen kann, zeigen die in diesem Band dargestellten Good-Practice-Projektbeispiele.

Projektphase	Außenimpuls	Innenaktivität
Projektvoraussetzung	Programme von Krankenkassen, Unfallkassen, ÖGD Fachberaterin/-berater einer Krankenkasse, des ÖGD oder einer (gewerblichen/ gemeinnützigen) Organisationsberatung	Brainstorming zu Problemen und Potenzialen bei Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrkräften in ihren Gremien Verständigung über das Ziel einer Leitbildentwicklung Positive Grundhaltung des Schulträgers
Projektvorbereitung	Angebot zur Projektbegleitung/-unterstützung Vermittlung von gelungenen Settingprojekten in Schulen, aber auch von häufig auftretenden Problemen Unterstützung in der Finanzplanung/Mittelakquise, Bereitstellung von (anteiligen) Fördermitteln	Ermittlung spezifischer Interessen und Bedarfe in der Schule, zum Beispiel Ernährungssituation (Assessment) Ermittlung spezieller Probleme mit Handlungsbedarf, zum Beispiel Stress, Mobbing, Gewalt (Ziel: Belastungsreduktion) Ermittlung von Potenzialen zur Stärkung des Zusammenhalts im Setting, zum Beispiel durch Ausflüge, Feste, Hobby-AGs (Ziel: Ressourcenstärkung) Beschluss des Schulträgers zur Einrichtung einer Initiierungsgruppe und zur Leitbildentwicklung Bestätigung der mitwirkenden Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler sowie Eltern in der Initiierungsgruppe durch die jeweiligen Gremien
Projektinitiierung	Unterstützung bei der Bewerbung Unterstützung in den Kommunikationsformen Rahmendaten zur Leitbildentwicklung	Bewerbung eines gemeinsamen Prozesses durch die Initiierungsgruppe Vermittlung der Vision Gesundheitsförderung als Zufriedenheit aller Beteiligten mit der schulischen Situation sowie schulisches Wohlbefinden Herausstellen der Perspektive „Gemeinsame Leitbildentwicklung“
Projektstart	Input und Ressourcen zur systemischen Projektentwicklung Unterstützung bei der Zielformulierung	„Grünes Licht“ des Schulträgers und der Gremien zum Projektstart Kick-off-Meeting in der Schule als öffentliche Veranstaltung Entwicklung von Folgeveranstaltungen in Form von – Zukunftswerkstätten/Open Space/ World Café u. Ä. – thematischen Arbeitsgruppen Verständigung über die Projektperspektive „Gemeinsame Leitbildentwicklung“
Projektverlauf	Unterstützung des Projektmanagements Unterstützung bei der Zielkonkretisierung und Beratung bei Aufgabenverteilung Bereitstellung von Projekttools Anregung zur Einbeziehung außerschulischer Akteure, Unterstützung von Öffentlichkeitsarbeit	Einrichtung einer Steuerungsgruppe Sicherstellung der Einbindung aller Stakeholder Vereinbarung von Teilzielen Einteilung in Projektbereiche mit vereinbarten Arbeitsphasen und Meilensteinen Auswahl und Einsatz von Projekttools Durchführung und Projektmanagement = Sicherstellung der Umsetzung der Teilschritte und Gesamtkoordination Initiierung und Durchführung der Kooperations- und Öffentlichkeitsarbeit

Projektphase	Außenimpuls	Innenaktivität
Projektabschluss	Anleitung Qualitätsentwicklung: – Dokumentation(en) – (Zwischen-)Bericht(e), – Partizipative Evaluation – Vermittlung der Methode des Organisationslernens als permanenten Prozess	Publikation des gemeinsamen Leitbilds Definition von (Teil-)Ergebnissen Qualitätsentwicklung
Projektverstetigung	Impuls zur Verstetigung des Organisationsentwicklungsprozesses Moderation der schulinternen Vereinbarungen zur strukturellen Absicherung Evtl. regelmäßig wiederkehrende Auditierung	Verständigung und schriftliche Vereinbarungen auf Strukturen zur regelmäßigen Weiterentwicklung, zum Beispiel AGs, jährliche Plena/Gesundheitsgesamtkonferenzen mit eigener Personal-/Ressourcenausstattung Kooperationsbeziehung mit außerschulischen Partnern

Tab. 1: Ablaufmodell – eigene Darstellung unter Berücksichtigung der Kriterien zur GKV-Förderung des Settingansatzes gemäß Leitfaden (GKV-Spitzenverband 2010, S. 23 ff.)

Kita als Ort der Gesundheitsförderung

Bereits im frühen Kindesalter entwickeln und stabilisieren sich gesundheitlich bedeutsame Verhaltensweisen und Lebensstile (Lohaus et al. 2006, S. 31). Die in dieser Lebensphase erworbenen Gewohnheiten können sich in höheren Altersgruppen zu konkreten Gesundheitsressourcen, aber auch -gefahren entwickeln (ebd., S. 13). Deshalb ist eine möglichst frühzeitige Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Das starke Elternrecht des Grundgesetzes (Art. 6 GG) weist den Eltern Recht und Pflicht zur Förderung der Kinder zu und damit auch die Verantwortung, gesunde Verhaltensweisen zu fördern. In Familien mit hohen sozialen Belastungen fehlen jedoch häufig die nötigen Ressourcen, um den Kindern einen gesunden Lebensstil zu vermitteln, was diese Familien zu einer besonderen Zielgruppe für gesundheitsfördernde Unterstützung macht. Nach der primären Sozialisation in der Familie bildet die Kindertageseinrichtung den ersten Ort der „Außenwelt“ (sekundäre Sozialisationsinstanzen, Hurrelmann 2006).

Nutzung gesundheitsförderlicher Strukturen in Kitas

Kindertagesstätten sind zwar im Vergleich zu Schulen ein bislang weniger erprobtes Handlungsfeld und aufgrund ihrer geringeren Strukturierung schwie-

riger als Setting für Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erschließen. Durch die neuen Bildungsprogramme in den Bundesländern, die gesundes Aufwachsen sowie Gesundheitsbewusstsein als zentrale Bildungsziele ausweisen (Textor 2006), bestehen hier jedoch zunehmende Gestaltungsbedarfe und auch -möglichkeiten.

Wie Befunde unter anderem aus dem „Audit Gesunde Kita“ (LVG 2007) zeigen, bestehen bereits gesundheitsförderliche Strukturen und Aktivitäten, auf deren Grundlage sich eine insgesamt „Gesunde Kita“ entwickeln lässt und ein gesundheitsförderliches Verhalten der Kinder geprägt und stabilisiert werden kann (Richter et al. 2004, S. 64). Speziell durch die sogenannten AWO/ISS-Langzeitstudien⁵³ konnte gezeigt werden, dass sich Lebenssituation, Gesundheitszustand und auch spätere Bildungschancen der Kinder verbessern, je länger sie durch öffentliche Institutionen gefördert werden (Richter et al. 2004, S. 65).

Ein besonders wichtiges Argument für das Setting Kita ist die gute Erreichbarkeit der Eltern, die speziell in den ersten Kita-Jahren aufgeschlossen und engagiert in Fragen der Kindergesundheit reagieren. Aber auch hier bedarf es zur aktiven Partizipation sozial benachteiligter Familien bzw. Eltern besonderer Aufmerksamkeit. Zwar nutzen auch diese Familien die Kitas inzwischen mehr, insbesondere dort, wo ihre Nutzung kostenfrei ist. Es bleibt jedoch mitunter eine Distanz und Zurückhaltung benachteiligter Eltern, sei es aus der Sorge vor Diskriminierung (Vermeidungsstrategie), aus dem Gefühl der Fremdheit („Schwellenängste“) oder der „Unzuständigkeit“. Es bedarf hier eines integrierenden Arbeitsansatzes der Erzieherinnen und Erzieher zur systemischen Förderung der primären Sozialisationsinstanz Familie und zur Stärkung der Elternkompetenz. Zur Umsetzung eines solchen integrierenden Ansatzes sind Fortbildungen und andere Qualifizierungen notwendig, idealerweise auch Akademisierungen in frühpädagogischen Handlungsfeldern und letztendlich vor allem auch bessere, motivationsfördernde und leistungsgerechte Bezahlungen der Erzieherinnen und Erzieher. In der Folge solcher direkter Unterstützungsfunktion der Kita für das familiäre Leben können daran anknüpfend neue Entwicklungsansätze geschaffen werden, die sich an den Stärken der Kinder orientieren und ihr Bewältigungshandeln fördern.

⁵³ Die AWO-ISS-Studie wurde zwischen 1997 und 2005 als bislang umfangreichste Längsschnittstudie zu Kinderarmut in Deutschland durchgeführt. In Fortführung der leider nicht weiter finanzierten Studie wird aktuell eine Nacherhebung bei inzwischen 16-Jährigen durchgeführt (Holz 2010, S. 26).

Einschränkend auf die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings Kita wirken daher auch aktuell sowohl fehlende personelle und finanzielle Ressourcen und Qualifikationen als auch eine hohe Belastung aufseiten der Erzieherinnen und Erzieher durch neu auferlegte Bildungs- und Rahmenprogramme, die noch kaum mit der hier skizzierten Settingarbeit verknüpft wird. Der Gesundheitsbegriff wird nach Erfahrungen aus dem „Audit Gesunde Kita“ vom betreuenden und leitenden Personal oft auf Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung reduziert, auch die aktuelle öffentliche Wahrnehmung von Kindergesundheit verengt sich auf diese Phänomene. Bereits vorhandene gesundheitsförderliche Strukturen werden nicht oder nur eingeschränkt als solche wahrgenommen. Die wichtige Schnittstelle zwischen eigener Arbeitsplatzzufriedenheit der Erzieherinnen und Erzieher sowie Aktivität und Gesundheit der Kinder und ihrer Eltern wird kaum realisiert.

Um die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings Kita zu ermöglichen, sind Fortbildungen sowohl für Erzieherinnen und Erzieher als auch für die Leitungsebene zum Thema Gesundheitsförderung sinnvoll. Das oft hoch motivierte betreuende Personal kann initiiierend und/oder unterstützend wirken für gesundheitsfördernde Maßnahmen und Methoden, wenn dabei der systemische Blick vermittelt wird und zeitliche und räumliche Ressourcen vorhanden sind. So setzt das von Gesundheit Berlin-Brandenburg entwickelte Weiterbildungskonzept für eine gute Praxis der Gesundheitsförderung in Kitas bei Erzieherinnen und Erziehern und steuernden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kita-Trägern an, um entsprechende Selbstlernprozesse im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung in der Kita anzustoßen (Nickel und Kilian 2011).

Um Kinder und Familien langfristig und nachhaltig bei einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu unterstützen, ist schließlich eine Vernetzung mit dem Setting Schule insbesondere im Bereich Transition/Übergangmanagement (Fthenakis 2003, Geene und Borkowski 2009) sowie idealerweise mit dem Setting Stadtteil-/Quartiersmanagement (siehe unten) wünschenswert.

Gesundheitsförderung und pädagogische Konzepte in Kitas

Wie erwähnt, ist Gesundheit in den Nuller-Jahren als Bildungsziel in die elementarpädagogischen Programme aufgenommen, bislang jedoch noch zu wenig mit konkreten Umsetzungs- und Handlungsvorschlägen hinterlegt worden. Um Gesundheitsförderung künftig auch praktisch mehr in der Kita zu ver-

ankern, sollten die pädagogischen Konzepte der Einrichtung näher betrachtet und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Gesundheit analysiert werden (vgl. auch BZgA 2002, S. 18 f.).

Gesundheitsfördernde Maßnahmen verbinden sich gut mit pädagogischen Konzepten der Kita (ebd., S. 25). Der Situationsansatz, ein in den 1970er-Jahren entwickeltes sozialpädagogisches Konzept, wird vielfach im Kindergarten angewandt und sollte in diesem Zusammenhang etwas ausführlicher betrachtet werden. Erzieherinnen und Erzieher kennen den Ansatz zumeist, Gesundheitsfördernde hingegen wissen oft wenig darüber und verkennen die hohe Gemeinsamkeit mit den Zielen und „der Denke“ der Ottawa-Charta. Der Situationsansatz ist ein ganzheitlicher Ansatz, der versucht, die Lebensbedingungen der Kinder zu berücksichtigen, um die pädagogische Forderung zu erfüllen, dass die „Kindergartenarbeit auf der Grundlage der unterschiedlichen Lebensgeschichten der Kinder geschieht“ (Krenz 1991, S. 17). Um in Zukunft die Gesellschaft aktiv und verantwortungsbewusst mitgestalten zu können, sollten Kinder sogenannte Schlüsselkompetenzen wie personale (bei Kindern sogenannte „Ich-Kompetenzen“), soziale, fachliche bzw. lernmethodische sowie Sachkompetenzen erwerben. Um Lernorte und die soziale Umwelt zu entdecken, soll das soziale Leben in die Kita hineingeholt bzw. sollen die Kinder durch aktive Mitwirkung in der Nachbarschaft mit dieser konfrontiert werden (Büttner und Dittmann 1999, S. 51). Gemeinwesenorientierung und Kontakte zu Menschen außerhalb des Kindergartens gewinnen so für die elementarpädagogische Praxis an Bedeutung, wie Becker-Textor (1994, S. 85) schon frühzeitig erkannte. Der Situationsansatz soll Kinder befähigen, Situationen zu bewältigen und damit für die Zukunft zu lernen (ebd., S. 85). Gesundheitsförderung im Kindergarten bedeutet in diesem Sinne nicht mehr nur Gesundheits- oder Umwelterziehung als isoliertes Handlungsprogramm, sondern die Einbeziehung von Gesundheit als umfassendes Thema in die Lebenswelt Kindergarten (BZgA 2002, S. 29).

Der Situationsansatz ist wie die Salutogenese auf Ganzheitlichkeit ausgerichtet. Er setzt auf Kompetenz, Autonomie und Wohlbefinden und baut auf die Praxis von Situationsanalysen (ebd.). Dabei steht das Kind mit seinen Erfahrungen, Fähigkeiten, Interessen und Gefühlen im Vordergrund und nicht die Gesundheitserziehung. „Der Erziehungsgedanke muss zurückgestellt werden, denn Gesundheit als Wohlbefinden und Lebenskompetenz ist nicht etwas, zu dem man erziehen kann“ (ebd., S. 30). Es muss vielmehr eine selbst erlebte Erfahrung sein. Die neuen Bildungsprogramme der Elementarpädagogik greifen diese pädagogische Intention in den Ansätzen zur kindlichen Subjekt-

orientierung und der erweiterten Aufgabenbeschreibung in Richtung Eltern-Kind-Zentren umfassend auf (Textor 2006, Geene und Borkowski 2008). Die zentrale Entwicklungsaufgabe für das Setting Kita besteht nun darin, Gesundheitsförderung zu einem der Leitbilder der Neuausrichtung der Kitas zu profilieren und dies für die Akteurinnen und Akteure – Erzieherinnen und Erzieher sowie Kita-Träger, aber auch Eltern und Kinder – konkret und positiv erlebbar zu machen. Erste entsprechende Praxisprojekte finden sich in diesem Fachheft.

Der Stadtteil als Ort der Gesundheitsförderung

Eine neue Herausforderung besteht darin, den Ansatz „gesundheitsförderliches Setting“ auf soziale Brennpunkte vor allem im städtischen Zusammenhang zu übertragen (Bär et al. 2009). Das stößt zunächst auf das Problem, dass Stadtteile eigentlich kein Setting sind und insbesondere sozialen Brennpunkten eine festgefügte Organisationsstruktur fehlt. Allerdings werden gute Erfahrungen mit partizipativem Quartiersmanagement gemacht, in denen Bewohnerinnen und Bewohner überhaupt erst als Akteurinnen und Akteure qualifiziert werden (Löhr 2002). Auch analoge Strategien beispielsweise der Kinder- und Familienfreundlichkeit kommunaler Politiken (Dienel 2002, 2005), der „Bündnisse für Familien“ (BMFSFJ 2011) oder des Gesunde-Städte-Netzwerks (Stender 2006) zeigen die hohe gesundheitsförderliche Bedeutung von Netzwerkstrategien (Trojan und Süß 2010, S. 337 ff.). Im aktuellen Leitfaden der Krankenkassen (GKV-Spitzemverband 2010, S. 31 ff.) ist Kommune/Stadtteil nunmehr als drittes außerbetriebliches Setting nach Schule und Kita aufgenommen worden, wobei das Gesunde-Städte-Netzwerk und das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt mit der Steuerung durch ein Quartiersmanagement herausgehoben werden.

Quartiersmanagement

Das Quartiers- oder auch Stadtteilmanagement zielt darauf ab, die für die Stadtentwicklung relevanten Politikfelder im Rahmen eines integrierten Handlungskonzepts durch Projekte und Maßnahmen zusammenzuführen. Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der ortsansässigen Akteurinnen und Akteure gilt als Schlüssel eines Quartiersentwicklungsprozesses, der den sozialen Problemgebieten zu selbstständig lebensfähigen Stadtteilen mit positiver Zukunftsperspektive verhelfen kann (Löhr 2002).

Angeregt durch den Gedanken der sozialen Nachhaltigkeit aus der Rio-Deklaration (Programm Agenda 21) gewann die Sozialraumorientierung in der Stadtentwicklung in den 1990er-Jahren zunehmend an Gewicht. Pate stand dabei – wie so oft in den sozialen Entwicklungsprozessen der 1980er- und 1990er-Jahre in Deutschland – das holländische Polder-Modell, mit dem Strategien der sozialräumlichen Integration erprobt wurden. Eine der sehr erfolgreichen Maßnahmen war die Einrichtung von Quartiersfonds ab 1985. Auch die britische Regierung entwickelte ab 1997 unter Tony Blair Konzepte der integrierten Stadtteilentwicklung im Rahmen ihres sogenannten „New Deal“ (Schnur 2003).

In Deutschland wurde 1996 erstmals ein „Programm Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf“ von der nordrhein-westfälischen Landesregierung mit dem Instrument des Quartiersmanagements aufgelegt. Vergleichbare Projekte entstanden in Hamburg mit dem „Armutsbekämpfungsprogramm“ und in Berlin mit den Planungszellen in einzelnen Quartieren. Auf der jährlichen Konferenz der Landesministerien wurde 1996 die bundesweite Initiative „Soziale Stadt“ ins Leben gerufen. Mit der rot-grünen Regierungsübernahme im Bund 1998 wurde dies auch im Koalitionsvertrag fixiert, um so ab 1999 als Bund-Länder-Programm unter dem Titel „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ (kurz: „Soziale Stadt“) etabliert zu werden (Häußermann 2000, DIfU 2003).

Eckpunkte des Quartiersmanagements

Um der integrativen Zielsetzung und dem Wandel von der Betreuung zur Befähigung gerecht zu werden, sind unterschiedliche Mittel Bestandteil des Quartiersmanagementkonzepts (Alisch 1998). Die zentrale Steuerung erfolgt durch eine(n) von der öffentlichen Hand eingesetzte(n) Quartiersmanagerin bzw. -manager. Er oder sie steuert die Einsetzung der Fördermittel, hat aber auch die Aufgabe, weitere Fördermöglichkeiten vor Ort zu eröffnen.

- Meist gibt es ein Quartiersbüro, das die administrative Infrastruktur für das Quartiersmanagement bereitstellt, aber auch Anlauf- und Versammlungspunkt für Bürgerorganisationen sein kann.
- Ein wichtiger Bestandteil ist ein sogenannter Quartiersfonds, ein Fördertopf, aus dem kurzfristige und kleinteilige Maßnahmen im Stadtviertel finanziert werden können⁵⁴ (Verschönerungsaktionen, Hoffeste, Spielplatzbau).

⁵⁴ Mit dem EU-Programm „Lokales Kapital für soziale Zwecke“ (LOS) wird dieser Ansatz der Mikroprojektförderung inzwischen europaweit flankiert.

- Über die Verteilung dieser Gelder entscheidet meist eine Bürgerjury. Sie ist zusammengesetzt aus Anwohnerinnen und Anwohnern unter Leitung des beauftragten Quartiersmanagements.

Dem Soziale-Stadt-Ansatz haben sich inzwischen gut 400 Gebiete verpflichtet, zahlreiche weitere Kommunen sind noch nicht oder nicht mehr im Förderrahmen des Programms. Die Beispiele der Sozialen Stadt zeigen, dass koordinierte Bemühungen zur Bekämpfung sozialer Benachteiligungen notwendig und möglich sind. Ein interessanter Anknüpfungspunkt für die Gesundheitsförderung liegt in der großen Schnittmenge der Konzepte der Sozialen wie der Gesunden Stadt, die beide auf Chancenausgleich und lokale Identifikation durch Zufriedenheit bzw. „Wohlbefinden“ setzen, wobei hier – ebenso wie beim Situationsansatz im Setting Kita – die hohe Übereinstimmung der Ottawa-Charta mit den in der sozialen Stadtentwicklung formulierten Leitbildern wie der Rio-Erklärung und mit der sogenannten „Lokalen Agenda“ zu beobachten ist (Trojan und Legewie 2001, Geene et al. 2002).

Es ist zukünftig zu prüfen, ob auch die nicht primär auf Gesundheit zielenden Ansätze per se gesundheitsförderlich sind und entsprechend im Rahmen kassentragender Prävention unterstützt, gestärkt und ausgeweitet werden können, oder ob es spezifische Angebote der Primärprävention und Gesundheitsförderung gibt, die im Rahmen kassentragender Prävention in solche Projekte integriert und zum Beispiel in modularer Form angedockt werden können. In dieser Diskussion sollte die besondere Bündnisfähigkeit des Gesundheitsbegriffes genutzt werden: Gesundheit kann als Ausgangspunkt verschiedener Maßnahmen der verstärkten Selbstwirksamkeit genommen werden, zahlreiche Aktivitäten lassen sich unter der WHO-Definition von Gesundheit als umfassendes Wohlbefinden (Naidoo und Wills 2010) subsumieren. Soziale Bewegungen haben immer auch Gesundheit in diesem Sinne als Ausgangsbasis. Vor allem bietet die Gesundheitsförderung eine reichhaltige Palette konzeptioneller, methodischer und praktischer Ansätze im Sinne einer integrierten und nachhaltigen Entwicklung.

So vielversprechend der Settingansatz für Kommunen bzw. Stadtteile ist, sollte aber nicht vergessen werden, dass gerade die Breite und Unverbindlichkeit des kommunalen Settings dazu führen kann, dass wichtige Bezugspunkte und Elemente außer Acht gelassen werden. Dies verdeutlicht ein Blick auf die vielen unterschiedlichen, oft auch in ihren Stadtteilen marginalisierten Migrationsgruppen. Ihnen ist die Teilhabe schon aufgrund sprachlicher Barrieren stark erschwert, und die seltenen Ansätze mehrsprachiger Stadtteilarbeit kön-

nen in der Regel bestenfalls Englisch oder Türkisch einbeziehen. An dieser Stelle sei zunächst nur allgemein darauf verwiesen, dass sich hier eine besondere Aufgabe der Gemeinwesenarbeit bzw. des sogenannten „Community Organizing“ stellt, die in die Stadtteilarbeit integriert werden sollte. Perspektivisch bedarf es jedoch des Aufbaus eines ergänzenden und eigenständig zu bearbeitenden Handlungsfelds „Communityansätze“ für eine Gesundheitsförderung im Rahmen sozialer Inklusionsaufgaben/Diversity Management mit Migrantinnen, Migranten und anderen benachteiligten Gruppen (Geene 2010; siehe auch Kapitel 3.7).

Die Familie als Ort der Gesundheitsförderung

Mit Kita, Schule und Stadtteil sind die drei formal von den Krankenkassen anerkannten und förderungsfähigen Settings aufgeführt, die für eine sozialogenorientierte Gesundheitsförderung bei Kindern eine große Bedeutung haben können. Die Lebenswelt, die Kinder am Frühesten und am Nachhaltigsten prägt, ist ihre Familie (primäre Sozialisation). Artikel 6 des Grundgesetzes sieht hier als besonderen Schutz eine „Privatsphäre“ (Schnabel 2010, S. 313) vor, die nur durch die spätere Schulpflicht (Art. 6 [2] GG) eingeschränkt wird. Methoden zur Organisationsentwicklung im Sinne der Anregung und auch Irritation der sozialen Systeme, die in der Gesundheitsförderungspraxis in den hier bislang diskutierten Settingbereichen angewendet werden, sind insofern für das Setting Familie sowohl ethisch als auch rechtlich oder auch pragmatisch fraglich. Gesundheitsförderung im Setting Familie bedarf einer anderen Interventionslogik: Sie muss die Autonomie des Systems Familie zunächst anerkennen; alle Maßnahmen basieren auf Freiwilligkeit. Hier bedarf es anwaltschaftlicher Fürsprache für Eltern mit dem Blickwinkel, die Außenwirkungen auf das System Familie abzuschätzen und gesundheitsförderlich auszurichten. Es sind also nicht die Eltern oder Familien selbst, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen, die vorrangig gesundheitsförderlich auszurichten sind. Die Entwicklungsaufgabe liegt darin, die vielen unterschiedlichen Stimmen der Familiendienstleisterinnen und -minister der gesundheitlichen und sozialen Versorgung (nach SGB V, SGB VIII, aber unter Umständen auch weitere SGBs) so zusammenzuführen, dass für Familien „der gesunde Weg der einfache Weg“ (WHO-Motto „Make the healthier way the easier choice“, Bittlingmayer und Hurrelmann 2006, S. 189) ist.

Familien als Ort der Einübung gesunder Verhaltensweisen direkt zu adressieren heißt in diesem Sinne, Eltern Rat und Tat dafür anzubieten, ihren Kindern

die bestmöglichen Voraussetzungen für ein unbeschwertes Leben in Gesundheit und Wohlbefinden zu vermitteln. Insbesondere im Umfeld des seit 2006 gestarteten Programmbereichs Frühe Hilfen sind Modellprojekte (zum Beispiel Familienzentren), neue Dienstleistungen (zum Beispiel Familienhebammen) und Methoden (zum Beispiel ELTERN-AG) entwickelt worden, die nachhaltig positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Familien erwarten lassen, schon allein daher, weil ihr Interventionszeitraum rund um die Geburt ideal gewählt scheint. Insbesondere Leistungen des Jugendamts stehen dabei immer wieder im Spannungsverhältnis zwischen Unterstützung und Kontrolle (Geene und Gold 2009).

Einer Finanzierung durch die Krankenkassen steht jedoch der Umstand entgegen, dass familienbezogene Leistungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) von den örtlichen Jugendämtern finanziert werden. Die Kassen fürchten hier verständlicherweise einen weiteren „Verschiebebahnhof“, wie sie dies bereits bei der Finanzierung der Selbsthilfe erlebt haben, wo die wachsende Finanzierungsverpflichtung für die Krankenkassen mit der Mittelkürzung der öffentlichen Hand für die Selbsthilfe einhergeht (Geene et al. 2009).

Die Jugendämter ihrerseits sind wegen der Finanzkrisen der meisten Kommunen in ihrer Handlungsfähigkeit stark eingeschränkt. Zudem wachsen die Kosten für Hilfe zur Erziehung (HzE), denn hier besteht Rechtsanspruch, sofern eine Behinderung oder Behinderungsbedrohung diagnostiziert wird. Insbesondere die HzE-Ausgaben zur Fremdunterbringung sind im Zuge der verstärkten Sensibilisierung gegenüber Kindesvernachlässigung stark angestiegen. Hier besteht die paradoxe Situation, dass Hilfe nicht präventiv geleistet werden kann, sondern nur geboten wird, wenn bereits ein manifestes Problem vorliegt. Wenn Leistungserbringung nur als Krisenbewältigung finanziert wird, verlockt sie die Leistungsempfängerinnen und -empfänger, die jeweilige Problematik verschärft darzustellen – sie wird ja quasi dann weiter bezahlt, wenn sie *nicht* erfolgreich ist. Dieser Anreiz zur Leistungsmengensicherung bzw. -ausweitung durch Pathologisierung bzw. Klientelisierung ist nicht nur ökonomisch zweifelhaft, er ist vor allem auch ethisch unververtretbar, denn er führt zu einer negativen Selbst- und Fremdzuschreibung der Betroffenen.

Familien- und Elternunterstützung sind als zumeist freiwillige Aufgaben – oder zumindest als solche ohne individuelle Einklagmöglichkeiten – wenig robust gegenüber den Einsparverpflichtungen der Kommunen. Soweit sie überhaupt noch erbracht werden im Rahmen von SGB VIII, § 16 (Familien-

bildung), zeigt sich häufig das Präventionsdilemma (Bauer 2005): Gerade sozial benachteiligte Familien mit geringen Ressourcen und hohem Unterstützungsbedarf scheuen den Weg in diese Einrichtungen aus Skepsis gegenüber dem Jugendamt oder weil sie einen diskriminierenden Vergleich mit sozial besser gestellten Familien vermeiden möchten (Wolf-Kühn und Geene 2009).

In Modellprojekten sind inzwischen Formen eines übergreifenden Handelns im Sinne des Settingansatzes verwirklicht worden. Besonders bekannt dabei ist das sogenannte „Dormagener Modell“ (Sandvoss und Kramer 2010). Hier wurden in einer rheinischen Kleinstadt Frauenärztinnen und -ärzte, Kinderärztinnen und -ärzte, Hebammen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Gesundheits- und Jugendämtern, Kitas und Schulen zu einem gemeinsamen systematischen Vorgehen motiviert, strukturell eingebunden und abgesichert durch eine sogenannte „Präventionskette“ (siehe Abbildung 3). Ähnliche Aktivitäten werden auch aus anderen Kommunen berichtet, so „Mo.Ki“ aus Monheim (Berg 2010), „Adebar“ aus Hamburg (Hartmann 2010, S. 133 ff.) oder „Schutzengel“ aus Flensburg (Syring 2006). Einzelne Good-Practice-Beschreibungen finden sich in diesem Fachheft.

Die dringend erforderliche bundesweite Umsetzung solcher Maßnahmen bedarf eines abgestimmten Vorgehens der beteiligten Kostenträger, wobei neben Krankenkassen (SGB V) und Jugendämtern (SGB VIII) auch der Einbezug weiterer Finanziers nach SGB II (Arbeitsagenturen), IX (DRV/Rentenversicherungsträger für den Bereich der Rehabilitation) sowie XI (Frühförderung) und die örtlichen Schul- und Bildungsträger geprüft werden sollten. Dafür bedarf es eines bundesweit abgestimmten Rahmenplans.

Ein solcher wurde von Herbert Reichelt, Vorstand des AOK-Bundesverbandes, auf der Herbsttagung im Wissenschaftszentrum Berlin am 7.10.2010 skizziert und mit Aufwendungen von 11,9 Milliarden. Euro pro Jahr⁵⁵ dimensioniert, ist jedoch bislang leider weder veröffentlicht noch aufgegriffen worden. In dieser Skizze deutet sich dabei bereits die fachlich ohne Frage gebotene Familienförderung als vierter und zukünftig hochrelevanter Handlungsbereich der Gesundheitsförderung bei benachteiligten Familien an.

⁵⁵ Die Skizze umfasst im Sinne eines bundesweiten „Dormagen-Modells“ Stillförderung und Frühe Hilfen, kostenfreie Kita-Plätze und Schulverpflegung, kleinere Schulklassen, Eltern-, Freizeit- und Jugendarbeit etc. und beinhaltet auch bereits geplante Investitionen wie den Kita-Ausbau und den Ausbau zur Ganztagschule.

<p>Hilfen für werdende Mütter</p>	<p>Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infos und Hilfen • Ausbau Elternbildung • Ausbau Familienzentren 	<p>Hilfen von der Geburt bis zum 3. Lebensjahr</p>	<p>Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausbesuch mit Elternbegleitsuch • Betreuungsgarantie ab 4. Monat • Ausbau der Elternschulen 	<p>Hilfen im Kindergartenalter 3. bis 6. Lebensjahr</p>	<p>Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreuungsgarantie • Ausbau der Elternbildung • Gesundheitsförderung • Weiterbildung für Fachkräfte 	<p>Hilfen in der Grundschule ab dem 6. Lebensjahr</p>	<p>Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreuungsgarantie • Hausbesuch der Erstklässler durch Lehrerinnen und Lehrer • Weiterbildung der Pädagogen und Pädagogen
<p>Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Beratung durch Gynäkologinnen und Gynäkologen/Geburtskliniken • Vermittlung an Beratungseinrichtung 	<p>Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Babyclubs • Krabbelclubs • Kostenlose Elternbildung • Ausbau von Familienzentren • Familienpass 	<p>Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elternbildung • Hausbesuch der Kinder, die keinen Kindergarten besuchen • Prokitat/U7a • Palme • Familienpass 	<p>Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fahrkostenerstattung • Nachhilfe • Familienpass 				
<p>Grundbedürfnisse sichern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsvorsorge/Krankenversicherung • Wohnraum 	<p>Grundbedürfnisse sichern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsvorsorge/Krankenversicherung 	<p>Grundbedürfnisse sichern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittagessen 1 Euro • Krankenversicherung 	<p>Grundbedürfnisse sichern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittagessen 1 Euro • Schulfreizeit • Schülerfahrkosten 				

Abb. 3: Präventionskette (Urheber: Gerd Trzeszkowski/Stadt Dormagen. Quelle: Sandvoss und Kramer 2010, S. 193)

Gesundheitsförderung bei Jugendlichen

Mit Familien, Kitas, Schulen und Stadtteilen sind die zentralen Lebensräume von Kindern benannt. Spätestens mit der Einschulung beginnt bei Kindern aber auch das Interesse an weiteren Lebenswelten, die von wachsender Bedeutung sein können. Für ältere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene – eine bislang stark vernachlässigte Gruppe der Gesundheitsförderung, aktuell zudem in der Armutsdiskussion als „vergessene Generation“ (Merten 2010, S. 131 ff.) bezeichnet – eröffnen sich hier neue Lebenswelten, die wir ebenfalls in die Betrachtung einbeziehen sollten. Der Freizeitbereich als tertiäre Sozialisation bietet den Jugendlichen eine vergleichsweise große Handlungsautonomie und wird von ihnen im Sinne der eigenen Identitätsentwicklung intensiv genutzt (Hurrelmann 2006). Sport- und Freizeiteinrichtungen als jugendliche Lebensräume sollen daher an dieser Stelle einer schlaglichtartigen Betrachtung unterzogen werden, inwiefern sich hier weitere zukünftige Handlungsfelder für den Settingansatz erschließen lassen. Besonders interessant ist dies für den durch das Ganztags schulprogramm und veränderte gesellschaftliche Anforderungen gerade stark expandierenden Bereich der Schulsozialarbeit (Speck und Olk 2010). Ihm kann hierbei künftig zur Initiierung eine besondere Schnittstellenfunktion zukommen.

Gesundheitsförderung im Kinder- und Jugendsport

Ein typischer Ort älter und selbstständig werdender Kinder ist der Sportverein. Tatsächlich sind in Deutschland mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen im organisierten Sport aktiv (Steinbach und Hartmann 2007, S. 232 f.); fast 80% sind zumindest zeitweise Mitglied (BMFSFJ 2009, S. 192). Insbesondere Mädchen, aber auch Jungen mit Migrationshintergrund und/oder aus einkommensschwachen Familien sind in Sportvereinen deutlich unterproportional vertreten; soziale, kulturelle und materielle Barrieren wie Zugang, Aufnahmebedingungen, Kontinuität oder Mitgliedsbeiträge wirken hier deutlich sozial selektiv (Brinkhoff und Sack 1999, S. 97 ff.). Andererseits bietet der Sport besondere Teilhabeoptionen trotz möglicher Exklusionsgründe wie zum Beispiel Sprachvermögen (ebd.). Für einen Großteil der sportlich organisierten Kinder wird ihr Verhalten in diesem Rahmen neu ausgerichtet. Bewegung und sportliche Betätigung gelten zunächst als per se gesundheitsförderlich. Regelmäßige Sportausübung trainiert nicht nur Geist und Körper, sie sozialisiert auch in besonderem Maße, sowohl hinsichtlich des sozialen Zusammenlebens als auch der eigenen Körperwahrnehmung. Hier kann die

Erfahrung von Grenzen und eigener Grenzüberschreitung ein wichtiger Baustein sein zu positiven Selbstwertgefühlen, guter Selbsteinschätzung und insgesamt einem kohärenten Lebensstil (Mörath 2005).

In der Praxis der Sportvereine stellt sich dies zum Teil anders dar, weil insbesondere die männlich geprägten Sportarten (vor allem Ballsportarten) von hohem Leistungsdruck gezeichnet sind. So ist der Nikotin- und Alkoholkonsum von jugendlichen Fußballspielern deutlich erhöht (Brinkhoff und Gomolinsky 2004). Ohnehin sind die Sportvereine nur eingeschränkt in der Lage, die Tendenz der „Versportung der Gesellschaft“ (Brinkhoff und Sack 1999, S. 42) und auch die „Versportlichung der Kindheit“ (ebd., S. 96) in vermehrte Mitgliedschaften zu wandeln. Tatsächlich entwickeln sich Trendsportarten wie Skating oder Basketball insbesondere bei benachteiligten Kindern und Jugendlichen zum Teil in Konflikt mit Sportvereinen, deren Anlagen ungenutzt oder deren Regeln nicht eingehalten werden (ebd., S. 50 ff.).

Eine gesundheitsförderliche Ausrichtung im Sport kann dazu führen, die Verständigungsschwierigkeiten zwischen traditionellem Vereinssport und kindlich-jugendlichen Sport- und Bewegungsbedarfen zu überbrücken und zum beiderseitigen Gewinn eine neue gemeinsame Sportkultur zu entwickeln. Die BZgA-Kampagne „Kinder stark machen“ zielt hier auf eine derartige Öffnung ab, indem Übungsleiterinnen und -leiter sowie Trainerinnen und Trainer pädagogisch geschult werden, um den Kindern soziale Gestaltungsmöglichkeiten und Selbstwirksamkeitserfahrungen zu vermitteln (Brinkhoff und Gomolinsky 2004). Gerade zur Prävention von Essstörungen oder Gewalt bieten sportliche Angebote Chancen zur sozialen Integration (Brinkhoff 2006, S. 10), sofern den jeweiligen besonderen sozial-emotionalen und körperlichen Bedarfen im Sinne einer Identitätsunterstützung Rechnung getragen wird. Weil „Sport als jugendspezifische Altersnorm“ und der Sportverein als „unangefochtene Nr. 1 der außerschulischen Jugendarbeit“ (ebd., S. 6) wahrgenommen wird, gleichzeitig aber neben der positiven Sozialisationsfunktion auch mit der Gefahr subjektiv empfundener und/oder tatsächlich stattfindender Selektion und Ausschlussmechanismen verbunden wird, stellt sich hier eine besondere Steuerungsaufgabe sowohl für die Sportvereine selber als auch für die entsprechenden Förder- und Rahmenbedingungen.

Auch hier empfehlen sich partizipative Methoden der Angebotsgestaltung und der jeweiligen Ziel- und Ergebnisformulierung, sodass Gesundheitsförderung im Sport nicht nur als kurzzeitiger Impuls wahrgenommen wird, sondern als Prozess der gesunden Organisationsentwicklung und der Öffnung im Kinder-

und Jugendsport. In einem solchen Sinne „bieten (Jugend-)Sportvereine insgesamt günstige Voraussetzungen für einen ‚gesunden Sozial- und Lebensraum‘ und damit für ein Setting zur Gesundheitsförderung“, heißt es unter Verweis auf Opper (2002) im 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009, S. 195), der hier bereits einige entsprechende salutogenetisch orientierte Ansätze im Vereinssport konstatiert, die jedoch einer weiteren Verstärkung bedürfen (ebd.).

Gesundheitsförderung in Jugendfreizeiteinrichtungen

Im Übergang vom kindlichen zum jugendlichen Heranwachsen kommt generell der Peer Education eine wachsende Bedeutung zu, da sich Jugendliche stark am Verhalten anderer Jugendlicher orientieren und ihr Verhalten mit steigendem Alter zunehmend einem alters- und milieuspezifischen Habitus anpassen (Gerhards und Rössel 2003). Neben Formen der mobilen Jugendarbeit durch sogenannte „Streetworker“, die Jugendliche in besonderen Konflikt- und Problemlagen aktiv aufsuchen, stellen Jugendämter, kirchliche und freie Einrichtungen Jugendzentren und Jugendfreizeiteinrichtungen als geschütztes Umfeld zu einem selbstbestimmten Aufwachsen bereit. Viele Elemente dieser Angebote können als per se gesundheitsförderlich bezeichnet werden, zielen sie doch durch entsprechende Methodenprogramme der Sozialpädagogik darauf ab, den Kindern und Jugendlichen Teilhabe, Partizipation, Autonomie, Selbstorganisation, Erfolgserlebnisse und Selbstwirksamkeitserfahrungen zu vermitteln. „Der gesetzliche Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe stimmt in großen Teilen ... mit den Handlungsebenen der Ottawa-Charta überein“, konstatiert Plantz (2008, S. 55).

Pothmann und Thole (2005) berichten von etwa 8000 Jugendeinrichtungen in Deutschland mit gut 20 000 hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie einer größeren Zahl von Ehrenamtlichen. Ihre jugendlichen Besucherinnen und Besucher stammen zumeist aus dem jeweiligen räumlichen Nahbereich. Der 12. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2006, S. 244 ff.) verweist auf eine lückenhafte Datenlage, gibt aber Hinweise auf eine höhere Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Jugendliche, insbesondere von Migrantinnen und Migranten. Mit einer gezielten sozialräumlichen Auswahl durch Schwerpunktbildung in belasteten Wohngebieten kann also eine hohe Treffsicherheit erzielt werden, um benachteiligte Jugendliche diskriminierungsarm zu erreichen.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009, S. 196) kritisiert jedoch eine fehlende „explizite Benennung von Gesundheitsförderung als Zielkategorie Offener Kinder- und Jugendarbeit“ und bezieht dabei auch die Mobile Jugendarbeit ein. Zumeist werde hier zu einzelnen Themen wie Suchtprävention, Sexualpädagogik oder Ernährungsverhalten gearbeitet, mithin also eher defizitorientiert. Als Anforderung an gesundheitsförderliche Settings im Kinder- und Jugendbereich formuliert der Bericht aber die Ausrichtung an altersspezifischen Bewältigungsaufgaben in ihrer ganzen Komplexität. Erste gute Ansätze werden hier in Fachprogrammen in einzelnen Bundesländern oder im BZgA-Programm „Gut drauf“ gesehen, weil hier über Beispiele guter Praxis anregende Beispiele für eine gesundheitsförderliche Orientierung gegeben werden (ebd., S. 195 f.).

Zur Umsetzung solcher Ansprüche steht die Offene Jugendarbeit in dem doppelten Dilemma, dass einerseits ihre Strukturierung und die Bindung zu den Jugendlichen eher gering ist, andererseits die Mittelbereitstellung durch die öffentliche Hand als permanent prekär erlebt wird. Ähnlich wie in stärker strukturierten Settings wie Kita oder Schule kann es hier die Aufgabe der Gesundheitsförderer sein, mit Beratung und Impulssetzung eine entsprechende Profilierung im Feld voranzutreiben, wobei es – ebenso wie im Bereich der Frühen Hilfen/Setting Familie – entsprechender Kooperationsvereinbarungen zwischen den Kostenträgern von SGB V (insbesondere Krankenkassen) und SGB VIII (Jugendämtern) bedarf.

Zusammenfassung und Ausblick

Die soziallagenorientierte Gesundheitsförderung hat mit dem Settingkonzept einen vielversprechenden Ansatz zur Förderung schwer erreichbarer und besonders belasteter Zielgruppen in sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierten Maßnahmen. Insbesondere die Settings Schule und Kita bieten gute Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder und Familien. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass eine Settingintervention eine hochkomplexe Maßnahme ist, die erheblicher Zeit- und Materialressourcen, einer qualifizierten Projektbegleitung und gut ausgewählter Steuerungsimpulse bedarf, wie wir dies hier skizziert haben. Es hat sich als Vorteil erwiesen, dass der Settingansatz in den vergangenen Jahren sorgfältig entwickelt wurde. Mit der Erweiterung des Ansatzes auf gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung wird seit Ende 2010 ein dritter nichtbetrieblicher Settingbereich durch die Krankenkassen finanziert, der im Gegensatz zu den bei-

den nun etablierten Settings eine neue Herausforderung darstellt. Die angesprochenen Fragen der Communityorientierung sowie die unterschiedlichen Bedarfe verschiedener sozialer Gruppen verdeutlichen, dass noch viel Entwicklungsarbeit und eine sorgfältige Auswertung notwendig sind.

Die ermutigenden Prozesse in Kitas und Schulen verdeutlichen, dass der Settingansatz zu Recht als „Standard“ der Gesundheitsförderung und Primärprävention gilt – auch wenn diese wichtige Orientierung zur Kindergesundheit und zur Bekämpfung von Kinderarmut im wahrsten Sinne noch in den Kinderschuhen steckt. So fehlte vielen Projekten eine finanziell, organisatorisch oder rechtlich stabile Grundlage. Mangels Ausdauer und Qualitätsstandards orientieren sie sich oft an kurzfristigen Erfolgen statt auf nachhaltigen Strukturaufbau. Schließlich fehlt es mitunter an kritischer Reflexion des normativen Anspruchs, der sich nicht in sein Gegenteil verkehren darf, wie sich insbesondere bei Familien zeigt, deren Autonomie nicht untergraben werden darf.

Die Unterstützung von Familien im Sinne des Settingansatzes blickt daher vor allem auf das die Familien umgebende Netzwerk, weniger jedoch auf ihre normative Sollerfüllung. Doch auch dieser Ansatz ist trotz eines besonders hohen Potenzials und Bedarfs wegen ungeklärter institutioneller Zuständigkeit bislang nur modellhaft und eher in anderen Förderprogrammen erprobt worden. Mit institutioneller Klärung der Schlüsselfrage familiärer Gesundheitsförderung wird sich hier ein wichtiges Handlungsfeld für die Gesundheitsförderung öffnen.

Neben der primären und sekundären Sozialisation sollten mittelfristig auch die kinderrelevanten Bereiche der tertiären Sozialisation dazu genutzt werden, die Lebenswelten gesund zu gestalten, ohne dass das einzelne Kind eine spezielle Hürde nehmen muss. Besonders hervorzuheben ist dabei die Möglichkeit von integrierten Strategien, die gleichermaßen Kinder und Eltern einbeziehen. Eine solche Symmetrie der Sozialisationsinstanzen und -schritte ist von herausragender Bedeutung, weil Konflikte zwischen Eltern und Erzieherinnen und Erziehern oder Lehrerinnen und Lehrern immer auf dem Rücken der Kinder ausgetragen werden⁵⁶, die dies als weitere Belastung ihrer schwierigen sozialen Situation wahrnehmen – und die umgekehrt bei einer vertrauensvollen Zusammenarbeit umso aufnahmefähiger sind.

56 Schnabel (2010, S. 317) spricht hier von „nicht immer, aber häufig rivalisierenden Systemwelten“.

Literatur

- Alisch, M. (1998): Stadtteilmanagement. Voraussetzungen und Chancen für die soziale Stadt. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Bär, G., Böhme, C., Reimann, B. (2009): Gesundheitsförderung und Stadtteilentwicklung. In: Kuhn, D., Papius-Winkler, I., Sommer, D. (Hrsg.): Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Erfahrungen aus der Lebenswelt Stadtteil. Mabuse, Frankfurt am Main.
- Baric, L., Conrad, G. (2000): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit – zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- Bauer, U (2005): Das Präventionsdilemma. VS, Wiesbaden.
- Becker-Textor, I. (1994): Kindergarten 2010. Traum – Vision – Realität. 3. Aufl., Herder, Freiburg im Breisgau.
- Berg, A. (2010): Mo.Ki – Monheim für Kinder. Armutsprävention als kommunale Handlungsstrategie. In: Holz, G., Richter-Kornweitz, A. (Hrsg.): Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen? Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, S. 149–158.
- Bittlingmayer, U., Hurrelmann, K. (2006): Präventionsstrategien für sozial Benachteiligte. Das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In: Kirch, W., Badura, B. (Hrsg.): Prävention. Ausgewählte Beispiele des Nationalen Präventionskongresses. Springer, Berlin, S. 173–193.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): 12. Kinder- und Jugendbericht. BMFSFJ, Berlin.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. BMFSFJ, Berlin.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011): Lokale Bündnisse für Familien. Download unter www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de. Zugriff am 28.03.2011.
- Brinkhoff, K. P. (2006): Soziale Funktionen des Fußballsports im Kindes- und Jugendalter. In: Wechselwirkungen. Jahrbuch aus Forschung und Lehre. Universität Stuttgart, Stuttgart, S. 3–10. Download unter www.uni-stuttgart.de/wechselwirkungen/ww2006/Klaus-Peter%20Brinhoff.pdf. Zugriff am 22.03.2011.
- Brinkhoff, K. P., Gomolinsky, U. (2004): Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport. Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 21. BZgA, Köln.
- Brinkhoff, K. P., Sack, H. G. (1999): Sport und Gesundheit im Kindesalter. Der Sportverein im Bewegungsleben der Kinder. Juventa, Weinheim.
- Büttner, C., Dittmann, M. (1999): Kindergartenprofile. Praxisberichte für die Ausbildung. Beltz, Weinheim/Basel.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2002): „Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 16. BZgA, Köln.
- Dienel, C. (2002): Familienpolitik. Eine praxisorientierte Gesamtdarstellung der Handlungsfelder und Probleme. Juventa, Weinheim.
- Dienel, C. (Hrsg.) (2005): Abwanderung, Geburtenrückgang und regionale Entwicklung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- DifU Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2003): Strategien für die Soziale Stadt, Erfahrungen und Perspektiven – Umsetzung des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen. DifU, Berlin.
- Faller, G. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Huber, Bern.
- Friczewski, F. (2010): Partizipation im Betrieb. Gesundheitszirkel & Co. In: Faller, G. (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Huber, Bern, S. 149–155.

- Fthenakis, W. E. (2003): Die Forderung nach Bildungsqualität. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Auf den Anfang kommt es an! Perspektiven zur Weiterentwicklung des Systems der Tageseinrichtungen für Kinder in Deutschland. Beltz, Weinheim, S. 65–80.
- Geene, R. (2010): Community-Building und Diversityansatz. In: Stadtpunkte. Zeitschrift der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit, 12. Jg., 2/10.
- Geene, R., Borkowski, S. (2008): Lern- und Lebensorte von Kindern. In: Luber, E., Hungerland, B. (Hrsg.): Einführung in die Angewandten Kindheitswissenschaften. Juventa, Weinheim.
- Geene R., Borkowski S. (2009): Neue Wege in der Elementarpädagogik und die spezielle Problematik im Übergang Kindertagesstätte – Grundschule. In: Carle, U., Wenzel, D. (Hrsg.): Das Kind im Blick. Eine gemeinsame Ausbildung für den Elementarbereich und die Grundschule. Schneider, Hohengehren.
- Geene, R., Gold, C. (Hrsg.) (2009): Kinderarmut und Kindergesundheit. Huber, Bern.
- Geene, R., Graubner, S., Papiés-Winkler, I., Stender, K. P. (2002): Netzwerke für Lebensqualität – Ansätze für eine integrierte Stadtpolitik. In: dies. (Hrsg.): Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung: Netzwerke für Lebensqualität. b_books, Berlin.
- Geene, R., Huber, E., Hundertmark-Mayer, J., Möller-Böck, B., Thiel, W. (2009): Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (52), S. 11–20.
- Geene, R., Rosenbrock, R. (2004): Gesundheitsförderung im Setting als Beitrag zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen. In: Göpel, E., Schubert-Lehnhardt, V. (Hrsg.): Gesundheit gemeinsam gestalten: Kommunale Gesundheitsförderung. Mabuse, Frankfurt am Main.
- Gerhards, J., Rössel, J. (2003): Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 20, BZgA, Köln.
- GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 27. August 2010. GKV-Spitzenverband, Berlin.
- Gold, C., Bräunling, S., Geene, R., Kilian, H., Sadowski, U., Weber, A. (2008): Gesunde Lebenswelten schaffen. In: Gesundheit Berlin e. V. (Hrsg.): Aktiv werden für Gesundheit. Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Gesundheit Berlin, Berlin, Heft 1, S. 1–24.
- Gold, C., Duman, T., Geene, R. (2005): Netzwerkbildung und selbstlernende Systeme. Erfahrungen für die Umsetzung der Ziele zur Erhöhung gesundheitlicher Kompetenz und Stärkung der Patientensouveränität. In: GVG (Hrsg.): Gesundheitsziele.de. Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Akademische Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Graham, H. (2004): Tackling Inequalities in Health in England: Remediating Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? In: Journal of Social Policy, 33, 1, pp. 115–131.
- Grossmann, R., Scala, K. (2006): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Sabo, Schwabenheim, S. 205–206.
- Häußermann, H. (2000): Strategien gegen Armut und Verelendung im Stadtteil. In: Geene, R., Gold, C. (Hrsg.): Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von kurativer und präventiver Gesundheitsversorgung erreicht werden? Materialien für Gesundheitsförderung, Band 4. b_books, Berlin, S. 324–331.
- Halkow, A., Engelmann, F. (2008): Gesundheit durch soziale Systeme – Welchen Beitrag leistet der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung? In: Göpel, E. Gesundheitsakademie e. V. (Hrsg.): Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten, Band 3. Mabuse, Frankfurt am Main, S. 77–101.
- Hartmann, M. (2010): Armutsprävention durch Empowerment: Interdisziplinäre Frühe Förderung von Familien. In: Holz, G., Richter-Kornweitz, A. (Hrsg.): Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen? Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, S. 128–137.
- Heinrich, S., Kolbe, M., Schwabe, U., Thierbach, U., Wanek, V., Windel, I. (2006): gesund leben lernen. Lebensräume gestalten – gesundes Handeln ermöglichen. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 43. Argument, Hamburg.
- Holz, G. (2010): Armutsprävention und Bildungsförderung durch Schule und Jugendhilfe. In: Fischer, J., Merten, R. (Hrsg.): Armut und soziale Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen. Reihe Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 26. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler, S. 25–41.

- Hurrelmann, K. (2006): Einführung in die Sozialisationstheorie. 9. Aufl. Beltz, Weinheim/Basel.
- Kilian, H., Geene, R., Philippi, T. (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M., Schröer, A. (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Wirtschaftsverlag NW, Essen, S. 151–230.
- Kliche, T., Hart, D., Kiehl, U., Wehmhöner, M. et al. (2010): Wie wirkt gesundheitsfördernde Schule? Effekte des Kooperationsprojekts „gesund leben lernen“. In: Prävention und Gesundheitsförderung 5, S. 1–12.
- Krenz, A. (1991): Der „Situationsorientierte Ansatz“ im Kindergarten. Grundlagen und Praxis. Herder, Freiburg im Breisgau.
- Lehmann, F., Köster, M., Brandes, S., Bräunling, S., Geene, R., Kaba-Schönstein, L., Kilian, H., Linden, S., Wehen, M., Reker, N. (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gesundheitsförderung konkret, Band 5, 4. Aufl. BZgA, Köln.
- Lenhardt, U. (2003): Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of Public Health (11) 1, S. 18–37.
- Löhr, R. P. (2002): Das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt. In: Geene, R., Graubner, S., Papies-Winkler, I., Stender, K. P. (Hrsg.): Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung: Netzwerke für Lebensqualität. b_books, Berlin.
- Lohaus, A., Jerusalem, M., Klein-Heßling, J. (2006): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Hogrefe, Göttingen.
- LVG – Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.) (2007): Audit gesunde Kita. Leitfaden zur Zertifizierung von Kindertagesstätten. LVG, Aschersleben.
- Merten, R. (2010): Jugend und Armut – Herausforderungen angesichts einer vergessenen Generation. In: Fischer, J., Merten, R. (Hrsg.): Armut und soziale Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen. Reihe Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 26. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler, S. 131–159.
- Mörath, V. (2005): Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970–1994. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin. WZB, Berlin.
- Naidoo, J., Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- Nickel, J., Kilian, H. (2011): Good Practice Werkstatt „gesunde Kita“. Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=1ab5a115911338dd0156a1fad998edd8&id=Seite10571. Zugriff am 28.03. 2011.
- Opper, E. (2002): Der Sportverein als Setting für Gesundheitsförderung. In: Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Luchterhand, Neuwied.
- Plantz, C. (2008): Die Jugendfreizeiteinrichtung als gesundheitsförderndes Setting im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit. Diplom-Arbeit. Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg.
- Pothmann, J., Thole, W. (2005): Ein Blick in den Zahlenspiegel. In: Deinet, U., Sturzenhecker, B. (Hrsg.): Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit. VS, Wiesbaden, S. 344–353.
- Reichelt, H. (2010): Strategien für ein lückenlos gesundes Aufwachsen. Unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrags und PowerPoint-Präsentation auf der Herbsttagung im Wissenschaftszentrum Berlin am 07.10.2010.
- Richter, A., Holz, G., Altgeld, T. (2004): Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich. ISS-Eigenverlag, Frankfurt am Main.
- Rosenbrock, R. (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 durch die GKV. In: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M., Schröer, A. (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Reihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe 8. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven.
- Rosenbrock, R. (2008): Primärprävention – Was ist das und was soll das? WZB Discussion Paper SP I 2008–303. WZB, Berlin.
- Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Huber, Bern.

- Sandvoss, U., Kramer, K. (2010): Kommunale Armutsprävention: das Dormagener Modell. In: Lutz, R., Hammer, V. (Hrsg.): Wege aus der Kinderarmut. Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und sozialpädagogische Handlungsansätze. Juventa, Weinheim, S. 185–197.
- Schnabel, P. E. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen und Familien. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollst. überarb. Aufl. Huber, Bern, S. 312–321.
- Schnur, O. (2003): Lokales Sozialkapital für die „soziale“ Stadt. Politische Geographien sozialer Stadtteilentwicklung am Beispiel Berlin-Moabit. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Sochert, R. (1998): Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven.
- Sommer, D., Westermann-Krieg, L., Klaes, L., Kuhn, D. (Hrsg.) (2005): Gesunde Schule. Gesundheit – Qualität – Selbstständigkeit. Mabuse, Frankfurt am Main.
- Speck, K., Olk, T. (Hrsg.) (2010): Forschung zur Schulsozialarbeit. Juventa, Weinheim.
- Steinbach, D., Hartmann, S. (2007): Demografischer Wandel und organisierter Sport. Projektionen der Mitgliederentwicklung des DOSB für den Zeitraum bis 2030. In: Sport und Gesellschaft, Jahrgang 4, Heft 3, S. 223–242.
- Stender, K. P. (2006): Kommunalpolitische Perspektive – Leitbild Gesunde Stadt. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Sabo, Schwabenheim, S. 133–134.
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001. Nomos, Baden-Baden.
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten 2002. Nomos, Baden-Baden.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. 2 Bände. Nomos, Baden-Baden.
- Syring, V. (2006): Qualitätsentwicklung in der Praxis. Das Projekt Schutzengel. In: Geene, R., Kilian, H., Ryl, L., Schütte, C. (Hrsg.): Qualitäten in der Gesundheitsförderung. Gesundheit Berlin, Berlin.
- Textor, M. R. (Hrsg.) (2006): Erziehungs- und Bildungspartnerschaft mit Kindern. Gemeinsam Verantwortung übernehmen. Herder, Freiburg.
- Trojan, A., Legewie, H. (2001): Nachhaltige Entwicklung und Gesundheit. VSA, Frankfurt am Main.
- Trojan, A., Süß, W. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollst. überarb. Aufl. Huber, Bern, S. 336–346.
- Weisser, G. (1978): Beiträge zur Gesellschaftspolitik. Otto Schwartz, Göttingen.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (2001): Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: Geene, R., Denzin, C. (Hrsg.): Berlin – Gesunde Stadt? Die Diskussion um das Healthy City-Programm der WHO. Schmengler, Berlin, S. 337–344.
- Wolf-Kühn, N., Geene, R. (2009): Früherkennung und Frühe Hilfen. In: Geene, R., Gold, C. (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Huber, Bern.

2.2 Partizipation in der Gesundheitsförderung

Holger Kilian und Michael T. Wright

Partizipation ist ein zentrales Konzept in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Indem die Zielgruppe(n) aktiv in die Planung, Umsetzung und Bewertung von Angeboten und Maßnahmen einbezogen werden, ändern diese ihren Charakter von Angeboten für die Zielgruppe zu Angeboten, die mit oder sogar durch die Zielgruppe umgesetzt werden. Dies entspricht den Prinzipien der Ottawa-Charta, in der es einleitend heißt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Da Gesundheit nicht nur durch individuelles Handeln („Gesundheitsverhalten“) bestimmt wird, sondern auch durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen („Verhältnisse“), muss dieser Anspruch der Selbstbestimmung auch auf Gemeinschaftsaktionen ausgeweitet werden. Hier bezeichnet er die aktive Beteiligung (Partizipation) der Betroffenen an der Entwicklung, Umsetzung und Bewertung von Maßnahmen, die ihre Lebensbedingungen gestalten.

Partizipativ ausgerichtete Gesundheitsförderung versteht ihre Zielgruppe(n) als Expertinnen und Experten ihrer Lebenslage und Lebenswelt, deren Wissen, Erfahrungen und Kompetenzen für Problemlösungsansätze aktiv genutzt werden können.

Die aktive Beteiligung der Zielgruppe(n) ist für die Gesundheitsförderung besonders wichtig, denn

- Partizipation stellt sicher, dass bei der Planung und Umsetzung von Angeboten immer auch die Perspektive der Zielgruppe berücksichtigt wird. Dies erhöht die Bedarfsgerechtigkeit der entwickelten Interventionen und vermeidet, dass Angebote an den Menschen und ihren Bedürfnissen vorbei geplant und umgesetzt werden.
- Partizipation verbessert die Akzeptanz der gesundheitsfördernden Angebote, denn sie wurden mit den Betroffenen gemeinsam entwickelt und umgesetzt. Dies ist ein wichtiger Faktor, vor allem wenn es darum geht, nachhaltige Wirkungen zu erzielen.

Partizipation hat selbst einen gesundheitsfördernden Effekt: Sie vermittelt den Beteiligten die Erfahrung, individuell oder in der Gemeinschaft etwas bewegen und Einfluss nehmen zu können. Damit stärkt sie die Selbstwirksamkeits-

erwartung der Beteiligten und ist entsprechend dem Salutogenese-Ansatz ein wichtiger Beitrag dazu, Gesundheit zu erhalten (Antonovsky 1997).

Betrachtet man Partizipation im Zusammenhang mit den anderen Kriterien für gute Praxis (Kilian et al. 2010), so wird die große Nähe zu „Empowerment“ (Befähigung) deutlich: Beteiligung ohne die Entwicklung der dafür notwendigen Kompetenzen bleibt ein Wunsch oder wird zur Scheinpartizipation. Positiv erlebte Beteiligungsmöglichkeiten wiederum vermitteln den Akteuren Erfahrungen und Kompetenzen, die zum individuellen und kollektiven Empowerment beitragen.

Partizipation braucht verbindliche Strukturen, damit Beteiligungsmöglichkeiten nicht zufällig oder von der Willkür einzelner Entscheidungsträger und -trägerinnen abhängig sind. Gleichzeitig stellt Beteiligung aber auch sicher, dass diese Strukturen alltags- und zielgruppengerecht gestaltet und weiterentwickelt werden können. Damit wird Partizipation zu einem wichtigen Bestandteil in der Umsetzung des Settingansatzes, der die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten zum Ziel hat.

Die aktive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen ist eine Herausforderung, die nicht unterschätzt werden sollte. Voraussetzung für gelingende Partizipation ist eine wertschätzende Haltung gegenüber den Kindern und Jugendlichen, auch wenn viele der für erfolgreiche Beteiligung notwendigen Kompetenzen und Einstellungen mit diesen oft erst eingeübt werden müssen. Dazu gehören beispielsweise die Fähigkeiten, Bedürfnisse und Wünsche formulieren, sich offen und wertschätzend mit der Meinung anderer auseinanderzusetzen und auch, gemeinsam Entscheidungen zu treffen. In diesem Zusammenhang spielen natürlich auch die Eltern eine große Rolle, die immer einbezogen werden sollten. Insbesondere in der Arbeit mit Jugendlichen ist Partizipation ein entscheidender Erfolgsfaktor. Denn Jugendliche reagieren oft kritisch bis abwehrend auf Angebote, die von außen an sie herangetragen werden. Sie lassen sich nichts „überstülpen“, sondern wissen selbst am besten, wo ihre Probleme liegen und was in ihren Lebenswelten ankommt, also Akzeptanz und Zuspruch findet. Gut gemeinte und wissenschaftlich fundierte, aber an den Jugendlichen vorbei geplante Angebote verpuffen leicht und entfalten keine nachhaltigen Wirkungen.

Mit dem Konzept der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ) liegt inzwischen ein ausgearbeiteter und gemeinsam mit Praktikerinnen und Praktikern erprobter Ansatz vor, wie aktive Beteiligung von Zielgruppen in der Gesund-

heitsförderung gelingen kann (Wright 2010). Auf dieses Konzept und die in diesem Zusammenhang entwickelten Methoden – ausführlich dargestellt auf der Internetseite www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de – bezieht sich die folgende Darstellung. Sie stellt zunächst die Möglichkeit von Partizipation in allen Phasen der gesundheitsfördernden Arbeit vor und geht anschließend kurz auf die Stufenleiter der Partizipation ein, die sich mit dem Umsetzungsgrad von Partizipation beschäftigt.

Partizipation in allen Phasen der Projektarbeit

Die aktive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen ist in allen Phasen der Projektarbeit (Bedarfsbestimmung, Projektplanung, Umsetzung, Bewertung) möglich. Hierbei sollten immer Instrumente der Partizipation eingesetzt werden, die an die Möglichkeiten der jeweiligen Altersstufe angepasst sind (BMFSFJ 2010). Die Frage, ob und in welcher Form Partizipation eingeführt wird, sollte bewusst gestellt werden. Falsch eingesetzte Partizipation kann zu Über- oder auch Unterforderung der Kinder und Jugendlichen führen. Die folgende Darstellung greift auf Instrumente und Anwendungsmöglichkeiten zurück, die auf der Internetseite www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de unter dem Menüpunkt „Methodenkoffer“ vorgestellt werden.

Bedarfsbestimmung und Projektplanung: Die Kinder und Jugendlichen werden aktiv in die Planungs- und Vorbereitungsphase von Angeboten einbezogen. Ihre Einschätzungen, Erwartungen und Vorschläge sind wichtige Beiträge zum Entwicklungsprozess problemgerechter Angebote. Die Kinder und Jugendlichen können auch aufgefordert werden, selbst Projektideen zu entwickeln. Angepasst an die Möglichkeiten der jeweiligen Altersgruppe können beispielsweise folgende Instrumente zum Einsatz kommen:

- *Erfassen von Anliegen und Anfragen:* Aussagen und Statements der Kinder und Jugendlichen werden kontinuierlich gesammelt und gemeinsam ausgewertet.
- *Blitzbefragung:* Die Kinder und Jugendlichen führen selbstständig eine (Kurz-)Umfrage zu einem konkreten Thema durch.
- *Fokusgruppe:* Die Kinder und Jugendlichen diskutieren eine für sie wichtige Fragestellung. Die Moderation können Professionelle oder auch entsprechend geschulte „Peers“ übernehmen.
- *Teilnehmende Beobachtung:* Die ganz alltäglichen Abläufe werden durch einen Beobachter bzw. eine Beobachterin begleitet, protokolliert und anschließend gemeinsam ausgewertet.

Umsetzungsphase: Die Kinder und Jugendlichen sind nicht nur als „Konsumentinnen und Konsumenten“, sondern als aktiv Gestaltende in die Umsetzung des Projekts eingebunden. Sie erhalten Mitbestimmungs- bzw. Entscheidungsbefugnisse. Instrumente sind in diesem Zusammenhang:

- *Kreise der Entscheidung:* Die Kinder und Jugendlichen reflektieren gemeinsam mit den Professionellen, wie die aktuellen Entscheidungsprozesse im Rahmen des Projekts (oder in Bezug auf einen konkreten Bestandteil des Projekts) gestaltet sind und wer noch in welcher Form einbezogen werden sollte.
- *Angeleitete Arbeitsgruppe:* Die Kinder und Jugendlichen erarbeiten gemeinsam inhaltliche Aspekte des Projekts, zum Beispiel zu Schwerpunktsetzungen, Umsetzungsoptionen für die folgenden Projektphasen oder Kriterien für die Bewertung des Angebotserfolgs.
- *Einbeziehung in Entscheidungsgremien:* Die Kinder und Jugendlichen sind feste Mitglieder der Gremien, die verbindliche Entscheidungen für die Projektumsetzung treffen. Sie können zum Beispiel in den Steuerungskreis eines Angebots einbezogen werden oder in den Beirat eines Projekts.

Auswertungsphase: Die Kinder und Jugendlichen bewerten den Erfolg des Angebots auf der Grundlage gemeinsam entwickelter Kriterien. Hier können vor allem die Instrumente aus der Bedarfsbestimmung und Projektplanung (zum Beispiel Blitzbefragung, Fokusgruppe und teilnehmende Beobachtung) zum Einsatz kommen. Die Kriterien, nach denen das Angebot bewertet wird, sollten bereits in der Planungs- oder Umsetzungsphase bestimmt werden.

Dieser wertschätzende, beteiligende und aktivierende Ansatz erfordert im Vergleich zu zentral gesteuerten Projekten besondere Kompetenzen der eingebundenen „Professionellen“. Sie sind gefordert, partizipative Prozesse zu ermöglichen und zu moderieren und müssen bereit und in der Lage sein, die Ergebnisse der Partizipationsprozesse auch umzusetzen. Dieser Anspruch kann an die Grenzen des Möglichen stoßen, wenn aufseiten der Finanzgeber verbindliche und unveränderbare Vorgaben zu den Projektinhalten bestehen. Auch begrenzen kurze Projektlaufzeiten die Möglichkeiten, partizipative Prozesse einzuleiten, durchzuführen und anschließend auch die Ergebnisse umzusetzen. In diesen Fällen sollten die Partizipationsmöglichkeiten realistisch eingeschätzt werden (vgl. nächster Abschnitt), um bei den Beteiligten keine unerfüllbaren Erwartungen zu wecken. Andernfalls besteht auch mit den besten Absichten die Gefahr, in Scheinpartizipation stecken zu bleiben. Die damit verbundenen negativen Erfahrungen seitens aller Beteiligten werden die Bereitschaft zur Gestaltung weiterer partizipativer Prozesse verringern.

Die Partizipationsleiter: Wie viel Beteiligung ist möglich?

Die Umsetzung von Partizipation ist keine Frage von *Ja oder Nein*, sondern von *Mehr oder Weniger*. Um den Umsetzungsgrad besser einschätzen zu können, haben Michael T. Wright et al. eine Stufenleiter der Partizipation entwickelt und gemeinsam mit Praktikerinnen und Praktikern überprüft (vgl. zum Überblick Wright 2010 und zur Partizipation bei Kindern Block et al. 2010). Die neun Stufen der Partizipationsleiter reichen von der „Nichtpartizipation“ bis „Über Partizipation hinaus“. Nicht immer ist hier *mehr* auch gleichbedeutend mit *besser*. Wie bereits oben dargestellt, setzen die Rahmenbedingungen von Projektarbeit den Partizipationsmöglichkeiten Grenzen. In diesem Fall ist es notwendig, dass die Projektverantwortlichen sich für eine realistische Stufe der Partizipation entscheiden, um nicht alle Beteiligten zu überfordern, am zu hohen Anspruch zu scheitern und die Beteiligten zu entmutigen.

In diesem Sinn kann die Partizipationsleiter auch als ein Entwicklungspfad verstanden werden: Die höchsten Stufen „Entscheidungsmacht“ und „Selbstorganisation“ sind so anspruchsvoll und voraussetzungsreich, dass sie nicht gleich im ersten Anlauf, sondern nur im Rahmen eines partizipativ gestalteten gemeinsamen Lern- und Entwicklungsprozesses erreicht werden können. In diesen sind nicht nur die Zielgruppen und Projektverantwortlichen eingebunden, sondern ebenso die Finanzgeber, Entscheidungsträgerinnen und -träger auf unterschiedlichen Ebenen (zum Beispiel in Politik und Verwaltung) sowie weitere Kooperationspartner.

In Tabelle 2 werden zu den Stufen der Partizipation Umsetzungsbeispiele benannt, die sich im Pool der durch den Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ausgewählten Good-Practice-Beispiele finden. Die Stufen 1 bis 3 bleiben unbesetzt, da auf ihnen ausschließlich die Professionellen agieren. Für die höchsten Stufen 8 und 9 finden sich im Good-Practice-Pool (noch) keine Beispiele für Entscheidungsmacht bzw. Selbstorganisation von Kindern und Jugendlichen.

An dieser Stelle können die Beispiele leider nicht weiter ausgeführt werden. Die ausführlichen Projektbeschreibungen finden sich online unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:datenbank (Menüpunkte > Recherche > erweiterte Recherche). Weitere Informationen zur Stufenleiter der Partizipation ebenfalls online unter: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html>.

	Partizipationsstufe	Erläuterung	Good-Practice-Beispiele ⁵⁷
9	Selbstorganisation	Die Maßnahme bzw. das Projekt wird von Mitgliedern der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt. Die Entscheidungen trifft die Zielgruppe eigenständig und eigenverantwortlich. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt bei der Zielgruppe.	<i>Geht über Partizipation hinaus</i>
8	Entscheidungsmacht	Die Zielgruppenmitglieder bestimmen alle wesentlichen Aspekte einer Maßnahme selbst. Die Professionellen spielen eine begleitende oder unterstützende Rolle.	<i>(Noch) kein Beispiel</i>
7	Teilweise Entscheidungskompetenz	Die Zielgruppenmitglieder sind verbindlich in Planung, Umsetzung und Bewertung des Angebots eingebunden und haben festgelegte Entscheidungsbefugnisse. Die Verantwortung liegt bei den Professionellen.	Beteiligung an Steuerungsgruppe (* <i>Gesund Leben Lernen</i>) Gestaltung des Tagesablaufs (* <i>Waldameisen</i>) Auswahl unter verschiedenen Optionen (* <i>Wir lassen uns nicht manipulieren</i>)
6	Mitbestimmung	Die Entscheidungsträgerinnen und -träger halten Rücksprache mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Zielgruppe, um mit ihnen wesentliche Aspekte einer Maßnahme abzustimmen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine verbindliche Entscheidungsbefugnis.	Kinderversammlung (* <i>Kinderbauernhof Waslala</i> , * <i>Kiezdetektive</i>)
5	Einbeziehung	Die Entscheidungsträgerinnen und -träger lassen sich durch die Zielgruppe beraten. Die Beratungen haben keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.	Gesundheitszirkel in Schulen (* <i>Programm Gesund Leben Lernen</i>) Sozialraumerkundung (* <i>Netzwerk „mittendrin“</i>) Ideenbörse (* <i>Wir lassen uns nicht manipulieren</i>) Schülerparlament (* <i>Schulprogramm der Fridtjof-Nansen-Schule</i>)
4	Anhörung	Die Entscheidungsträgerinnen und -träger interessieren sich für die Sichtweise der Zielgruppe auf ihre Lage und beziehen die Ergebnisse ggf. in ihre Entscheidungen ein.	Fragebogenbefragung (* <i>Kinderbauernhof Waslala</i>) Befragung zur Zufriedenheit (* <i>Vorbeugen ist besser als Heilen</i>)
3	Information	Die Professionellen teilen der Zielgruppe mit und begründen, welche Probleme die Gruppe aus ihrer Sicht hat und welche Unterstützung sie benötigt.	<i>Vorstufe der Partizipation</i>

	Partizipationsstufe	Erläuterung	Good-Practice-Beispiele ⁵⁷
2	Anweisung	Die Professionellen weisen die Zielgruppe an, wie sie sich „gesundheitsgerecht“ zu verhalten hat.	<i>Nichtpartizipation</i>
1	Instrumentalisierung	Die Gestaltung eines Angebots folgt allein der „professionellen Logik“, die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle.	

* = Good-Practice-Angebot

Tab. 2: Umsetzungsbeispiele zu den Stufen der Partizipation

Zusammenfassung

Die aktive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen in allen Phasen der gesundheitsfördernden Arbeit ist ein Erfolgsfaktor für problemgerechte und nachhaltig wirksame Interventionen. Partizipation kann in alle Phasen der Arbeit integriert und im Rahmen von Entwicklungsprozessen kontinuierlich in Richtung auf eine größere Entscheidungsmacht der Kinder und Jugendlichen erweitert werden. Die gelungene Umsetzung von Partizipationsprozessen ist voraussetzungsreich, denn hierbei sind sowohl die alters- und herkunftsbedingten Fähigkeiten und die damit verbundenen Entwicklungsbedarfe der Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen als auch die in der Projektkonzeption liegenden Grenzen wie kurze Projektlaufzeiten und unflexible Aufgabenstellungen. In diesen Fällen zeigt die Stufenleiter der Partizipation Möglichkeiten auf, die Beteiligung der Zielgruppe(n) auch mit geringerer Intensität in die Arbeit zu integrieren.

Literatur

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dt. erweit. Ausgabe von Alexa Franke. DGVT-Verlag, Tübingen.

Block, M., v. Unger, H., Wright, M. T. (2010): Partizipation von Kindern als Schlüssel der Gesundheitsförderung – Ein Beitrag von Qualität in der Armutsprävention. In: Holtz, G., Richter-Kornweitz, A.

⁵⁷ Die Zuordnung der Beispiele zu den jeweiligen Partizipationsstufen bezieht sich immer nur auf die genannten Elemente der Umsetzung, nicht auf die gesamten Angebote. Diese können noch wesentlich mehr partizipative Elemente umfassen.

(Hrsg.): Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen? Ernst Reinhardt, München, S. 138–148.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hrsg.) (2010): Qualitätsstandards für Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, Allgemeine Qualitätsstandards und Empfehlungen für die Praxisfelder Kindertageseinrichtungen, Schule, Kommune, Kinder- und Jugendarbeit und Erzieherische Hilfen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.) (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung konkret 5, 4. erweit. und überarb. Aufl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Kilian, H., Gold, C., Lehmann, F. (2010): Der Good-Practice-Ansatz als partizipatives Instrument der Qualitätsentwicklung. In: Wright, M. T. (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung. Hans Huber, Bern, S. 93–106.

Wright, M. T. (Hrsg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Hans Huber, Bern.

2.3 ELTERN-AG: Das Qualitätskriterium Empowerment in der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien

Meinrad M. Armbruster

ELTERN-AG bekämpft eine der größten Ungerechtigkeiten in Deutschland: dass Kinder aus armen, bildungsfernen Schichten schlechtere gesundheitliche Entwicklungs- und Bildungschancen haben als Kinder aus gutem Elternhaus. ELTERN-AG ist eine Elternschule für Menschen, die zum Beispiel arbeitslos oder alleinerziehend sind, Menschen mit Zuwanderungsgeschichte oder in besonderen Lebenslagen. Oft stehen Personen aus diesen vulnerablen Gruppen den konventionellen Angeboten ablehnend gegenüber. Der Hebel des Projekts: der spezifische Empowermentansatz. Er befähigt die Eltern, niedrigschwellig Kompetenzen als gute Eltern und Erzieher bzw. Erzieherinnen zu entwickeln. Denn nur sie selbst können ihren Kindern die entscheidende Unterstützung in den sensiblen ersten Lebensjahren zuteilwerden lassen.

ELTERN-AG-Empowerment stärkt zwischen Schwangerschaft und erstem Schultag die Selbsthilfekräfte und fördert das implizite Lernen in der Gruppe im Rahmen der primären Prävention; darüber hinaus werden Life Skills gestärkt, damit die Eltern auf Augenhöhe mit Kindergärten, Ämtern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendhilfe kooperieren können. Das ELTERN-AG-Empowerment ermöglicht so vielen Familien den Ausbruch aus der Isolation (Armbruster 2006). In Sachsen-Anhalt gestartet und dort auf 80 halbjährige Elterngruppen ausgeweitet, ist die ELTERN-AG mit Schulungen in Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und bald auch in Hamburg aktiv. Für ihre Arbeit hat die ELTERN-AG mehrere Auszeichnungen erhalten.

Das Spezifische am Empowermentansatz der ELTERN-AG

Zunächst seien hier zwei klassische Definitionen von Empowerment aufgeführt:

„Empowerment is viewed as a process: the mechanism by which people, organizations, and communities gain mastery over their lives“

(Rappaport 1984, S. 2).

„Empowerment ist das Anstiften zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens“
(Herriger 2006)

Empowerment bezeichnet also Anstrengungen, die geeignet sind, den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften zu erhöhen. Durch Empowerment soll es ihnen ermöglicht werden, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten.

Der Empowermentbegriff in der ELTERN-AG umfasst einen darüber hinausgehenden Bedeutungsraum. Die ganzheitliche, prägnante Formel lautet: Empowerment und positive Aktion mit Nachhaltigkeit (engl.: **Empowerment and Proper Action with Sustainability = Empacts**). Der Zweck dieses erweiterten Empowermentbegriffs: Er beschreibt generell, wie ein gutes Leben mit ausgeglichenen Bilanzen befördert werden kann: für sozial benachteiligte Eltern ebenso wie für Gesundheitsförderer oder Aktivisten der Zivilgesellschaft. Wie Empacts geht, wird durch seine Bestandteile gespiegelt. Empowerment meint Bewusstseinsbildung, Stärkenaktivierung sowie den Erwerb von Kompetenzen und Life Skills von Menschen, damit sie als aktiv Handelnde die eigenen Interessen wahrnehmen können. Positive Aktion setzt auf aktive zivilgesellschaftliche Veränderung von unten, auf ein wertegebundenes Handeln mit *ausgeglichenen Lebenskonten* – im Gegensatz zu trägen und wenig effektiven Top-down-Strategien staatlicher Agenturen. Empowerment und positive Aktion sind dann verwirklicht, wenn sie mit dem dritten Element – der Nachhaltigkeit – vereinbar sind. Als nachhaltig werden Lebensäußerungen dann bezeichnet, wenn sie den Bedarfen und Bedürfnissen aller Gruppierungen der gegenwärtigen Generation entsprechen, ohne die Möglichkeiten künftiger Generationen zu gefährden. Eine kontinuierliche Impactmessung sichert ab, ob das Ziel eines Lebens mit ausgeglichenen Bilanzen erreicht wird. Ein so verstandenes ganzheitliches Empowerment ist geeignet, die Transformation zur Zivilgesellschaft zu stärken, verbunden mit zunehmender Selbstbestimmung von lokalen Gruppen und nicht zuletzt des Individuums.

Erweitertes Empowerment – konkret

In der erweiterten Empowermentsichtweise sind Menschen grundsätzlich Subjekte, das heißt die originären Bestimmer ihres Lebens. Die Subjekte im Empowermentprozess, Akteure genannt, können benachteiligt sein (zum Beispiel

die Eltern), oder sie wollen gegen Benachteiligung vorgehen (zum Beispiel die Mentoren), oder sie wollen einfach nur ihren persönlichen oder sozialen Möglichkeitsraum positiver gestalten (zum Beispiel die Unterstützer der ELTERN-AG). Die Empowermentbeziehung entspricht einem dialogischen Austausch mit gleichen Rechten. Als dialogische Methode steht Empowerment im Gegensatz zum paternalistischen Anleiten, zur hierarchischen Beratung und zur Fremdbestimmung durch „übergeordnete Strukturen und Experten“. Menschen, die empoweren, bringen Bewusstseinsprozesse in Gang, aktivieren Ressourcen und stärken Potenziale. Empowerment steht für *ermöglichende Anstöße auf gleicher Augenhöhe*. Es befähigt Menschen, sich ihrer Fähigkeiten und Rechte bewusst zu werden, sich gemäß der eigenen Bedarfe zu verhalten und zu organisieren. Es befähigt, angepasste Strategien zur Verwirklichung vitaler Ziele anzuwenden. Dadurch können sie in wachsendem Maß sowohl ihre persönlichen, lebensweltlichen als auch gesellschaftsbezogenen Interessen wahrnehmen. In der ELTERN-AG dienen den Eltern die 20 Gruppentreffen als Forum.

Empowerment in der lokalen ELTERN-AG besteht in der gezielten Aktivierung vorhandener Potenziale und im impliziten Lernen. Somit bestärkt es die alltäglichen praktischen und sozialen Handlungsfähigkeiten der Eltern. Es verändert die innere Befindlichkeit ebenso wie die Kognitionen über ihre persönlichen Bedingungen und ihre familiäre Lage. ELTERN-AG-Empowerment gibt Raum für das Selbst-Erleben in der Gruppe und das Erleben der Vorteile gemeinschaftlichen Handelns. Es erweitert das Erfahrungswissen durch Learning by Doing im geschützten Rahmen und schafft Zugang zu externalen Ressourcen, zum Beispiel in der Frühförderung oder Schuldnerberatung. In der Summe fordert es die Eltern, ihre Potenziale zu erweitern, die Lebenswelt mit neuen Augen zu sehen und zu nutzen und Unabhängigkeit und Verantwortlichkeit zu entwickeln. Soziologisch gesehen fördert das ELTERN-AG-Empowerment die Emanzipation des Einzelnen durch die Gruppe; zugleich befördert es seine Integration in den sozialen Raum. In der ELTERN-AG ist die Gruppe das Experimentallabor für neue selbst- und lebensweltbezogene Verhaltensweisen: Sie ermöglicht es, auf der Basis selbst erarbeiteter Skills handelnd von Nachbarschaft und Sozialraum Besitz zu ergreifen.

Der Empowermentprozess befähigt die Akteure, neue Handlungsoptionen zu gestalten – ohne Ansehen von Herkunft und Vergangenheit. Die Aktivierung von brachliegenden Fähigkeiten erbringt persönliche zusätzliche Freiheitsgrade und gesellschaftlich gesehen einen veritablen Mehrwert. Ersteres führt zu einem Anstieg an Selbstbewusstsein, Kompetenzen, Wohlbefinden und ggf.

auch Lebensstandard und wirkt per se aufrechterhaltend und belohnend. Letzteres impliziert soziale Inklusion sowie mehr Gemeinwohl und Sicherheit für alle. Dieser zivilgesellschaftliche Mehrwert hängt allerdings von der individuellen Bereitschaft ab, die durch Empowerment evoziert werden kann: die eigene Motivation, die eigenen Anstrengungen und das persönliche Tun, das der Einzelne einzubringen vermag. Empowerment als gezielte zwischenmenschliche Anregung und Aktivierung, Bestärkung und Hilfe zur Selbsthilfe erfolgt stets auf Augenhöhe und auf der Grundlage von Freiwilligkeit. Es hat immer dann eine Chance zu gelingen, wenn es die persönliche Lebenslage und die Bedürfnisse des Gegenübers zur Ausgangsbasis macht. Dann löst Empowerment einen persönlichen Entwicklungsschub und mehr Offenheit in den sozialen Beziehungen aus. Die Ergebnisse der ELTERN-AG-Begleitforschung spiegeln diese Aussagen zum Beispiel in höheren elterlichen Selbstwirksamkeitserwartungen wider, in einer erhöhten Zufriedenheit mit der Elternrolle, in verbesserten kindlichen Entwicklungsverläufen auf verschiedenen psychologischen Dimensionen sowie der Intensivierung der Eltern-Erzieher/-innen-Interaktionen.

Ein erster, sehr wesentlicher Schritt hin zu einer Empowermentkultur stellt das Selbstempowerment dar. Wer andere empoweren will, muss in der Lage sein, sich selbst zu empoweren. Mentorinnen und Mentoren in der ELTERN-AG setzen sich in ihrer Ausbildung intensiv mit der Frage auseinander, wie „ein Leben mit ausgeglichenen Bilanzen“ zu erreichen sein könnte. Selbstempowerment bedeutet, bewusst Sorge für die eigene positive Entwicklung zu übernehmen, Gleichgültigkeit zu überwinden, Empathie zu entwickeln und persönliches und gemeinschaftliches Wachstum zu befördern. Selbstempowerment erfordert, persönlich Bilanz zu ziehen und Antworten auf beispielsweise folgende Fragen zu finden: Wo stehe ich in meinem Leben? Was möchte ich für mich, was für die Welt? Was möchte ich allein gestalten, was möchte ich mit anderen gemeinsam gestalten? Wie nah oder entfernt bin ich von einer Win-Win-Situation, einer ausgeglichenen Bilanz?

Positive Aktion – konkret

Der Begriff „positiv“

Die Wertung „positiv“ oder auf Deutsch „gut“ bezeichnet eine Einordnung auf eine bestimmte Funktion oder einen bestimmten Zweck – etwas, auf das wir unser Handeln ausrichten. Wir gebrauchen sie normalerweise, um in Entscheidungssituationen Empfehlungen zu geben bzw. Handeln anzuleiten. Ebenso

verwenden wir diese Werbung, um im Nachhinein eine unter bestimmten Bedingungen vollzogene Wahl als anständig, richtig oder gerechtfertigt zu beurteilen.

Im Rahmen der erweiterten Empowermenttheorie bezeichnen wir das Handeln eines Akteurs bzw. einer Akteurin dann als positiv, wenn es beabsichtigt, das eigene Dasein, das Dasein der Mitmenschen und der natürlichen Umwelt gleichermaßen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Die Plausibilität von Handlungsentscheidungen ist davon abhängig, wie sehr sie zur Erfüllung dieser Ziele beitragen. Das Handeln des Akteurs wird dementsprechend nach denjenigen Verhaltensweisen beurteilt, die der Verwirklichung der guten Absicht nützen. Die Ausformung positiver Verhaltensweisen geschieht auf der Grundlage gemeinsam geteilter Erfahrungen und ethischer Positionen in Abhängigkeit von Dialog und Interaktion mit anderen Akteuren und im Hinblick auf Person- und Sachverhalte. Positiv ist Handeln dann, wenn Freiheit, Glück, Wissen und Gerechtigkeit zunehmen und die Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen gewährleistet ist. Prüfkriterien für diese beispielhaften Attribute der Positivität sind ihre zeitliche Erstreckung, Intensität, Konsistenz und Generalisierbarkeit. Je mehr realisiert werden kann, umso gelungener kann das Empowerment bewertet werden.

Positiv	Negativ
Gut	Schlecht
Heil(-sam)	Krank(-machend)
Förderlich/konvivial	(Lebens-)Feindlich
Gedeihlich (gedeihen)	Kümmertlich (verkümmern)
Altruistisch	Egoistisch
Selbstorganisiert	Fremdbestimmt
Zugänglich	Abweisend
Partizipativ	Ausgrenzend
Vernetzt	Isoliert
Ganzheitlich	Abgespalten
Vielfältig	Monopolistisch
Erweiternd	Erdrückend
Ökonomisch	Unverhältnismäßig

Tab. 3: Gegenüberstellung von positiven und negativen Attributen

Handeln

Handeln steht im erweiterten Empowermentansatz der ELTERN-AG im diametralen Gegensatz zum gängigen Knowledge-Attitude-Practice-Modell (KAP-Modell; siehe Badran 1995). Das erweiterte Empowerment zielt darauf, aus passiven Empfängern von Hilfe selbstständige Subjekte und Akteure zu machen. Darin drückt sich die Überzeugung aus, dass jeder selbst etwas ausrichten kann – aller Skepsis zum Trotz gegenüber den begrenzten Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen. Denn häufig wissen die Menschen vor Ort, die Eltern in ihrem Alltag, viel besser, wie schnelle und wirkungsvolle Hilfe beschaffen sein muss. Der langwierige Weg von Planung, Erforschung, Analyse und Entscheidungsfindung über die Administration, Mittelbeschaffung und Konzipierung einer Maßnahme und schließlich deren Umsetzung bleibt ihnen unverständlich, weil ihre Lebenslage und ihre Bedarfe in der Regel einer kurzfristigen Intervention bedürfen. Top-down-Strategien missachten außerdem ihre Selbsthilfepotenziale und verdammen sie zur Abhängigkeit und Untätigkeit.

Für einen zivilgesellschaftlichen Forschungsansatz ist deshalb die Frage zentral, wie der Transfer von der Praxis in die Wissenschaft und zurück erfolgen könnte, also wie ein Practice-Attitude-Knowledge-Attitude-Practice-Modell (PAKAP-Modell) beschaffen sein sollte. Dahinter steht die Frage, wie die Akteure ihre Lebenswelt ihren eigenen Bedarfen und Bedürfnissen entsprechend am besten gestalten können – persönlich, sozial und materiell – und sich dabei der Kenntnisse und Methoden der Wissenschaft bedienen, ohne jedoch von ihr abhängig und unmündig gemacht zu werden. Politisch ausgedrückt setzen die Akteure in ihrer jeweiligen Lebenswelt auf der Basis ihrer Betroffenheit und ihres verfügbaren Wissens einen Dialog in Gang. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Kommunalpolitikerinnen und -politiker verstehen sich als Teilnehmende dieses Prozesses auf Augenhöhe. Wenn der Dialog gelingt, ist die Anzahl der Problemlösungen im Sozialraum gestiegen und die Lebenswelt insgesamt weniger belastet. Es steigen bei den Akteuren Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Verantwortlichkeit, soziale Eingebundenheit, Initiativkraft etc. (Rosenbrock 2009).

Im Falle der ELTERN-AG werden die Kenntnisse aus Psychologie, Pädagogik und sozialer Arbeit in einen Ansatz gebracht, der von den benachteiligten Eltern akzeptiert wird, weil er nicht belehrend und lebensfern ist. Die Eltern bestimmen die sie interessierenden Themen und können sie in ihrer Sprache besprechen. Sie erleben sich untereinander als gleichwertige Problemlöser und vollwertige Mitglieder ihres Gemeinwesens. Bei Unsicherheiten werden sie

durch die Mentoren flankiert, die sowohl über wissenschaftliche Kenntnisse als auch Praxiserfahrung verfügen. Jede Gruppe wird regelmäßig durch die Eltern evaluiert und dadurch mitgesteuert. Durch eine unabhängige Wissenschaftlergruppe wird eine Begleitforschung durchgeführt, die sowohl die Eltern, die Kinder als auch die Auswirkungen im Sozialraum untersucht.

Nachhaltigkeit – konkret

Das dritte Empacts-Element – die Nachhaltigkeit – zielt darauf ab, dass die Eltern auf Dauer ihren Platz in der Gesellschaft sichern können, der für sie und ihre Kinder zukunftsfähig und lebenswert ist. Es beinhaltet proaktives, absichtliches und langfristig wirksames Verhalten. Empowerment befähigt sie, unerwünschte und ungesteuerte Veränderungen durch erwünschte, selbst gesteuerte Veränderungen, persönliche Entscheidungen und Aktivitäten zu ersetzen. Unerwünschte Veränderungen sind daran zu erkennen, dass für die Eltern die Zusatzkosten den entstehenden Nutzen übersteigen. Nachhaltige Entwicklung wird als persönlicher und gesellschaftlicher Such- und Lernprozess gesehen, der durch Empowerment aktiviert und gestärkt wird. Die definierte *positive Aktion* der Nachhaltigkeit kann jederzeit wissenschaftlich untersucht, gemessen und bewertet werden. Sie unterteilt sich in drei Dimensionen:

- Nicht mehr nutzen als nachwächst (ökologische Nachhaltigkeit),
- Schutz wirtschaftlicher Ressourcen vor Ausbeutung (ökonomische Nachhaltigkeit),
- Partizipation für alle Mitglieder einer Gemeinschaft (soziale Nachhaltigkeit).

Die soziale Nachhaltigkeit der ELTERN-AG drückt sich u. a. dadurch aus, dass ca. 65 % der Eltern sich in Nachbarschaftsnetzwerken zusammenschließen und sich regelmäßig treffen.

Qualitätssicherung im erweiterten Empowerment der ELTERN-AG

Qualitätssicherung sowohl im Sinne der Wirkungsbestimmung als auch der Qualitätsentwicklung ist umso schwieriger, je komplexer und je weniger standardisierbar das Vorgehen ist. Eine Voraussetzung für den Erfolg von PAKAP-Entwicklungen besteht darin, dass die Befunde, Erfahrungen und Ergebnisse von Empowermentinterventionen systematisch erhoben und ausgewertet wer-

den, dass also die Qualitätssicherung in Form einer Lernschleife mit Rückkopplungen, in einem „*Model of Good Practice*“-Prozess, organisiert wird (vgl. Gemeinschaftsinitiative Equal 2005). Wie bei der Aktionsforschung sind praktisches Handeln und theoretisches Studium eng miteinander verbunden; die Forschenden beteiligen sich an den sozialen Projekten, die Handelnden tragen zur Forschung bei. Die Projektplanung geht in konkrete Handlung über, die gemeinsam beobachtet und ausgewertet wird, und schließlich zu einer erneuten Planung führt, die weitere Aktionen anstößt. Ziel des Forschungsprozesses ist Realitätshaltigkeit und Transparenz, Praxisrelevanz und Interaktion. Die Generalisierbarkeit von Ergebnissen kann zwar angestrebt werden, muss aber nicht im Vordergrund stehen (Whyte et al. 1991).

Durch die Qualitätssicherung der ELTERN-AG wurden Theorie und Praxis des Ansatzes ständig weiterentwickelt, sind also eng miteinander verbunden. Das garantiert einerseits die ständige Aktualität und die große Akzeptanz des Konzepts bei den Eltern, andererseits kann detailliert Auskunft über den Impact der Maßnahme gegeben werden.

Literatur

- Armbruster, M. M. (2006): Eltern-AG. Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien. Carl Auer Verlag, Heidelberg.
- Badran, I. (1995): Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. In: Eastern Mediterranean Health Journal, 1/1995, pp. 8–16.
- Gemeinschaftsinitiative EQUAL (Hrsg.) (2005): Programm für die Gemeinschaftsinitiative EQUAL in der Bundesrepublik Deutschland 2000 bis 2006. Die Bundesregierung.
- Herriger, N. (2006): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Kohlhammer, Stuttgart.
- Rappaport, J. (1984): Studies in empowerment: Introduction to the issue. In: Rappaport, J., Swift, C. F., Hess, R. E. (Eds.): Studies in empowerment. Haworth Press, New York, pp. 1–7.
- Rosenbrock, R. (2009): Soziale Lage und Gesundheit: Primärprävention mit vulnerablen Gruppen. Politischer Handlungsbedarf. In: 11. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz 2009, Pfäffikon SZ, S. 1–2.
- Whyte, W. F., Greenwood, D. F., Lazes, P. (1991): Participatory action research: Through practice to science in social research. In: Whyte, W. F. (Eds.): Participatory action research. Sage, Newbury Park, CA, pp. 19–55.

2.4 Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen für Integrierte Handlungskonzepte am Beispiel des sozialräumlich angelegten Präventionsprogramms „Lenzgesund“ in einem benachteiligten Quartier in Hamburg-Eimsbüttel

Waldemar Süß und Alf Trojan

Vorbemerkung

Handlungsansätze zur Verbesserung der Lebensqualität in benachteiligten Quartieren erfordern aufgrund der komplexen Problemlagen einerseits und vielfältiger Akteurskonstellationen andererseits integrierte Handlungskonzepte.

Zu den städtebaulichen, ökonomischen, sozialen und ökologischen Problemen in den Gebieten und Quartieren kommen vermehrt auch gesundheitliche Probleme und Belastungen hinzu, die in besonderem Maße Kinder und Jugendliche betreffen können. Die Situation der dort lebenden Menschen hängt verstärkt von den sozialen und ökologischen Determinanten von Gesundheit und Lebensqualität ab.

Dies macht ein integriertes Vorgehen notwendig, in dem Handlungsbereiche bzw. Politikfelder wie soziale Lage und Gesundheit oder Umwelt, Wohnumfeld und Gesundheit miteinander verknüpft und integriert werden. Das bedeutet, dass so entstehende integrierte Handlungskonzepte Querschnittsaufgabe sind, die ressortübergreifend umgesetzt werden müssen.

Für diese integrierte Herangehensweise müssen intersektorale Akteurskoalitionen (die durchaus aus einem Ressort heraus geführt und koordiniert werden können) gebildet werden, die dann integrativ, quartiersbezogen (Settingansatz) und partizipativ (Integration der Bewohnerschaft) arbeiten.

Diese Art der Politikentwicklung und -umsetzung soll im Folgenden am Beispiel der Umsetzung des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ erläutert werden. Damit verbunden werden Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen für integrierte Programme und Ansätze formuliert.

Kurze Charakterisierung der Lenzsiedlung

Die Lenzsiedlung im Stadtteil Lokstedt in Hamburg-Eimsbüttel entstand zwischen 1974 und 1984 im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus. Mit ihren ca. 1200 Wohnungen ist sie die letzte Hochhaussiedlung dieser Größe, die in Hamburg errichtet wurde. Ein Vergleich der Bevölkerungs- und Sozialstruktur zwischen der Lenzsiedlung (ca. 3100 Einwohner), dem Bezirk Eimsbüttel und dem Hamburger Durchschnitt lässt deutliche Unterschiede erkennen. So wohnen in der Lenzsiedlung deutlich mehr junge Menschen unter 18 Jahren als im restlichen Stadtgebiet. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung der Lenzsiedlung liegt bei ca. 27%.

Neben den zahlreichen jungen Menschen leben im Quartier auch überdurchschnittlich viele Menschen mit Sozialleistungen nach SGB II (ca. 35% in Bedarfsgemeinschaften nach Hartz IV) und Menschen mit ausländischem Pass (ca. 37%). Zu Letzteren kommen nach Schätzung der Akteure vor Ort noch weitere 20% von Menschen mit Migrationshintergrund und deutschem Pass hinzu, sodass der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung bei fast 60% liegt. Diese Situation in dem sozial benachteiligten Quartier geht einher mit gesundheitlichen Problemen (zum Beispiel schlechte Zahngesundheit bei vielen Bewohnerinnen und Bewohnern) und zusätzlichen Belastungen wie Gewalt in Familien und unter Jugendlichen.

Gleichzeitig verfügt das Quartier aber auch über vielfältige Ressourcen und Potenziale, die zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen beitragen oder aber hierfür genutzt werden können. Dazu gehören vor allem die durch den lokalen Träger der offenen Jugendarbeit aufgebauten Aktivitäten und Angebote sowie die Stärkung partizipativer Ansätze durch die Aktivierungsstrategien der sozialen Stadtteilentwicklung. Diese lassen insbesondere der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst als einem der Hauptakteure, aber auch der sozialen Stadtteilentwicklung eine wachsende Bedeutung zukommen, da so Synergieeffekte hergestellt werden können.

Im Hamburger Senatsprogramm „Soziale Stadtteilentwicklung“ (1998 bis 2004) und dessen Fortschreibung „Aktive Stadtteilentwicklung“ (2004 bis 2008) war das Quartier von Anfang 2000 bis Februar 2007 Programmgebiet. In diesem Zeitraum wurden vor dem Hintergrund gravierender (städte-)baulicher Mängel, eines ausgeprägten Negativimages des Quartiers sowie eines zu aktivierenden Selbstorganisationspotenzials der Bewohnerschaft bereits in ver-

schiedenen Handlungsfeldern (Wohnen, Wohnumfeld und Freiflächen, Bürgermitwirkung, gesellschaftliche Infrastruktur etc.) zahlreiche erfolgreiche Projekte und Maßnahmen umgesetzt und nachhaltige Strukturen zur Vernetzung, Kooperation und Projektentwicklung aufgebaut. Die Lenzsiedlung ist weiterhin ein sogenanntes Verstetigungsgebiet innerhalb des neuen Senatsprogramms „RISE“ (Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung), in dem Gesundheitsförderung jetzt explizit eines der offiziell aufgeführten Handlungsfelder ist.

Das quartiersbezogene Präventionsprogramm „Lenzgesund“: Vernetzte Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre

Nahezu parallel zur Aufnahme des Quartiers in das Senatsprogramm „Soziale Stadtteilentwicklung“ begann auch das Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel im Jahr 2001 mit ersten gesundheitsförderlichen Aktivitäten zum Quartiersmanagement beizutragen. Diese Aktivitäten orientierten sich schwerpunktmäßig zunächst an der Situation von jungen Familien und Migrantinnen, da es sich bei der Lenzsiedlung um eine sehr kinderreiche innenstadtnahe Großsiedlung handelt (zum Beispiel 2001: Eröffnung einer Sprechstunde der Mütterberatung im Quartier; 2002: Einsatz der Familienhebamme etc.).

Zwei Jahre später, im Herbst 2003, wurde dann auf Initiative des Gesundheitsamts der erste Runde Tisch „Lenzgesund“ ins Leben gerufen, der einerseits zur Vernetzung der Akteure beitragen soll und andererseits als Nahtstelle zwischen den Akteuren und der Bewohnerschaft dient. Am Runden Tisch fanden und finden sich drei- bis viermal jährlich vielfältige Einrichtungen und Einzelpersonen aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich in und um die Lenzsiedlung (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Jugendamt, Familienhebamme, Stadtteilbüro, Kindertagesstätten etc.) zusammen, mit dem Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention als ein vorrangiges Handlungsfeld der Quartiersentwicklung zu etablieren. Weitere übergeordnete Ziele der gesundheitsförderlichen Aktivitäten des durch das Gesundheitsamt koordinierten und moderierten Runden Tisches „Lenzgesund“ sind im Einzelnen:

- Vermittlung von Information und Wissen über das Gesundheitswesen,
- Förderung der Motivation, sich an einem gesunden Lebensstil zu orientieren,
- Aktivierung der Bewohnerschaft,
- Vernetzung der professionellen Akteure im Gesundheits-, Bildungs- und

Sozialbereich hin zu einer informierteren und verbindlicheren Zusammenarbeit im Alltag, aber auch im Besonderen im Rahmen der Umsetzung des Präventionsprogramms.

Das Präventionsprogramm „Lenzgesund“ wurde dem Runden Tisch „Lenzgesund“ 2005 vom Gesundheitsamt vorgestellt und seitdem mit diesem und weiteren Kooperationspartnern umgesetzt und weiterentwickelt. Kernstück des dynamischen Handlungskonzepts ist die Organisation und Koordinierung vernetzter Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre mit dem Ziel, die gesundheitliche Lage unter aktiver Beteiligung der Bewohnerschaft im Quartier zu verbessern. Damit soll ein kleinräumiger Beitrag zur sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet werden. Die Ziele sind im Einzelnen:

- Verbesserung der gesundheitlichen Lage im Quartier, besonders für Kinder und ihre Eltern,
- Erschließung der guten gesundheitlichen Versorgungsstruktur im Umfeld der Siedlung für die Bewohnerschaft,
- Aufbau und Sicherung von Brückenstrukturen zwischen dem medizinisch-sozialen Angebot und dem Gesundheitsbedarf der Bewohnerschaft,
- Förderung der Vernetzungsaktivitäten im Rahmen einzelner Handlungsfelder des Programms,
- Zusammenarbeit von Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung und der Gesundheitsförderung.

Aktuell gliedert sich das anfänglich aus neun Handlungsfeldern bestehende Präventionsprogramm nach mehrmaliger Diskussion am Runden Tisch in sieben Handlungsfelder (mit einzelnen Teilzielen und Zielgruppen) sowie in zwei Querschnittsaufgaben, die in alle Handlungsfelder integriert werden sollen:

1. Geburtsvorbereitung,
2. Schwangerschaft/Elternschaft Minderjähriger (Angebote für Jugendliche),
3. Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr,
4. Impfen,
5. Frühe Hilfen, Frühförderung und Sprachförderung,
6. Zahngesundheit,
7. Ernährung, Bewegung und Sucht.

Zu integrierende Querschnittsaufgaben:

- Erziehungs- und Gesundheitskompetenz der Eltern,
- Gewaltprävention.

In den einzelnen Handlungsfeldern wurden bereits – und werden – vielfältige Maßnahmen und Projekte der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt und umgesetzt.

Seit 2005 wird die Entwicklung und Umsetzung des Präventionsprogramms vom Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wissenschaftlich begleitet (kleinräumige Gesundheitsberichterstattung, Akteurs- und Bewohnerbefragungen, Evaluation etc.)

Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen für integrierte Handlungskonzepte am Beispiel des Präventionsprogramms „Lenzgesund“

Ein „Integriertes Handlungskonzept“ für soziale Räume und Gebiete kann man definieren als intersektoral bzw. ressortübergreifend und dynamisch angelegtes Handlungs- und Steuerungsinstrumentarium für lokale Akteure. Mit der Umsetzung des Handlungskonzepts sollen in unterschiedlichen, miteinander verknüpften (integrierten!) Handlungsfeldern sowohl vorher bestimmte Ziele als auch aus der Programmdynamik heraus entwickelte neue Ziele erreicht werden. Da sich diese Ziele unter der Überschrift „Verbesserung der kommunalen bzw. lokalen Lebensqualität“ zusammenfassen lassen, kann man beim Präventionsprogramm „Lenzgesund“ von einem integrierten Handlungskonzept sprechen (siehe die Handlungsfelder des Programms und die Programmziele).

Kernqualitätskriterien

- *Integrierter Bestandteil eines übergeordneten politischen Leitziels bzw. Leitbilds (politischer Wille):*

Das Präventionsprogramm „Lenzgesund“ ist integrierter Bestandteil der bezirklichen Entwicklungsplanung in Hamburg-Eimsbüttel, die neben anderen Leitzielen auch das Leitziel „Gesundes Eimsbüttel“ verfolgt. Es ist damit eines der acht Leitprojekte, die im Rahmen der bezirklichen Entwicklungsplanung langfristig weiterentwickelt und umgesetzt werden.

- *Integration in bzw. Verknüpfung mit andere(n) integrierte(n) Handlungskonzepte(n):*

Die inhaltliche Entwicklung des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ und die Konstruktion seiner Handlungsfelder und Umsetzungsstrukturen wurden in enger Kooperation und Verbindung mit dem Quartiersmanagement des Hamburg-spezifischen Programms der sozialen bzw. aktiven Stadtteilent-

wicklung vollzogen. So konnte die Gesundheitsförderung auch ein stabiles Handlungsfeld in der Umsetzung des Entwicklungskonzepts für das Quartier werden.

- *Tragfähige gesetzliche Grundlagen, die integriertes Arbeiten ermöglichen:* Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (HmbGDG von 2001) ermöglicht mit seinen Paragrafen (insbesondere § 2 Aufgaben und Leistungen, § 3 Behörden, Zusammenarbeit, § 4 Gesundheitsberichterstattung, § 6 Gesundheitsförderung und Prävention) integriertes Arbeiten auf unterschiedlichen Ebenen. Außerdem wird durch das Gesetz die Prioritätensetzung auf sozialräumlich orientierte und integrierte Handlungskonzepte, insbesondere für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, gefordert und gefördert.
- *Intersektorale Kooperation/ressortübergreifende Zusammenarbeit:* Dieses Kriterium ist auf unterschiedlichen Ebenen bei der Entwicklung und Umsetzung des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ erfüllt. Durch die Verknüpfung mit der aktiven bzw. sozialen Stadtteilentwicklung kommt es auch auf den bezirklichen Leitungsebenen zur intersektoralen Kooperation (Stadtplanungsabteilung, Gesundheitsamt, Sozialraummanagement, Projektgruppe der bezirklichen Entwicklungsplanung etc.); siehe dazu auch: Kernkriterium: Vernetzung und Strukturbildung.
- *Vernetzung und Strukturbildung auf der direkten Umsetzungsebene vor Ort:* Um lokale Strukturbildung und Kapazitätsentwicklung zu betreiben, wurde der Runde Tisch „Lenzgesund“ vom Gesundheitsamt ins Leben gerufen, der alle wichtigen Vor-Ort-Akteure aus unterschiedlichen Bereichen (Kinder- und Jugendhilfe, medizinische Versorgung, Schule, schulärztliche Gesundheitsdienste, Kindertagesbetreuung, Quartiersmanagement etc.) regelmäßig zusammenführt. Auch die bestehende AG Familienförderung weist eine ähnliche Struktur auf, sodass man hier von Gremien ressortübergreifender Kooperation sprechen kann, die integriertes Arbeiten ermöglichen.
- *Integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung als rationale Entscheidungsgrundlage (Public Health Action Cycle):* Durch die Zusammenarbeit der bezirklichen Gesundheitsberichterstattung mit dem Forschungsprojekt des Instituts für Medizinische Soziologie und dem Quartiersmanagement konnte eine Reihe von unterschiedlichen Indikatoren mit Daten gefüllt und fortgeschrieben werden. Daten aus dem Bereich sozialer Indikatoren, Gesundheitsdaten, Schuleingangsuntersuchungen, Flächennutzungsplanung etc. wurden aus der Sekundärstatistik oder aus Primärerhebungen zusammengetragen und für unterschiedliche Handlungsfelder nutzbar gemacht.

- *Anerkennung der grundlegenden sozioökonomischen Determinanten:*
Die Anerkennung erwiesener Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge im Bereich sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und insbesondere die Anerkennung der Tatsache der Notwendigkeit der Verbesserungen im Bereich der sozioökonomischen Determinanten führen fast zwangsläufig zur Erkenntnis, dass dafür ein integriertes Handlungskonzept erforderlich ist. Das ist im Falle des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ gegeben, nicht nur normativ-programmatisch, sondern auch in den Köpfen der handelnden Akteure. Dies gilt insbesondere für die Führungspersonen im Gesundheitsamt selbst, aber auch in den Einrichtungen und Gremien vor Ort, was durch deren vielfältige Unterstützung der Aktivitäten und Aktionen des kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements in der Lenzsiedlung deutlich wird. Synergieeffekte lassen sich so einfacher erreichen.
- *Integrierte Handlungsansätze in den Handlungsfeldern:*
Integration von Handlungsbereichen wie beispielsweise im Präventionsprogramm „Ernährung, Bewegung und Sucht“ oder in der sozialen Statteilentwicklung „Grünflächenplanung und Bewegungsförderung“ zeigen, dass in der Umsetzung beider Programme auch integriert gehandelt wird.
- *Integration der Bevölkerung bzw. der Zielgruppen: Partizipation/Bürgerbeteiligung bei Analyse, Politikformulierung, Umsetzung und Evaluation:*
Durch bürgerorientierte Aktionen (Nachbarschaftstreffen, Stadtteilfeste etc.) und eine Reihe von Umfragen wurden die Bewohnerinnen und Bewohner sowohl am Präventionsprogramm als auch am Quartiersentwicklungskonzept beteiligt. In diesem Bereich bestehen in der Lenzsiedlung sicherlich noch Lücken (insbesondere im Bereich Evaluation) und Handlungsbedarf, wenn auch bereits viele Schritte unternommen wurden.
- *Integration verschiedener Evaluationsansätze in das Handlungskonzept als zentraler Bestandteil desselben (partizipativ, formativ, prozessorientiert, ergebnisorientiert):*
Ein Muss für alle Konzepte integrierter Ansätze ist das Mitdenken einer umfangreichen Evaluation auf unterschiedlichen Ebenen von Anfang an. Sie gehört normativ betrachtet direkt zum integrierten Handlungskonzept dazu. Ohne Monitoring und Evaluation droht ein integriertes Handlungskonzept schnell wieder aus dem Denken und Handeln der Akteure verloren zu gehen.
- *Dynamisches lernendes Programm:*
Legt man die obige Definition für integrierte Handlungskonzepte zugrunde, dann sind solche Programme und Konzepte immer auch dynamisch angelegt und damit in ihren Zielen, Handlungsbereichen und Strukturen im laufenden Prozess veränderbar und aktualisierbar, beispielsweise vor dem Hintergrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse oder vor dem Hintergrund vermehr-

ter Bürgerbeteiligung bei Konzeptentwicklung und Umsetzung. Das bedeutet, dass das Programm dazulernen kann. Mit einem solchen Ansatz kommen auch Aspekte von Nachhaltigkeit in die Diskussion um Zielbestimmung und Zielerreichung.

Am Beispiel des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ und seiner Umsetzung lassen sich bestimmte Qualitätskriterien und Qualitätserfordernisse aufzeigen, die man als Standards für sozialräumlich orientierte integrierte Handlungskonzepte bezeichnen kann. Sie dienen der kontinuierlichen sowie partizipativen Qualitätssicherung in der Entwicklung und Umsetzung solcher Programme und Konzepte.

Im Jahr 2001 hat das Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel mit ersten wenigen gesundheitsförderlichen Aktivitäten in der Lenzsiedlung begonnen, die allmählich ausgeweitet wurden. Dies führte, wie bereits ausgeführt, im Jahr 2003 zur Gründung des Runden Tisches „Lenzgesund“ (bis heute ein wichtiges Steuerungs- und Koordinierungsgremium) und im Jahr 2005 zur Formulierung des Präventionsprogramms „Lenzgesund“. Wenn man zum Abschluss die Frage stellt, was sich denn nun durch die langjährigen Aktivitäten (eigentliche Programmlaufzeit bisher fünf Jahre) am Gesundheitszustand einzelner Bevölkerungsgruppen sowie für die Gesundheitsförderung im Quartier verändert bzw. verbessert hat, dann lässt sich dies mit folgenden ausgewählten Punkten beschreiben:

- Deutlich verbessert hat sich die Zahngesundheit bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene).
- Verbessert hat sich ebenfalls die gesundheitliche Versorgung von Neugeborenen und ihren Eltern durch die Familienhebamme und die Durchführung des Baby-Führerscheins.
- Von allen beteiligten Akteuren wird ein im Vergleich zu anderen benachteiligten Gebieten und Quartieren deutlich höheres Gesundheitsbewusstsein der Bewohnerschaft festgestellt.
- Insgesamt lässt sich sagen, dass durch die vielfältigen Anstrengungen und Aktivitäten ein stabiles positives Präventionsklima im Quartier entstanden ist, das das Thema „Gesundheit“ dauerhaft und nachhaltig in andere Handlungsfelder wie beispielsweise die Jugendhilfe integriert.
- Ein weiterer wesentlicher (und unabdingbarer!) Erfolgsfaktor bei der Programmumsetzung ist die dynamisch fortschreitende Struktur- und Kapazitätsentwicklung für gesundheitliche bzw. gesundheitsförderliche Belange im Quartier durch die stabile und vernetzte Verankerung von Programmatik und Thematik in den Köpfen aller handelnden Akteure in der

Siedlung und um die Siedlung herum. Dies erhöht deutlich die Entwicklungsmöglichkeiten für zukünftige Ansätze und Perspektiven, denn es bleibt noch viel zu tun!

Ein wichtiger politischer Erfolg, der hier noch einmal erwähnt werden soll, ist die Integration des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ in die bezirkliche Entwicklungsplanung und damit die stabile Einbindung des Handlungskonzepts in die gesamtbezirkliche Zielformulierung für ein „Gesundes Eimsbüttel“, ganz im Sinne nachhaltiger Struktur- und Kapazitätsentwicklung.

Literatur

- Bezirksamt Eimsbüttel (Hrsg.) (2008): BEP Eimsbüttel 2008. Bezirkliche Entwicklungsplanung – Die Zukunft des Bezirks gestalten. Bezirksamt Eimsbüttel, Hamburg.
- Kohler, S., Mossakowski, K., Süß, W., Nickel, S., Trojan, A. (Hrsg.) (2007): Beiträge zur Quartiersdiagnose. Kindergesundheit in der Lenzsiedlung. Eigenverlag, Hamburg.
- Laverack, G. (Hrsg.) (2010): Gesundheitsförderung und Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- Loss, J. (2010): Konzepte zur Evidenzgewinnung und Evaluation für eine nachhaltige Gesundheitsförderung. In: Göpel, E., Gesundheitsakademie e. V. (Hrsg.): Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten, Band 4. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 170 ff.
- Mossakowski, K., Nickel, S., Schäfer, I., Süß, W., Trojan, A., Werner, S. (Hrsg.) (2006): Quartiersdiagnose Lenzgesund – mehr Gesundheit ins Quartier! Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg-Eimsbüttel. Eigenverlag, Hamburg.
- Mossakowski, K., Süß, W. (2009): Daten für Taten: Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber, Bern, S. 23 ff.
- Mossakowski, K., Süß, W. (2010): Öffentliche Gesundheitsförderung im sozialräumlichen Kontext und quartiersbezogene Prävention. In: Göpel, E., Gesundheitsakademie e. V. (Hrsg.): Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten, Band 4. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 258 ff.
- Naidoo, J., Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarb., aktual. und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweitert. Neuauf. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg.
- Nickel, S., Trojan, A. (2009): Zur Messung von Kapazitätsentwicklung im Quartier: Konzepte, Methoden, Erfahrungen. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber, Bern, S. 279 ff.

2.5

Die Beiträge der BZgA zur Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen

Frank Lehmann und Jürgen Töppich

Einleitung

Dieser Artikel will Wege aufzeigen, wie eine kontinuierliche Verbesserung von Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche durch verfügbare Maßnahmen der Qualitätssicherung und -verbesserung erreicht werden kann. Dafür werden die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelten und geförderten Qualitätsverfahren vorgestellt und ihr Nutzen für diese Zielsetzung wird diskutiert.

Ausgangsanalyse zum Stand der Qualität der Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

Untersuchungen zum Qualitätsniveau von Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland sind bisher nur in Teilbereichen durchgeführt worden. Für das Handlungsfeld Kita ermöglicht eine zweistufige Erhebung des Universitätsklinikums Eppendorf (UKE) in Hamburg und der BZgA (Kliche et al. 2008) Aussagen über die Qualität der Angebote. In der ersten Stufe wurden bundesweit repräsentativ ausgewählte Kitas zu Rahmenbedingungen, Versorgungsmerkmalen, Arbeitsformen, Kindergesundheit, Arbeitszufriedenheit und Elternkooperation in der Kita befragt. Damit konnte ein Überblick über die präventive Versorgungssituation der Kitas gewonnen werden. In der zweiten Stufe wurde dann eine Stichprobe von Gesundheitsprojekten mit dem Qualitätssicherungsverfahren QIP (Qualität in der Prävention) analysiert und bewertet. Insgesamt kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass präventive Aktivitäten in Kindertagesstätten sehr weit verbreitet sind: Mehr als 90 % der Kitas führen Hygieneerziehung, Sprach- und Entwicklungsförderung sowie Bewegungsförderung durch, etwa zwei Drittel Mundgesundheitspflege und Ernährungserziehung, etwa 50 % Verkehrs- und Sicherheitserziehung und Unfallverhütung. Ein Drittel der Kitas bietet Maßnahmen zur Förderung der seelischen Gesundheit an. Kitas in ressourcenschwachen Einzugsgebieten setzten etwas mehr Gesundheitsaktivitäten für

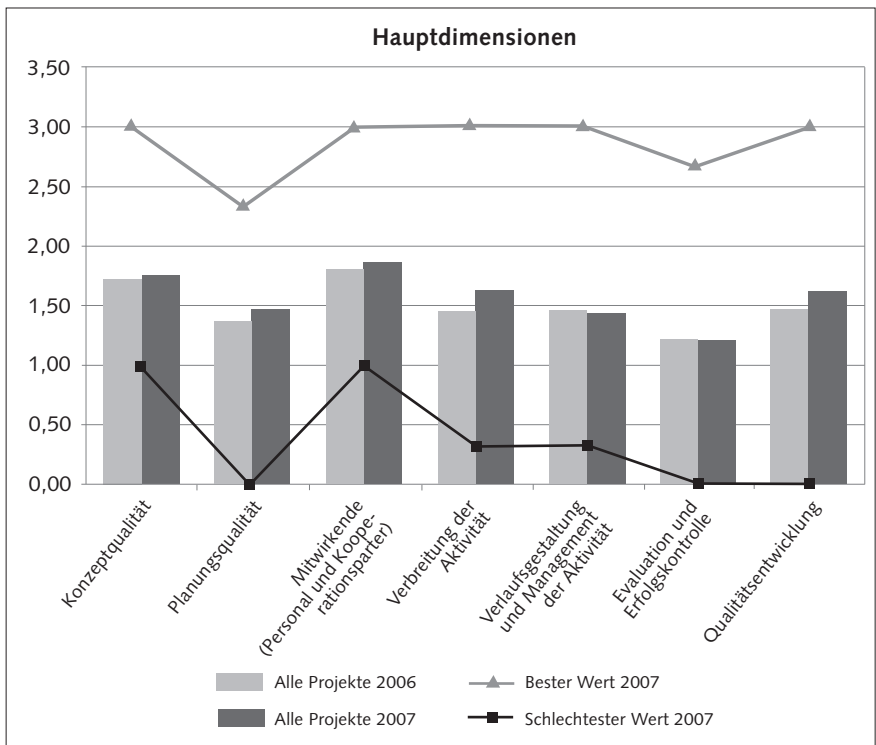


Abb. 4: Verbesserungspotenziale in Kitas. Ordinatensachse: Qualitätsstufen (0 = Problemzone, 1 = Verbesserungsbedarf, 2 = Standard/Wirkungsschwelle, 3 = Vorbild; Erläuterungen in: Töppich, J., Lehmann, H. 2009, S. 232; Abszissenachse: Hauptdimensionen präventiver Qualität – Mittelwerte über alle Projekte 2007

Kinder um als Kitas in besser gestellten Einzugsgebieten. Dies geht einher mit einem deutlich größeren Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung: Kitas in ressourcenschwachen Umfeldern berichten häufiger gesundheitliche Belastungen der Kinder und größere Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit Familien. Die vertieften Analysen der Projekte zeigen jedoch eine starke Streuung der Qualität der Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung. Im Durchschnitt, das heißt unabhängig von der sozialen Lage, erreichen diese Aktivitäten nicht die Voraussetzungen, gesundheitliche Wirkungen bei den Kindern zu erzielen (vgl. Abbildung 4). Es besteht also ein hohes Verbesserungspotenzial für Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas.

Im Folgenden werden zunächst Qualitätsverfahren mit dem Schwerpunkt auf einer externen Bewertung und dann Verfahren mit dem Schwerpunkt auf interner Steuerung beschrieben.

Verstärkung der Sichtbarkeit von Qualität durch externe Bewertung

Um das hohe Potenzial in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen auszuschöpfen, ist zunächst der Blick auf die erforderlichen Rahmenbedingungen zu richten: evidenzbasierte Gesundheitsförderungsprogramme, vernetzte Strukturen zum Beispiel zwischen Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen sowie personelle und ausreichende finanzielle Ausstattung.⁵⁸ Hier gilt es, Stakeholder in Politik, Wirtschaft und Verwaltung davon zu überzeugen, dass und wie Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten machbar ist. Angebote sollten zeigen, wie sie – ausgehend von ihren konkreten Rahmenbedingungen – Prävention und Gesundheitsförderung wirkungsvoll umsetzen und wie diese Angebote durch geeignete Veränderungen der Rahmenbedingungen noch effektiver werden können. Hierfür sind besonders Verfahren mit einer externen Bewertung aussichtsreich. Sie tragen einerseits zu einer erhöhten Sichtbarkeit und Kommunizierbarkeit hoher Qualität bei, gleichzeitig werden diese Verfahren natürlich andererseits auch genutzt, um interne Lernprozesse zu initiieren und zu unterstützen:

- a) Auszeichnung als Good-Practice-Angebot der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten,**
- b) Auslobung nationaler Wettbewerbe (Deutscher Präventionspreis),**
- c) Zertifizierung guter Praxis (Qualitätssiegel GUT DRAUF) sowie**
- d) Evidenzgestützte umfassende Qualitätsbeurteilung (QIP).**

Zu a) Auszeichnung als Good-Practice-Angebot der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen findet in den Lebenswelten statt, in denen die Kinder und Jugendlichen sich

⁵⁸ Anforderungen an die Qualität präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurden zusammenfassend publiziert (BZgA und RKI 2008).

über längere Zeiträume aufhalten (Kitas, Schulen, Kommunen).⁵⁹ In vielen Fällen werden sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche durch Dienste und Träger erreicht, die nicht dem Gesundheitswesen angehören, wie Sozialdienste, Jugendhilfe und Stadtteilprojekte. Innerhalb dieser Handlungsfelder bieten sich Qualitätsentwicklungsmaßnahmen an, die sehr stark an das jeweilige Handlungsfeld adaptiert sind. Sie sollten darauf eingerichtet sein, dass ggf. nur ein geringes explizites Verständnis für die Wirkungszusammenhänge auf Gesundheit bei den Trägern und Mitarbeitenden vorhanden ist. Für diese „vom Gesundheitswesen fernen“ Handlungsfelder wurde der Good-Practice-Ansatz des von der BZgA initiierten und maßgeblich getragenen Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt (Kilian et al. 2009).

Mit der Gründung von 16 Regionalen Knoten und einer zentralen Koordinierung⁶⁰ wurde eine umfassende bundesweite Qualitätsentwicklungsstruktur geschaffen. Anhand von zwölf wissenschaftlich begründeten Kriterien und einem gestuften Auswahlverfahren prüfen die Regionalen Knoten, die zentrale Koordinierung und der Beratende Arbeitskreis bei der BZgA, ob ein Angebot als Good-Practice-Angebot der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten anerkannt werden kann (ausführliche Beschreibung in BZgA 2011).

Unter Einsatz verschiedener Qualitätssicherungsinstrumente (Checkliste, halbstandardisiertes Interview, Review) wird durch Fachexpertinnen und -experten zusammen mit den Projektverantwortlichen eruiert, ob die Aktivitäten gesundheitsfördernd für sozial Benachteiligte sind – unabhängig vom Fachverständnis seitens der Projektträger und Mitarbeitenden. Dieses Kriterium und das Kriterium „Erreichung sozial Benachteiligter“ sowie drei weitere Kriterien müssen auf jeden Fall vorbildlich erfüllt sein, um eine Anerkennung als Good Practice in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu bekommen. Durch die externe Einstufung als Good-Practice-Angebot erhalten die Projekte, Programme und Netzwerke die Möglichkeit, öffentlich für sich zu werben und die Voraussetzungen für qualitativ hochwertige Gesundheitsförderung ständig auszubauen. Die Sichtbarkeit von Gesundheitsförderung

59 Wesentliche Einflussfaktoren auf Gesundheit liegen außerhalb des Gesundheitswesens. Deshalb ist durch ihre Beeinflussung die größte Wirkung auf die Gesundheit zu erwarten (WHO 1986).

60 Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ mit einer zentralen Koordinierung bei Gesundheit Berlin Brandenburg wird maßgeblich getragen durch die BZgA. Die Regionalen Knoten sind in der Regel angesiedelt bei den Landesvereinigungen für Gesundheit und jeweils hälftig finanziert aus Mitteln der Länder und der Krankenkassen.

gerade in Handlungsfeldern, die „fern vom Gesundheitswesen“ aber mit hohem Gesundheitspotenzial ausgestattet sind, wird erhöht.

Durch den Good-Practice-Ansatz wird ein weiterer Vorteil für die Entwicklung hoher Qualität erreicht. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung und Dokumentation/Evaluation gehören zu den oben erwähnten zwölf Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Die Erfüllung dieser beiden Kriterien ist nicht notwendige Voraussetzung, um als Good-Practice-Angebot anerkannt zu werden. Diejenigen Angebote jedoch, die in diesen Kriterien als vorbildlich ausgezeichnet wurden, bieten eine hervorragende Vorlage zur Anregung anderer Angebote. Als vorbildlich in den Kriterien Qualitätssicherung und Evaluation wurde beispielsweise das Good-Practice-Projekt „Früh übt sich. Minifit. Von klein auf gesund“ aus Ludwigsburg bewertet.⁶¹ Weitere Angebote der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen, die Qualitätssicherung und/oder Evaluation vorbildlich realisiert haben, finden sich auf der Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.⁶²

Zu b) Auslobung nationaler Wettbewerbe (Deutscher Präventionspreis)

Eine ähnliche Funktion können nationale Wettbewerbe zumindest punktuell übernehmen. 2004–2010 wurde jährlich der Deutsche Präventionspreis zu unterschiedlichen Themen und Zielgruppen vom Bundesgesundheitsministerium und der BZgA gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung (bis 2007) und der Manfred Lautenschläger-Stiftung (ab 2008) ausgeschrieben. Bis auf das Jahr 2005 („Gesund in der zweiten Lebenshälfte“) wurden in jedem Jahr herausragende Projekte im Bereich von Kinder- und Jugendgesundheit prämiert. Sie wurden durch eine Gutachterjury aus ausgewiesenen Expertinnen und Experten kriteriengeleitet bewertet, einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht und mit Praxisakteuren sowie Stakeholdern diskutiert. Dies geschah unter besonderer Berücksichtigung des Bedarfs sozial Benachteiligter. 2004 war die Zielgruppe „Kinder bis 14 Jahre“. 2006 lautete das Thema „Stärkung der Elternkompetenz in Schwangerschaft und früher Kindheit“ und 2007 „Prävention stärken – lokal und regional“. 2008 richtete sich der Deutsche Prä-

61 In diesem Projekt wurde ein umfassendes Qualitätsmanagement für die Erzieherinnen und Erzieher der 65 Ludwigsburger Kindertageseinrichtungen mit integrierter Checkliste, Feedback-Bogen und Arbeitsgruppentreffen und externer Evaluation aufgebaut.

62 Sie können recherchiert werden unter Praxisdatenbank/Recherche/Erweiterte Recherche. Zum Recherchenzeitpunkt 12.01.2011 konnten dort 22 weitere Good-Practice-Projekte für Kinder und Jugendliche gefunden werden, die entweder vorbildlich im Qualitätsmanagement und/oder in der Evaluation sind.

ventionspreis an Betreuungseinrichtungen für drei- bis sechsjährige Kinder, 2009 an Grundschulkindern und 2010 an Kindern und Jugendliche in der Sekundarstufe I. Die Dokumentation der ausgelobten Projekte findet sich unter www.deutscher-praeventionspreis.de. Ein Beispiel für diese Auszeichnung ist die Fritz-Winter-Gesamtschule in Ahlen. Sie gehört zu den Preisträgerinnen und Preisträgern des Deutschen Präventionspreises 2010 und liegt in einem Stadtteil mit schwierigen sozialen Bedingungen und hohem Migrationsanteil. Neben anderem haben Eltern, Lehrkräfte sowie Schülerinnen und Schüler zusammen eine vorbildliche Mittagsverpflegung aufgebaut und gestalten sie weiter. Die Einbeziehung der Schülerschaft in die Belange und Entscheidungen „ihrer Schule“ wird in allen Jahrgangsstufen praktiziert. Durch die Vergabe des Deutschen Präventionspreises werden qualitativ hochwertige Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sichtbar und Standards zur Erreichung dieser Qualität verbreitet.

Zu c) Zertifizierung guter Praxis (Qualitätssiegel „Gut Drauf“)

Das von der BZgA entwickelte Qualitätssiegel GUT DRAUF dient dem gleichen Zweck. Jugendunterkünfte, Jugendeinrichtungen, Schulen, Sportvereine und weitere Anbieter müssen in ihren gesundheitsförderlichen Angeboten für Jugendliche jeweils spezifische Standards gewährleisten. Die Projektpartner werden auf dem Weg zur Zertifizierung durch Qualifizierung und Beratung begleitet. Das Qualitätssiegel GUT DRAUF ist so gestaltet, dass es vor allem auch für diejenigen Einrichtungen, in denen Jugendliche aus sozial benachteiligten Lagen anzutreffen sind, geeignet ist. Inzwischen tragen 190 Einrichtungen das Qualitätssiegel GUT DRAUF (www.gutdrauf.net) und zeigen so, dass sie vorbildliche Voraussetzungen für jugendgerechte Ernährungs-, Bewegungs- und Stressregulationsangebote besitzen. Beispielsweise haben auch mehrere Einrichtungen des ersten bundesweiten Good-Practice-Programms der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten „Body Guard“ des Internationalen Bundes zugleich das Qualitätssiegel GUT DRAUF. Die von qualifiziertem Personal durchgeführten Zertifizierungen und die späteren Rezertifizierungen bewirken, dass auch langfristig ein hohes Qualitätsniveau von Prävention und Gesundheitsförderung aufrechterhalten wird. Sie sind zugleich ein positiver Anreiz für die „Kunden“ der Maßnahmen, die Kostenträger sowie für politische Entscheiderinnen und Entscheider.

Zu d) Evidenzgestützte umfassende Qualitätsbeurteilung (QIP)

Ein ebenfalls zur externen Begutachtung und Sichtbarmachung der Qualität von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention entwickeltes Qualitätssicherungsverfahren ist QIP (Qualität in der Prävention) (Töppich und

Lehmann 2009). Grundlage der Begutachtung ist die Dokumentation der Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsaktivität mithilfe eines standardisierten Dokumentationsbogens. Dieser umfasst alle Qualitätsdimensionen, die sich als aussagekräftig zur Beurteilung der Wirkung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen erwiesen haben. Es folgt eine externe Beurteilung des ausgefüllten Dokumentationsbogens durch mehrere Gutachter aus dem jeweiligen Präventionsfeld (Peer-Reviewer). Die Gutachter beurteilen anhand eines Begutachtungsbogens den Erreichungsgrad der Qualität in sämtlichen Dimensionen. Projekte erhalten eine Rückmeldung für jede einzelne Qualitätsdimension. Neben Kennziffern (0 = Wirkung eher unwahrscheinlich bis 3 = Vorbild, siehe Abbildung 4 auf Seite 102) werden auch Anregungen und Verbesserungsvorschläge gegeben sowie Vergleiche der Kennziffern (Benchmarks) zu anderen Projekten in einem Handlungsfeld der Gesundheitsförderung. Die Ergebnisse dienen zum einen der gezielten Verbesserung der Maßnahme. Sie eignen sich zum anderen vor allem auch dazu, Kostenträgern der Prävention/Gesundheitsförderung Auskunft zu geben und Argumente für die (weitere) Finanzierung von Maßnahmen bereitzustellen. Bundes- oder landesweit eingesetzt, bietet QIP die Möglichkeit, den Stand und Bedarf an Projekten und Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erheben, wie bereits unter dem Punkt Verstärkung der Sichtbarkeit von Qualität beschrieben. 2011 findet eine Wiederholung der Studie zur Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten (Bestandsaufnahme Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten – BeGKi-Monitor) statt. Geprüft wird, wie sich die Versorgungslage mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung und die Qualität von Angeboten entwickelt hat. Die ebenfalls für 2011 geplante Einführung eines Gütesiegels soll die Sichtbarkeit qualitativ hochwertiger Prävention weiter erhöhen. Weitere Informationen über QIP finden sich unter www.qip/uke.de.

Intern gesteuerte Qualitätsentwicklung

Verfahren, die weniger dazu ausgelegt sind, die äußere Sichtbarkeit hoher Qualität zu erhöhen, sondern vor allem als internes Handwerkzeug für die kontinuierliche Qualitätsentwicklung dienen, sind *Qualitätszirkel* in der Gesundheitsförderung (QUiG®) und *partizipative Qualitätsentwicklung*.

Qualitätszirkel dienen dem Erfahrungsaustausch gleichgestellter Praktikerrinnen und Praktiker in der Regel aus verschiedenen Projekten. Nach einem strukturierten Verfahren (Qualitätszirkelkreislauf) werden mit Unterstützung

einer Moderatorin bzw. eines Moderators Alltagsabläufe unter Qualitätsgesichtspunkten betrachtet und verbessert. QUiG® wurde von der Projektgruppe Qualitätsförderung der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen entwickelt und von der BZgA gefördert (Bahrs et al. 2005) (weitere Informationen unter www.gemeko.de).

Die **partizipative Qualitätsentwicklung** strebt eine möglichst gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgeber und weiteren an, die in der Regel auf dasselbe Projekt bezogen sind. Zentral ist eine möglichst starke Teilhabe der Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sowie vor allem der Zielgruppe. Auf der Internetseite www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de ist beschrieben, mit welchen Instrumenten bei Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Umsetzung und Evaluation/Auswertung diese partizipative Arbeit realisiert werden kann. Mit Unterstützung der BZgA wurde partizipative Qualitätsentwicklung sowohl im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ zusammen mit den Regionalen Knoten als auch in der HIV-Prävention zusammen mit den Aids-Hilfen erprobt. Entwickelt wurde sie vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Wright 2010).

Ausblick

Seit 2008 entstanden Überblicke zu Verfahren der Qualitätssicherung und -verbesserung von Gesundheitsförderung und Prävention (BVPg 2008, Kolip und Müller 2009, Homepage des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW – LIGA 2010). Anknüpfend hieran werden in einem gemeinsamen Forschungsprojekt von der Universität Bielefeld und der BZgA generische und settingspezifische Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung vergleichend aufbereitet (Transparenz) und im Hinblick auf ihre Eignung, die Wirksamkeit von Prävention zu steigern (Funktion), untersucht und bewertet. Die Auswahl der Settings (Seniorenereinrichtungen, Gemeinde/Stadtteil und Kita) erfolgte in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes findet parallel dazu die Entwicklung von Instrumenten statt, die in der Routinearbeit unaufwändig zu handhaben sind und die eine Beurteilung darüber erlauben, ob Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten tatsächlich zu den gewünschten Effekten führt. Evaluation soll damit noch stärker zu einem zentralen Instrument im Rahmen von Qualitätsverbesserungsprozessen werden.

In der Pilotphase befinden sich derzeit Qualifizierungsangebote für Kita-Erzieherinnen und -Erzieher, Quartiersmanagerinnen und -manager sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der partizipativen Qualitätsentwicklung (weitere Informationen auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Ziel der BZgA-Aktivitäten ist es, Transparenz über die Verfahren und Instrumente zu fördern und ihre Nutzbarkeit und Nützlichkeit für die Prävention und Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Kontexten zu verdeutlichen, um damit die Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention – vor allem auch für sozial Benachteiligte – kontinuierlich zu steigern. Zur wirkungsvollen Qualitätsentwicklung steht inzwischen eine Reihe erprobter Verfahren für unterschiedliche Ausgangslagen zur Verfügung.

Literatur

- Bahrs, O., Jung, B., Nave, M. et al. (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 26. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.) (2011): *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen*. 5. erweit. und überarb. Aufl. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2008): *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Eigendruck, Berlin und Köln.
- BVPG (Hrsg.) (2008): *Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – mit Qualität, Dokumentation der Tagung vom 15. Mai 2008*. Internet: www.bvpraevention.de.
- Kilian, H., Brandes, S., Lehmann, F. (2009): *Der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“*. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern, S. 97–114.
- Kliche, T. et al. (2010): *Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas: Repräsentative bundesweite Einrichtungsbefragung und vertiefte Qualitätsanalyse mit QIP (Veröffentlichung in Vorbereitung)*.
- Kliche, T., Gesell, S., Nyenhuis, N. et al. (2008): *Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten – Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen*. Juventa, Weinheim und München.
- Kolip, P., Müller, V. E. (2009) (Hrsg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Huber, Bern.
- Töppich, J., Lehmann, H. (2009): *QIP – Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern, S. 223–240.
- WHO (Hrsg.) (1986): *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Internet: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html. Zugriff am 10.02.2011.
- Wright, M. T. (Hrsg.) (2010): *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Huber, Bern.

3.

Beiträge zu weiteren Qualitätserfordernissen und Gesundheitsförde- rungskonzepten

3.1 Stigmatisierung, Empathie, Leitbilder – Worauf kommt es an?

Klaus D. Plümer

*„Es gibt keine einzige Person,
die nicht die Fähigkeit hätte,
etwas Besonderes zu sein.“
(Royston Malcoom in *Rhythm is it!*)*

Stigmatisierung

Ende letzten Jahres warnte Justizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger vor der Gefahr der „Stigmatisierung“ von Passagieren (SZ vom 29.12.2010). Was war geschehen? Christoph Blume, Sprecher der Geschäftsführung des Düsseldorfer Flughafens und designierter Präsident des Deutschen Flughafenverbands (ADV), hatte angeregt, angesichts der Terrorgefahr in Deutschland über das sogenannte Profiling von Fluggästen nachzudenken.

Sein Vorschlag war, die Passagiere je nach Herkunft, Alter oder auch Geschlecht in Risikogruppen zu unterteilen. In seltener Einigkeit erntete er dafür umgehend Widerspruch von allen Seiten.

Gewissermaßen auf den Punkt brachte es der Bundesdatenschutzbeauftragte Peter Schaar mit seiner Bemerkung: „Die Einteilung in unterschiedliche Risikogruppen hat immer einen diskriminierenden und entwürdigenden Effekt für die Betroffenen“ (Kuhr und Blechschmidt 2010).

Es ist fraglich, ob die Einteilung in Risiko- und Hochrisikogruppen, wie sie in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten weit verbreitet ist, unter dem Aspekt der Stigmatisierung von den handlungsleitenden Expertinnen und Experten sowie Akteuren im Feld überhaupt hinreichend (selbst-)kritisch reflektiert wird. Denn zur Bevölkerungsgruppe sozial Benachteiligter mit besonders großem Interventionsbedarf für mehr gesundheitliche Chancengleichheit zählen in Deutschland Personen

- mit sehr niedrigem Einkommen (zum Beispiel Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger/ALG II),

- mit sehr niedrigem beruflichem Status (zum Beispiel ungelernete Arbeiterinnen und Arbeiter),
- mit sehr niedriger Schulbildung (zum Beispiel ohne qualifizierten Hauptschulabschluss),
- Personen, die in sozialen Brennpunkten wohnen,
- Langzeitarbeitslose,
- Alleinerziehende,
- Erwachsene und Kinder in kinderreichen Familien,
- Migrantinnen und Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen,
- Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie Ausländerinnen und Ausländer mit schlechten Deutschkenntnissen,
- Asylbewerberinnen und -bewerber, „Illegale“, Prostituierte, Strafgefangene, Wohnungslose.

Gesundheit als Diskriminierungsfaktor

Mitte Februar 2009 gab es in der Evangelischen Akademie Tutzing eine Veranstaltung zum Thema „Was macht krank – was hält gesund?“ in Kooperation mit dem Helmholtz-Zentrum München. Die Kernfrage der Tagung wurde von Dennis Nowak, Arbeits- und Umweltmediziner von der Ludwig-Maximilians-Universität München, in Angriff genommen. Er erregte Aufmerksamkeit mit seinem Statement „Übergewicht und Rauchen sind zum sichtbaren Makel sozialer Diskriminierung geworden“ (SZ vom 21.02.2009).

Und weiter: Dass Nikotin, Bewegungsmangel und Alkohol ungesund seien, wisse mittlerweile jeder. Nicht als ungesund qualifizierte Verhaltensweisen seien zu brandmarken, sondern „dass es sozial Schwächeren an Handlungsspielräumen mangle, mache sie krank. Aus den Genen lässt sich das nicht herauslesen“.

Nowak entlarvte das Motto „Fordern und Fördern“ als repressive Floskel: Gesundheit fördern hieße doch, dass man sich als gut situierter Akademiebesucher überlegen kann, ob man drei- oder viermal am Tag Salat isst und 45 statt 30 Minuten Sport treibt. „Fordern hingegen bedeutet, unwillige Gesunde und unfähige Kranke mit Sanktionen zu belegen“, so Nowak. Er zeigte damit die „Crux von Eigen- und Fremdverantwortung“ auf, die mit dazu beiträgt, dass viele Präventionsbemühungen nicht zu den gewünschten Ergebnissen führen. Wissen erzeuge nun mal keine Verhaltensänderung (Bartens 2009).

Gesundheitsfördernden ist dies zwar seit Langem bewusst, und um dem Rechnung zu tragen, ist in Theorie und Praxis in Deutschland die Hilfskonstruktion von Verhaltens- und Verhältnisprävention eingeführt worden. International werden dagegen immer stärker die sozialen Determinanten und die Verwirklichungschancen von Gesundheit thematisiert.

Der britische Epidemiologe Michael Marmot liefert dafür in seinem Buch „Status Syndrome“ zahlreiche empirische Beispiele. Mit der Figur Patty illustriert er sehr anschaulich, worauf es ankommt: „If smoking, being overweight and lack of exercise are the causes of ill-health, then we have to look at the causes of the causes“ (Marmot 2005, S. 69 f.).

Soziale Einflussfaktoren von Gesundheit

Soziale Determinanten wie Einkommen, Bildung, Wohnung, Arbeit, Umwelt und Ernährung haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit. Von ihnen hängt in viel höherem Maße der Grad gesundheitlicher Chancengleichheit in einer Gesellschaft ab, als er durch individuelles Risikoverhalten und ungesunde Lebensstile einzelner Bevölkerungsgruppen erklärt werden könnte. Umgekehrt gilt, soziale Gerechtigkeit und die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben tragen entscheidend mit dazu bei, dass sich die individuellen Ressourcen für Gesundheit bei den Menschen nachhaltig entfalten können (Wilkinson und Marmot 2004, CSDH 2008, Sen 2010).

Zentrale Aspekte der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen rücken dabei als ihre Einstellungen prägende, ihr Verhalten und mögliche alternative Optionen determinierende, strukturelle Faktoren ins Blickfeld. Diese gilt es in der Praxis der Gesundheitsförderung angemessen zu berücksichtigen, um einerseits das bekannte *blaming the victim*-Syndrom zu vermeiden und andererseits das erforderliche Mehr an gesundheitlicher Chancengleichheit schaffen zu können.

Elterliche Kompetenz hängt dabei in starkem Maße vom sozioökonomischen und soziokulturellen Kontext einer Familie ab und findet in den eigenen, gegebenen Bildungschancen und Entwicklungsmöglichkeiten ebenso ihre Grenzen wie in den realen, lebensweltbedingten Verwirklichungsmöglichkeiten.

Potenziell kann mit der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen auch der Einfluss der sozialen Determinanten von Gesundheit positiv ver-

ändert werden. Dazu bedarf es sowohl ressort- und akteursübergreifender Anstrengungen als auch einer konsequent settingbasierten Praxis der Gesundheitsförderung, die sich zuvorderst davon leiten lässt, allen Menschen – Kinder und Jugendliche eingeschlossen – eine selbstbestimmte, aktiv gestaltende und damit Einfluss nehmende Teilhabe am sozialen, politischen und gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Empathie

Der Begriff der Empathie oszilliert je nach Akzentuierung in der Fachliteratur zwischen sozialer Kompetenz und emotionaler Intelligenz. Gemeinhin wird unter Empathie die Fähigkeit verstanden, sich in die Gedanken, Empfindungen, Sichtweisen und Perspektiven (Weltbild) von anderen hineinversetzen zu können. Der Begriff leitet sich vom griechischen Wort „empathia“ für „Einführung“ ab. Es geht im Kern darum, so weit wie möglich die Weltsicht und Problembetrachtung des anderen kennen- und verstehen zu lernen. Und es geht darum, Vertrauen aufzubauen. Des Weiteren wird zwischen kognitiver und emotionaler Empathie unterschieden: „Kognitive Empathie lässt uns erkennen, was ein anderer fühlt. Emotionale Empathie lässt uns fühlen, was der andere fühlt, und das Mitleiden bringt uns dazu, dass wir dem anderen helfen wollen ...“ (Ekman 2007). Nach Paul Ekman handelt es sich weder bei Empathie (Mitgefühl) noch bei Mitleid um Emotionen, sondern um Reaktionen auf die Emotion eines anderen Menschen.⁶³

Zuhören und den anderen verstehen lernen

Der entscheidende Punkt ist: Es geht darum, die Gedanken, Aussagen und Emotionen des anderen zu verstehen, nachzuvollziehen was ihn aus seinem Weltbild und seinem Erfahrungshorizont heraus zu bestimmten Handlungen und Meinungen bewegt (hat), und ganz und gar nicht darum, seine Handlungsweisen aus einer professionellen Perspektive oder einer pseudo-rationalen/pseudo-objektiven Sichtweise zu werten.

Nur wer in diesem Sinne empathisch zuhören kann, wird auf Dauer als Gesprächspartner respektiert und als gewinnender Mensch erlebt, sowohl privat

63 Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Empathie>. Zugriff am 15.01.2011.

als auch im Berufsalltag. Ein Mangel an Einfühlungsvermögen kommt hingegen in der Wahrnehmung vieler Menschen einem Mangel an Menschlichkeit gleich.⁶⁴

Doch Empathie geht dabei zwangsläufig nicht nur in Richtung Unterstützung in schwierigen Lebenslagen, wie es häufig auf den ersten Blick missverstanden wird. Empathie erstreckt sich vielmehr auf „Verständnis“ im Allgemeinen, um andere Menschen und deren Beweggründe im Alltag verstehen zu lernen. In der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet dies zum Beispiel, gesundheitsschädliche und/oder (auto-)aggressive Verhaltensmuster wie stoffabhängige Süchte verstehen zu lernen, was zwangsläufig nie bedeutet, diese auch gutzuheißen. Es geht darum, zu verstehen oder verstehen zu versuchen, was den anderen antreibt, motiviert und geprägt hat (the causes of the causes).

Der Begriff Empathie spielt in zahlreichen wissenschaftlichen Disziplinen, wie zum Beispiel Psychologie und Psychiatrie, eine zentrale Rolle. Nach Leonardo Badaea (2010) ist Empathie als wichtiges Element der emotionalen Intelligenz in nahezu allen Lebensbereichen entscheidend für den Erfolg. Menschen mit besonders ausgeprägten empathischen Fähigkeiten haben demnach bessere persönliche Beziehungen, können sich selbst und andere stärker motivieren; sie lernen schneller und genießen ein größeres Vertrauen.

Dies liest sich in der Tat so, als handle es sich hier um eine soziale Kernkompetenz, über die alle Personen im Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung in größtmöglichem Maße verfügen sollten. Übertragen auf dieses Handlungsfeld hieße das: Zuhören können und im Dialog mit dem anderen zu einem gemeinsamen Verständnis, einer gemeinsamen Problemanalyse, einer gemeinsamen Sprache zu kommen, auf deren Grundlage dann weitere Schritte besprochen und vereinbart werden können, die zu einer Veränderung im Sinne einer Verbesserung der Lebensbedingungen führen. Partizipation als Kernbegriff der Gesundheitsförderung ist in diesem Sinne zu verstehen und sollte nicht missverständlich auf die Teilnahme an mehr oder weniger elaborierten Präventionsprogrammen reduziert werden, wie dies allzu oft im Handlungsfeld Kinder und Jugendliche noch anzutreffen ist (zum Beispiel Fit for PISA).

64 Vgl. www.soft-skills.com/kommunikativekompetenz/empathie/einfuehlungsvermoegen.php. Zugriff am 15. 01.2011.

Dies hängt mit der Konstruktion der Kindheit als besondere Lebensphase zusammen, die durch die Asymmetrie von Erwachsenen und Kindern gekennzeichnet ist. In der Welt der Erwachsenen kommen Kinder „nur als das vor, was sie sein und werden sollen, nicht aber als das, was sie sind. Die Maßstäbe für das, was Kinder sein und tun sollen, stellen eine unterschiedlich gefärbte Mischung von Erinnerungen, Projektionen, Vorurteilen, Erwartungen und Normalisierungsbestrebungen der erwachsenen Helfer dar. Die Lebenswirklichkeit der Kinder von heute, ihre Vorlieben, ihr Selbstverständnis, ihre An eignungsstrategien, ihre Problemlösungen unterscheiden sich aber erheblich von denen, die in einer vergangenen oder imaginierten Kindheit bedeutsam waren und sind“ (Hengst et al. 1981, S. 8).

Leitbilder

Leitbilder, meist eindrucksvoll formuliert und niedergeschrieben in Leitsätzen für eine Organisation (Kindergärten, Kitas und Schulen gehören dazu), bewirken in der Praxis wenig, wenn sie nicht gelebt werden. Im besten Fall gelingt es, in einem partizipatorischen Prozess so etwas wie ein Commitment aller Beteiligten herzustellen, das sich im respektvollen Miteinander und auf gemeinsame Ziele eines selbstverpflichteten tragfähigen Konsens niederschlägt. Im schlechtesten Fall kann es dazu beitragen, dass sich bereits vorhandene Spannungsfelder in der Organisation noch weiter verstärken und dass sie das weitere Miteinander erschweren. Oft sind Leitbilder nichts Weiteres als plakatve Bekundungen von Allgemeinplätzen, die eigentlich professionelle Selbstverständlichkeiten darstellen.

Es geht in Leitbildern von Einrichtungen wie Kindergärten, Kitas usw. zum Beispiel um Bekundungen, dass man sich Zeit für Kinder nimmt und auf deren Bedürfnisse eingeht, dass man durch Professionalität und Zuverlässigkeit Vertrauen schafft, dass man mit Eltern respektvoll zusammenarbeitet und transparent kommuniziert, dass man im Team Verantwortung übernimmt, Initiative zeigt und fair miteinander umgeht, dass man fachkompetent Ziele setzt und aktiv an der Weiterentwicklung der Einrichtung interessiert ist, daran stetig mit Engagement arbeitet.

Was Kinder jedoch vermutlich mehr brauchen als schön formulierte Leitbilder sind vor allem Erwachsene, die sie nicht wie Kinder behandeln, sondern als individuelle vollwertige Mitmenschen respektieren, die sie begleiten auf dem Weg, ihre Welt zu entdecken, gemäß Galileo Galileis Leitsatz: „Man kann

einen Menschen nichts lehren. Man kann ihm nur helfen, es in sich selbst zu entdecken.“

Denn nach Humboldt ist Bildung die „Anregung aller Kräfte des Menschen, damit diese sich über die Aneignung der Welt entfalten und zu einer sich selbst bestimmenden Individualität und Persönlichkeit führen, in deren glücklichem Verlauf eine selbstständige und selbsttätige, problemlösungsfähige und lebensstüchtige Persönlichkeit entstehen kann“ (Daniel Goeudevert 2001a).

Weniger empathisch, dafür mehr pragmatisch, wird Bildung als sozialer Integrationsprozess durch Erziehung verstanden: „Kinder und Jugendliche werden durch die pädagogisch Verantwortlichen (Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräfte, Jugendleiterinnen und -leiter) in die Welt der Erwachsenen eingeführt. Sie lernen dabei Regeln, Normen und Verhalten, aber auch selbstständiges Denken und Handeln“.⁶⁵ Ziel der Erziehung ist es, den Kindern ihren Platz in sozialen Gruppen (zum Beispiel der Familie) zuzuweisen und später, sie an das Leben und Überleben in der Gesellschaft anzupassen und mit einem Programm „Fit for life“ auf ihr Erwachsenenendasein vorzubereiten.

Scheint im ersten Satz noch die paternalistische Attitüde von Erwachsenen und Erziehungsberechtigten durch, die Kinder gern als noch zu modulierende, den gegebenen Umständen anzupassende, formbare Erziehungsobjekte betrachten (Was Hänchen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr), gehört die Frage „Wie gelingt eine belastbare und persönlichkeitsbildende soziale Integration von Kindern, Heranwachsenden in die Gesellschaft?“ zu den stetigen Herausforderungen der Erwachsenenwelt.

„Übung macht den Meister!“, dieser Leitsatz und einstige „Inbegriff einer autoritären Pädagogik“ (Reinhard Kahl), gründlich missverstanden und generationenweise praktiziert als Drillpädagogik in der Erziehungsanstalt Schule, erfährt eine Wiederentdeckung als selbstorganisiertes Lernen, als tätige Aneignung der Lebenswelt durch praktisches Tun. „Beim Laufenlernen macht jeder seinen Grundkurs im Üben“, konstatiert Reinhard Kahl und fährt fort: „Wir lernen von Fall zu Fall und wir lernen uns im Fallen zu fangen.“ Nur so, die Erfahrung des Scheiterns und Fehlermachens inbegriffen, entwickelt sich aus dem Bestreben der übend Lernenden, etwas zu können, die erforderliche Alltagskompetenz, um aus seinem Leben etwas zu machen (Kahl 2009).

65 Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Bildung>. Zugriff am 17.10.2011.

„Geh deinen Weg!“ könnte dabei das Orientierung gebende Leitbild sein, damit die zwangsläufig diskriminierende Normierung von Verhaltensmustern (zum Beispiel eine Matrix für gesunde Ernährung oder ein gesundes Aufwachsen für alle) auf empathische Weise zur subjektbezogenen, die Individualität der Person achtenden und wertschätzenden, handlungsleitenden Philosophie gesundheitsfördernden Handelns wird.

Es braucht starke Individuen, um den sozialen Zusammenhalt tagtäglich in ausdifferenzierten, offenen Gesellschaften ausbalancieren zu können. Solidarität setzt Individualität voraus und gefährdet sie nicht. Nur starke Individuen können solidarisch handeln. Denn beides sind menschliche Verhaltensweisen. „Die Solidarität als eine Haltung des Miteinanders und die Individualität als Haltung des Selbstverständnisses“, resümierte Professor Jan P. Beckmann auf einem Symposium der Fernuniversität Hagen zum Thema: „Solidarität – Ein Prinzip des Rechts und der Ethik“ im Dezember 2010.⁶⁶

Als Modell guter Praxis im Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung kann hier exemplarisch das Projekt „Kiez-Detektive“ aus Berlin Friedrichshain-Kreuzberg gelten. Es ist nicht nur als solches ausgewiesen, das Projekt wurde 2007 auch mit dem Deutschen Präventionspreis ausgezeichnet und hat international Anerkennung auf der WHO-Homepage erlangt. „Kiez-Detektive“ steht für die aktive Aneignung des unmittelbaren Lebensumfelds, die tätige Auseinandersetzung mit den Lebensumständen und die politische Wahrnehmung der Rechte von Kindern und Jugendlichen im kommunalen Gemeinwesen. Kurz: eine Werkstatt des übenden Lernens; das Programm: als freie Bürger und Bürgerinnen Verantwortung für sich und das Gemeinwesen wahrzunehmen. Was braucht es mehr?

Literatur

- Badea, L. (2010): The role of empathy in developing the leader's emotional intelligence. In: Theoretical and Applied Economics, Vol. 17, No. 10, pp. 69–78.
- Bartens, W. (2009): Krankmacher – Die vergebliche Suche nach der Gesundheit. SZ vom 21.02.2009.
- 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. WHO, Geneva.

⁶⁶ Großes Interesse an „Solidarität“: www.fernuni-hagen.de/universitaet/aktuelles/2010/12/2010-12-09-am-philo-tag.shtml. Zugriff am 24.01.2011.

- Ekman, P. (2007): Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. Spektrum-Akademischer Verlag, München.
- Goeudevert, D. (2001a), zitiert nach Universitätsklinikum Freiburg. Internet: www.uniklinik-freiburg.de/kita/live/Bildungsverstaendnis.html. Zugriff am 14.10.2011.
- Goeudevert, D. (2001b): Der Horizont hat Flügel. Die Zukunft der Bildung. München.
- Hengst, H., Köhler, M., Riedmüller, B., Wambach, M. M. (1981): Kindheit als Fiktion – zur Psychiatrisierung und Therapeutisierung von Kindheit. Neue Folge, Band 81 (es 1081). Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Kahl, R. (2009): Übung macht den Meister! Von der Wiederentdeckung des Übens. Aus: Panorama (Internet: www.kleinundgross.de), S. 38–41. Zugriff am 24.01.2011.
- Kuhr, D., Belebschmidt, P. (2010): Profiling an Flughäfen – Justizministerin warnt vor „Stigmatisierung“ von Passagieren. SZ vom 29.12.2010.
- Marmot, M. (2005): Status Syndrome – How Your Social Standing Directly Affects Your Health. Bloomsbury Publishing.
- Sen, A. (2010): Die Idee der Gerechtigkeit. Beck, München (engl. Original: „Development as Freedom“, 2000).
- Wilkinson, R., Marmot, M. (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. 2. Ausgabe, WHO, Kopenhagen.

3.2 Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen

Antje Richter-Kornweitz

Einleitung

Soziale Benachteiligung im Kindesalter gilt als Risikofaktor für die psychosoziale und körperliche Entwicklung von Mädchen und Jungen. Materielle Armut wird unter den Entwicklungsrisiken sogar oft an erster Stelle genannt (Luthar 1999). Als besonders belastend gelten die Auswirkungen von Armut in Kombination mit sehr junger Elternschaft, niedrigem Bildungsstatus der Mutter/Eltern, psychischer oder Suchterkrankung eines Elternteils, anhaltender Disharmonie in der Familie oder auch mit Schwierigkeiten, die vor der Geburt oder über den Geburtsverlauf entstanden sind. Aber auch strukturelle Defizite wie ein anregungsarmes Wohnumfeld, beengte Wohnungen ohne Rückzugsmöglichkeiten oder soziale Isolation bedeuten in Kombination mit materieller Armut ein Risiko für die kindliche Entwicklung.

Lange standen diese Belastungen im Zentrum der Forschungen in diesem Feld. Doch der zunehmende Perspektivenwechsel – weg von den Risiken hin zur Konzentration auf die Ressourcen – prägte auch hier die weitere wissenschaftliche Entwicklung. Mittlerweile weiß man, dass Risikofaktoren nicht zwangsläufig eine negative Entwicklung nach sich ziehen müssen. Ihre Auswirkungen werden vielmehr entscheidend vom Kontext geprägt, in dem die individuelle Entwicklung verläuft. Schützende Mechanismen, die sowohl den Einfluss der Risiken als auch die Sensitivität ihnen gegenüber vermindern und positive Reaktionsketten ermöglichen, können die Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen fördern.

In der Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen gewinnt das Konzept der Resilienz bzw. deren Stärkung zunehmend an Bedeutung. Der vorliegende Beitrag führt in die Thematik Resilienz ein und gibt einen Überblick über die in der aktuellen Forschung diskutierten Schutzfaktoren, die es Heranwachsenden ermöglichen, sich trotz widriger Umstände gut zu entwickeln. Abschließend werden praktische Implikationen der Resilienzforschung für die Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen aufgezeigt.

Was versteht man unter Resilienz?

Resilienz steht für „psychische Widerstandskraft gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“. Sie zielt auf psychische Gesundheit trotz erhöhter Entwicklungsrisiken, auf die Fähigkeit, Stress und Belastungen erfolgreich im Sinne von Widerstandsfähigkeit zu bewältigen (Wustmann 2004) und ist als Ergebnis eines Entwicklungsverlaufs zu sehen.

Resilienz bezieht sich nicht nur auf die Abwesenheit psychischer Störungen, sondern schließt den Erwerb bzw. Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen der normalen kindlichen Entwicklung mit ein. Das drückt sich nach Masten (2001) in drei zentralen Merkmalen aus:

- der positiven, gesunden Entwicklung trotz hohem Risikostatus,
- der beständigen Kompetenz unter Stressbelastung,
- der positiven bzw. schnellen Erholung von traumatischen Erlebnissen.

Dabei ist Resilienz keine „angeborene“ Eigenschaft oder ein absolutes, stabil überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal, das einige besitzen, andere jedoch nicht. Die Verwendung des Begriffs *resilientes Kind* wirkt sogar eher verwirrend, da sie den Eindruck erweckt, Resilienz sei eine persönliche Eigenschaft (Bengel et al. 2009, S. 21 f.). Resilienz entwickelt sich jedoch vielmehr in der Auseinandersetzung mit der Umwelt in Abhängigkeit von vorhandenen Belastungen und Ressourcen, wobei unter Ressourcen alle Formen von Potenzialen zu verstehen sind, die einem Kind aktuell zur Verfügung stehen und es bei seiner Entwicklung unterstützen. Das bedeutet auch, dass Kinder und Jugendliche, die zu einem bestimmten Zeitpunkt mit Belastungen und Anforderungen relativ gut umgehen können, zu einem anderen Zeitpunkt besonders gefährdet (vulnerabel) sein können (Rutter 2001). Kritische Phasen können in diesem Zusammenhang beispielsweise Entwicklungsübergänge sein, wie die Geburt, der Übergang von der Familie in Kinderkrippe bzw. Kindergarten, der Wechsel von der Kita in die Schule, die Pubertät, der Wechsel von der Schule in den Beruf etc. Resilienz ist außerdem ein bereichsspezifisches Phänomen, das heißt, sie kann sich in einzelnen Lebensbereichen (wie akademischen Fähigkeiten) entwickeln, in anderen Bereichen (wie sozialen oder emotionalen Kompetenzen) jedoch fehlen.

Nach Masten gehört das Alltägliche der Resilienz zu den größten Wundern: „Was immer wieder erstaunt und möglicherweise auch zu dem irrigen Glauben verleitet, resiliente Menschen verfügten über ganz besondere, möglicher-

weise magische Kräfte, ist einfach die Fähigkeit, auch unter außergewöhnlichen Umständen zu ‚funktionieren‘. Was resiliente Menschen charakterisiert, sind aber normale menschliche Eigenschaften, wie die Fähigkeiten zu denken, zu lachen, zu hoffen, dem Leben einen Sinn zu geben, zu handeln oder das eigene Verhalten zu unterbrechen, um Hilfe zu bitten und diese zu akzeptieren, auf Gelegenheiten zu reagieren und/oder Erfahrungen und Beziehungen zu suchen, die für die Entwicklung gesund sind“ (Masten 2001, S. 216).

Die Ausprägung von Resilienz und damit auch die gesunde Entwicklung von Kindern wird durch das Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren maßgeblich beeinflusst. Über Risikofaktoren wurde schon einiges gesagt. Sie sind auch relativ leicht zu identifizieren. Schutzfaktoren gehören zu den Ressourcen eines Kindes. Sie wirken jedoch erst dann, wenn tatsächlich ein Entwicklungsrisiko entsteht, indem sie Risiken abmildern und -puffern. Dann aber haben sie eine Schlüsselfunktion im Bewältigungsprozess von Stress und Risiken.

Allgemeine Bedeutung von Schutzfaktoren

Das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren ist nach Bengel et al. (2009) ein integraler Bestandteil des Resilienzkonzepts. Einen der Grundsteine zur Erforschung dieses Konzepts legten Werner und Smith (1982) mit ihrer Liste protektiver Faktoren (Schutzfaktoren). Weit verbreitet ist es seitdem, diese in kindbezogene und umgebungsbezogene Faktoren zu unterteilen.

<i>Personale Faktoren</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Positives Selbstkonzept • Internale Kontrollüberzeugungen • Autonomiestreben • Altersangemessene sensomotorische und Wahrnehmungsfähigkeiten • Biologische Konstitution etc.
<i>Soziale Faktoren</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Geschwister (Mindestaltersabstand zwei Jahre) • Positive Eltern-Kind-Beziehung in der frühen Kindheit • Emotionale Unterstützung durch Nachbarn und Verwandte • Beratung und Unterstützung durch Lehrerinnen und Lehrer etc.
<i>Weitere allgemeine Faktoren</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Bildung und Ausbildung • Chancengleichheit • Soziale Unterstützung im Allgemeinen etc.

Tab. 4: Liste protektiver Faktoren nach Werner und Smith

Schutzfaktoren sind mehr als nur das Gegenteil von Risikofaktoren. Sie können auch – für sich allein stehend – ohne Effekt bleiben (Kolip 1993, Richter 2000, Wustmann 2004, Bengel et al. 2009). Aussagen über das „was schützt“, lassen sich daher nicht pauschal treffen. Was schützend wirkt, hängt vielmehr immer vom Kontext, der individuellen Konstellation und Konstitution ab. Dazu kommt, dass Resilienz unter einem kulturspezifischen Blickwinkel gesehen werden sollte oder auch alters- und geschlechtsspezifisch beurteilt werden muss.

Tabelle 5 führt Schutzfaktoren auf, über deren Wirksamkeit weitgehend Einigkeit unter Forscherinnen und Forschern besteht.

<ul style="list-style-type: none"> • Eine enge emotionale <i>Beziehung</i> zu mindestens einer Bezugsperson • Die kognitiven Fähigkeiten des Individuums • Ein aktiver Problembewältigungsstil • Körperliche Gesundheitsressourcen • Das Ausmaß an Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • Das Gefühl von Selbstwirksamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung • Das Erleben von Erfolg und Leistung – nicht nur durch gute Schulnoten, sondern auch durch soziale Aktivitäten, die Verantwortung und Kreativität erfordern • Das Geschlecht
--	---

Tab. 5: Schutzfaktoren

Weit verbreitet ist auch, die Schutzfaktoren auf verschiedenen Ebenen zu lokalisieren. Garmezy's Mehrebenenansatz (1985) zielt auf drei Ebenen, das heißt auf personale, familiale und soziale Faktoren. Schutzfaktoren finden sich danach in

- den Persönlichkeitsmerkmalen des Kindes (zum Beispiel Fähigkeiten zur Emotionsregulation),
- den Merkmalen der engeren sozialen Umwelt (zum Beispiel Erziehungsstil der Eltern, Familienklima),
- den Merkmalen des außerfamilialen Stützsystems (Einbindung in Netzwerke, Qualität von Kita und Schule).

Zunehmend häufig wird eine vierte Ebene ergänzt, die kulturell-gesellschaftliche Merkmale wie hoher gesellschaftlicher Stellenwert von Kindergesundheit und Bildung beinhaltet (Petermann und Damm 2009). Das Ziel dieses Vorgehens ist, bestehende Wechselwirkungen in der Lebenswelt zu erfassen, um die Entwicklungschancen besser zu verstehen und entsprechend handeln zu können.

Folgerungen für die Praxis

Auf der Suche nach praktischen Konsequenzen der Resilienzforschung und nach umsetzbaren Handlungsanleitungen landet man unmittelbar bei wesentlichen Parallelen zur Salutogenese. Dazu gehört die Forderung, Belastungen zu senken und Ressourcen zu erhöhen sowie die Erkenntnis, dass es „auf den Alltag ankommt“; das heißt auch, Resilienz kann beim Kind (un-)mittelbar über die Erziehungsqualität gefördert werden. Immer geht es darum, Kinder und Jugendliche im Alltag so zu unterstützen, dass sie lernen, Anforderungen von außen zu bewältigen und ihnen durch innere Stärke entgegenzutreten. Grundlegende Voraussetzungen dafür sind zum Beispiel der „Erwerb von Basiskompetenzen“, die „Fähigkeit zur Selbstregulation“ und „kognitive Flexibilität“.

Zu den Basiskompetenzen zählen ein positives Selbstkonzept und zunehmende Kontrollerwartung als langsam wachsende Einsicht, Ziele erreichen zu können. Fähigkeiten zur Selbstregulation und Anpassung im Umgang mit Belastungen oder übermäßigen Reizen beinhalten u. a., fähig zu sein, sich bei Bedarf innerlich zu distanzieren und vor Überforderung zu schützen. Entscheidend ist außerdem, ob Kompetenzen zur Bewältigung von Problemen und Konflikten gelernt wurden. Darunter fällt die bereits erwähnte Fähigkeit zu „kognitiver Flexibilität“. Sie erlaubt, Situationen aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten – was auch bedeutet, sich in andere einfühlen zu können –, verschiedene Lösungsstrategien zu entwerfen oder auch angesichts eines negativen Ereignisses oder einer schwierigen, emotional belastenden Situation eine Ablenkung zu finden. Im Vorschulalter gehören dazu die sich langsam entwickelnden Einsichten in die Zusammenhänge zwischen (einzusetzenden) Mitteln und zu (erwartendem) Erfolg und ein wachsendes Repertoire von Aushandlungsmöglichkeiten. Wichtig ist außerdem, dass sich Kinder in verschiedenen kulturellen und sozialen Umwelten bewegen und mit unterschiedlichen Rollenerwartungen konstruktiv umgehen können.

Resilienzförderung im Vorschulalter

Um Kinder im Vorschulalter durch eine resilienzfördernde Erziehung zu unterstützen, ist es wichtig, den Kindern mit einer grundlegenden erzieherischen Haltung im pädagogischen Alltag zu begegnen, die sie auf verschiedenen Ebenen bestärkt (Wustmann 2004), zum Beispiel indem man

- das Kind ermutigt, seine Gefühle zu benennen und auszudrücken,
- dem Kind hilft, soziale Beziehungen aufzubauen,
- dem Kind hilft, sich erreichbare Ziele zu setzen,
- das Kind ermutigt, positiv und konstruktiv zu denken,
- vorschnelle Hilfeleistungen vermeidet.

Wenn Mädchen und Jungen in diesem Alter lernen, ihre Erfahrungen im alltäglichen Umgang mit anderen zu verbalisieren, können sie ihren eigenen Handlungsmustern auf die Spur kommen und ihr eigenes Handlungsrepertoire verstehen und erweitern. Man weiß heute, dass damit ein wertvoller Beitrag zur Förderung ihrer emotionalen und kognitiven Entwicklung geleistet wird.

Die oben formulierten Forderungen, den Kindern zu helfen, sich erreichbare Ziele zu setzen sowie vorschnelle Hilfeleistungen seitens der Erziehenden zu vermeiden, sind ebenfalls elementar. Denn entscheidende Grundlagen für individuelle Kompetenzen und Ressourcen werden in der Kindheit gelegt, auch wenn sie sich über die gesamte Lebensspanne weiterentwickeln. Zudem kann sich das Spektrum der personalen Ressourcen, auf das ein Mensch zurückgreifen kann, erstens umso besser ausdifferenzieren, je ausgewogener das Verhältnis von Anforderungen und bereits bestehenden Ressourcen ist. Zum Zweiten unterstützt die Erfahrung erfolgreicher Bewältigung gleichzeitig, dass neue Erfolge entstehen können. Anforderungen sollten also „hoch“, aber nicht „zu hoch“ hängen, sodass Erfolg zwar Anstrengung verlangt, aber nicht zu Unter- bzw. Überforderung führt. Masten (2001) fordert beispielsweise von Lehrkräften sowie Sporttrainerinnen und -trainern die Anforderungen an Mädchen und Jungen so zu gestalten, dass sie Erfolgserlebnisse verschaffen und Selbstvertrauen stärken. Sie verlangt außerdem, Ziele in graduelle Herausforderungen zu gliedern, die individuell auf das Kind zugeschnitten sind. Gefühle von Selbstwirksamkeit und Kompetenz sind für sie Nebenprodukte dieser Strategie, deren Schwerpunkt darin liegt, Kinder zu motivieren, sich hartnäckig um ihr Glück zu bemühen.

Resilienzförderung im Schulalter

Obwohl immer noch verhältnismäßig wenig Forschung zur Thematik der Resilienzförderung (von Risikokindern) im Schulbereich existiert, gibt es gesicherte Hinweise auf resilienzfördernde Faktoren. Dazu gehören:

- hohe Erwartungen an Leistung und Verhalten der Schüler und Schülerinnen, gepaart mit emotionaler Wärme,
- die Qualität der Lehrer-Schüler- und Schüler-Schüler-Interaktion, die in ein gutes Klassenklima mündet, für das maßgeblich die Klassenlehrerin bzw. der Klassenlehrer verantwortlich ist,
- eine allgemeine Lernumgebung, gekennzeichnet durch Fürsorge, Kontinuität und Struktur, Über- und Unterforderungsbalance und aktive Beteiligung an kritischer Entscheidungsfindung,
- angemessene Klassengröße, ein angemessener Wechsel der Lehrkräfte und ein gutes Schulklima (das auch durch das Wohlbefinden der Lehrkräfte mitbestimmt wird).

Dazu gehören aber auch allgemeine Faktoren wie Kontinuität, Struktur und Zuverlässigkeit, die vor allem für Kinder mit eher chaotischem Lebenshintergrund von großer Bedeutung sind (Keogh 1999).

Schulische Probleme von Jugendlichen sind immer auch vor dem Hintergrund familiärer Konflikte zu sehen. Ihre Schwierigkeiten haben oft weniger mit Verständnisproblemen zu tun als mit den Schwierigkeiten zu Hause, die ein Scheitern auf verschiedenen Ebenen und auch negative Selbsturteile nach sich ziehen können (Hölscher 2003). Schulische Leistungserfolge dagegen verschaffen soziale Anerkennung, aber auch das Gefühl, die im Leben gestellten Anforderungen zu bewältigen und zu kontrollieren; sie sind als wesentliche protektive Faktoren zu sehen.

Damit Mädchen und Jungen ihre Schule auf diese Weise erfahren können, müssen jedoch die genannten grundlegenden Bedingungen erfüllt sein. Elementar ist außerdem die Erfahrung von Gemeinschaft bei gleichzeitiger Förderung von Autonomie, Selbstbestimmung und -gestaltung, was sowohl die Aktivierung des Individuums als auch seine Unterstützung bei der Problembewältigung beinhaltet. In diesem Zusammenhang wird immer wieder die Erfahrung von *Selbstwirksamkeit* betont, im Verständnis von *wirken* und etwas *bewirken* zu können. Die Maxime erzieherischen Handelns ist hier die Wertschätzung von Kindern und Jugendlichen, die in Partizipation, Mitbestimmung und in die Förderung von Eigenaktivität und Verantwortungsübernahme mündet.

Allgemeine Bedingungen

Resilienz zu fördern bedeutet auch die Entwicklung grundlegender Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Schlüsselstrategien zur Resilienzförderung zielen nicht nur auf das individuelle Verhalten des Einzelnen, sondern auch auf den Grad der Integration in das soziale Umfeld und auf eine positive Veränderung der Rahmenbedingungen. Die Lösung ist also nicht in der Individualisierung der zum großen Teil gesellschaftlich verursachten Risiken zu finden, sondern nur in der breiten gesellschaftlichen Unterstützung von Müttern und Vätern sowie Mädchen und Jungen. Dazu gehören die umfassende Unterstützung von Familien und der Ausbau von Bildungs- und Betreuungsangeboten, tragfähige Konzepte zur Elternbildung, ein leistungsfähiges Netzwerk „Früher Hilfen“ und die Entwicklung von Konzepten zur Gesundheitsförderung für Kinder in Kitas, Schulen und im Wohnumfeld. Deren Niedrigschwelligkeit ist Voraussetzung für den Erfolg der Maßnahmen.

Diese Investitionen in Gesundheit und Bildung von Kindern und Jugendlichen verbessern ihre Lebenskompetenzen und erhöhen ihre künftigen beruflichen Chancen. Sie sind damit langfristig auch für Kommunen aus unterschiedlichsten Gründen sinnvoll und eigentlich alternativlos.

Literatur

- Bengel, J., Meinders-Lücking, F., Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 35. Köln.
- Garmez, N. (1985): Stress resistant children: The search for protective factors. In: Stevenson, J. E. (Eds.): *Recent research in developmental psychopathology*. Pergamon Press, Oxford.
- Hölscher, P. (2003): Immer musst Du hingehen und praktisch betteln – Wie Jugendliche Armut erleben. Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- Keogh, B. (1999): Risiko und protektive Einflüsse in der Schule. In: Opp, G., Fingerle, M., Freytag, A. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München/Basel.
- Kolip, P. (1993): *Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung*. Weinheim.
- Kolip, P. (2009): Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts. In: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts. Berlin/München.
- Luthar, S. (1999): *Poverty and children's adjustment*. London/New Delhi.
- Masten, A. S. (2001): Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags. In: Röper, G., v. Hagen, C., Noam, G. (Hrsg.): *Entwicklung und Risiko – Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie*. Stuttgart.
- Petermann, F., Damm, F. (2009): *Entwicklungspsychopathologie*. In: Schneider, S., Markgraf, J. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Band 3. Basel.

- Richter, A. (2000): Wie erleben und bewältigen Kinder Armut? Eine qualitative Studie über die Belastungen aus Unterversorgungslagen und ihre Bewältigung aus subjektiver Sicht von Grundschulkindern einer ländlichen Region. Shaker Verlag, Aachen.
- Richter, A. (2008): Armut und Resilienz – Was stärkt arme Kinder? In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 40. Jg., Heft 3, S. 249–268. DGVT-Verlag, Tübingen.
- Rutter, M. (2001): Psychosocial adversity: Risk, resilience and recovery. In: Richman, J. M., Fraser, M. W. (Eds.): The context of youth violence: resilience, risk and protection, pp. 13–41. Westport.
- Schoon, I. (2006): Risk and Resilience. Adaptations in Changing Times. Cambridge.
- Werner, E., Smith, R. (1982): Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. McGraw Hill, New York.
- Werner, E. (1989): Vulnerability and resiliency: a longitudinal perspective. In: Brambring, M., Lösel, F., Skowronek, H. (Eds.): Children at Risk: Assessment, Longitudinal Research and Intervention. Walter de Gruyter, Berlin.
- Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz Verlag, Weinheim/Basel.

3.3 Lebenslauf: Entwicklungsaufgaben, soziale Benachteiligung und Chancen für Prävention und Gesundheitsförderung

Simone Weyers

Einleitung

Der Lebenslauf ist eine soziale Konstruktion. Die Gesellschaft legt die Anzahl und Dauer der Phasen fest, durch die die Zeit von der Geburt bis zum Tod strukturiert wird. Üblicherweise sieht der Lebenslauf in modernen Gesellschaften folgende Phasen vor (Siegrist 2005, S. 189):

1. Entwicklungs- und Vorbereitungsphase in Kindheit und Jugend,
2. Produktivitätsphase im frühen und mittleren Erwachsenenalter,
3. Ruhestandsphase mit Berentung.

Es ist zwar zu beachten, dass eine derartige „Normalbiografie“ immer weniger der Realität entspricht, etwa weil sich Ausbildungs- und Ruhestandsphasen ausdehnen, während die Zeit des Berufslebens durch Unterbrechungen gekennzeichnet sein mag. Allerdings – dies ist das Thema des vorliegenden Kapitels – können Entwicklungsphasen an vielen Stellen krisenhaft verlaufen, wobei psychosoziale Krisen das Risiko der Gesundheitsschädigung bergen.

Die Lebenslauf-Epidemiologie hat zur Beschreibung derartiger Wirkmechanismen verschiedene Konzepte entwickelt: Nach dem *Kumulationsmodell* beispielsweise besteht die Vorstellung, dass Erkrankungen durch eine Anhäufung oder Aufreihung von Belastungsfaktoren über den Lebenslauf ausgelöst werden. Das sogenannte *Pfadmodell* geht davon aus, dass es Wendepunkte im Lebenslauf gibt, die die weitere soziale und gesundheitliche Entwicklung bahnen (zum Beispiel abgebrochene Schulbildung). (Ben-Shlomo und Kuh 2002, S. 285)

Angesichts des thematischen Schwerpunkts „Kinder, Jugendliche und Familien“ werden in diesem Beitrag die wichtigsten Entwicklungsaufgaben der unter Punkt 1 und 2 genannten Lebensphasen zunächst illustriert, um danach mögliche Probleme zu veranschaulichen. Es zeigt sich, dass insbesondere

sozioökonomisch oder „sozial benachteiligte“ Menschen – also Menschen mit niedriger Bildung, niedriger beruflicher Stellung oder niedrigem Einkommen – bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben belastet sind. Abschließend werden jeweils Schlussfolgerungen für die Prävention und Gesundheitsförderung gezogen.

Kindheit

Entwicklungsaufgaben

Damit sich ein Kind gut entwickeln kann, müssen seine körperlichen und psychischen Grundbedürfnisse befriedigt sein. Sind Hunger und Durst gestillt, ist das Bedürfnis nach Schutz vor Kälte oder trockener und sauberer Kleidung befriedigt und sind körperliche Nähe und gefühlvolle Zuwendung von Bezugspersonen erlangt, entwickelt das Kind altersgemäße Kompetenzen (Largo 2008, S. 13).

Dies wird auch als *primäre Sozialisation* bezeichnet. Mit *Sozialisation* ist die Gesamtheit aller beabsichtigten und unbeabsichtigten Lernvorgänge eines Menschen gemeint, die ihn zu sozialem Handeln befähigen. Sozialisation umfasst affektive, kognitive, moralische und motivationale Aspekte (Siegrist 2005, S. 190):

- Die *affektive Dimension* verweist auf die Bedeutung *früher Bindungserfahrungen*. Versteht und beantwortet die primäre Bezugsperson Signale des Säuglings, erzeugt sie bei diesem ein Urvertrauen, das die Grundlage aller späteren sozialen Beziehungen ist. Vor diesem Hintergrund entwickeln sich Neugier, Autonomiebedürfnis und die Fähigkeit zur Selbstregulation.
- Die *kognitive Dimension* beinhaltet die (vor-)sprachliche *Entwicklung*, die wiederum Voraussetzung für Perspektivenübernahme und Empathie ist.
- *Moralische Dimension* meint, dass das Kind wichtige Normen und Werte verinnerlicht. Für Erziehungspersonen besteht die Herausforderung, die Anpassung an gesellschaftliche Zwänge mit den Wünschen und Begabungen des Kindes in Einklang zu bringen. Nur so kann das Kind Selbstkontrolle, Autonomie und Identität entwickeln.
- Die *motivationale Dimension* verweist auf die Fähigkeit, Ziele zu setzen und zu verwirklichen, kurzfristige Bedürfnisbefriedigung aufzuschieben und langfristig Leistung zu erbringen.

Im Rahmen dieser Lebensphase gibt es Zeiten, in denen besonders große Entwicklungsschritte vollzogen werden. In diesen Zeiten ist der Organismus besonders verletzlich und Störungen des natürlichen Verlaufs können zu bleibenden Schädigungen führen. Daher spricht man auch von *kritischen Perioden* (Ben-Shlomo und Kuh 2002, S. 286). Eine erste kritische Periode ist beispielsweise die Zeit im Mutterleib. Störungen wie Unternährung, Alkoholkonsum oder Stresserfahrungen der Mutter können hier bereits Einfluss auf die Entwicklung im späteren Leben haben.

Sozioökonomische Benachteiligung

Es zeigt sich, dass die Entwicklung bei sozial benachteiligten Kindern häufiger ungünstig verläuft. Sie weisen häufiger *Defizite* in ihren personalen, sozialen und familiären *Ressourcen* auf. Diese Ressourcen sind etwa Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, soziale Unterstützung von Erwachsenen bzw. Gleichaltrigen oder ein Familienklima, das durch emotionale Wärme und Zusammenhalt gekennzeichnet ist (Erhart et al. 2007, S. 803). Benachteiligte Kinder sind häufiger Opfer, aber auch Täter von Gewalthandlungen (Schlack und Hölling 2007, S. 821). Sie weisen häufiger Defizite in ihren sprachlichen *Kompetenzen* auf (Landeshauptstadt Düsseldorf 2003, S. 29).

Prävention und Gesundheitsförderung

Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sollten demnach

- belastete *Eltern* durch Trainingsmaßnahmen sensibilisieren, die sie befähigen, Vertrauensbeziehungen zu ihren Kindern zu entwickeln und mit ihnen normative Anpassungsprozesse zu gestalten. BEISPIEL: Im Präventionsprogramm „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ wird belasteten Eltern Training zu Erziehungsberatung und Krisenintervention angeboten;
- in den Settings der *Bildungseinrichtungen* kognitive, insbesondere sprachliche Entwicklungsverzögerungen der Kinder frühzeitig entdecken und behandeln. BEISPIEL: In NRW ist der Delfin-Test (Diagnostik, Elternarbeit, Förderung der Sprachkompetenz in Nordrhein-Westfalen) bei Vierjährigen vorgeschrieben, der bei Defiziten Sprachförderung vorsieht;
- *Dienstleister* der Hilfseinrichtungen befähigen, familiäre Belastungen früher und effektiver zu erkennen und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote bereitzustellen. Dies sollte bereits in der Schwangerenvorsorge angesiedelt sein. BEISPIEL: Informationen und Kriterien hierfür werden derzeit im Nationalen Zentrum „Frühe Hilfen“ entwickelt (www.fruehehilfen.de).

Jugend

Entwicklungsaufgaben

Die Jugendphase zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr vollzieht einen gravierenden Umbruch im Leben eines Menschen. Zu ihren besonderen Merkmalen gehören beschleunigtes biologisches Wachstum, sexuelle Reifung und der Übergang zum Erwachsensein. Typische Entwicklungsaufgaben sind demnach die Auseinandersetzung mit der *körperlichen Entwicklung*, zunehmende Unabhängigkeit von der Herkunftsfamilie, Aufbau von Beziehungen zu *Gleichaltrigen* und Entwicklung einer *Identität*. Es handelt sich hierbei um einen aktiven Prozess, in dem Jugendliche Entwicklungsziele übernehmen oder sich selbst setzen und verfolgen (Pinquart und Silbereisen 2010, S. 71 f.).

Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie der Konsum von Alkohol und Zigaretten dienen in diesem Zusammenhang als Mittel zur Bewältigung der vielfältigen Entwicklungsaufgaben, da sie stimulierend bzw. beruhigend wirken, das Bild von Reife vermitteln oder helfen, Kontakte zu knüpfen (Siegrist 2005, S. 201 f.). Entsprechend bilden sie den Schwerpunkt von Prävention und Gesundheitsförderung für diese Altersgruppe.

Ungünstige Bedingungen, die diese Mechanismen verschärfen, liegen einerseits im Jugendlichen selbst, wie etwa spezifische Einstellungen zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen oder ein Mangel an Kontrollüberzeugungen, sozialer Kompetenz und Problemlösefähigkeiten. Zu den Kontextfaktoren, die das Verhalten Jugendlicher beeinflussen, gehören das Modell elterlichen Verhaltens bzw. das der Peergruppe, ein Mangel an Schulverbundenheit und organisierten Freizeitaktivitäten oder der Zugang zu Substanzen in der Nachbarschaft (Pinquart und Silbereisen 2010, S. 73 f.). Bei *Mädchen* findet sich die besondere Problematik, dass mangelhafte Zukunftsaussichten mit der zu frühen Aufnahme der Mutterrolle kompensiert werden.

Sozioökonomische Benachteiligung

Verschiedene, im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten stehende Faktoren weisen eine sozioökonomische Ungleichverteilung auf. Die Defizite in personalen, sozialen und familiären Ressourcen wurden oben bereits genannt. Darüber hinaus wurde beispielsweise für Köln gezeigt, dass deutliche Unterschiede in der *regionalen Verfügbarkeit* gesundheitsrelevanter Nahrungs- und Suchtmittel wie Tabak oder Fastfood bestehen (Gruber und Schneider 2010).

Studien haben entsprechend belegt, dass die in der sekundären Sozialisation erlernten gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen sozial variieren. Haupt-, Real- und Gesamtschülerinnen und -schüler rauchen häufiger und früher als gleichaltrige Gymnasiastinnen und Gymnasiasten und unterschätzen diesbezüglich das gesundheitliche Risiko. Sie neigen auch eher zu *riskantem Trinkverhalten* und berichten hierbei häufiger von sozialen Problemen (Lampert und Richter 2006, S. 207 f.). Hauptschülerinnen sind häufiger von *Teenagerschwangerschaften* betroffen als gleichaltrige Gymnasiastinnen (Graham 2000, S. 105).

Prävention und Gesundheitsförderung

Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sollten demnach

- bereits im *Vorschul- oder Grundschulalter* in Form universeller Präventionsmaßnahmen ansetzen und später selektiv auffällige Jugendliche ansprechen;
- diejenigen *Lebenskompetenzen stärken*, die die Jugendlichen zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben benötigen. Kompetent sein bedeutet in diesem Zusammenhang zum Beispiel, sich selber zu kennen und zu mögen, kritisch zu denken, zu kommunizieren und Beziehungen zu führen, Gefühle und Stress zu bewältigen;
- verschiedene *Einflussfaktoren* und Kontexte wie Familie, Schule und Kommune *einbeziehen* (Pinquart und Silbereisen 2010, S. 76). BEISPIEL: Die Kampagne „Kinder stark machen“ wendet sich an Eltern, Lehrerinnen und Lehrer sowie Trainerinnen und Trainer. Sie platziert Informationen und Aktionen in Bildungs- und Freizeiteinrichtungen, die Kinder unterstützen sollen, ihr Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl zu stärken sowie ihre Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zu schulen (www.kinderstarkmachen.de);
- Jungen und Mädchen in ihrer *Lebens- und Berufsplanung* unterstützen. BEISPIEL: Die Kampagne „Komm auf Tour“ soll spielerisch motivieren, eigene Stärken und Interessen zu entdecken (www.komm-auf-tour.de).

Frühes und mittleres Erwachsenenalter

Entwicklungsaufgaben

Zu den Entwicklungsaufgaben in dieser Lebensphase, die etwa vom 20. bis zum 40. Lebensjahr verläuft, gehört der *Erwerb sozialer Rollen* in Beruf, Partnerschaft, Familie und Öffentlichkeit (Siegrist 2005, S. 204 ff.). Mit Bezug auf die Fragestellung des vorliegenden Buches sind folgende Aspekte relevant:

- Die *Berufsrolle* gehört zu den zentralen sozialen Rollen des Erwachsenenalters. Sie entscheidet über Einkommen, Weiterentwicklung und Aufstieg, Autonomieerfahrungen und gesellschaftliche Anerkennung. Entsprechend sind berufliche Belastungen, prekäre Beschäftigung oder gar der Verlust der Arbeit für Betroffene und ihre Familien außerordentlich belastend.
- Die Bindung an einen *Partner* mit dem Ziel einer stabilen Beziehung, gemeinsamen Haushaltsführung und Elternschaft ist ein vorrangiges Motiv der Lebensgestaltung im frühen Erwachsenenalter. Für Wohlbefinden und Gesundheit sind Vorhandensein und Qualität von Partnerschaften und anderen Vertrauensbeziehungen von Bedeutung. Obwohl sich in den vergangenen Jahrzehnten vielfältige Formen der Haushaltsführung und des partnerschaftlichen Zusammenlebens entwickelt haben, werden soziale Isolation, Scheidung und alleinerziehende Elternschaft oft als belastend empfunden.
- Der *Geschlechtsrollenwandel* hat dazu geführt, dass nunmehr zwei Drittel der Frauen erwerbstätig sind, während sie im häuslichen Bereich immer noch den Großteil der Arbeit erledigen. Gelingt es Frauen, diese beiden Anforderungen zu koordinieren, kann die resultierende „Rollenvielfalt“ die Lebenszufriedenheit steigern und gesundheitsförderlich wirken. Sind die Anforderungen des Berufs- und Privatlebens nicht vereinbar, entstehen Rollenüberlastungen und -konflikte. Im letzten Fall besteht das Risiko, dass Erziehungsaufgaben nicht oder nur unvollständig wahrgenommen werden.

Die genannten Belastungen können chronisch oder akut vorhanden sein. Im zweiten Fall spricht man von *kritischen Lebensereignissen*. Ein kritisches Lebensereignis unterbricht Routinen der Lebensführung und fordert zu besonderen Anstrengungen der Bewältigung heraus.

Sozioökonomische Benachteiligung

Es liegt auf der Hand, dass sozial benachteiligte Erwachsene häufiger von belastender oder prekärer Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit betroffen sind. Sie sind häufiger alleinerziehende Eltern (Graham 2000, S. 105) und führen seltener befriedigende und unterstützende soziale Beziehungen (Weyers 2007). Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie kann in diesem Fall weniger gut gelingen.

Prävention und Gesundheitsförderung

Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sollten demnach

- die psychosozialen und gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit von Vätern und Müttern auffangen. BEISPIEL: Das Projekt „JobFit NRW“ soll

- die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen durch Beratung zu Gesundheit und Stressmanagement erhalten;
- belastete Eltern befähigen, partnerschaftliche Konflikte konstruktiv zu lösen. BEISPIEL: „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“, siehe oben;
 - insbesondere benachteiligte Frauen dabei unterstützen, die Doppelbelastung von Beruf und Privatleben zu koordinieren. Dies beinhaltet psychotherapeutische Angebote zum Stressmanagement sowie eine verbesserte Angebotsstruktur (!) qualitativ hochwertiger Kinderbetreuung. BEISPIEL: Zertifizierte „Familienzentren“ haben sich u. a. zum Ziel gesetzt, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern (www.familienzentrum.nrw.de).

Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Mangel an Ressourcen bzw. ein Übermaß an Belastungen sich hinsichtlich der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Lebenslauf ungünstig auswirken und die Gesundheit schädigen kann. Studien zeigen eindrucksvoll, dass viele dieser Belastungen sozioökonomisch ungleich verteilt sind. Chancen für Prävention und Gesundheitsförderung bestehen entsprechend in der frühzeitigen Ansprache benachteiligter Personengruppen. Die hier genannten Interventionsstrategien reflektieren überwiegend Belastungskonstellationen. Eine künftige Herausforderung wird sein, weniger defizitorientiert vorzugehen und zunehmend personale, soziale und familiäre *Ressourcen* durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu *stärken* bzw. diejenigen sozialen Bedingungen („social determinants of health“) zu verbessern, in denen jene Ressourcen generiert werden wie etwa Familie, Nachbarschaft, Schule oder Arbeitsplatz.

Literatur

- Ben-Shlomo, Y., Kuh, D. (2002): A life course approach to chronic disease epidemiology. In: *International Journal of Epidemiology* 31, pp. 285–293.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50, S. 800–809.
- Graham, H. (2000): Socio-economic change and inequalities in men and women's health in the UK. In: Annandale, E., Hunt, K. (Eds.): *Gender Inequalities in Health*. Open University Press, Buckingham.
- Gruber J., Schneider, S. (2010): Kartographische Analysen decken deutliche Disparitäten in der regionalen Verfügbarkeit gesundheitsrelevanter Nahrungs- und Suchtmittel auf – Anwendungsbeispiel für Geoinformationssysteme in Medizinischer Informatik und Epidemiologie. 55. Jahrestagung der GMDS, 5. bis 9. September, Mannheim.

- Lampert, T., Richter, M. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag, Wiesbaden.
- Landeshauptstadt Düsseldorf (2003): Gesundheit und Familie, Familienbericht Düsseldorf.
- Largo, R. (2008): Babyjahre. Piper, München.
- Pinquart, M., Silbereisen, R. K. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber, Bern.
- Schlack, R., Hölling, H. (2007): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 819–826.
- Siegrist, J. (2005): Medizinische Soziologie. Urban & Fischer, München.
- Weyers, S. (2007): Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten. Ergebnisse einer medizinsoziologischen Studie im Ruhrgebiet. LIT Verlag, Berlin.

3.4 Übergänge zwischen Prävention und Gesundheitsförderung

Johannes Georg Gostomzyk

Kinder gelten in unserer Gesellschaft als ein hohes Gut, aber nicht alle haben gleiche Entwicklungschancen. Kinderarmut und deren Folgen, auch für eine gesunde Entwicklung, sind seit Jahren Thema der Wohlfahrtsverbände, der Gesundheitswissenschaften sowie in Gesundheits- und Sozialberichten. Gleichzeitig wird die niedrige Geburtenrate beklagt. Nach Prognosen zur ökonomischen Entwicklung wird die Zukunft unserer Gesellschaft durch eine niedrige Geburtenrate belastet; sie sank von 17,3 Lebendgeborenen je 1000 Einwohner im Jahr 1960 auf 8,3 im Jahr 2008.

Die Überlebenschancen Neugeborener wurden im letzten Jahrhundert durch Anhebung der allgemeinen Lebensbedingungen sowie der geburtshilflichen und pädiatrischen Versorgung stark verbessert. Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch jedes vierte Kind vor seinem ersten Geburtstag verstarb, sank die Säuglingssterblichkeit auf 3,5 je 1000 Lebendgeborene im Jahr 2008.

Neue Kinderkrankheiten

Im Sinne eines traditionellen Gesundheitsbegriffs sind die Kinder heute gesünder. Als typische Kinderkrankheiten bezeichnete Infektionskrankheiten und Mangelkrankungen sind seltener geworden. Aber das Spektrum der Gesundheitsrisiken und Krankheiten hat sich verändert: von den akuten zu den chronischen Krankheiten infolge falscher Ernährung und Bewegungsmangels, und von körperlichen zu seelischen Störungen. Die „neuen Kinderkrankheiten“ sind Störungen der psychischen, kognitiven, sprachlichen und motorischen Entwicklung sowie des Sozialverhaltens. Für deren Entstehung haben soziale Bedingungen konstitutive Bedeutung. Das Robert Koch-Institut (RKI) hat mit der KiGGS-Studie repräsentative Daten über die sozialgradientenabhängige, ungleiche gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen im Alter von null bis 17 Jahren vorgelegt.

Jedes Kind hat das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, so die UN-Kinderrechtskonvention. Die in erster Linie an medizinischen Erkenntnissen ausgerichtete Prävention für Kinder im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und anderer Regelungen des Sozialgesetzbuches

(SGB) zielen auch heute durchaus erfolgreich auf die Verhütung von Infektionskrankheiten und die Früherkennung von Fehlbildungen und Fehlentwicklungen und deren Behandlung. Es ist richtig, wenn das Versorgungssystem anspricht, wenn Defizite festzustellen sind, das heißt Diagnosen gestellt werden, und Hilfe durch Therapie veranlasst wird.

Die Gesundheitsförderung zur Verhütung der „neuen Kinderkrankheiten“ kann auf dem bisher erreichten Stand der medizinischen Prävention zur Früherkennung aufbauen. Sie erweitert dabei das Handlungsfeld mit einer psychosozial ausgerichteten salutogenetisch orientierten Intervention mit den Schwerpunkten Emanzipation der Zielgruppe zur Teilhabe an gesellschaftlichen Gütern wie Gesundheitsleistungen, Bildung u. a. und gesundheitsorientierte Verhältnisprävention in der jeweiligen Lebenswelt. Dabei sind die Erkenntnisse der Sozialepidemiologie und der Gesundheitswissenschaften über soziale Determinanten der Gesundheit richtungsweisend für Interventionen. Aber Gesundheitsförderung durch psychosoziale Intervention kann medizinische Prävention somatischer Krankheiten, zum Beispiel durch gezielte Hygiene, Impfungen und Krankheitsfrüherkennung weder ersetzen noch überflüssig machen. Vielmehr sind beide Bereiche aufeinander abzustimmen und durch störungsfreie Übergänge miteinander zu verbinden, zum Wohle der Kinder. Der Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbands 2010 präzisiert dazu beispielhaft die Umsetzung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen zur Primärprävention bei Kindern, insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen (§ 20 SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung). Explizit wird der Begriff Gesundheitsförderung als „Betriebliche Gesundheitsförderung“ im Regelwerk der GKV (§ 20a SGB V) angeführt.

Um diese Entwicklung zu fördern, werden wichtige Regelungen des SGB, in dem die Bereiche Gesundheit und Soziales zusammengeführt sind, und die Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) dargelegt.

Früherkennung von Krankheiten

Die GKV hält Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bereit, das heißt eine pathogenetisch ausgerichtete Prävention. Dazu gehört das Kinderfrüherkennungsprogramm gemäß § 26 (Kinderuntersuchung) des SGB V. Danach haben versicherte Kinder bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen (U1–U9) sowie nach Vollendung des zehnten

Lebensjahres auf eine Untersuchung (J1) zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche und geistige Entwicklung in nicht geringem Maße gefährden. Dazu gehören auch Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Die U1 und U2 werden in der Regel in der Geburtsklinik durchgeführt, sie betreffen die Vitalität des Neugeborenen. Die U3 bis U6 sollen im ersten Lebensjahr erfolgen, die Teilnahmequote liegt bei über 90 %. Die KiGGS-Studie weist aus, dass 81 % der Kinder an sämtlichen Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen, weitere 16 % nutzen sie teilweise, und nur 3 % werden von ihren Eltern überhaupt nicht zur Früherkennungsuntersuchung gebracht. Die Untersuchungen werden seltener von Familien mit Migrationshintergrund und sozial schwachen Familien genutzt.

Die jeweils drei am häufigsten erhobenen Diagnosen je 10 000 untersuchte Kinder waren 1997 (Daten des Gesundheitswesens 2001):

U3 (4.–6. Lebenswoche):

Hüftgelenksanomalien (67,6)

Fehlbildungen des Herzens (31,1)

Fehlbildungen, Erkrankungen der Nieren und Harnwege (14,4)

U6 (10.–12. Lebensmonat):

Funktionelle Entwicklungsstörungen (35,6)

Cerebrale Bewegungsstörungen (30,5)

Fehlbildung des Herzens (27,1)

U9 (4.–5. Lebensjahr):

Sprach- und Sprechstörungen (100)

Funktionelle Entwicklungsstörungen (43,6)

Schielkrankheit (25,3)

Es handelt sich um Screeninguntersuchungen auf Erkrankungen und Behinderungen mit sehr hoher Teilnahmerate, wobei Diagnosen somatischer Störungen bei jüngeren Kindern im Vordergrund standen.

Als Krankenkasse der GKV hat sich die Knappschaft im Rahmen von Strukturverträgen (§ 73c SGB V) mit der Servicegesellschaft des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte auf das Angebot von zwei weiteren Früherkennungsuntersuchungen (U10, U11) für die bei der Knappschaft versicherten Kinder verständigt. Inhalt sind folgende Untersuchungsschwerpunkte:

U10 (7.–8. Lebensjahr):

Schulleistungsstörungen (Lese-, Rechtschreib- und Rechenstörung)
Sozialisations- und Verhaltensstörungen
Störung der motorischen Entwicklung
Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
Medienverhalten

U11 (9.–10. Lebensjahr):

wie U10
Pubertätsverhalten

Die teilnehmenden Vertragsärztinnen und -ärzte übernehmen die Beratung, Durchführung und Dokumentation der strukturierten Vorsorgeuntersuchungen. Die pathogenetisch-defizitorientierte Diagnostik löst die Frage aus, welche adäquaten Interventionen für gesundheitsförderliche Entwicklung betroffener Kinder organisiert werden sollten.

Nach § 23 (medizinische Vorsorgeleistungen) des SGB V haben Versicherte Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken.

Auch das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) umfasst nach § 30 (Früherkennung und Frühförderung) medizinische Leistungen der Früherkennung und Frühförderung Behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder sowie nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten, wenn sie in ärztlicher Verantwortung erbracht werden. Die Leistungen für die genannte Gruppe und das Anliegen umfassen des Weiteren nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische und psychosoziale Leistungen sowie die Beratung von Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen.

Zahngesundheit

Die Zahngesundheit von Kindern wurde in den zurückliegenden Jahren durch kooperative Verhältnisprävention stark verbessert, gemäß SGB V, § 21 (Verhütung von Zahnerkrankungen, Gruppenprophylaxe). Die Gruppenprophylaxe ist ein Angebot der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit Zahnärztinnen und

-ärzten und den für die Zahngesundheit zuständigen Landesstellen, um gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden.

Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr überschritten haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderjahr zahnärztlich untersuchen lassen (SGB V, § 22 Verhütung von Zahnerkrankungen, Individualprophylaxe).

Unterstützende Leistungen

Zur Förderung der Kindergesundheit sieht das SGB neben den diagnostischen und therapeutischen (SGB V) auch unterstützende Leistungen (SGB II und SGB XII) vor: Leistungen nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) umfassen nach § 21 Leistungen (für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt) für werdende Mütter, die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind und für Personen, die mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern zusammenleben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen, Mehrbedarfe, die nicht durch Regelleistungen abgedeckt sind.

Auch das SGB XII (Sozialhilfe) erkennt für Leistungsberechtigte nach § 30 (Mehrbedarf) für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche einen Mehrbedarf sowie Erstausrüstungen bei Schwangerschaft und Geburt nach § 31 (einmalige Bedarfe) an. Nach § 50 (Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft) werden ärztliche Behandlungen, Hebammenhilfe, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, Pflege in einer stationären Einrichtung sowie häusliche Pflege geleistet.

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Der ÖGD hat seine traditionelle Zuständigkeit in der gesundheitsbezogenen Primärprävention seit den 1960er-Jahren zunehmend durch gesundheitspolitische Entscheidungen zugunsten der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte der GKV und seit den 1970er-Jahren mit den Leistungen zur Früh-

erkennung von Krankheiten und der Einführung der Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V) verloren. Damit einhergehend erfolgte die Rücknahme der Zuständigkeit des Bundes in der öffentlichen Gesundheitspflege, die föderale Organisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch unterschiedliche Gesundheitsdienstgesetze der Länder mit einem bis heute anhaltenden Stellenabbau. Präventive Aufgaben wie Mütterberatung und Säuglingsfürsorge der Gesundheitsämter haben ihre einstige Bedeutung eingebüßt. Public Health und Gesundheitsförderung sind keine Pflichtaufgaben, sondern freiwillige Leistungen des ÖGD, abhängig von den jeweils sehr unterschiedlich verfügbaren Ressourcen kommunaler Gesundheitsämter.

Gesundheitsuntersuchungen auf Bevölkerungsebene setzen Erreichbarkeit voraus. Die Schuleingangsuntersuchung der Gesundheitsämter als Monitoring (Beobachtung und Dokumentation) des Gesundheitszustands aller Kinder eines Jahrgangs und wird zur Gesundheitsberichterstattung der Kommunen, der Länder und des Bundes herangezogen. Sie dient der Beobachtung der Gesundheit und Bewertung des Entwicklungsstands der Einschulungskinder und damit auch ihrer Schulfähigkeit, aber sie erfolgt bundesweit nicht nach einheitlichem Standard. Die Untersuchung wurde, abhängig von verfügbaren Ressourcen, regional verändert. Sie reduziert sich bei Nachweis der Teilnahme an der U9 mit einem Ergebnis ohne besondere Einschränkungen auf eine orientierende Entwicklungsdiagnostik durch sozialmedizinische Assistentinnen. Sie wird ergänzt durch Tests zur Seh- und Hörfähigkeit und Dokumentation des Impfstatus der Kinder anhand der Impfbücher. Im Bedarfsfall erfolgt zusätzlich eine ärztliche Untersuchung. Bisher wurde nicht systematisch untersucht, welchen Nutzen die Schuleingangsuntersuchung für die Schule als Setting für Gesundheitsförderung und für den Ausgleich verminderter Gesundheitschancen bei sozial benachteiligten Kindern haben könnte.

Das Vorgehen erscheint gerechtfertigt, wenn man die subjektive Einschätzung der Gesundheit ihrer Kinder durch die Eltern unterstellt. Danach verfügen über 90 % der sechsjährigen Kinder offensichtlich über eine „sehr gute“ oder „gute“ Gesundheit und ein hohes Maß an Wohlbefinden. Allerdings weisen Migrantenkinder und Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus eine schlechtere subjektive Gesundheit auf als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund bzw. mit hohem Sozialstatus (KiGGS-Studie).

Schule als Setting für Gesundheitsförderung sollte für betroffene Kinder zum Ausgleich der Folgen sozialer Benachteiligung selektive Gesundheitsförderung systematisch und nachhaltig entwickeln. Dazu sind Kooperationen ein-

zugehen. Der ÖGD als ein flächendeckendes fachkompetentes Netzwerk kann bei entsprechender Ausstattung in der Schulgesundheitspflege eine wichtige Rolle spielen. Für den Beitrag des ÖGD zur Kinder- und Jugendgesundheit erweist sich als nachteilig, dass sich seit den 1950er-Jahren der öffentliche Gesundheitsdienst in den Kommunen und soziale Dienste – hier insbesondere die Jugendhilfe (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe) – auseinanderentwickelt haben, obwohl soziale, ökonomische und gesundheitliche Probleme für Kinder und deren Familien in der Regel zusammentreffen. Zu fordern ist eine stärkere Verzahnung von Sozialpolitik mit den Bereichen Familien-, Bildungs-, Kinder- und Jugend- sowie Gesundheitspolitik auf kommunaler Ebene.

Eine wichtige Schnittstelle zwischen ÖGD und Kindertagesstätten (Kitas) markiert das Infektionsschutzgesetz (Gesetz zur Verhütung von Infektionskrankheiten beim Menschen) aus dem Jahr 2001. Es beinhaltet Vorschriften zur Infektionsprävention in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kitas und Schulen, zur Prävention durch Aufklärung, zu meldepflichtigen Erkrankungen, zu prophylaktischen Maßnahmen (Infektionshygiene) und zum Umgang mit Behörden, in erster Linie mit dem zuständigen Gesundheitsamt.

Perspektiven

Die Gesundheitsförderung mit ihrer positiven Ressourcenorientierung (salutogenetisches Paradigma) erlangt zunehmend praktische Bedeutung, getrieben auch durch die Ergebnisse der Sozialepidemiologie zu den Folgen sozialer Ungleichheit und der Entwicklung der Gesundheitswissenschaften. Gesundheitsförderung wird häufig als gesamtgesellschaftliche Aufgabe postuliert, und nach dem Scheitern eines Präventionsgesetzes wird ein Gesundheitsförderungsgesetz ins Gespräch gebracht. Aber die überwiegend verhaltenspräventiv orientierte Gesundheitsförderung wird derzeit meist nur in zeitlich begrenzten Projekten organisiert und gefördert. Sie sollte sich dabei aber auch auf die in den Sozialgesetzbüchern II, V, IX und XII und für den ÖGD verbindlich geregelte Gesundheitsvorsorge (Prävention) beziehen, insbesondere, wenn es darum geht, gesundheitliche und soziale Hilfen für Kinder konkret zu organisieren.

3.5 Jungen sind anders! Mädchen auch! Gender Mainstreaming – Ein unterschätztes Qualitätskriterium?

Thomas Altgeld

Das Bundesministerium, das die Frauen im Ministeriumstitel trägt, setzt sich in letzter Zeit verstärkt auch für die Belange von Jungen und Männern ein. 2011 wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erstmals ein „Boys’Day“ parallel zum seit Jahren bereits durchgeführten „Girls’Day“ organisiert, über den Jungen neue Anregungen für ihre Berufswahl bekommen können und ihnen die Chance geboten werden sollte, neue Erfahrungen zu machen (www.boys-day.de, Zugriff im April 2011).

Diese neuen Chancen und Erfahrungen scheinen Jungen bitter nötig zu haben, wenn man sich die Bilder von Jungen in den Medien in den letzten zehn Jahren anschaut. Jungen scheinen irgendwie zum „problematischeren“ Geschlecht mutiert zu sein. Fast schon egal, ob als Schreibabys, Unfallopfer, Sprachauf-fällige, Zappelphilippe, Legastheniker, Schulverweigerer oder Computersüchtige – Jungen bereiten dem Bildungs- und Gesundheitssystem offensichtlich größere Schwierigkeiten als Mädchen im gleichen Alter. Bereits im Übergang vom Kindergarten zur Grundschule erhalten Jungen deshalb zurzeit deutlich mehr Unterstützung durch Ergotherapeutinnen und -therapeuten oder Logopä-dinnen und Logopäden als Mädchen. Das geht aus dem Heilmittelbericht 2010 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) hervor (Schröder und Wal-tersbacher 2010). Danach erhielt 2009 fast jeder vierte bei einer AOK versicherte sechsjährige Junge logopädische Leistungen. Bei den gleichaltrigen Mädchen waren es dagegen nur 16 %. Ergotherapie erhielten im vergangenen Jahr 13,5% der sechsjährigen Jungen – bei den Mädchen waren es 5,5 % (ebd.). Die Liste der problematischen Auffälligkeiten von Jungen ließe sich in höheren Lebensaltern mit einem größeren Ausmaß an niedrigeren oder gar kei-nen Schulabschlüssen, an psychischen Auffälligkeiten, höheren Kriminalitäts-raten, höherer Gewaltbereitschaft oder höheren Suizidraten leicht fortsetzen (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2008, Robert Koch-Institut 2008).

Dabei erscheint insbesondere die Kombination von sozialer Benachteiligung, also niedrigem Einkommen der Eltern mit dem männlichen Geschlecht

besonders fatal für Bildungserfolge, Sozialkompetenzen und gesundheitliches Wohlbefinden zu sein. Diese Ergebnisse sind durch die PISA-Studien, den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, die Armut- und Reichtumsbericht-erstattung des Bundes sowie den 13. Kinder- und Jugendbericht mittlerweile ausreichend und gut belegt. Gesundheitliche Chancengleichheit für beide Geschlechter stellt deshalb eine besondere Herausforderung dar. Dennoch hat sich Gender Mainstreaming als Querschnittsanforderung an die Qualität von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten bislang nicht nachhaltig durchgesetzt.

Gender Mainstreaming politisch korrekt verankert, aber praktisch irrelevant?

Der aus dem Englischen stammende Begriff Gender Mainstreaming ist im deutschsprachigen Raum übernommen worden, weil es keine adäquate Übersetzungsmöglichkeit gibt. Unter „Gender“ versteht man im angelsächsischen Sprachraum die sozial und kulturell konstruierte Zuweisung gesellschaftlicher Geschlechterrollen in Abgrenzung zu dem biologischen Geschlecht (engl.: „sex“). Der „Gender“-Begriff beschreibt Geschlechterrollen vor allem als Ergebnis gesellschaftlicher Sozialisationsprozesse, die je nach Zeitalter, Kultur und auch Bildungsniveau erheblich variieren können. Da soziale und kulturelle Geschlechterrollen somit keine unveränderliche Biologie zur Grundlage haben, sind sie auch veränderbar und politisch beeinflussbar.

Der Begriff „Mainstreaming“ (von engl.: mainstream = Hauptstrom, Haupt-richtung) bedeutet in diesem Fall, dass die Gleichstellung von Mann und Frau als durchgängiges Prinzip in allen Politikbereichen verankert werden soll. Zentrales Ziel von Gender Mainstreaming ist es, in alle Entscheidungsprozesse die Geschlechterperspektive einzubeziehen und alle Entscheidungsprozesse für die Gleichstellung der Geschlechter nutzbar zu machen. Bereits 1996 verpflichtete sich die Europäische Union dem Ansatz des Gender Mainstreaming. Mit Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrags am 1. Mai 1999 wurde Gender Mainstreaming zum ersten Mal in rechtlich verbindlicher Form europaweit festgeschrieben. Damit wurde Gender Mainstreaming als horizontales Ziel für alle Gemeinschaftsaufgaben definiert und es wurden auch konkrete Schritte und Strategien benannt. Das Bundeskabinett hat diese Ziele mit einem Kabinettsbeschluss vom 23. Juni 1999 fast wortgleich übernommen (www.gender-mainstreaming.net/gm/Hintergrund/vorgaben.html, Zugriff im April 2011). Dies findet unter u. a. in der Ausgestaltung des Kinder- und Jugendhilferechts

(SGB VIII) seinen Niederschlag. Dort wird in § 9 zur Grundrichtung der Erziehung die Gleichberechtigung von Mädchen und Jungen ausdrücklich festgehalten. „Bei der Ausgestaltung der Leistungen und der Erfüllung der Aufgaben sind ... die unterschiedlichen Lebenslagen von Mädchen und Jungen zu berücksichtigen, Benachteiligungen abzubauen und die Gleichberechtigung von Mädchen und Jungen zu fördern“ (www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbviii/9.html, Zugriff im April 2011).

Diese vergleichsweise weit reichende politische Verankerung von Gender Mainstreaming hat jedoch innerhalb der Gesundheitsversorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch in weiten Teilen der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Bildungssystems bislang noch nicht zur nachhaltigen Veränderung von Kernroutinen geführt. Querschnittsanforderungen liegen eben meistens auch quer zu den eingespielten Handlungsroutinen und Organisationskulturen und gehen deshalb relativ leicht unter.

Wenn man sich etwa die Sprache und die Gestaltung vieler Gesundheitsinformationen anschaut, dann werden dort ganz überwiegend einfache Botschaften an vermeintlich geschlechtslose Wesen gerichtet. Eigenverantwortung für Gesundheit und verantwortlicher Umgang mit dem eigenen Körper scheinen überhaupt nicht von geschlechtsspezifischen Sozialisationen abhängig zu sein, sondern irgendwie für jeden (zweckrationalen) Menschen lebbar und möglich zu sein. Diese Gesundheitsbotschaften konkurrieren jedoch mit sehr vielen anderen Botschaften, und vor allem konkurrieren sie eben mit einer geschlechtstypischen Sozialisation, in der Jungen immer noch eher lernen, keinen Schmerz zu kennen oder für außenorientiertes Verhalten mehr belohnt werden als Mädchen.

Die Broschüren- und Medienproduktion ist ein klassischer Weg der Gesundheitsaufklärung und entspricht nicht immer den Routinen und Bedarfen der Zielgruppen. Die PISA-Studie hat sehr detailliert nachgewiesen, dass die relativen Risiken von Jungen, zur Gruppe schwacher Leser zu gehören, um etwa 70% höher sind als die für Mädchen (Artelt et al. 2001, S. 87 ff.). Deshalb führt die leselastige Materialproduktion in der Gesundheitsaufklärung und -information zu einer höheren Akzeptanz bei Mädchen und Frauen. Die Ergebnisse von PISA zeigen zudem, dass es Jungen im Vergleich zu Mädchen deutlich größere Schwierigkeiten bereitet, Texte und ihre Merkmale kritisch zu reflektieren und zu bewerten. Auch bei den benannten Hobbys von Jungen taucht Lesen nicht einmal bei einem Fünftel als liebstes Hobby auf, während mehr als zwei Fünftel der Mädchen dies als liebstes Hobby angeben.

Gender Mainstreaming ist im aktuellen Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes Bund, in der Fassung vom 27. August 2010, weder als Grundsatz noch als Qualitätsmerkmal aufgeführt. In den Grundsätzen heißt es knapp und auf den ersten Blick geschlechtsneutral: „Präventionsangebote nach dem individuellen Ansatz richten sich an den einzelnen Versicherten. Sie versuchen, ihn zu befähigen und zu motivieren, Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen und finden als Kurse und Beratungen grundsätzlich in Gruppen statt“ (GKV-Spitzenverband 2010, S. 13). Später wird dann zwar eine Fokussierung auf die Zielgruppen gefordert, „bei denen der Bedarf am größten ist. Indikatoren für spezifische Zielgruppen können dabei neben den geläufigen Sozialindikatoren wie Einkommen, Bildung, Beruf und Wohnungssituation weitere allgemeine soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familienstand oder spezifische Lebenszyklusphasen, Phasen nach kritischen Lebensereignissen, besondere Belastungen oder Risiken sein. Inhalte und Methodik der Intervention wie auch die Zugangswege sind speziell auf die Zielgruppen abzustellen“ (ebd., S. 16). Geschlecht taucht also immerhin neben vier benannten „geläufigen Sozialindikatoren“ als ein „weiterer allgemeiner soziodemografischer Faktor“ von insgesamt sechs solchen Faktoren auf. Ganz abgesehen davon, dass auch die anderen Faktoren in der Präventionspraxis kaum in der Umsetzungspraxis berücksichtigt werden, wird durch die Beiläufigkeit der Nennung des Faktors Geschlecht deutlich, dass Geschlecht kein relevanter Faktor für die Ausgestaltung und Finanzierung der Angebote zu sein scheint.

Deshalb zeigen die Präventionsberichte über die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention Jahr für Jahr das gleiche Bild bezüglich der Erreichbarkeit von Männern für Kursangebote nach dem individuellen Ansatz: Männer nehmen dieses Angebot nicht nennenswert in Anspruch. In dem aktuellen Präventionsbericht 2009 wird dieser Sachverhalt eingeleitet mit dem lapidaren Satz: „Kursangebote nach dem individuellen Ansatz wurden – wie in den Berichtsjahren zuvor – überdurchschnittlich häufig von Frauen in Anspruch genommen. Ihr Anteil lag bei 77 % aller Kursteilnehmer, der Anteil der männlichen Kursteilnehmer lag hingegen bei 23 %“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen e. V. 2009, S. 74).

Auch in der Kinder- und Jugendhilfe ist Gender Mainstreaming trotz der gesetzlichen Verankerung im SGB VIII nicht flächendeckend umgesetzt worden. So stellt das Deutsche Jugendinstitut in seinem Abschlussbericht 2006 zur Umsetzung von Gender Mainstreaming eine sehr heterogene Gemengelage

fest, die vor allem durch eine ganze Reihe von Widerständen gekennzeichnet ist: „Das ‚eiserne Gehäuse‘ der Strukturen in den Organisationen bewährt sich gegenüber Innovationen in besonderem Maße, wenn es um ein Mehr an Geschlechtergerechtigkeit geht“ (Helming und Schäfer 2006, S. 168). Die Widerstände reichen von „verbaler Aufgeschlossenheit bei weitgehender Verhaltensstarre“ (ebd.) über mangelnde Unterstützung durch Leitungen bis hin zu Folgewirkungen sich verschlechternder Rahmenbedingungen. „Die Auflage, Gender Mainstreaming umzusetzen, löste bei etlichen Trägern anfänglich Ärger aus. (‚Wir haben wirklich andere Probleme und genug Probleme‘). Andererseits hat dieser Auftrag auch vielfältige und neue Prozesse der Aushandlung hervorgebracht. Es kann zu bemerkenswerten, auch widersprüchlichen Folgen kommen:

- Lippenbekenntnisse, die jedoch später wirkmächtig werden,
- Versuche, das Thema bürokratisch abzuwickeln, die aber dennoch unerwartete Reflexionsprozesse auslösen,
- Nachdenken über Geschlechterverhältnisse in Gremien, das zu Zweifeln an deren Kommunikationskultur führt,
- Statistiken über das quantitative Verhältnis von Jungen und Mädchen bzw. Männern und Frauen, die zur Folge haben, über die Qualität von Angeboten nachzudenken“ (ebd.).

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung

Bezogen auf die Gesundheitsförderung und Prävention bedeutet Gender Mainstreaming ein durchgängig geschlechtersensibles Vorgehen und die Herstellung von Chancengleichheit in zwei Dimensionen:

- *Die Herstellung horizontaler Chancengleichheit:* Wenn beide Geschlechter die gleichen Bedürfnisse haben, sollen sie auch gleiche Angebote bekommen. Gerade in der medizinischen Versorgung spielen geschlechtsspezifische Fehl-, Über- und Unterversorgungslagen nach wie vor eine Rolle.
- *Die Herstellung vertikaler Chancengleichheit:* Wenn die Geschlechter unterschiedliche Bedürfnisse haben, brauchen sie geschlechtsspezifische Angebote. Hier ist vor allem die Gestaltung von Gesundheitsinformationen, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bislang in vielen Bereichen zu geschlechtsneutral und damit nicht effektiv genug angelegt (World Health Organization 2002).

Neben möglicherweise auch weiteren wichtigen Kriterien wie Alter, soziale Schicht, Lebenslage, sexuelle Orientierung und Kultur kommt der Geschlech-

terperspektive eine besondere Bedeutung zu. In der Umsetzung bedeutet dies konkret, dass in allen klassischen Projektplanungs- und Implementationsschritten die Chancengleichheit von Jungen und Mädchen sowie Frauen und Männern berücksichtigt werden muss (Altgeld 2004, 2007). Angefangen bei geschlechtsdifferenzierenden Problemdefinitionen, über die Berücksichtigung bei der Programmplanung, Ausgestaltung der Intervention und Wahl der Medien, bis hin zur Evaluation und Qualitätssicherung von Maßnahmen ist Gender Mainstreaming untrennbar mit Qualitäts- und Effizienzaspekten verbunden.

Aus der Sexualaufklärung, einigen Bereichen der Suchtprävention und der Gesundheitsförderung in Bildungseinrichtungen gibt es einige Beispiele, in denen Gender Mainstreaming als Qualitätsmerkmal effektiv verankert werden konnte. Geschlechtsspezifische Konsummuster von legalen bzw. illegalen Drogen haben in der Suchtprävention bereits relativ früh zu geschlechtsspezifischen Präventionsangeboten geführt, sowohl auf der Ebene der Materialentwicklung als auch in der kommunalen Suchtprävention. Mädchen äußern beispielsweise häufig ihre Probleme anders als Jungen, ebenso entwickeln sie andere, und zwar unauffälligere und stillere Formen von problematischem Verhalten oder von Abhängigkeit. Beispielsweise ermöglicht es die Arbeit mit Mädchen und Jungen in geschlechtergetrennten Gruppen beiden Geschlechtern, Geschlechterrollen(-erwartungen) und Körperbilder zu reflektieren, Neues zu erproben und Interaktionen anders zu gestalten. Auf der Ebene der Materialentwicklung gilt es ebenfalls, geschlechtsspezifischen Rezeptionsgewohnheiten und Kompetenzen Rechnung zu tragen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat deshalb beispielsweise in der Förderung des Nichtrauchens geschlechtsspezifische Broschüren und Spots entwickelt, die genau daran anknüpfen sollen.

Im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurden in dem Auswahlprozess für die Beispiele guter Praxis bislang nur die Zielgruppenkategorie „Mädchen und Frauen“ in den herausgegebenen Fachheftbänden (zuletzt BZgA 2011) benannt und insgesamt vier Projekte dargestellt, die diese Zielgruppen erreichen. Zwei der Projekte, AKARSU e. V. – Gesundheitsetage in Berlin-Kreuzberg und das BIG-Projekt aus Erlangen, erreichen explizit auch die jüngeren Zielgruppen, also Mädchen. Obwohl gerade sozial benachteiligte Jungen, wie eingangs kurz geschildert, deutlich höhere gesundheitliche Auffälligkeiten in verschiedenen Bereichen aufweisen, haben bislang keine geschlechtsspezifischen Projekte für Jungen den Begutachtungsprozess erfolgreich durchlaufen. Wahrscheinlich wurden auch keine Projekte aus diesem Bereich vorgeschlagen, weil es ein-

fach deutlich weniger Projekte in diesem Bereich gibt, die die Arbeit mit sozial benachteiligten Jungen geschlechtsspezifisch mit gesundheitsbezogenen Ansätzen verknüpfen. Natürlich werden über die Beispiele guter Praxis aus der Frühförderung, den Kindertagesstätten, dem Schulbereich und der Arbeit mit Familien auch Jungen erreicht. Die Frage ist jedoch, ob der Einbezug von geschlechtsspezifischen Aspekten und Ansätzen diese Projekte für Jungen und Mädchen nicht noch effektiver machen würde.

Geschlechtsspezifität ist eine zentrale Qualitätsdimension

„Kinder sind Jungen und Mädchen, und pädagogische Fachkräfte sind Frauen und – weit seltener – Männer ... Geschlechtstypisches Verhalten insbesondere der älteren Kinder ist im Kindergarten häufig zu beobachten und prägt den Alltag entscheidend mit“ (Rohrman 2010, S. 4). So einfach und präzise beginnt Rohrman seine Einführung für eine Praxishandreichung zur geschlechterbewussten Pädagogik für Kindertagesstätten. Von dieser Präzision und ihren Auswirkungen auf die Gestaltung von Maßnahmen ist die Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendbereich noch weit entfernt. Dabei hängen gerade Körperbewusstsein, Gesundheits- und Risikoverhalten entscheidend von der Geschlechtsidentität ab. Nach Gloger-Tippelt (1993, S. 261) umfasst die Geschlechtsidentität verschiedene Aspekte, die dann zu geschlechtstypischem (Gesundheits-)Verhalten führen.

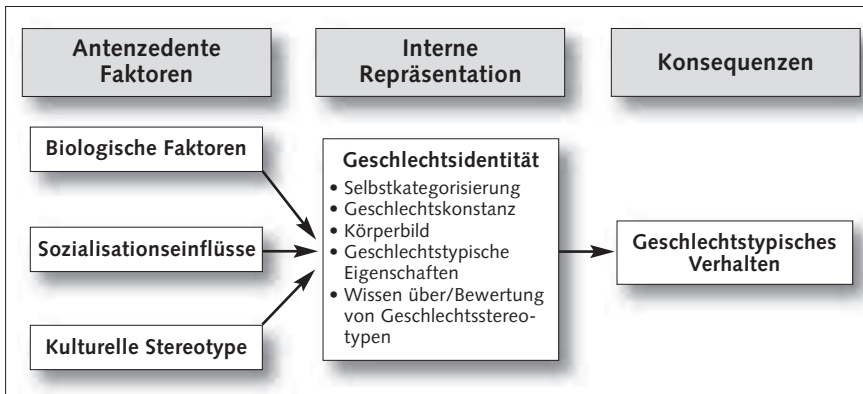


Abb. 5: Entstehung von Geschlechtsidentitäten und geschlechtstypischen Verhaltensweisen (eigene Darstellung nach Gloger-Tippelt 1993)

Über die Darstellung von gesundheitsbezogenen Unterschieden zwischen den Geschlechtern hinaus fehlen bislang aber tiefer gehende Analysen, eine Anpassung von Maßnahmen und auch von Erhebungsinstrumenten für gesundheitsbezogene Interventionen sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS (RKI 2008) etwa werden die Selbsteinschätzungen der Jugendlichen oder die Elternbewertungen nicht kritisch in Bezug auf mögliche geschlechtsspezifische Verzerrungen hin bewertet. Die Daten der Elternurteile werden nur auf einer Ebene, nämlich der der Kinder, geschlechtsspezifisch ausgewertet. Es finden

Ebenen des Qualitätsmanagements	Qualitätsparameter der Ebenen
<i>Assessmentqualität</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wurde eine Bedarfsabschätzung vorab durchgeführt, die die Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen (Jungen und Mädchen in unterschiedlichen sozialen Lagen) berücksichtigt? • Wie wurden die Bedürfnisse der anvisierten Zielgruppe(n) erfasst und einbezogen?
<i>Strukturqualität</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist die Intervention organisiert? • Wer führt sie mit welcher Qualifikation durch? • Wie ist die Geschlechterverteilung in der Projektleitung bzw. im Projektteam? • In welchen Kontexten wird die Intervention durchgeführt? • Berücksichtigen die verwendeten Methoden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Lebenswelten von Frauen/Mädchen bzw. Männern/Jungen?
<i>Prozessqualität</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden klare Ziele formuliert? • Wurden geeignete Zugangswege definiert?
<i>Ergebnisqualität</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden die definierten Ziele erreicht? • Wurden die Zielgruppen erreicht? Haben sich die verwendeten Methoden als für beide Geschlechter effektiv erwiesen? • Wurden Evaluationsinstrumente benutzt, die geschlechtersensibel entwickelt wurden? • Welche Wirkungen bei der Zielgruppe wurden erzielt? • Weist die Intervention ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis auf? • Sind die erzielten Effekte nachhaltig? • Welchen Beitrag leistet das Projekt zum Abbau geschlechterbezogener Ungleichheit?

Tab. 6: Welche Qualitätsparameter sind entscheidend für mehr geschlechtsspezifische Zielgruppengerechtigkeit? (Altgeld und Kolip 2006, S. 23 ff.)

sich bei den gesamten Auswertungen der Elternurteile im KiGGS keine Aussagen darüber, ob es die Urteile von Vätern oder von Müttern über ihre Töchter oder Söhne sind. In der – mit einer ausführlichen Response- und Non-Response-Analyse verbundenen – Darstellung des Stichprobendesigns (Kamtsuris et al. 2007) wird die Fragestellung nach dem Response der Väter oder Mütter nicht einmal aufgeworfen, geschweige denn werden Daten darüber publiziert, wie viele Väter und wie viele Mütter tatsächlich mit ihren Kindern an den Untersuchungen teilgenommen haben. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich an den Untersuchungen deutlich mehr Mütter als Väter beteiligt haben und dass die Elternbeurteilungen vor allem Mütterbeurteilungen über ihre Töchter und Söhne sind.

Der Status quo des Beschreibens von geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten und der Verankerung von Gender Mainstreaming in irgendwelchen Präambeln oder Querschnittsanforderungen bei unverändert geschlechtsneutral agierender Praxis wird bislang zu wenig kritisiert.

Einen Beitrag zu mehr Zielgruppengerechtigkeit und geschlechtsspezifischer Qualität könnte die Verankerung von geschlechtsspezifischen Fragestellungen auf den unterschiedlichen Ebenen des Qualitätsmanagements liefern. Altgeld und Kolip haben bereits 2006 einige Fragen ausformuliert, die für die Berücksichtigung der Kategorien Geschlecht und Chancengleichheit als zentral anzusehen sind.

Gerade für die Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter wird angesichts der zunehmenden gesundheitlichen Auffälligkeiten von Jungen eine geschlechtsdifferenzierte Anpassung von Maßnahmen erfolgen müssen. Hier liegen die größten Herausforderungen, aber auch große Präventionspotenziale.

Literatur

- Altgeld, T. (Hrsg.) (2004): Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Altgeld, T. (2007): Warum weder Hänchen noch Hans viel über Gesundheit lernen – Geschlechtsspezifische Barrieren der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2, S. 90–97.
- Altgeld, T., Kolip, P. (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In: Kolip, P., Altgeld, T. (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 15–26.

- Artelt, C., Baumert, J., Klieme, E., Neubrand, M., Prenzel, M., Schiefele, U., Schneider, W., Schümer, G., Stanat, P., Tillmann, K.-J., Weiß, M. (Hrsg.) (2001): PISA 2000 – Zusammenfassung zentraler Befunde. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2008): Bildungs(miss)erfolge von Jungen und Berufswahlverhalten bei Jungen/männlichen Jugendlichen. Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2009): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitsförderung konkret, Band 10. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.) (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. 5. erweit. und überarb. Aufl. BZgA, Köln.
- Council of Europe (Hrsg.) (1998): Gender Mainstreaming – Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken. Straßburg.
- GKV-Spitzenverband (2010), Deutsches Jugendinstitut (DJI) (2006): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin.
- Gloger-Tippelt, G. (1993): Geschlechtertypisierung als Prozeß über die Lebensspanne. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 13, S. 258–275.
- Helming, E., Schäfer, R. (2006): Von Leuten, die auszogen Geschlechterverhältnisse zu verändern – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Umsetzung von Gender Mainstreaming in Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe, Abschlussbericht von Projektabschnitt I. Deutsches Jugendinstitut, München.
- Kamtsiuris, P., Lange, M., Schaffrath Rosario, A. (2007): Der Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response- und Non-Response-Analyse. In: Bundesgesundheitsblatt 50, S. 547–556.
- Kolip, P., Altgeld, T. (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009): Präventionsbericht 2009 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2008. Essen.
- RKI – Robert Koch-Institut (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin und Köln.
- Rohrmann, T. (2010): Starke Mädchen – starke Jungen! – Geschlechterbewusste Pädagogik als Schlüssel für Bildungsprozesse in der Kita. Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg (SFBB), Berlin.
- Schröder, H., Waltersbacher, A. (2010): Heilmittelbericht 2010. Berlin.
- World Health Organization (WHO) (2002): Madrid Statement – Mainstreaming gender equity in Health: The need to move forward. Copenhagen.

3.6 Differenzsensibilität im Migrationskontext – Ein neues Qualitätserfordernis zur Ergänzung der Kriterien „guter Praxis“

Alp Otman

Die zwölf Kriterien „guter Praxis“ in der „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ beziehen sich auf die gesamte Zielgruppe (BZgA 2011, S. 16 ff.). Oft entsteht jedoch der Bedarf, dass Menschen mit Migrationshintergrund⁶⁷ als eine Teilgruppe der sozial Benachteiligten mit einem Angebot der Gesundheitsförderung besser erreicht werden sollen, dass sie das Angebot besser verstehen, deutlicher akzeptieren und stärker motiviert werden, aktiv teilzunehmen. Wie könnte ein solches migrationsspezifisches Qualitätserfordernis, das insbesondere die Verbesserung der Erreichbarkeit und der Kommunikation im Blickfeld hat, formuliert und exemplarisch in Praxisbeispielen (hier: Kinder und Jugendliche und ihre Familien) nachgewiesen werden?

Die Tücken der Ansätze mit Fokussierung auf den Kulturbegriff

Im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich sind seit Mitte der 1970er-Jahre verschiedene Konzepte für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund entwickelt worden, um auf die damals neu entstehende Einwanderungssituation reagieren zu können. Mit diesen Ansätzen sollte das „farbenblinde“, das heißt differenzunspezifische Vorgehen überwunden und es sollten Aspekte der Lebenswelt von Menschen mit Migrationshintergrund stärker berücksichtigt werden.⁶⁸

67 Menschen mit Migrationshintergrund sind Personen, die entweder selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht hier geboren ist oder deren beide Elternteile zugewandert oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind (Mikrozensus und KiGGS-Definition).

68 Die kritische Diskussion der „kulturlastigen“ Konzepte hat ein Jahrzehnt später und zunächst im Bildungsbereich (interkulturelle Pädagogik) eingesetzt und Anfang der 1990er-Jahre den Sozialbereich (interkulturelle Sozialarbeit, interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenz) erfasst. Im Gesundheitsbereich (Kultursensibilität) werden die kulturfokussierten Begriffe bis heute oft unkritisch benutzt.

Zunächst kann festgehalten werden, dass Kultur in diesen Konzepten als der zentrale Begriff erscheint, der die Spezifik der Lage der Menschen mit Migrationshintergrund und die Spezifik ihrer Bedürfnisse bzw. der Arbeit mit ihnen kennzeichnet. Das ist problematisch, weil das „Anderssein“ der Zielgruppe dadurch wesentlich auf kulturelle Faktoren zurückgeführt bzw. im Extremfall auf seine kulturelle Dimension reduziert wird. Sowohl gesellschaftliche Ungleichheiten, soziale und politische Faktoren als auch biografische Erfahrungen geraten somit in den Hintergrund oder werden gar ausgeblendet.

Es gibt noch eine zweite Quelle für Komplikationen. Da Kultur selbst ein schillernder Begriff mit zahlreichen Bedeutungsebenen ist, entsteht erneut Klärungsbedarf. Wird von einem Kulturkonzept ausgegangen, das Kultur als statisch, abgeschlossen, homogen und „als zweite Natur“ des Menschen versteht, oder ist Kultur dynamisch, offen, differenziert und „diskursiv verhandelbar“? Im ersten Fall, der gegenwärtig die gesellschaftlich dominierende Variante darstellt, erfolgt eine Kategorisierung der Menschen mit Migrationshintergrund nach kulturellen „Schubladen“.

Aus den beiden Fallstricken, der Überhöhung des Stellenwerts der Kultur und ihrem „substanziellen“ Verständnis, entsteht die Gefahr der „Kulturalisierung“ der vielfältigen Faktoren, die in ihrer Gesamtheit die Lage der Menschen mit Migrationshintergrund und ihr gesundheitliches Verhalten prägen. In der Folge werden auch die institutionellen Defizite der Angebote in der Gesundheitsförderung „kulturalisiert“ (Borde 2008, S. 16). So kann die kulturfokussierte Orientierung auf vermeintliche Lebens- und Verhaltensweisen aufgrund von „naturhaften“ Kulturbarrieren die Ziele der Gesundheitsförderung als unerreichbar erscheinen lassen bzw. kulturalistisch simplifizierte Erklärungen des Scheiterns in der Praxis bieten (Borde 2009, S. 22.).⁶⁹

Annäherung an die Definition eines Qualitätserfordernisses für die Zielgruppe Menschen mit Migrationshintergrund

Wie ist ein sinnvolles Qualitätserfordernis der Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln, wenn es sich nicht primär auf Kultur beziehen soll?

⁶⁹ Das Ersetzen des Begriffs Kultur durch Ethnie (ethnienpezifisch, ethnomedizinisch etc.) führt zu noch größeren Komplikationen und zur Gefahr der Ethnisierung von gesellschaftlichen Determinanten.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Menschen mit Migrationshintergrund keineswegs eine homogene, sondern eine höchst heterogene Gruppe darstellen. Ihre Vorerfahrungen sind sehr unterschiedlich, und ihre Lebenslage wird durch vielfältige Faktoren geprägt. Sie gehören verschiedenen Communitys und Milieus (Wippermann und Flaig 2009, S. 3 ff.) an. Eine detaillierte Zielgruppenanalyse (oft bezogen auf eine Teilgruppe) ist daher besonders wichtig.⁷⁰ Einen möglichen Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Qualitätserfordernisses können Elemente aus dem „Einflussraster auf die Erreichbarkeit“ nach Borde (modifiziert nach Brackertz) darstellen (vgl. Tabelle 7, Borde 2009, S. 21). Eine sinnvolle Ergänzung bieten Einflussfaktoren auf die (interkulturelle) Kommunikation an (vgl. Abbildung 6, Auernheimer 2010, S. 300 ff.).

Einflussfaktoren		Beispiele
<i>Soziodemografische Faktoren</i>	Alter Geschlecht Bildung Sozialer Status	Untere soziale Schicht Geringer Bildungsgrad Ältere bzw. junge Menschen Männer
<i>Kulturelle Faktoren (Lebensweise)</i>	Lebensstil Kultureller Hintergrund Ethnizität	Alleinerziehende Ethnische Minderheiten Migranten und Migrantinnen
<i>Migrationsfaktoren</i>	Sprache Aufenthaltsdauer Migrationsmotive Aufenthaltsstatus	Migranten und Migrantinnen Migrationsgeneration „Illegale“
<i>Verhalten und Einstellungen</i>	Misstrauen Zeitmangel Keine Bereitschaft Negative Vorerfahrungen Diskriminierungserwartung	Prostituierte Drogennutzerinnen und -nutzer Obdachlose „Illegale“ Ethnische Minderheiten
<i>Strukturelle Faktoren</i>	Erreichbarkeit Zugänglichkeit Verständlichkeit Annehmbarkeit der Angebote	Institutionelle Voraussetzungen für differenzsensible Ansätze (Konzepte, Strategien und Maßnahmen) Mehrsprachigkeit Personalkompetenzen

Tab. 7: Einfluss auf die Erreichbarkeit (nach Borde 2009, modifiziert nach Brackertz)

⁷⁰ Dies folgt auch aus den Ergebnissen des KiGGs (vgl. Robert Koch-Institut 2008b, S. 125).

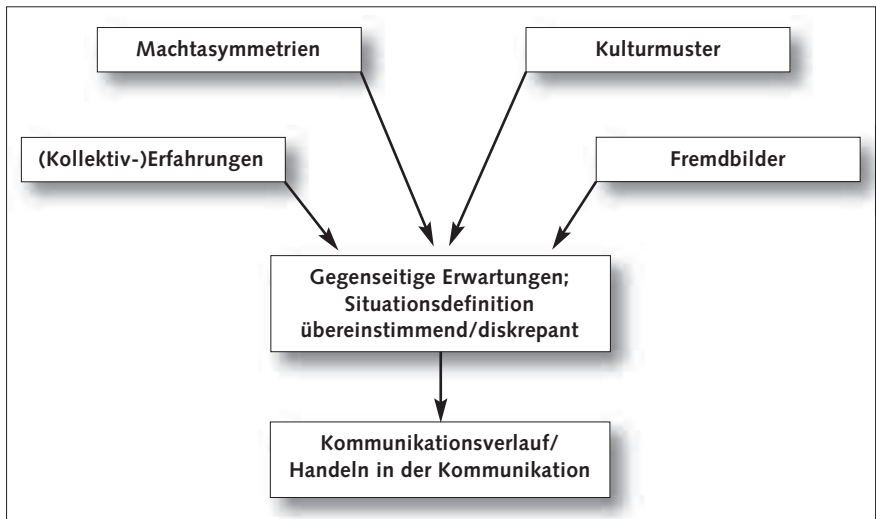


Abb. 6: Einfluss auf die (interkulturelle) Kommunikation nach Auernheimer (2010)

Das zu entwickelnde Qualitätserfordernis kann „Differenzsensibilität im Migrationskontext“ genannt werden. Charakteristisch ist die Einbeziehung mehrerer Differenzebenen – nicht nur und nicht in erster Linie der kulturellen – und der Bezug auf die Rahmenbedingungen der Migration.

Unter den Differenzebenen, die zunächst zu berücksichtigen sind, befinden sich soziodemografische Faktoren (Geschlecht, Alter, Bildungsstand, sozio-ökonomischer Status) und besondere Einstellungen und Verhaltensweisen aufgrund der Lebenslage, des Minderheitenstatus und der Kollektiverfahrungen (Grad der Bereitschaft zur Teilnahme, Vorurteile, Misstrauen etc.). Diese sozial-strukturellen und sozialpsychologischen Differenzebenen sind in ihrer Gesamtheit komplexer als die „kulturelle“ Ebene. Das starke Misstrauen der Roma-Minderheit gegenüber den Behörden und Befragungen geht zum Beispiel auf Kollektiverfahrungen in der Geschichte zurück und hängt mit ihrer besonderen Lebenslage zusammen. Für den Zugang und die Kommunikation ist eine Vertrauensbasis erforderlich, die in der Regel ohne die Unterstützung der Vermittlungskräfte aus der Community nicht hergestellt werden kann.

Zweitens ist die kulturelle Ebene mit einem Verständnis von Kultur nach einem dynamischen, offenen, differenzierten und „diskursiv verhandelbaren“

Konzept verbunden. Dabei ist auf die Alltags- und die Deutungskultur, das heißt Herkunftssprache(n), Lebensführung und Werte, Konzepte der Gesundheit und Krankheit zu fokussieren. Diese Ebene ist weiter zu differenzieren nach Faktoren aus dem Herkunftsland (regionale und familiäre Besonderheiten) und aus dem Aufnahmeland (Community- und Milieuzugehörigkeit). Die Zielgruppe ist in der Regel kulturell heterogen zusammengesetzt, auch wenn sie aus einem einzigen Herkunftsland kommt. Sie besteht aus Teilgruppen, die unterschiedliche Sprachen sprechen, unterschiedliche Konfessionen besitzen, teilweise unterschiedlichen Clans angehören, teils aus Dörfern und teils aus Großstädten kommen etc. Deshalb kann es erforderlich sein, mehrere Zugangswege zu ihren Teilgruppen unter Berücksichtigung der jeweiligen „kulturellen Muster“ zu finden, um alle erreichen zu können. Vermittlungskräfte aus gleichen Communitys und Milieus können dabei unterstützen.

Drittens ist dabei die Intersektionalität zu beachten – das heißt der Prozess der Überschneidung verschiedener „Diskriminierungsmerkmale“ (zum Beispiel Geschlecht, Alter, Herkunft) und deren Interaktion –, der zur Entstehung einer neuen, besonderen Diskriminierungsform führt. Wenn sich innerhalb der Zielgruppe zum Beispiel alte Frauen mit Migrationshintergrund und mit Behinderungen befinden, so ergibt sich aus der Überschneidung dieser gehäuften „Diskriminierungsmerkmale“ in dieser Teilgruppe nicht einfach eine Summe von sukzessiven Benachteiligungen, sondern eine zusammengesetzte, neue Qualität, die bei der Bestimmung des Zugangs und der Kommunikation berücksichtigt werden muss.

Viertens sind die Differenzen in einen Migrationskontext zu stellen, das heißt migrationsspezifische Faktoren (Aufenthaltsdauer, Einreisealter, Aufenthaltsstatus, Migrationsmotive u. a.) sind einzubeziehen und als Querschnittsfaktoren mit vorangegangenen Ebenen zu verknüpfen.⁷¹ Die Lebenslage und Verhaltensweisen der nichtregistrierten Menschen mit Migrationshintergrund sind zum Beispiel stark geprägt durch das Fehlen des Aufenthaltsstatus. Daraus resultiert der besonders schwierige Zugang zu dieser Teilgruppe, der oft nur mittelbar über Vertrauensleute (nicht unbedingt aus der gleichen Community) hergestellt werden kann.

71 Der Migrationshintergrund wird von Razum et al. als komplexes Bedingungsgefüge der gesundheitsrelevanten Unterscheidungsmerkmale zu der Lebenssituation der einheimischen Bevölkerung skizziert (vgl. Robert Koch-Institut 2008b, S 121 f.).

Fünftens sind bei der „interkulturellen Kommunikation“ (vgl. Abbildung 6 auf Seite 158) neben den bereits genannten Faktoren wie „Kulturmuster“ und „Kollektiverfahrungen“ auch „Fremdbilder“ und „Machtasymmetrien“ zu berücksichtigen. In einer Kommunikationssituation können beide Partner stereotypische Bilder voneinander haben, die, wenn sie unbearbeitet bleiben, die Kommunikation entscheidend beeinflussen können. Auch die ungleiche Machtverteilung der Dialogpartner prägt stark den Verlauf und das Ergebnis einer Kommunikation. Deshalb sollten in den Projekten eigene Vorurteile und die real bestehenden Machtasymmetrien reflektiert und Voraussetzungen für einen offenen Dialog auf gleicher Augenhöhe erarbeitet werden.

Dies alles setzt schließlich voraus, dass auf der Angebotsseite die „strukturellen“ Faktoren der Gesundheitsförderung sich für die spezifische Zielgruppe „öffnen“. „Es zeigt sich, dass Ansätze und Methoden der Gesundheitsforschung, -förderung und -versorgung kritisch betrachtet und analysiert werden müssen, um innovative Konzepte, Methoden und Zugangswege zu erschließen“ (Borde 2009, S. 25).

Das Qualitätserfordernis „Differenzsensibilität im Migrationskontext“ hat ein offenes Profil. Es ist keine Schablone, die geeignet ist, für alle Projekte und für die gesamte Zielgruppe schematisch als Messlatte zu dienen. Es sollte entsprechend den Ergebnissen einer sorgfältigen Zielgruppenanalyse für bestimmte Teilgruppen im Detail profiliert und so für die differenzierte Orientierung angepasst werden.

Weiterhin hat dieses komplexe Qualitätserfordernis einen kriterienübergreifenden Querschnittscharakter. Die Differenzen im Migrationskontext sind mit den methodischen Kriterien „guter Praxis“ (Multiplikatorenkonzept, niedrigschwellige Arbeitsweise, Partizipation, Empowerment, Settingansatz und Vernetzung) sinnvoll zu verknüpfen.

An mehreren Beispielen ist deutlich geworden, dass es erforderlich ist, (professionelle, semiprofessionelle und ehrenamtliche) Vermittlungskräfte mit Migrationshintergrund angemessen fort- bzw. weiterzubilden und als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen einzusetzen, um Zugänge zu öffnen und die Kommunikation zu verbessern (Die Beauftragte der Bundesregierung 2006, S. 120 ff., Otman 2007, S. 67 ff.).

Um Inklusion und Partizipation in Projekten (wie zum Beispiel im Rahmen der „sozialen Stadt“) zu ermöglichen oder zu verstärken, hilft oft ein „Umweg“

über „temporäre Parallelstrukturen von Migrantenarbeitsgremien“, deren Aufbau, Stabilisierung und Rückkopplung mit den „Regelstrukturen“ – zumindest vorübergehend – durch eine „intermediäre Instanz“ begleitet werden sollte (Otman 2006, S. 41). Bei der Vernetzung ist die nach kritischer Analyse strategisch zu begründende Einbeziehung von formellen und informellen Organisationsstrukturen der Menschen mit Migrationshintergrund unerlässlich (Otman 2008, S. 138).

Gesundheitsrelevante Praxisbeispiele für Kinder und Jugendliche und ihre Familien mit Migrationshintergrund

In den letzten zwei Jahrzehnten sind viele neue Projekte im Bereich Migration und Gesundheit entstanden. In der Onlinedatenbank (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) des von der BZgA 2001 initiierten „Nationalen Kooperationsverbundes“ sind zurzeit ca. 2000 Projekte dokumentiert. Etwa 300 davon haben einen Bezug zur Migration, darunter sind 20, die die Kriterien der „guten Praxis“ erfüllen. In der entsprechenden Publikation zur „guten Praxis“ werden insgesamt zwölf Projekte (davon vier ausführlich) vorgestellt (BZgA 2011).

Stärker migrationsspezifisch ausgerichtet und gut strukturiert, aber ohne Fokussierung auf Kinder und Jugendliche, ist die Auswahl des bundesweiten Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“ (Die Beauftragte der Bundesregierung 2006).

Aktuelle und gut erläuterte Beispiele für Projekte mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund befinden sich in den Dokumentationen der Fachtagungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2009), der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (siehe Nöcker 2009) sowie der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin (Fachstelle 2008).

Das Programm Soziale Stadt hat seit zwei Jahrzehnten einen guten Rahmen für Partizipation im Quartier geboten – leider wurde der Stellenwert der Integration und der Gesundheitsförderung als „Handlungsfelder im Fokus“ erst nach der Zwischenevaluierung 2004 stärker herausgestellt. Trotzdem gibt es inzwischen mehrere gelungene Beispiele, „die deutlich machen, dass in dem Thema Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt viel Potenzial steckt“ (Gold 2009, S. 119).

Im Projekt „Gesund essen mit Freude“ gestalten Mütter mit Migrationshintergrund, deren Kinder eine Grundschule in einem „sozialen Brennpunkt“ besuchen und an Übergewicht leiden, gemeinsam mit einer Fachkraft einen Kochkurs in der Schule. Ausgehend von ihren traditionellen Rezepten erweitern sie ihre Kenntnisse über gesundes Kochen und entwickeln realistische Alternativen für gesündere Ernährungsweisen. Durch Kooperation mit dem Schulpersonal wird erreicht, dass nicht nur das Ernährungsverhalten in den Familien sich verändert, sondern auch die Verpflegung in der Schule durch Berücksichtigung der Vielfalt der Essgewohnheiten der Familien (BZgA 2011, S. 492 f., und ausführlicher in der Onlinedatenbank der BZgA).

Das Projekt erfüllt sowohl viele Kriterien der „guten Praxis“ (Innovation und Nachhaltigkeit, Settingansatz und Partizipation) als auch mehrere Aspekte des Qualitätserfordernisses „Differenzsensibilität im Migrationskontext“:

- Die Ernährungskompetenz der Mütter wird durch Modifizierung und Transformierung des tradierten Wissens gestärkt, ihre Rolle als Expertinnen wird anerkannt und gefestigt – ihr Selbstvertrauen wächst.
- Die Kommunikation verläuft auf gleicher Augenhöhe. Der Machtasymmetrie wird entgegengesteuert; in der Gruppe findet interkulturelles Lernen statt.
- Die Mütter beteiligen sich an der Gestaltung einer gesundheitsfördernden Schulumwelt, wobei der Kochkurs die Funktion einer „Parallelstruktur mit Rückkopplungseffekt“ übernimmt, um die Vorstellungen der Gruppe in den Prozess der institutionellen Meinungsbildung zu integrieren.
- Durch die Sendungen im herkunftssprachlichen Fernsehen entsteht eine Multiplikatorenwirkung in vielfältigen Milieus und Communitys.

Abschließende Bemerkungen

Die Aktion der BZgA „Ich geh zur U! Und Du?“ kann zum Beispiel auch durch einen „farbenblinden“ Ansatz einen Teil der Eltern mit Migrationshintergrund erreichen und kommunikativ einbeziehen, weil dabei die Gemeinsamkeiten mit anderen Eltern überwiegen. Eltern mit Migrationshintergrund, deren Kinder in die Kindertagesstätte gehen, werden bei dieser gemeinsamen Aktion u. a. durch Herstellung von Chancengleichheit im Wettbewerb zusätzlich motiviert, Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch zu nehmen und den Impfstatus der Kinder zu vervollständigen.

In der Regel wird es jedoch auch immer Teilgruppen geben, bei denen Erreichbarkeit und Kommunikation nur unter Beachtung des Qualitätserfordernisses

„Differenzsensibilität im Migrationskontext“ erfolgreich realisiert werden können (Nöcker 2009, S. 64 ff.). Beispielsweise werden zusätzliche differenzsensible Maßnahmen nötig sein, um Mütter mit Kleinkindern in ihrer ersten Zeit im Aufnahmeland auch dann zu erreichen, wenn ihre Kinder noch nicht in den Kindergarten gehen.

Literatur

- Auernheimer, G. (2010): Ungleichheit erkennen, Anderssein anerkennen! Irena Regener, Berlin.
- Borde, T. (2008): Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung – Was ist das? In: Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem. Hannover.
- Borde, T. (2009): Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten. Köln, S. 17–32.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2009): Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten. Gesundheitsförderung konkret 12. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.) (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. 5. erweit. und überarb. Aufl. BZgA, Köln.
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2006): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin.
- Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin c/o Gesundheit Berlin (Hrsg.) (2008): Für einen guten und gesunden Start ins Leben! Erfahrungen und Initiativen aus Berliner Bezirken und anderen Kommunen. Berlin.
- Gold, C. (2009): Gesundheitsförderung im Quartier. In: Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund (Dokumentation). Berlin.
- Nöcker, G. (2009): Angebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. In: Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund (Dokumentation). Berlin.
- Otman, A. (2006): Aspekte der Partizipation von MigrantInnen im Stadtteil, Darmstädter Erfahrungen im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“. In: Migration und Soziale Arbeit 1/2006, S. 37–44.
- Otman, A. (2007): Plädoyer für ein neues Berufsbild in der Integrationsarbeit. In: Migration und Soziale Arbeit 1/2007, S. 67–73.
- Otman, A. (2008): Kritische Kooperationen erwünscht. Muslimische Vereine als mögliche Partner in der Sozialen Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 4/2008, S. 136–138.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008a): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Migration und Gesundheit, Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008b): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin.
- Wippermann, C., Flaig, B. B. (2009): Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 5/2009, S. 3 ff.

3.7 Communityorientierung und Diversityansatz – Zum inneren Verständnis sozialer Ungleichheiten

Raimund Geene

„Communityarbeit“ ist zunächst der anglizistische Begriff für Gemeinwesenarbeit, die ebenfalls in England und den USA entwickelt wurde. Durch die ausführliche, engagierte und empathische Beschreibung seiner eigenen Communityarbeit in Chicago durch den späteren US-Präsidenten Barack Obama (2008) hat diese Arbeit international wieder besondere Beachtung gefunden.

In der Sozialen Arbeit gilt Gemeinwesenarbeit als eine grundlegende Methode (Galuske 2009), die gegenüber einzelfallbezogener Arbeit (Hilfe zur Erziehung in Form von Einzelfallhilfen, Elternberatung etc.) den Vorteil hat, dass sie kollektiviert statt individualisiert. Gruppenbezogene Hilfe wird weniger als diskriminierend empfunden, kann daher besser angenommen werden und wirkt nachhaltig, wenn dadurch soziale Lernprozesse (sogenanntes Peer-Learning) angestoßen werden. Insbesondere der Sozialraumansatz des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ hat solche gruppenbezogenen Hilfen breit umgesetzt. Die sogenannten Quartiersmanagerinnen und -manager versuchen dabei, besonders belastete Wohngebiete zu entwickeln und zu stabilisieren. Dabei wird in Zusammenarbeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern versucht, die Lebensqualität vor Ort zu steigern. Als Schlüsselkonzept hat sich dabei der Aufbau einer lokalen Ökonomie entwickelt: Wo Leerstand und Arbeitslosigkeit niedrigschwellig beseitigt werden, gibt es Anknüpfungspunkte für eine Identifikation der Bewohnerinnen und Bewohner mit ihrem Wohnumfeld.

Heute wird wieder vermehrt der Begriff Community verwendet, weil er weniger im Sinne der Gemeinwesenarbeit auf Sozialraum und regionale Spezifika setzt, sondern mehr die besondere Bedeutung einzelner sozialer Gruppen hervorhebt. In Deutschland gibt es hier durch die Aids-Prävention ein herausragendes Beispiel im Gesundheitswesen: Als in den 1980er-Jahren mit Aids eine neue Infektionskrankheit diagnostiziert wurde, entstand spontan eine breite Selbsthilfebewegung vor allem aus Mitgliedern der Hauptbetroffenengruppe der schwulen Männer. Homosexualität stand damals noch auf der Krankheitsliste der WHO und war auch innerhalb der bundesdeutschen Gesellschaft stark diskriminiert und marginalisiert. Gerade das Fehlen eines medizinischen Betreuungsansatzes sorgte für Freiraum und Kreativität innerhalb der Schwulen-

szene, die sich zunächst im Sinne des „Community-Organizings“ um den Aufbau eigener Kommunikationsstrukturen bemühte. Schwulenzeitungen und -zentren entstanden mit gesundheitlichen Fördermitteln. Flankiert wurde die Diskussion von Bürgerrechtsbewegungen aus dem Umfeld des Volkszählungsboykotts, die seuchenpolizeiliche Maßnahmen kritisierten. Sie wurde begleitet von einer liberalen Gesundheitspolitik⁷², die sich durch Offenheit gegenüber neuen Lebensformen und dem sozialen Wandel profilierte, und schließlich begünstigt durch die im Zuge gesellschaftlicher Emanzipation erstarkende Schwulenzbewegung.⁷³ Dank der Communityorientierung der Aids-Prävention konnte nicht nur ein Anstieg der Inzidenzrate (Zahl der Neuerkrankungen) verhindert werden, sie führte zugleich zu einer gestärkten Schwulenzemanzipation (ausführlich: Geene 2000). Es ist bislang noch nicht gelungen, dass andere Bevölkerungsgruppen ähnlich von der Communityorientierung und diesem „gesundheitspolitischen Exzeptionalismus“ (Rosenbrock et al. 2002) profitieren können, wengleich nicht nur bei Aids, sondern auch bei weiteren Infektionserkrankungen eine hohe Plausibilität dafür vorliegt, analoge Maßnahmen eines Aufbaus von Communitystrukturen einzuleiten.

Der Lebenswelten- bzw. Settingansatz, der sich auch als „künstlich induzierte Gesundheitsbewegung“ versteht (siehe Beitrag von Geene und Rosenbrock in diesem Fachheft, Seite 46 ff.), ist dem Communityansatz stark verwandt. So wie aber das Programm Soziale Stadt zunächst vor allem die „starken“ Akteure im Stadtteil anspricht, mit dem Ziel, soziale Verwerfungen zu vermeiden⁷⁴, steht in den Settings (Lebenswelten) die Funktionalität der Einrichtungen (Kitas, Schulen) im Vordergrund. Der Communityansatz, der sich speziell der Entwicklung und Förderung sozialer Gruppen und Netzwerke widmet, kann daher eine wichtige Ergänzung zum Sozialraum- und Lebensweltansatz darstellen. Doch um welche Gruppen geht es dabei eigentlich?

Häufig listen wir benachteiligte soziale Gruppen auf, übersehen dabei aber, dass bereits dies als stigmatisierend empfunden wird. Erforderlich ist hier eine Analyse zur Innen- und Außensicht sozialer Benachteiligung. Die Gesellschaft befindet sich in dauerndem Wandel und Umbruch, und die Dynamik der Ver-

72 Beispielhaft sei hier die Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) genannt.

73 Bis heute dauert die zwischenzeitlich heftig geführte Kontroverse an, ob die Schwulenzszenen trotz oder wegen Aids so groß wurde (Theis 1997).

74 Mitunter wird den Projektdurchführenden vorgeworfen, ihre Arbeit begünstige die sogenannte Gentrifizierung, das heißt die Verdrängung sozial Schwacher (Holm 2006).

änderungen nimmt weiter zu. Teil davon ist der hohe Individualisierungsdruck, der Familien und Gemeinschaften verändert und zum Teil auch stark verunsichert. Doch diese Individualisierung wird auch als subjektives Bedürfnis nach Selbstverwirklichung erlebt, und zwar nach unterschiedlichen, zum Teil gegensätzlichen Leitbildern. Häufig beschränkt sich die Gemeinsamkeit der benachteiligten Menschen und Gruppen aber auf das Diskriminierungsgefühl. Darüber hinaus sind die Benachteiligten völlig unterschiedliche Individuen, die sich – teilweise – nach ethnischen, religiösen, geschlechtlichen, ökonomischen und gesundheitlichen Gruppen oder nach Altersgruppen sortieren und zusammenfinden. Migrantinnen und Migranten beispielsweise wehren sich vehement gegen ihre Zuordnung als sozial schwache Gruppe und sind auch nur ein von außen gesetzter Sammelbegriff für völlig verschiedene Lebensrealitäten wie die von vietnamesischen Rentnern und türkischen Mädchen, von jungen Russlanddeutschen oder arabischen Frauen. Wir sehen auch hier, dass selbst diese Auflistung lediglich Klischeevorstellungen mit begrenzter Erklärungskraft transportieren kann, die ihrerseits wieder die Gefahr der Diskriminierung in sich bergen. Nobelpreisträger Amartya Sen (2007, S. 12) hat dies in seiner Replik auf den viel beschworenen „Clash of the Cultures“ kritisiert: „Wenn man die zwischenmenschlichen Beziehungen nur unter dem Aspekt der Beziehungen zwischen Gruppen sieht ... dann geht vieles, was im menschlichen Leben von Bedeutung ist, gänzlich unter, und man steckt die Menschen in kleine Kästchen“.⁷⁵

Mit unseren Diskursen über Armut konterkarieren wir mitunter die Bemühungen benachteiligter Menschen, die schmerzenden Erfahrungen sozialer Zurücksetzung weiträumig zu umgehen. Ihr Vermeidungsverhalten gegenüber Bildung und Kultur ist oftmals habituell verinnerlicht und durchaus rational: Sie vermeiden damit, immer wieder aufs Neue für ihre Unzulänglichkeiten kritisiert zu werden. Problematisch ist dabei vor allem die Ontologisierung, das heißt die Selbstzuschreibung der Außenseiterrollen.

75 Sen (2007) argumentiert für Anerkennung von Vielfalt und gegen ausschließende Identitätszuschreibungen, weil er darin die Verkürzung des Menschen auf nur eine Identität sieht, in der Regel die kulturelle, zunehmend die religiöse. Dieser Reduktionismus erkläre nichts, er führe vielmehr die Probleme wie Ressentiments und Gewaltbereitschaft herbei. Vielmehr besitze jeder Mensch eine Vielzahl von Identitäten. „Was mich betrifft, so kann ich mich zur gleichen Zeit bezeichnen als Asiaten, Bürger Indiens, Bengalen mit bangladeschischen Vorfahren, Einwohner der Vereinigten Staaten oder Englands, Ökonomen, Dilettanten auf philosophischem Gebiet, Autor, Sanskritisten, entschiedenen Anhänger des Laizismus und der Demokratie, Mann, Feministen, Heterosexuellen, Verfechter der Rechte von Schwulen und Lesben, Menschen mit einem areligiösen Lebensstil und hinduistischer Vorgeschichte, Nicht-Brahmanen und Ungläubigen, was das Leben nach dem Tode (und, falls es jemanden interessiert, auch ein ‚Leben vor der Geburt‘) angeht. Dies ist nur eine kleine Auswahl“ (Sen 2007).

Aktuell werden moderne Inklusionskonzepte mit Migrantinnen und Migranten unter dem Leitbegriff „Diversity“ diskutiert. Mit dem Konzeptansatz des „Diversity-Managements“ (Altgeld et al. 2006) wird schon heute in internationalen Unternehmen der globalisierten Welt die Verbesserung der Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Lebenswelten und Lebensrealitäten angestrebt. Statt Unterschiedlichkeiten zu betonen, verweist Diversity auf kulturelle Schätze der Menschen: Was zunächst befremdet und irritiert, sind bei näherem Hinsehen besonders interessante Arten der Lebensgestaltung, was sich schon in Klischees ausdrückt: vom Ethnopop, von besonderen kulinarischen Genüssen exotischen Essens, von engen sozialen Netzen südländischer Familien oder der Lebenskraft und Emotionalität Lateinamerikas.

Diversitymanagement zielt aber nicht nur auf die Entwicklung neuer Konsumanreize, sondern auch auf die Optimierung von multinationalen Arbeitsprozessen durch kultursensible Wahrnehmung unterschiedlicher Werte. Diversity spiegelt sich aber auch in der Selbstwahrnehmung der Menschen, die nicht als Benachteiligte (in der Selbstbezeichnung: „Opfer“) gesehen, sondern als Individuen in ihrer Vielfalt und Einzigartigkeit erkannt werden wollen und „Respekt“ einfordern.

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) von 2006 weist hier sechs Gruppen aus, die als besonders diskriminierungsgefährdet gelten. „Ziel des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen *der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität* zu verhindern oder zu beseitigen“, heißt es in § 1 AGG, das sich insgesamt vor allem als Diskriminierungsschutz begreift. Auch wenn das AGG nunmehr einen rechtlichen Bezugspunkt zum Diversitykonzept bietet, gibt es dennoch deutliche Unterschiede im gedanklichen Ansatz. Zum einen ist der Begriff der „Rasse“ umstritten und wird in der Wissenschaft kaum verwendet; zum anderen wird in den fachlichen Diskursen die soziale Lage (zum Beispiel als Alleinerziehende) als typisches Identitätsmerkmal angesehen, aber im Gesetz nicht aufgenommen, weil dieses sich auf (mutmaßlich) unveränderliche Merkmale beschränkt; schließlich ist die Ausrichtung des AGG problemorientiert und nicht (wie der Diversityansatz) potenzialorientiert.⁷⁶

⁷⁶ Zur Diskussion um das AGG siehe ausführlich Schönwälder 2007. Zum „Potenzial-Prinzip“ des Diversityansatzes siehe Stuber 2009.

Ein wichtiger Bezugspunkt des Diversityansatzes ist die Genderdiskussion, die sich auch zunächst durch Frauenaktivistinnen entwickelte als Abwehr gegen ihre gesellschaftliche Benachteiligung, und nunmehr als Diskriminierungskategorie „Geschlecht“ in das AGG Eingang gefunden hat. Aus der Konzeption des „Gender Trouble“ von Judith Butler (1991), die die soziale Konstruiertheit von Geschlechterrollen aufgezeigt hat, entstand aber im Weiteren das Konzept des Gender Mainstreaming, bei dem es weniger um die biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern geht, sondern „um die damit verbundenen Rollen, Verhaltensweisen und Lebenslagen“ (Kolip 2009, S. 22).

Diese Aufschlüsselung entfernt sich von der negativen Zuschreibung und eröffnet die Perspektive, in der jeweiligen Eigenart einen bereichernden Vorteil zu erkennen, was sich beispielgebend in den „Gender und Queer Studies“ (Czollek et al. 2009) ausdrückt. Analog dazu wird vielfach von „Diversity Mainstreaming“ (Stuber 2009, Minkler und Wallerstein 2008) gesprochen.

Im Bereich der Behindertenpädagogik gipfelte eine analoge Entwicklung 1994 in der Salamanca-Deklaration, die sich gegen die Sonderbehandlung von Menschen mit Behinderungen ausspricht. Diese sollen vielmehr als gleichwertig – mit eigenen Stärken (und Schwächen) – angesehen werden und zur Bereicherung aller nicht mehr in Sonderschulen unterrichtet, sondern in das Regelschulsystem einbezogen werden. Als Schlüssel dazu gilt die Methode der „Inklusion“, die über die reine Integration hinausgehend die aktive Einbeziehung fordert. Wer nur integriert wird, kann einfach nur dazukommen – Inkludierung will jedoch (im Idealfall) eine gleichberechtigte Zusammenkunft (Metzger und Weigl 2010).

Penta und Schramel (2010, S. 4) wenden die Methode übergreifend an: „Die Inklusion von Migrantinnen und Migranten, von Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung oder von Obdachlosen kann gelingen, wenn diese Menschen mit ihren Nöten und Problemen, aber auch Ressourcen und Potenzialen wahrgenommen und als selbstbestimmte Akteure respektiert werden.“

Tatsächlich zeigen sich bei allen sechs im Gesetz gelisteten diskriminierungsbedrohten Lebenslagen solche, die hier bereits selbstständig für ihre Interessen eingetreten sind im Sinne sozialer Bewegungen. Der Diversityansatz beschränkt sich dabei aber nicht auf die bereits formulierten Fragen wie die der Benachteiligung von Frauen gegenüber Männern oder Älteren gegenüber Jüngeren, sondern fragt in umgekehrter Richtung nach der Vielfalt aller Lebenslagen. Dabei treten auch Fragen in den Blick, die mangels sozialer Aus-

einandersetzung bislang kaum in breitem Bewusstsein sind, wie die Benachteiligungen von Kindern gegenüber Erwachsenen (sogenannter Adultismus; Geene et al. 2011, S. 14 ff.) oder von Menschen mit Behinderungen.

Aktuell bemühen sich frühpädagogische Ansätze vor allem im Bereich der Frühen Hilfen um eine empathische Orientierung, stoßen dabei jedoch auf gegenläufige politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie verstärkten Kontrolldruck bei jungen Familien oder wachsende Vermögens- und Einkommensspreizung in Deutschland. Die Umsetzung des Diversityansatzes ist untrennbar mit der Politik verbunden, doch gleichzeitig nicht ohnmächtig den entsprechenden Vorgaben geschuldet. Vielmehr ist sie auch ein Ausdruck einer (professionellen) Haltung. Das Wort „Respekt“ bildet dabei eine Art Klammer des Verständnisses von Professionellen sowie Adressatinnen und Adressaten.

Literatur

- Altgeld, T., Bächlein, B., Deneke, C. (Hrsg.) (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung – Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Mabuse, Frankfurt am Main.
- Butler, J. (1991): Das Unbehagen der Geschlechter (Gender Trouble). Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Czollek, L. C., Perko, G., Weinbach, H. (2009): Lehrbuch Gender und Queer. Grundlagen, Methoden und Praxisfelder. Juventa, Weinheim/München.
- Galuske, M. (2009): Methoden der Sozialen Arbeit. 8. Aufl. Juventa, Weinheim/München.
- Geene, R. (2000): AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Mabuse, Frankfurt am Main.
- Geene, R. (2009): Kinderarmut und Kindergesundheit in Deutschland. In: Geene, R., Gold, C. (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Huber, Bern.
- Geene, R., Klundt, M., Lubke, M., Pohler, T. (2011): Die Stendaler Kinder-Uni. Ein kindheitswissenschaftliches Handbuch. Magdeburger Reihe, Band 23. Mitteldeutscher Verlag, Halle (Saale).
- Holm, A. (2006): Die Restrukturierung des Raumes. Stadterneuerung der 90er Jahre in Ostberlin. Interessen und Machtverhältnisse. Transcript, Bielefeld.
- Kolip, P. (2009): Was bietet die Facharbeit für die Forschung? In: Helfferich, C., Köster, M. (Hrsg.): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. Reihe Gesundheitsförderung konkret, Band 10. BZgA, Köln.
- Metzger, K., Weigl, E. (Hrsg.) (2010): Inklusion – eine Schule für alle. Cornelsen Scriptor, Berlin.
- Minkler, M., Wallerstein, N. (2008): Improving Health through Community Organization and Community Building: A Health Education Perspective. In: Minkler, M. (Eds.): Community Organizing and Community Building for Health. Rutgers University Press, New Brunswick/New Jersey/London.
- Obama, B. (2008): Ein amerikanischer Traum. Die Geschichte meiner Familie. Carl Hanser, München.
- Penta, L. J., Schraml, C. (2010): Community Organizing in der Bürgergesellschaft. In: Stadtpunkte, Informationen zur Gesundheitsförderung. Ausgabe 2, Mai 2010.
- Rosenbrock, R., Schaeffer, D., Moers, M. et al. (2002): Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. In: Rosenbrock, R., Schaeffer, D. (Hrsg.): Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Edition Sigma, Berlin.

- Schönwälder, K. (2007): Diversity und Antidiskriminierungspolitik. In: Krell, G., Riedmüller, B., Sieben, B., Vinz, D. (Hrsg.): Diversity Studies. Grundlagen und disziplinäre Ansätze. Campus, Frankfurt am Main/New York.
- Sen, A. (2007): Die Identitätsfalle. Warum es keinen Krieg der Kulturen gibt. Beck, München.
- Stuber, M. (2009): Diversity. Das Potenzial-Prinzip. Ressourcen aktivieren – Zusammenarbeit gestalten. Luchterhand, Köln.
- Theis, W. (1997): AIDS – oder die teuer erkaufte Professionalisierung der Schwulenbewegung. In: Sternweiler, A., Hannesen, H. G. (Hrsg.): Goodbye to Berlin? 100 Jahre Schwulenbewegung. Verlag Rosa Winkel, Berlin.

3.8 Verwirklichungschancen für gelingendes Leben – Capability approach und Gesundheitsförderung

Heiner Keupp

Capability: Neuer *Wein* in alten Schläuchen?

Ein Konzept geht in den Gesundheitswissenschaften um, das neue Perspektiven verspricht, Hoffnungen weckt, aber auch Skepsis ausgelöst hat: Capability oder Verwirklichungschancen. Man kennt die modischen Konjunkturen, die sich im Abstand von einigen Jahren verflüchtigt haben, um dann zu bewährten Theorietraditionen zurückzukehren. Wenn man sich schon etwas länger mit Gesundheitsförderung beschäftigt, dann verfügt man über einen guten Vorrat an Konzepten, über die Forschungsperspektiven und Praxisansätze begründet werden können: Die *Ottawa-Charta* der WHO gehört dazu ebenso wie *Salutogenese*, *Resilienz*, *Empowerment*, *Ressourcen* oder *Partizipation*. Wir haben gute Argumente, um Gesundheitsförderung und Prävention bestimmen und abgrenzen zu können, und wir operieren in diesem Zusammenhang mit unserem Wissen über *Risiko-* und *Schutzfaktoren*. Kann da der Capabilityansatz mehr liefern als einen modischen Eyecatcher?

Würden wir nur über einen Präventionsansatz verfügen, in dem Expertinnen und Experten für Gesundheit und Krankheiten die Risikokonstellationen herausarbeiten, die krankheitsförderlich sind, um dann Programme aufzulegen, die geeignet sind, Risikofaktoren zu minimieren, dann würde der Capabilityansatz eine ganz neue Perspektive eröffnen. Denn im Zentrum dieser neuen Sichtweise würde das Subjekt mit seiner prinzipiellen Freiheit stehen, den eigenen Lebensweg zu bestimmen und zu gehen. Die damit verbundene zentrale Frage bezieht sich auf die individuelle Verfügbarkeit von Chancen und Ressourcen, die eigenen Vorstellungen eines „guten Lebens“ auch realisieren zu können. Eine solche Sichtweise liegt ja in der Ottawa-Charta längst vor. Deren Kernsatz lautet: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch,

dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“⁷⁷ (WHO 1986).

Oder nehmen wir einen weiteren essenziellen Theoriebaustein der Gesundheitsförderung, das Modell der Salutogenese (Antonovsky 1997). Dieses Modell geht von der Prämisse aus, dass Menschen ständig mit belastenden Lebenssituationen konfrontiert werden. Der Organismus reagiert auf Stressoren mit einem erhöhten Spannungszustand, der pathologische, neutrale oder gesunde Folgen haben kann – je nachdem, wie mit dieser Spannung umgegangen wird. Es gibt eine Reihe von allgemeinen Widerstandsfaktoren, die innerhalb einer spezifischen soziokulturellen Welt als Potenzial gegeben sind. Sie hängen vom kulturellen, materiellen und sozialen Entwicklungsniveau einer konkreten Gesellschaft ab.

Mit *organismisch-konstitutionellen Widerstandsquellen* ist das körpereigene Immunsystem einer Person gemeint. Unter *materiellen Widerstandsquellen* wird der Zugang zu materiellen Ressourcen verstanden (Verfügbarkeit von Geld, Arbeit, Wohnung etc.). *Kognitive Widerstandsquellen* sind „symbolisches Kapital“, also Intelligenz, Wissen und Bildung. Eine *zentrale Widerstandsquelle* bezeichnet die Ich-Identität, also eine emotionale Sicherheit in Bezug auf die eigene Person. Die Ressourcen einer Person schließen als zentralen Bereich ihre zwischenmenschlichen Beziehungen ein, also die Möglichkeit, sich von anderen Menschen soziale Unterstützung zu holen, sich sozial zugehörig und verortet zu fühlen.

Das Kernkonzept der Salutogenese knüpft an diesen Ressourcen an und geht dann aber noch einen entscheidenden Schritt weiter: Beim „Kohärenzgefühl“ und seinen spezifischen Dimensionierungen geht es um die subjektsspezifische Transformation der verfügbaren Ressourcen in die Handlungsfähigkeit, also um die subjektive Einschätzung, für sich selbst in dem eigenen Lebensfeld etwas im Sinne eigener Lebensziele bewegen und beeinflussen zu können. Diese Umsetzung von Ressourcen in selbstbestimmtes Handeln stellt die entscheidende konzeptionelle Brücke zwischen Grundkonzepten der Gesundheitsförderung und dem Capabilityansatz dar. Diese Brücke wird vor allem durch die Nutzung zentraler philosophischer und sozialpolitischer Diskurse gestärkt und gefestigt. Sie eröffnet außerdem den Zugang zu der Frage, wie

⁷⁷ Vgl. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Download unter http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. Zugriff am 18.10.2011.

Gerechtigkeit in unserer Gesellschaft ausbuchstabiert werden sollte. Aktuellen Anlass dafür liefern die OECD-Daten, die von der Bertelsmann Stiftung aufbereitet wurden und für Deutschland ein erhebliches Gerechtigkeitsdefizit mit steigender Tendenz aufzeigen (Bertelsmann Stiftung 2011).

Der Capability approach: Die Grundidee

Widerstandsressourcen würde Amartya Sen (2000, 2010), der Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften, als „Verwirklichungschancen“ oder „Capabilities“ bezeichnen. Er versteht darunter die Möglichkeit von Menschen, „bestimmte Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen mit Gründen für erstrebenswert gehaltenes Lebens zu führen“ (Sen 2000, S. 108). Wichtig ist die Unterscheidung zwischen dem faktischen Handeln und den Möglichkeiten der Wahlfreiheit, bestimmte Dinge zu tun oder auch zu lassen. „Die Idee der Befähigung kann diesen wichtigen Unterschied berücksichtigen, da sie sich an Freiheit und Chancen orientiert, das heißt, an den tatsächlichen Fähigkeiten von Menschen, in dem ihnen zugänglichen Bereich unterschiedliche Lebensformen für sich auszuwählen“ (Sen 2010, S. 264 f.). Verwirklichungschancen sind aber nicht nur die Energien und Möglichkeiten, die eine Person mobilisieren kann, sondern hier geht es um die sozialen und politischen Gestaltungskräfte eines Gemeinwesens. Sen hat dies in einem Buch zur Überwindung von Armut und Ungerechtigkeit so ausgedrückt: „Letztlich ist das individuelle Handeln entscheidend, wenn wir die Mängel beheben wollen. Andererseits ist die Handlungsfreiheit, die wir als Individuen haben, zwangsläufig bestimmt und beschränkt durch die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten, über die wir verfügen. Individuelles Handeln und soziale Einrichtungen sind zwei Seiten einer Medaille. Es ist sehr wichtig, gleichzeitig die zentrale Bedeutung der individuellen Freiheit und die Macht gesellschaftlicher Einflüsse auf Ausmaß und Reichweite der individuellen Freiheit zu erkennen“ (Sen 2000, S. 9 f.).

Martha Nussbaum, die Philosophin, die gemeinsam mit Sen den Capability approach geprägt und mit ihm zusammen die „Human Development and Capability Association“ gegründet und geprägt hat, betont ebenso die gesellschaftliche Verantwortung für die Förderung von Fähigkeiten und hätte da durchaus auch die Ottawa-Charta zitieren können: Eine gerechte Gesellschaft löst als öffentliche Aufgabe die Verpflichtung ein, jedem Menschen „die materiellen, institutionellen sowie pädagogischen Bedingungen zur Verfügung zu stellen, die ihm einen Zugang zum guten menschlichen Leben eröffnen und ihn in die

Lage versetzen, sich für ein gutes Leben und Handeln zu entscheiden“ (Nussbaum 1999, S. 24). Nussbaum (2010, S. 115) versteht ihre Liste zentraler menschlicher Fähigkeiten als „Menschenrechtsansatz“, der universell, also für alle Menschen, gültig ist. Die basalen Capabilities, die sie immer wieder formuliert, umfassen die Ausbildung von spezifischen körperlichen Konstitutionen, sensorischen Fähigkeiten, Denkvermögen und grundlegende Kulturtechniken, die Vermeidung von unnötigem Schmerz, die Gewährleistung von Gesundheit, Ernährung und Schutz, die Möglichkeit und Fähigkeit zur Geselligkeit bzw. zu Bindungen zu anderen Menschen, anderen Spezies und zur Natur, zu Genuss, zu sexueller Befriedigung, zu Mobilität und schließlich zu praktischer Vernunft und zur Ausbildung von Autonomie und Subjektivität.

Das auf Sen und Nussbaum (1999, 2010) zurückgehende Konzept⁷⁸ erweist sich als anschlussfähig zu den bisher ausgeführten Basiskonzepten der Gesundheitsförderung. Es rückt den inneren Zusammenhang der Handlungsbefähigung der Subjekte mit den objektiv gegebenen Verwirklichungschancen ins Zentrum. In dieser Verknüpfung ist es für die soziale Arbeit von Relevanz (vgl. die Beiträge in den Sammelbänden von Otto und Ziegler 2008, 2010; Schneider und Otto 2009). Das Capabilitykonzept hat auch die Chance, eine Brücke zur Armutsforschung herzustellen (Volkert 2005) und ist zu einem wichtigen konzeptionellen Baustein der Armuts- und Reichtumsberichte der Bundesregierung geworden. Und schließlich ist auch die Gerechtigkeitsthematik in den sozialphilosophischen und politiktheoretischen Diskursen durch die Frage nach der Verteilung der Verwirklichungschancen im globalen wie auch im nationalen Rahmen neu thematisiert worden (Heinrichs 2006, Nass 2006).

Diese unterschiedlichen Zugänge konvergieren in einer spezifischen Sicht auf das Subjekt und einer damit verbundenen Leitidee von Gesundheitsförderung, die dem 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (Deutscher Bundestag 2009) zugrunde gelegt wurde: ein möglichst selbstbestimmt entscheidendes, handlungsfähiges Subjekt, das bestimmte Ressourcen einsetzen kann, um Stressoren zu bewältigen und so die eigene Gesundheit zu erhalten oder wiederzugewinnen. In diesem Verständnis ist es die Aufgabe von Institutionen, Subjekte dieser Ressourcen zu fördern, aber auch Strukturen zu schaffen, die Menschen im Sinne von Empowerment in der Wahrnehmung ihrer Rechte stär-

⁷⁸ Die einschlägige Fachliteratur wird immer umfangreicher. Überblicke vermitteln Leßmann (2007) oder aktuell Sedmak et al. (2011).

ken und ihnen zu mehr Handlungsfähigkeit verhelfen. Selbstbestimmtes Handeln wird an die strukturellen Bedingungen für die Ermöglichung von Selbstbestimmung gebunden.

Wenn man in diesem Sinne danach fragt, was die Voraussetzung von Handlungsfähigkeit bildet, dann ist es sinnvoll, zunächst im Sinne der „Agency“-Theorie von Albert Bandura (1997) u. a. die Relevanz von Selbstwirksamkeitserfahrungen herauszustellen. Sie entstehen für Subjekte in Alltagssituationen, in denen sie eigene Optionen entwickeln und erproben können. Sie können auf diese Weise in ihren Lebenswelten Grundlagen für ihre Handlungsfähigkeit und ein Vertrauen in die eigene Handlungswirksamkeit erwerben.

Wenn die aktuelle Sozialisationsforschung von „Handlungsbefähigung“ spricht (Grundmann 2008), dann verweist sie damit über die persönlichkeits-theoretische Perspektive hinaus und fragt nach den Bedingungen der Möglichkeit des Erwerbs von Handlungsfähigkeit. In den Erfahrungsräumen unterschiedlicher Milieus und institutioneller Settings, in denen sich Heranwachsende bewegen, gibt es strukturelle Unterschiede an Verwirklichungschancen. Insofern befähigen sie Subjekte auch auf unterschiedliche Weise zu selbstbestimmtem Handeln (Grundmann et al. 2006). Hier zeigt sich, „dass sich Agency- und Capabilityforschung hervorragend ergänzen, indem die personalen und gesellschaftlichen Dimensionen von Handlungsbefähigung systematisch aufeinander bezogen werden können“ (Grundmann 2008, S. 131 f.).

Anschluss findet hier auch die Ungleichheits- und Differenzfragestellung. Materieller Status, Geschlecht, Migrationshintergrund und Behinderung beschreiben Konstellationen, die erschwerte Zugänge zu Wirksamkeitserfahrungen bedingen. Sie werfen unter der Perspektive von Prävention und Gesundheitsförderung die Fragen nach einer „Befähigungsgerechtigkeit“ auf: Wie können Menschen in diesen Konstellationen den Zugang zu Ressourcen gewinnen, die sie zu einer souveränen Handlungsbefähigung benötigen? Wie könnten sie durch institutionelle Angebote des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystems in ihrer Handlungsbefähigung systematisch unterstützt werden? Wie müssten professionelle Empowermentstrategien aussehen, die auf dieses Ziel ausgerichtet sind? Wie könnten Partizipationserfahrungen die Handlungsmächtigkeit von Heranwachsenden fördern? Wie können solche Erfahrungen unterstützt gewonnen werden, wenn die eigene Handlungsfähigkeit durch Behinderung eingeschränkt ist (supported living)? Befähigungsgerechtigkeit formuliert ein Ziel, das alle politischen, institutionellen und professio-

nellen Strategien darauf ausrichtet, Heranwachsende zu befähigen, für sich Sorge tragen zu können.

Verwirklichungschancen empirisch erfasst: Skizze eines Projekts

Ein Forschungsprojekt⁷⁹, das 2011 beginnt, soll einerseits das empirische Wissen über die Bedingungen des Aufwachsens in den SOS-Kinderdörfern und deren Effekte verbessern und andererseits der dafür verantwortlichen Praxis Hinweise zur Weiterentwicklung geben. SOS-Kinderdörfer stellen ein besonderes Setting der „Fremdunterbringung“ elternloser bzw. verlassener Kinder und Jugendlicher dar. Im Leitbild des Vereins wird wie folgt formuliert: „Wir setzen uns dafür ein, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen. Dabei ergreifen wir Partei für unsere Zielgruppen, insbesondere für Kinder und Jugendliche ... Dabei legen wir Wert auf Kontinuität und Verlässlichkeit der Beziehungen und deren emotionale Qualität als Voraussetzung für eine förderliche Entwicklung. Wir gestalten Lebensräume, in denen sich Menschen angenommen und zugehörig fühlen können. Wir unterstützen und ermutigen sie, ihre eigenen Möglichkeiten und Kräfte zu entdecken, sich zu selbstbewussten und solidarisch handelnden Menschen zu entwickeln und selbstbestimmt zu handeln. Das Eingebundensein in soziale Netzwerke sowie die Anerkennung durch andere Menschen betrachten wir dabei als unverzichtbar für ein zufriedenstellendes Leben.“⁸⁰

Konzentriert man sich vor dem Hintergrund dieses Leitbilds auf jene Formulierungen, die sich vorrangig auf das Setting SOS-Kinderdorf beziehen, rücken Begriffe wie dauerhafte Beziehungen innerhalb einer Familie, Bezug zu einer Mutter und zu Geschwistern sowie Dorfgemeinschaft, Ermöglichung, gemäß der eigenen Kultur und Religion zu leben und aktive Beteiligung in ihrer Gemeinde, Förderung der Fähigkeiten, Interessen und Begabungen, Gewährleistung von Erziehung und Ausbildung u. Ä. in den Fokus. Im Kern zielen die Kinderdörfer also auf die Befähigung von Kindern und Jugendlichen

79 Der Auftraggeber ist der SOS-Kinderdorf-Verein. Durchgeführt wird das Projekt in einem Kooperationsverbund vom Deutschen Jugendinstitut (dji) und dem Institut für Praxisforschung und Projektentwicklung (IPP).

80 Das Leitbild des SOS-Kinderdorf e.V. ist im Internet verfügbar unter www.sos-kinderdorf.de/blob/27210/File/1992/das_leitbild_des_sos_kinderdorf_e_v.pdf. Zugriff am 18.10.2011.

und bieten dafür ein spezifisches vernetztes familienförmiges Setting. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, für die geplante Studie auf einen Ansatz zurückzugreifen, der das Zusammenspiel von Befähigung und Verwirklichungschancen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückt. Für das anvisierte Projekt ist dabei die Annahme leitend, dass SOS-Kinderdörfer spezifische Settings des Aufwachsens darstellen, die den 12- bis 18-Jährigen besondere Verwirklichungschancen eröffnen. Vor diesem Hintergrund lautet die leitende Frage des Forschungsprojekts: Welche spezifischen Bedingungen des Aufwachsens in SOS-Kinderdörfern sind es, die Jugendliche sich selbst als handlungswirksam erleben lassen, und wie und in welcher Form bewährt sich die eigene Handlungswirksamkeit beim Übergang aus den Dörfern und danach?

Umgesetzt werden soll diese Fragestellung in Form von zwei Projektmodulen. *Modul 1* versucht in einer ethnografischen Annäherung herauszufinden, wie das spezifische Setting von SOS-Kinderdörfern Selbstwirksamkeit zu fördern vermag. Dieses eher deskriptiv angelegte Modul zielt auf die empirische Beschreibung jener Strukturen und Ressourcen in den SOS-Kinderdörfern, die plausibel dazu beitragen, dass die Kinder und Jugendlichen ein Gefühl der Selbstwirksamkeit entwickeln. Der Fokus soll dabei auf die Ressourcen der 12- bis 16-Jährigen sowie der 16- bis 18-Jährigen gelegt werden.

Im Mittelpunkt dieses ersten Moduls steht dabei die „Anbieter“-Seite. Im Mittelpunkt von *Modul 2* steht die Frage, welche Faktoren im pädagogischen Alltag eines Kinderdorfes dazu beitragen, Handlungsbefähigung aufseiten der Jugendlichen zu verbessern. Anhand eines differenzierten Auswahlverfahrens sollen in diesem Modul Jugendliche ausgewählt werden, die in dem Untersuchungszeitraum besondere Fortschritte/Rückschritte in definierten Bereichen der Handlungsbefähigung machen. Für diese Jugendliche wird über multiperspektivisch-qualitative Interviews rekonstruiert, welche Faktoren für diese Entwicklungsfortschritte bzw. -rückschritte verantwortlich sind und welche dem Setting der Kinderdörfer zugerechnet werden können. An dieser Stelle verschränken sich die mikrosoziologischen Analysen mit dem strukturellen Analyseblick des ersten Moduls.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT-Verlag, Tübingen.
- Bandura, A. (1997): Self Efficacy: The exercise of control. Palgrave, New York.
- Bertelsmann Stiftung (2011): Soziale Gerechtigkeit in der OECD – Wo steht Deutschland? Sustainable Governance Indicators 2011. Bertelsmann, Gütersloh.

- Deutscher Bundestag (2009): Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. 13. Kinder- und Jugendbericht, Berlin.
- Grundmann, M. (2008): Handlungsbefähigung – eine sozialisationstheoretische Perspektive. In: Otto, H.-U., Ziegler, H. (Hrsg.): Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. VS Verlag, Wiesbaden, S. 131–142.
- Grundmann, M., Dravenau, D., Bittlingmayer, U. H., Edelstein, W. (2006): Handlungsbefähigung und Milieu. Zur Analyse milieuspezifischer Alltagspraktiken und ihrer Ungleichheitsrelevanz. LIT Verlag, Münster.
- Heinrichs, J.-H. (2006): Grundbefähigungen. Zum Verhältnis von Ethik und Ökonomie. Mentis, Paderborn.
- Leßmann, O. (2007): Konzeption und Erfassung von Armut – Vergleich des Lebenslagen-Ansatzes mit Sens „Capability“-Ansatz. Duncker & Humblot, Berlin.
- Nass, E. (2006): Der humangerechte Sozialstaat. Ein sozialetischer Entwurf zur Symbiose aus ökonomischer Effizienz und sozialer Gerechtigkeit. Mohr Siebeck, Tübingen.
- Nussbaum, M. C. (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Gender Studies. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Nussbaum, M. C. (2010): Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Suhrkamp, Frankfurt am Main (engl. Originaltitel: „Frontiers of justice“, 2006).
- Otto, H.-U., Ziegler, H. (Hrsg.) (2008): Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. VS Verlag, Wiesbaden.
- Otto, H.-U., Ziegler, H. (Eds.) (2010): Education, welfare and the capabilities approach. A European perspective. Barbara Budrich, Opladen.
- Schneider, K., Otto, H.-U. (Eds.) (2009): From employability towards capability. Inter-Actions, Luxembourg.
- Sedmak, C., Babic, B., Bauer, R., Posch, C. (Hrsg.) (2011): Der Capability Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten: Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts. VS Verlag, Wiesbaden.
- Sen, A. (2000): Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. Hanser, München. (engl. Originaltitel: „Development of freedom“, 1999).
- Sen, A. (2010): Die Idee der Gerechtigkeit. Beck, München. (engl. Original: „The idea of justice“, 2009).
- Volkert, J. (Hrsg.) (2005): Armut und Reichtum an Verwirklichungschancen. Amartya Sens Capability-Konzept als Grundlage der Armuts- und Reichtumsberichterstattung. VS Verlag, Wiesbaden.

4. Angebote, Aktivitäten und Instrumente des Kooperationsverbundes

Holger Kilian

Einführung

Der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert und vereint derzeit 53 Partner (Stand: August 2011). Die Gründung des Verbundes folgt der Erkenntnis, dass Gesundheit nicht nur im Gesundheitsbereich entsteht, sondern in allen Phasen und Bereichen des Lebens gestärkt werden muss. Die Mitgliederstruktur des Kooperationsverbundes ist entsprechend vielfältig: Mit dabei sind beispielsweise fast alle Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Wohlfahrtsverbände und der Kommunen, alle Landesvereinigungen für Gesundheit, und die Bundesagentur für Arbeit sowie wissenschaftliche Institutionen wie das Deutsche Institut für Urbanistik und das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Die Mitglieder des Kooperationsverbundes treten gemeinsam für mehr gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland ein, denn die Aussichten auf ein langes Leben in guter Gesundheit sind – abhängig von der sozialen Lage – sehr ungleich verteilt. Dies belegen zahlreiche Gesundheitsberichte auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Die Partner verstehen es als die Aufgabe von Prävention und Gesundheitsförderung zum einen, Ressourcen und Kompetenzen sozial benachteiligter Menschen zu stärken und diese zu einem selbstbestimmten Leben zu befähigen, und zum anderen, die Belastungen zu vermindern, denen sie in ihrem Alltag ausgesetzt sind. Im Zentrum stehen dabei die Schaffung gesunder Lebenswelten (zum Beispiel Schule, Kindergarten oder Quartier) unter Beteiligung der dort lebenden, lernenden oder arbeitenden Menschen sowie die Sicherstellung gelingender Übergänge zwischen unterschiedlichen Lebensphasen, zum Beispiel vom Kindergarten in die Schule oder aus dem Erwerbsleben in den „Ruhestand“.

Der Kooperationsverbund bearbeitet diese Themen auf unterschiedlichen Ebenen und mit verschiedenen Handlungsansätzen. Dieser Beitrag gibt einen kompakten Überblick über die Arbeitsschwerpunkte des Kooperationsverbundes und lenkt den Blick dabei vor allem auf die Stärkung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Im Zentrum stehen:

- Koordinierung, Vernetzung und Information in den Bundesländern durch die *Regionalen Knoten*,
- Transparenz über die Vielfalt lokaler gesundheitsfördernder Ansätze in der bundesweiten Praxisdatenbank,
- Unterstützung von Qualitätsentwicklung durch den *Good-Practice-Ansatz* und die Umsetzung in den *Good-Practice-Werkstätten*,

- Erarbeitung von *Materialien und Handlungsempfehlungen* für die Weiterentwicklung von Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung,
- *Internetplattform* www.gesundheitliche-chancengleichheit.de als zentrale Informationsressource und Basis für den Fachaustausch rund um Fragen und Themen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung.

Die Regionalen Knoten: Netzwerkstrukturen in den Bundesländern

Der Kooperationsverbund ist über die Regionalen Knoten in allen Bundesländern verankert. Diese Koordinierungs- und Vernetzungsstellen sind zumeist bei den Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung angesiedelt. Wo diese Struktur fehlt, übernehmen andere Institutionen die Trägerschaft, in Baden-Württemberg beispielsweise das Landesgesundheitsamt. Finanziert wird die Arbeit der Regionalen Knoten paritätisch durch Zuwendungen der gesetzlichen Krankenkassen und der für Gesundheit zuständigen Landesministerien.

Die Regionalen Knoten fördern die Zusammenarbeit zwischen Bundes- und Landesebene, verbessern den Informationstransfer zwischen den gesundheitsfördernden Angeboten und tragen so zur Stärkung des Themas wie auch zur qualitativen Weiterentwicklung der Praxis bei. Immer mit dem Blick auf die Entwicklungen im eigenen Bundesland organisieren die Regionalen Knoten Arbeitsgruppen und vernetzen die Akteure in ihren Ländern, führen Fachveranstaltungen durch, entwickeln Fachpublikationen und Handreichungen für die Praxis. Sie bestimmen ihre Arbeitsschwerpunkte vor dem Hintergrund der regionalen Problemlagen und in Abstimmung mit Trägern und Finanzgebern. In vielen Bundesländern steht die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Mittelpunkt, zum Beispiel durch die Stärkung von Gesundheitsförderung in Kitas und Schulen, aber auch Themen wie Arbeitslosigkeit und Gesundheit, gesund älter werden oder Gesundheitsförderung im Quartier werden bearbeitet.

In die Entwicklung der in Kapitel 1 vorgestellten Empfehlungen waren zahlreiche Knoten-Koordinatorinnen und -Koordinatoren einbezogen.

➡ Auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/regionale-knoten stellen alle Regionalen Knoten ihre Arbeitsinhalte und -ergebnisse ausführlich vor.

Transparenz bundesweit: Die Praxisdatenbank

Während die Regionalen Knoten Informationen und Akteure der Gesundheitsförderung in ihren Bundesländern zusammenführen, bündelt die Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ die vielfältige Praxis in einer bundesweiten Perspektive. Erstmals 2003 eingerichtet, umfasst der Überblick inzwischen (Juni 2011) mehr als 2000 Einträge, die nach differenzierten Kriterien recherchiert werden können. Die etwa 850 Angebote für Kinder und Jugendliche lassen sich beispielsweise nach Altersgruppen, Themen und Lebenswelten filtern.

Die Beschreibungen der Angebote umfassen weitere Informationen zu Struktur und Inhalten, beispielsweise zu den angesprochenen Zielgruppen, Kooperationspartnern oder verfügbaren Dokumentationen und Evaluationen. Dieser bundesweit umfassendste Überblick über die Praxis soziallagenbezogener Gesundheitsförderung kann jederzeit über ein Onlineformular durch die Träger der Angebote ergänzt und aktualisiert werden. Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes bei Gesundheit Berlin-Brandenburg überprüft die Einträge und schaltet sie anschließend frei. Besonders interessante, erfolgreiche oder vielversprechende Angebote werden im Rahmen des Good-Practice-Prozesses ausführlich beschrieben und vorgestellt.

➔ Alle Inhalte und Informationen zur Praxisdatenbank können unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank aufgerufen werden.

Good Practice: Qualitätsentwicklung (auch) in der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

Good Practice ist ein niedrighschwelliger Ansatz zur Qualitätsentwicklung, der die Anforderungen an eine gute, an der sozialen Lage der Zielgruppe ausgerichteten Gesundheitsförderung betont. Der Ansatz steht nicht in Konkurrenz zu anderen Verfahren der Qualitätsentwicklung, sondern kann diese sinnvoll ergänzen.

Im Zentrum des Good-Practice-Ansatzes stehen zwölf Kriterien der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Sie bilden einen Orientierungsrahmen für Planung, Durchführung und Bewertung gesundheitsfördernder

Aktivitäten mit sozial benachteiligten Zielgruppen und wurden durch die Expertinnen und Experten des beratenden Arbeitskreises des Kooperationsverbundes entwickelt, der Sachverstand aus Praxis, Wissenschaft und Politik bündelt. Die Kriterien sind keine einfachen „Kochrezepte“ zur Umsetzung guter Praxis, sondern formulieren einen Orientierungsrahmen, in dem fachlich gute und zielgruppengerechte Praxis umgesetzt werden kann. In der Auseinandersetzung mit den Good-Practice-Kriterien ordnen die Akteure ihre jeweilige Praxis ein und bestimmen, in welche Richtung sie diese weiterentwickeln wollen und können. Dabei werden sie entdecken, dass viele der formulierten Anforderungen für sie nicht neue Anforderungen darstellen, sondern dass sie bereits Bestandteil der Praxis sind und weiterentwickelt werden können. Andere Kriterien weisen auf mögliche Entwicklungsbedarfe und neue Ansätze hin und können zum Ausgangspunkt für die Qualitätsentwicklung des Angebots werden.

Die Good-Practice-Kriterien sind zielgruppen- und handlungsfeldübergreifend formuliert und müssen deshalb jeweils an die konkreten Bedingungen und Anforderungen der vielgestaltigen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und die Handlungsbedingungen vor Ort angepasst werden. Die Beteiligung der Zielgruppen an der Entwicklung, Durchführung und Bewertung gesundheitsfördernder Angebote (Kriterium „Partizipation“) beispielsweise erfordert ganz unterschiedliche Ansätze – je nachdem, ob es beispielsweise um Kleinkinder, Jugendliche oder erwerbslose Menschen geht. Dieser Anpassungsbedarf schärft den Blick auf die eigene Praxis und ist ein erster Schritt zur Qualitätsentwicklung.

Konkrete Hinweise darauf, wie gute Praxis umgesetzt werden kann, bieten die Good-Practice-Beispiele. Sie werden u. a. durch die Regionalen Knoten in den Bundesländern auf Grundlage der Kriterien ausgewählt und beschrieben. Mit Unterstützung der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes werden die Beschreibungen erstellt und anschließend durch Mitglieder des beratenden Arbeitskreises des Kooperationsverbundes geprüft. Die ausgewählten Beispiele sind anschließend online in der Praxisdatenbank recherchierbar (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank) und können auch im Fachheft Gesundheitsförderung konkret Band 5 „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (BZgA 2011) nachgelesen werden.

Angebote für Kinder und/oder Jugendliche machen über die Hälfte der Good-Practice-Beispiele aus und reichen von Beratungsstellen für Frühe Hilfen über

Projekte und langfristig durchgeführte Angebote in Kitas und Schulen bis hin zu kommunalen Netzwerken für Kinder- und Jugendgesundheit. Für jedes der ausgewählten Angebote wird die Umsetzung von drei besonders vorbildlich realisierten Good-Practice-Kriterien beschrieben. Die Beispiele können in der Praxisdatenbank daraufhin direkt recherchiert werden.

► Informationen zu Kriterien, Auswahlprozess und vielen anderen Themen rund um Good Practice finden sich unter www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de/good-practice.

Good-Practice-Werkstätten

In der Arbeit mit den Good-Practice-Kriterien äußerten Praktikerinnen und Praktiker immer wieder den Wunsch, bei der Aneignung der fachlichen Inhalte und bei der Reflexion ihrer eigenen Praxis begleitet und unterstützt zu werden. Hierzu wurden die „Good-Practice-Werkstätten“ entwickelt, deren Name Programm ist: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer begegnen sich als Expertinnen und Experten für ihre Arbeitsfelder und erarbeiten im engen fachlichen Austausch die Good-Practice-Kriterien für ihren jeweiligen Arbeitsbereich. Die Werkstatt will nicht in erster Linie neue Inhalte vermitteln, sondern die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die besonderen Anforderungen an eine soziallagenbezogene Gesundheitsförderung sensibilisieren und Anknüpfungspunkte an die bereits bestehende Praxis aufzeigen.

Diese Good-Practice-Werkstätten werden 2011 zunächst für Akteure in den beiden Lebenswelten Kindertagesstätte („Werkstatt Kita“ mit dem Schwerpunkt Zusammenarbeit mit Familien in belastenden Lebenslagen) und Stadtteil („Werkstatt Quartier“) erprobt.

Hierzu gehört beispielsweise, dass die besonderen Belastungen, aber auch Ressourcen der angesprochenen Zielgruppen reflektiert und berücksichtigt werden (Kriterium Zielgruppenbezug). Dies ist besonders wichtig, wenn Zugangshürden abgebaut werden (Kriterium Niedrigschwelligkeit), die Möglichkeit zur aktiven Beteiligung geschaffen wird (Kriterium Partizipation) oder das Angebot mit den umgebenden Strukturen zusammenarbeitet (Kriterium Vernetzung).

Die Umsetzung der Werkstätten knüpft an die Strukturen des Kooperationsverbundes an, indem Partner die Werkstätten eigenständig umsetzen können, nachdem ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Trainerinnen und Trainer geschult wurden.

► Auf der Internetplattform des Kooperationsverbundes werden die Werkstätten unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-werkstaetten vorgestellt.

Good-Practice-Programme und Netzwerkstrukturen

Der Auswahlprozess für gute Praxis wurde 2010 über lokale Angebote hinaus auch auf Programme und Netzwerkstrukturen ausgeweitet. Damit kommen nun auch die Rahmenbedingungen und strukturellen Voraussetzungen für gute Praxis in den Blick.

Programme der Gesundheitsförderung formulieren umfassende Konzepte für Interventionen, die anschließend dezentral umgesetzt werden. Sie sind wichtige Instrumente, um die Erfahrungen aus guter Praxis zu verbreiten und einen Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit zu leisten.

Netzwerke der Gesundheitsförderung führen Akteure aus zum Teil sehr unterschiedlichen Handlungsfeldern zusammen, um sich wechselseitig über Aktivitäten und Erfahrungen zu informieren und auszutauschen und auch, um gemeinsame Aktivitäten zu planen und umzusetzen. Netzwerke sind damit eine wichtige Voraussetzung dafür, Gesundheitsförderung als einen sektorenübergreifenden Ansatz auch in die Praxis umzusetzen.

Der beratende Arbeitskreis hat Kriterien für gute Praxis von Programmen und Netzwerkstrukturen erarbeitet, die auf das bewährte Konzept zurückgreifen, dieses jedoch an den jeweiligen Gegenstand anpassen. Sie werden auf der Internetplattform unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/kriterien-fuer-good-practice-programme bzw. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/kriterien-fuer-good-practice-netzwerke vorgestellt. Erste Beispiele wurden inzwischen ausgewählt, der Pool erweitert sich ständig.

Erfahrungen bündeln und weitergeben: Arbeitsmaterialien und Handlungsempfehlungen

Die Partner im Kooperationsverbund vereinen ein breites Praxiswissen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern. Dieses fließt in die Veröffentlichungen ein, die vor allem die Regionalen Knoten in den Bundesländern regelmäßig erarbeiten. Auf deren Internetseiten finden sich Dokumentationen, Handreichungen und Fachveröffentlichungen beispielsweise zur gesundheitsfördernden Arbeit in Kindertagesstätten oder zur erfolgreichen Gestaltung von Übergängen zwischen den Lebensphasen von Kindern und Jugendlichen.

Ein besonders erfolgreiches Ergebnis der Arbeit im Kooperationsverbund ist die Arbeitshilfe „Aktiv werden für Gesundheit“, deren Erstellung im Rahmen des Bundesprogramms IN FORM gefördert wurde. Die sieben thematischen Fachhefte vermitteln anschaulich und kompakt Informationen, Handlungsanleitungen und Praxisbeispiele zur erfolgreichen Gesundheitsförderung im Quartier. Praxisnah werden Themen wie Bedarfserhebung, Projektplanung oder Qualitätsentwicklung behandelt. Die Erstellung der Arbeitshilfe wäre ohne die Einbindung in die Arbeit und die Strukturen des Kooperationsverbundes nicht möglich gewesen, in den die Erfahrungen der Partner ebenso einfließen konnten wie Beispiele aus der Praxisdatenbank und der Good-Practice-Auswahl.

➡ Alle Inhalte der Arbeitshilfen finden sich unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen und können dort heruntergeladen werden.

Die Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Alle in diesem Beitrag vorgestellten Themen und Informationen und noch wesentlich mehr Inhalte finden sich auf der Internetplattform des Kooperationsverbundes www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Sie werden ergänzt durch ein umfassendes Service-Angebot, das u. a. regelmäßige aktuelle Meldungen, eine bundesweite Terminübersicht, weiterführende Materialien und einen E-Mail-Newsletter umfasst.



Abb. 7: Startseite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Zugriff am 01.10.2011)

Seit der Neugestaltung der Seite im Mai 2011 wurde das Themenspektrum deutlich erweitert und durch die Einbindung zahlreicher Autorinnen und Autoren zum Beispiel aus den Regionalen Knoten aktueller und vielfältiger gestaltet. Ein eigener Themenschwerpunkt befasst sich mit dem Leitthema „Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen“. Hier finden sich u. a. Informationen zur Werkstatt Kita, zu den Handlungsempfehlungen sowie kontinuierlich ergänzte aktuelle Meldungen zu Entwicklungen im Themenfeld.

Kooperationsverbund

Literatur

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.) (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. 5. erweit. und überarb. Aufl. BZgA, Köln.
- Gold, C., Kilian, H., Lehmann, F. (2009): Entwicklungen in der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung – Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In: Geene, R., Gold, C. (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Hans Huber, Bern, S. 87–95.
- Kilian, H., Brandes, S., Lehmann, F. (2009): Der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Hans Huber, Bern, S. 97–114.
- Kilian, H., Köster, M. (2009) Vernetzung, Information, Praxisunterstützung: Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt. Auf dem Weg zu einer neuen Qualität der Zusammenarbeit in den Ländern. Gesundheit Berlin, Berlin, S. 128–130. Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/hintergruende-daten-materialien/materialien. Zugriff am 18.10.2011.

5. Übersicht der Good-Practice-Angebote für Kinder und Jugendliche⁸¹

⁸¹ Mehrfachnennungen sind möglich, da viele Angebote in mehreren Handlungsfeldern aktiv sind.

HANDLUNGSFELD FRÜHFÖRDERUNG/EARLY START		
Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
ADEBAR – Beratung und Begleitung für Familien	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatorenkonzept, Empowerment	Hamburg
Beratung für Eltern und Kinderbetreuungseinrichtungen mit Kindern von 0 bis 6 Jahren	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit	Hessen
Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ Harburg	Innovation und Nachhaltigkeit, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Hamburg
Eutiner Babynet	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Kosten-Nutzen-Relation	Schleswig-Holstein
Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek-Süd	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Settingansatz, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hamburg
Familienhebammen in Sachsen-Anhalt	Empowerment, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Innovation und Nachhaltigkeit	Sachsen-Anhalt
Familienhebammenprojekt „Kleemobil“	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung	Mecklenburg-Vorpommern
„Familienlotsen“ im Rahmen des „familienNetzwerks Hamm“	Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit, Dokumentation und Evaluation	Hamburg
„Gesund sind wir stark!“ in Berlin-Kreuzberg	Multiplikatorenkonzept, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung	Berlin
JUMP – Junge-Mütter-Projekt in Husum und Friedrichstadt	Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Schleswig-Holstein
Kinder und Aids	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hamburg
Mobiler Sozialpädagogischer Dienst der Stadt Neubrandenburg	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Dokumentation und Evaluation	Mecklenburg-Vorpommern
Präventionsprogramm „Lenzgesund“	Settingansatz, Dokumentation und Evaluation, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hamburg

Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Schutzengel e.V. – Flensburg	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Dokumentation und Evaluation	Schleswig-Holstein
Sozialräumliche Angebote für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Partizipation	Mecklenburg-Vorpommern
Steps	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Multiplikatorenkonzept, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Nordrhein-Westfalen
Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte/sozialmedizinische Elternberatung	Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Brandenburg
Zukunft für Kinder in Düsseldorf – Hilfen für Kinder und Familien in Risikolagen	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Innovation und Nachhaltigkeit, Kosten-Nutzen-Relation	Nordrhein-Westfalen

HANDLUNGSFELD KITA		
Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Beratung für Eltern und Kinderbetreuungseinrichtungen mit Kindern von 0 bis 6 Jahren	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit	Hessen
Bewegte Kinder	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung, Multiplikatorenkonzept	Mecklenburg-Vorpommern
Das schmeckt gut!	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit	Schleswig-Holstein
Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit und Bewegung in Kitas	Innovation und Nachhaltigkeit, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Settingansatz	Thüringen
Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter	Multiplikatorenkonzept, Innovation und Nachhaltigkeit, Dokumentation und Evaluation	Berlin
Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund.	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung, Dokumentation und Evaluation	Baden-Württemberg

Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Gesund groß werden	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Berlin
Kinder gestalten ihren Naschgarten	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Partizipation, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Niedersachsen
Kinder Stärken! – Resilienzförderung in der Kindertagesstätte	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatorenkonzept, Dokumentation und Evaluation	Baden-Württemberg
Kinder und Aids	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hamburg
Kindertagesstätte Regenbogen Wilhelmshaven	Settingansatz, Innovation und Nachhaltigkeit, Integriertes Handlungskonzept	Niedersachsen
Leibeslust – Lebenslust	Settingansatz, Multiplikatorenkonzept, Empowerment	Schleswig-Holstein
Lernen durch Genießen – Gesunde Ernährung aus Sehpferdchens Küche	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Settingansatz	Hamburg
Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder – „mittendrin“	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Partizipation, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hessen
Mo.Ki – Monheim für Kinder	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatorenkonzept, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Nordrhein-Westfalen
Nürnberger Netzwerk Bewegungspädagogik	Settingansatz, Multiplikatorenkonzept, Innovation und Nachhaltigkeit	Bayern
Pfiffikus durch Bewegungsfluss	Dokumentation und Evaluation, Innovation und Nachhaltigkeit, Settingansatz	Brandenburg
Rück(g)rat	Settingansatz, Empowerment, Multiplikatorenkonzept	Schleswig-Holstein
Sicher und gesund in der Kita – SiGiKi	Multiplikatorenkonzept, Innovation und Nachhaltigkeit, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Berlin
Steps	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Multiplikatorenkonzept, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Nordrhein-Westfalen

Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Vorbeugen ist besser als Heilen – Vorbeugen ist billiger als Heilen	Partizipation, Multiplikatorenkonzept, Settingansatz	Brandenburg
Waldameisen	Partizipation, Settingansatz	Brandenburg

HANDLUNGSFELD SCHULE		
Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Abenteuerspielplatz und Kinderbauernhof Waslala	Partizipation, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Berlin
Das Präventionsmodell der Stadt Saarlouis als Teil des lokalen Netzwerks Saarlouis	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Innovation und Nachhaltigkeit, Partizipation	Saarland
fit ist cool	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Innovation und Nachhaltigkeit, Dokumentation und Evaluation	Thüringen
Fit und stark fürs Leben	Settingansatz, Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit	Sachsen-Anhalt
Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter	Multiplikatorenkonzept, Innovation und Nachhaltigkeit, Dokumentation und Evaluation	Berlin
Gesund essen mit Freude	Innovation und Nachhaltigkeit, Settingansatz, Partizipation	Berlin
Gesund groß werden	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Berlin
GESUND LEBEN LERNEN	Settingansatz, Partizipation, Dokumentation und Evaluation	Niedersachsen
Gesund mit Grips: das Body-&-Grips-Mobil	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Innovation und Nachhaltigkeit	Nordrhein-Westfalen
Gesundheit und Aktivität in Schulen	Settingansatz, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Dokumentation und Evaluation	Schleswig-Holstein
Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot in der Mittelschule Körnerplatzschule Döbeln	Settingansatz, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung, Innovation und Nachhaltigkeit	Sachsen

Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Gesundheitsförderung mit benachteiligten Jugendlichen im IB Hirschfelde	Settingansatz, Innovation und Nachhaltigkeit, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Sachsen
Gesundheitsteams vor Ort	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Innovation und Nachhaltigkeit, Settingansatz	Rheinland-Pfalz
Impflückenschließung in Grundschulen in Sachsen-Anhalt	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Dokumentation und Evaluation	Sachsen-Anhalt
Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt	Multiplikatorenkonzept, Partizipation, Settingansatz	Berlin
Kinder gestalten ihren Naschgarten	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Partizipation, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Niedersachsen
Kinder-Brücke	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Innovation und Nachhaltigkeit, Partizipation	Schleswig-Holstein
Kooperationsprojekt Kleeblatt	Innovation und Nachhaltigkeit, Empowerment, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Thüringen
Leibeslust – Lebenslust	Settingansatz, Multiplikatorenkonzept, Empowerment	Schleswig-Holstein
Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder – „mittendrin“	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Partizipation, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hessen
Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“	Partizipation, Multiplikatorenkonzept, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Thüringen
Mentor – Die Leselernhelfer	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatorenkonzept, Innovation und Nachhaltigkeit	Thüringen
MICK – Mädchen kicken mit	Empowerment, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Innovation und Nachhaltigkeit	Niedersachsen
Schulpädagogische Sozialarbeit und Schuljugendarbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner Seelenbinder“ in Apolda	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment	Thüringen
Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule	Partizipation, Settingansatz, Dokumentation und Evaluation	Niedersachsen

Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Dokumentation und Evaluation	Schleswig-Holstein
Starke Kids und Fit fürs Leben	Innovation und Nachhaltigkeit, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Sachsen
Trampolinspringen für Kinder und Jugendliche	Innovation und Nachhaltigkeit, Empowerment, Multiplikatorenkonzept	Hamburg
Vorbeugen ist besser als Heilen – Vorbeugen ist billiger als Heilen	Partizipation, Multiplikatorenkonzept, Settingansatz	Brandenburg

HANDLUNGSFELD SOZIALRAUM/QUARTIER/STADTTEIL		
Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Abenteuerspielplatz und Kinderbauernhof Waslala	Partizipation, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Berlin
Bewegte Kinder	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung, Multiplikatorenkonzept	Mecklenburg-Vorpommern
Connect – Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien – Kooperation und Vernetzung	Multiplikatorenkonzept, Innovation und Nachhaltigkeit, Dokumentation und Evaluation	Hamburg
Das Präventionsmodell der Stadt Saarlouis als Teil des lokalen Netzwerks Saarlouis	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Innovation und Nachhaltigkeit, Partizipation	Saarland
„Familienlotsen“ im Rahmen des „familienNetzwerks Hamm“	Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit, Dokumentation und Evaluation	Hamburg
Gesund essen mit Freude	Innovation und Nachhaltigkeit, Settingansatz, Partizipation	Berlin
Gesund sind wir stark! in Berlin-Kreuzberg	Multiplikatorenkonzept, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung	Berlin
Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt	Multiplikatorenkonzept, Partizipation, Settingansatz	Berlin
Kinder gestalten ihren Naschgarten	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Partizipation, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Niedersachsen

Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Kinderhaus Malstatt	Dokumentation und Evaluation, Innovation und Nachhaltigkeit, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Saarland
Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder – „mittendrin“	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Partizipation, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hessen
Mo.Ki – Monheim für Kinder	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatorenkonzept, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Nordrhein-Westfalen
Mobiler Sozialpädagogischer Dienst der Stadt Neubrandenburg	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Dokumentation und Evaluation	Mecklenburg-Vorpommern
Präventionsprogramm „Lenzgesund“	Settingansatz, Dokumentation und Evaluation, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hamburg
Sozialräumliche Angebote für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Partizipation	Mecklenburg-Vorpommern
Trampolinspringen für Kinder und Jugendliche	Innovation und Nachhaltigkeit, Empowerment, Multiplikatorenkonzept	Hamburg
Unser Platz	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Partizipation, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung	Berlin
Zukunft für Kinder in Düsseldorf – Hilfen für Kinder und Familien in Risikolagen	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Innovation und Nachhaltigkeit, Kosten-Nutzen-Relation	Nordrhein-Westfalen

HANDLUNGSFELD FAMILIEN/ELTERN/ALLEINERZIEHENDE		
Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
ADEBAR – Beratung und Begleitung für Familien	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatorenkonzept, Empowerment	Hamburg
alfabeta	Empowerment, Dokumentation und Evaluation, Innovation und Nachhaltigkeit	Bayern
Beratungsstelle Frühe Hilfen Harburg	Innovation und Nachhaltigkeit, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Hamburg

Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Eigenwillig	Innovation und Nachhaltigkeit, Empowerment, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hamburg
ELTERN-AG	Empowerment, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Partizipation	Sachsen-Anhalt
Endlich fragt mich mal einer!	Empowerment, Partizipation, Innovation und Nachhaltigkeit	Baden-Württemberg
Eutiner Babynet	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Kosten-Nutzen-Relation	Schleswig-Holstein
Familienbildungsprogramm ELAN	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Dokumentation und Evaluation	Sachsen-Anhalt
Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek-Süd	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Settingansatz, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hamburg
Familienhebammen in Sachsen-Anhalt	Empowerment, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Innovation und Nachhaltigkeit	Sachsen-Anhalt
Familienhebammenprojekt „Kleemobil“	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung	Mecklenburg-Vorpommern
„Familienlotsen“ im Rahmen des „familienNetzwerks Hamm“	Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit, Dokumentation und Evaluation	Hamburg
Gesund sind wir stark! in Berlin-Kreuzberg	Multiplikatorenkonzept, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung	Berlin
Gesundheitsteams vor Ort	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Innovation und Nachhaltigkeit, Settingansatz	Rheinland-Pfalz
Kinder Stärken! – Resilienzförderung in der Kindertagesstätte	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatorenkonzept, Dokumentation und Evaluation	Baden-Württemberg
Kinder und Aids	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hamburg
Mobiler Sozialpädagogischer Dienst der Stadt Neubrandenburg	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Dokumentation und Evaluation	Mecklenburg-Vorpommern

Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Schutzengel e. V. – Flensburg	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Dokumentation und Evaluation	Schleswig-Holstein
Sozialräumliche Angebote für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Partizipation	Mecklenburg-Vorpommern
Steps	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Multiplikatorenkonzept, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Nordrhein-Westfalen
Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte/sozialmedizinische Elternberatung	Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Brandenburg
Zukunft für Kinder in Düsseldorf – Hilfen für Kinder und Familien in Risikolagen	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Innovation und Nachhaltigkeit, Kosten-Nutzen-Relation	Nordrhein-Westfalen

HANDLUNGSFELD SEELISCHE GESUNDHEIT EINSCHLIESSLICH SUCHT		
Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Connect – Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien – Kooperation und Vernetzung	Multiplikatorenkonzept, Innovation und Nachhaltigkeit, Dokumentation und Evaluation	Hamburg
Kinderbrücke	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Innovation und Nachhaltigkeit, Partizipation	Schleswig-Holstein
Kooperationsprojekt Kleeblatt	Innovation und Nachhaltigkeit, Empowerment, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Thüringen
Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“	Partizipation, Multiplikatorenkonzept, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Thüringen

HANDLUNGSFELD ERNÄHRUNG/BEWEGUNG/STRESSBEWÄLTIGUNG		
Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Abenteuerspielplatz und Kinderbauernhof Waslala	Partizipation, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Berlin
Bewegte Kinder	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung, Multiplikatorenkonzept	Mecklenburg-Vorpommern
Das schmeckt gut!	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit	Schleswig-Holstein
Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit und Bewegung in Kitas	Innovation und Nachhaltigkeit, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Settingansatz	Thüringen
fit ist cool	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Innovation und Nachhaltigkeit, Dokumentation und Evaluation	Thüringen
Fit und stark fürs Leben	Settingansatz, Empowerment, Innovation und Nachhaltigkeit	Sachsen-Anhalt
Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter	Multiplikatorenkonzept, Innovation und Nachhaltigkeit, Dokumentation und Evaluation	Berlin
Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund.	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung, Dokumentation und Evaluation	Baden-Württemberg
Gesund groß werden	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Berlin
Gesundheit und Aktivität in Schulen	Settingansatz, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Dokumentation und Evaluation	Schleswig-Holstein
Gesundheitsförderung mit benachteiligten Jugendlichen im IB Hirschfelde	Settingansatz, Innovation und Nachhaltigkeit, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Sachsen
Kinder gestalten ihren Naschgarten	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Partizipation, Niedrigschwellige Arbeitsweise	Niedersachsen
Kindertagesstätte Regenbogen Wilhelmshaven	Settingansatz, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Innovation und Nachhaltigkeit	Niedersachsen

Projekt	Good-Practice-Kriterium	Bundesland
Leibeslust – Lebenslust	Settingansatz, Multiplikatorenkonzept, Empowerment	Schleswig-Holstein
Lernen durch Genießen – Gesunde Ernährung aus Sehpferdchens Küche	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Settingansatz	Hamburg
Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder – „mittendrin“	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, Partizipation, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Hessen
Nürnberger Netzwerk Bewegungspädagogik	Settingansatz, Multiplikatorenkonzept, Innovation und Nachhaltigkeit	Bayern
Pfiffikus durch Bewegungsfluss	Dokumentation und Evaluation, Innovation und Nachhaltigkeit, Settingansatz	Brandenburg
Rück(g)rat	Settingansatz, Empowerment, Multiplikatorenkonzept	Schleswig-Holstein
Schulpädagogische Sozialarbeit und Schuljugendarbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner Seelenbinder“ in Apolda	Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment	Thüringen
Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule	Partizipation, Settingansatz, Dokumentation und Evaluation	Niedersachsen
Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit	Niedrigschwellige Arbeitsweise, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Dokumentation und Evaluation	Schleswig-Holstein
Trampolinspringen für Kinder und Jugendliche	Innovation und Nachhaltigkeit, Empowerment, Multiplikatorenkonzept	Hamburg

6. Anhang

6.1 Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Altgeld, Thomas	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. thomas.altgeld@gesundheit-nds.de
Armbruster, Meinrad M. Prof. Dr.	Hochschule Magdeburg-Stendal Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen meinrad.armbruster@hs-magdeburg.de
Geene, Raimund Prof. Dr.	Hochschule Magdeburg-Stendal Kindliche Entwicklung und Gesundheit raimund.geene@hs-magdeburg.de
Gostomzyk, Johannes Georg Prof. Dr.	Landeszentrale für Gesundheit Bayern j.gostomzyk@lzg-bayern.de
Keupp, Heiner Prof. Dr.	Department Psychologie, Reflexive Sozialpsychologie keupp@psy.uni-muenchen.de
Kilian, Holger	Gesundheit Berlin-Brandenburg kilian@gesundheitbb.de
Lehmann, Frank Dr.	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung frank.lehmann@bzga.de
Otman, Alp	Lehrbeauftragter Alice Salomon Hochschule Berlin alpotm@aol.com
Plümer, Klaus D.	Health Promotion & Public Health Consultant kpluemer@email.de

Richter-Kornweitz, Antje Dr.	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nieder- sachsen e. V. antje.richter@gesundheit-nds.de
Rosenbrock, Rolf Prof. Dr.	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung Forschungsgruppe Public Health rosenbrock@wzb.eu
Süß, Waldemar	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie suess@uke.uni-hamburg.de
Töppich, Jürgen	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung juergen.toeppich@bzga.de
Trojan, Alf Prof. Dr. Dr.	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Medizin-Soziologie trojan@uke.uni-hamburg.de
Weyers, Simone Dr.	Universität Düsseldorf Institut für Medizinische Soziologie weyerss@uni-duesseldorf.de
Wright, Michael T. Prof. Dr.	Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin Methoden empirischer Sozialforschung michael.wright@khsb-berlin.de

Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!

Prävention und Gesundheitsförderung sind aus dem Feld der Gesundheitspolitik in Deutschland nicht mehr wegzudenken. Gleichwohl bleiben Herausforderungen – vor allem die Verbesserung der Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen, deren Familien unter schwierigen sozialen Bedingungen leben. Die Empfehlungen, Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern, fassen erfolgreiche Praxiserfahrungen der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung in diesem Handlungsfeld zusammen. Die Erfahrungen aus Beispielen guter Praxis („Good Practice“) zeigen: Prävention kann die Ressourcen von Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen unterstützen und einen Beitrag zur gesunden Entwicklung der Kinder leisten.

Fachbeiträge renommierter Autorinnen und Autoren stellen die Handlungsempfehlungen in den aktuellen Diskurs von Wissenschaft und Praxis und eröffnen Perspektiven für die Weiterentwicklung des Handlungsfelds.

Gesundes Aufwachsen für alle!

Die Handlungsempfehlungen und die weiteren Beiträge in diesem Band bilden die Grundlage für den kommunalen Partnerprozess „Gesundes Aufwachsen für alle!“. Unterstützt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die kommunalen Spitzenverbände, fördert der Partnerprozess die konkrete Umsetzung in den Städten, Gemeinden und Landkreisen und den Erfahrungsaustausch. Alle Handlungsschritte und Erkenntnisse dieses gemeinsamen Lernprozesses werden auf der Internetplattform des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de dargestellt.



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

ISBN 978-3-942816-09-0