

Gesundheitsfördernde Settings – Modelle für integrative Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen?

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

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

Was ist ein gesundheitsförderndes Setting?

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

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

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

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

- Einbezug und Beteiligung aller relevanten

Gruppen in dem jeweiligen Setting-Kontext.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wie funktioniert Setting-Arbeit konkret? Beispiel Gesundheitsfördernde Schule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Völlig losgelöst? – Gesundheitliche Chancengleichheit in gesundheitsfördernden Settings

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

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

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

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

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

Abb. 1: Beteiligte Schulformen in den deutschen Modellversuchen

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

Gesundheitsförderung vor Ort: Gesundheitsfördernde Quartiere

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ausblick

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

praxis der Settings lässt sich eine gewisse Mittelschichtorientierung nachweisen.

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

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

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

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

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