

Sozialraumorientierte Präventions- arbeit mit Kindern und Jugendlichen in benachteiligenden Stadtteilen

Dokumentation der Konferenz der aus dem
KJP geförderten bundeszentralen Träger
sowie Einrichtungen der Kinder- und Jugend-
hilfe am 17. und 18. Oktober 2005

Impressum

Herausgeber:
Regiestelle E&C der Stiftung SPI
Sozialpädagogisches Institut Berlin
„Walter May“
Nazarethkirchstraße 51
13347 Berlin
Telefon 0 30. 457 986-0
Fax: 0 30. 457 986-50
Internet: <http://www.eundc.de>

Ansprechpartner:
Andreas Hemme

Inhalt:

- 4 Prävention im Kontext des E&C-Prozesses**
Andreas Hemme

- 6 Systemtheoretische Abgrenzung von
Prävention und Gesundheitsförderung**
Martin Hafen

- 11 Gemeinsame Handlungsfelder und Herausforderungen für Gesundheitsförderung und
Prävention in E&C-Gebieten**
Thomas Altgeld

- 19 Round Table**
**Gemeinsame präventive Ansätze für und
mit Kindern und Jugendlichen in sozialen
Brennpunkten**

- 25 „Musik für Hainholz“ – Ein musikpädagogisches Stadtteilkonzept mit multipräventiven
Eigenschaften**
Morena Piro

- 28 Organisation, Koordination und Implementierung eines „sozialen Frühwarnsystems“
als präventive Maßnahme der sozialräumlichen Planung**
Sandra Biewers, Ulrike Helle

- 32 Kommunale Gewaltprävention durch gemeinsame Weiterbildung von Schule, Sozialarbeit
und Polizei**
Kerstin Lück

- 38 Gesundheitskonferenzen als Ausgangspunkt präventiver Vorhaben**
Ingrid Papies-Winkler

- 42 Zentrales Lernziel: Selbstkompetenz – Auf dem Weg von der Primärprävention mit Kindern
zu einer schulerweiternden Pädagogik**
Achim Wannicke

- 49 Gesundheit jetzt in sozialen Brennpunkten**
Gisela Bill

- 56 Babyboom – „Eltern-Praktikum“ – Eine Möglichkeit zur Prävention von Teenagerschwangerschaften?**
Jutta Windeck

- 59 Public Health – Politische Anforderungen zur Überwindung von gesundheitlichen Chancenungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen**
Rolf Rosenbrock

- 69 Programm**

- 71 Teilnehmer/innenliste**

Prävention im Kontext des E&C-Prozesses

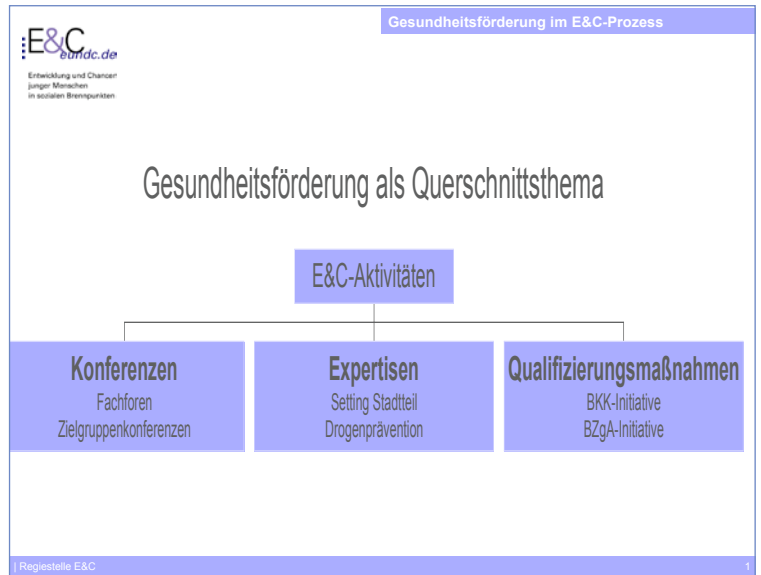
Die Konferenz: „Sozialraumorientierte Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen in benachteiligenden Stadtteilen“ stellt einen Zwischenstand der Aktivitäten der Regiestelle E&C im Bereich der gesundheitlichen Situation von jungen Menschen in benachteiligten Stadtteilen dar und bezieht erstmals unterschiedliche Präventionsansätze und -strategien mit ein.

In der Beschreibung von Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf oder sozialen Brennpunkten sind die Begriffe Gewalt, Kriminalität, Drogen sehr schnell zu hören. Soziale Brennpunkte sind im öffentlichen und fachlichen Diskurs über die hier lebenden Kinder und Jugendlichen häufig assoziiert mit höherer Gewaltbereitschaft und Gewalttätigkeiten, einer höheren Anzahl von kriminellen Delikten, einem gesteigerten Drogenkonsum und -missbrauch, aber auch dem häufigerem Auftreten von somatischen und psychosomatischen Erkrankungen, vielen Unfällen (oft im häuslichen Kontext) und in letzter Zeit auch mit dem vermehrten Auftreten von Teenagerschwangerschaften.

Die Themen Gesundheitsförderung und Prävention haben in der Programmplattform - vielleicht sogar ein wenig unerwartet - schnell eine besondere Bedeutung erlangt. Ausgangspunkt war eine Initiative der Regiestelle E&C und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufgaben (BZgA) gemeinsam das Thema Gesundheit von benachteiligten Kindern und Jugendlichen aufzugreifen. Dies war zu einem Zeitpunkt, zu dem sich der bislang vorherrschende „Mittelschichtsblick“ innerhalb der Gesundheitsförderung stärker veränderte und soziale Komponenten von Gesundheit und gesundheitlichen Chancenungleichheiten mehr in den Fokus gesetzt wurden. Der damit verbundene Zielgruppenwechsel innerhalb der Gesundheitsförderung und der unterschiedlichen Präventionsdisziplinen hält bis heute an.

Die Regiestelle E&C hat das Thema auf unterschiedlichen Konferenzen zum Thema gemacht, hat Expertisen erstellen lassen und so den Weg bereitet, zukünftig Qualifizierungsmaßnahmen zu entwickeln, die zu Präventionsstrategien im benachteiligten Stadtteil führen.

Im Sinne der Gesundheitsförderungsdefinitionen sind Programme wie „Die Soziale Stadt“ und Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (E&C)“ in ihren Ausrichtungen gesundheitsfördernde Programme und verfolgen ebenso strukturelle

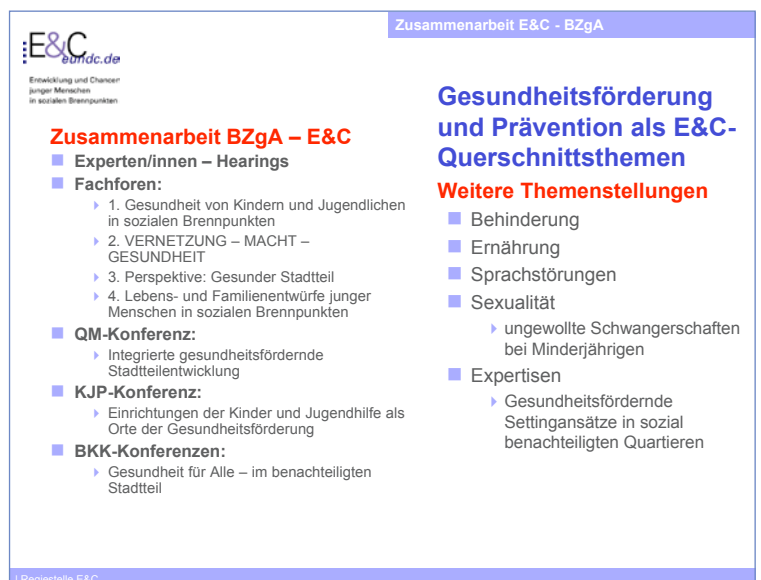


Präventionsansätze.

Abbildung 1

Insbesondere durch die Zusammenarbeit mit der BZgA konnten die Themen Prävention und Gesundheitsförderung schon mit Beginn der Programmplattform E&C in den Diskussionsprozess der Stadtteilakteure eingebracht werden und blieben über die bisherige Programmlaufzeit wichtige Handlungsfelder.

Die Abbildung 2 zeigt die thematischen Schwerpunkte der präventions- und gesundheitsförderungsbezogenen Aktivitäten insbesondere in der Zusammenarbeit von E&C und BZgA für die unterschiedlichen Zielgruppen der Akteure in den Gebieten der Sozialen Stadt.



Mit der KJP-Konferenz „Sozialraumorientierte Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen“ möchten wir den eingeschlagenen Weg weitergehen und die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention im krankheits bzw. gesundheitsbezogenen Sinne und andere Präventionsansätze, die in sozialen Brennpunkten angeboten werden, zusammenbringen und aneinander

Abbildung 2

teilhaben lassen.

Folgende Leitgedanken und Zielvorstellungen haben zu dieser Konferenz geführt:

- Weiterentwicklung des Themenfeldes Gesundheit/Gesundheitsförderung
- Identifizierung gemeinsamer Präventionsstrategien
- Nutzen der im Stadtteil entwickelten Strukturen für Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote
- Wege von der „mittelbaren“ zur „unmittelbaren“ Gesundheitsförderung im Stadtteil

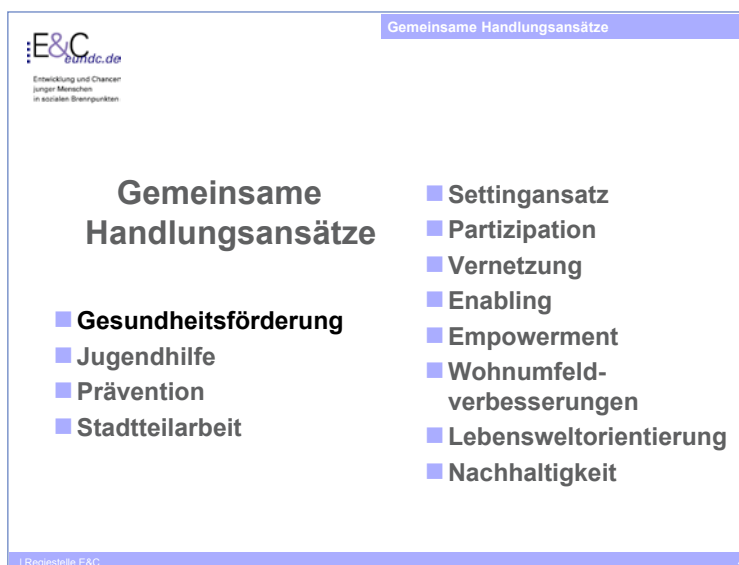
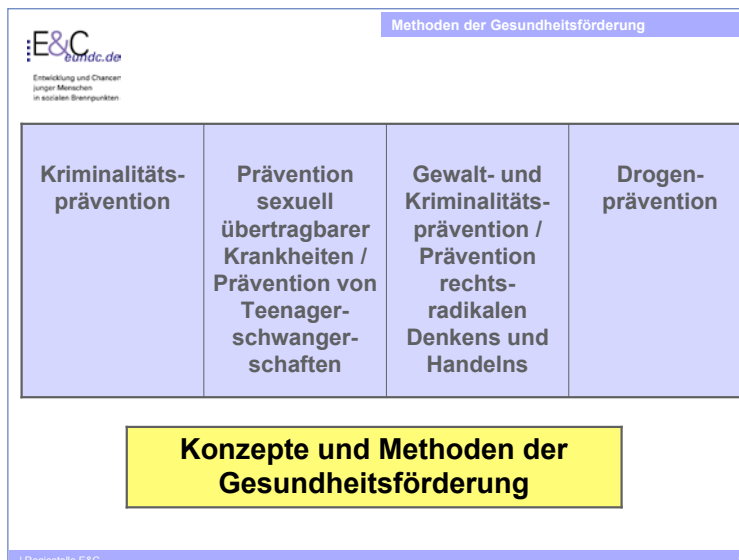
In unseren anfänglichen Überlegungen spielten insbesondere die Identifizierung von gemeinsamen Präventionsstrategien eine besondere Rolle; denn betrachtet man die Angebotspalette an präventiv arbeitenden Projekten in den Gebieten der Sozialen Stadt / E&C-Gebieten, so ist Folgendes festzustellen:

Es arbeiten in den unterschiedlichen Präventionsdisziplinen eine beeindruckende Anzahl von Projekten/Initiativen. Dies ist durch unterschiedliche Recherchen belegt und wird auch durch die Vielzahl von Projekten, die sich bislang auf den Gesundheitsforen der Regiestelle E&C präsentierten Projekte dokumentiert. Ebenso ist dies durch die Projektdatenbank der BZgA „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ eindeutig belegt.

Weiterhin ist festzuhalten, dass im gesamten Präventionsbereich sehr „versäulte“ Strukturen vorherrschen und die Akteure häufig von den Aktivitäten der jeweils anderen Präventionsdisziplin wenig wissen und oft noch weniger miteinander kooperieren. Betrachtet man jedoch das methodische Vorgehen der unterschiedlichen Präventionsangebote, so ist festzustellen, dass nicht selten fast identisch gearbeitet wird. Allen Präventionsdisziplinen gemeinsam ist ebenfalls die ressourcenorientierte Herangehensweise und die weitestgehende Abwendung von der früheren Defizitorientierung (siehe Abbildungen 3 und 4).

Die häufig zu hörende Forderung: „Vor einer möglichen Vernetzung der unterschiedlichen Disziplinen muss zunächst eine gemeinsame Sprache erlernt werden“ scheint bei diesen Überschneidungen und Gemeinsamkeiten bereits erfüllt. Selbst die eher der Gesundheitsförderung zuzuordnenden Begriffe wie „Settingansatz“ und „Salutogenese“ finden in der sozialraumorientierten Herangehensweise und dem in der Jugendhilfe relevanten Begriff der Resilienz ihre partnerschaftlichen Ansatzpunkte.

Es liegt also nahe, die Programme E&C und „Soziale Stadt“ und die hier etablierten Infrastrukturen für eine „Entsäulung“ der Präventionsbereiche zu nutzen und mit den Akteuren gemeinsam nach Wegen zu suchen, präventive



Bemühungen im Stadtteil zielgerichteter und effektiver einzusetzen. Diesem Ziel möchten wir mit der Konferenz näher kommen.

Abbildung 3

Abbildung 4

Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Prävention und Gesundheitsförderung aus systemischer Sicht

Seit der Ottawa-Konferenz von 1986 (WHO, 1986) hat sich der Begriff „Gesundheitsförderung“ im Sprachgebrauch der organisierten Prävention so nachhaltig durchgesetzt, dass „viele Beteiligte und Beobachter von einem regelrechten Paradigmenwandel in der Prävention sprechen“ (Franzkowiak/Sabo, S.11). Da sich der Präventionsbegriff im gleichen Zeitraum nicht hat verdrängen lassen, trifft man in der professionellen Praxis auf eine Reihe von Maßnahmen, die sich entweder als „Prävention“ oder als „Gesundheitsförderung“ bezeichnen, sich aber zumindest auf den ersten Blick nicht ohne weiteres voneinander unterscheiden lassen (Hafen, 2004).

Das führt dazu, dass zwischen Präventions- und Gesundheitsförderungsfachleuten immer wieder engagierte Abgrenzungsdiskussionen geführt werden, ohne dass die Kriterien für die Bestimmung der Grenzen zwischen den beiden Disziplinen sauber herausgearbeitet wurden. Diese Beobachtung der Gemeinsamkeiten und Differenzen von Prävention und Gesundheitsförderung soll nachfolgend auf der Basis einer systemischen Theorie von Prävention und Gesundheitsförderung geschärft werden (Hafen 2005). Dabei wird der vielleicht etwas überraschende Weg gewählt, zuerst die Prävention von der Behandlung zu unterscheiden und auf der Basis dieser Unterscheidung Prävention und Gesundheitsförderung zueinander in Bezug zu setzen.

Prävention, Behandlung und Früherkennung

Will man die Form der Prävention untersuchen (also schauen was Prävention „ist“), bietet sich (wie immer) an zu schauen, wovon sie sich unterscheidet. Richtet man den Blick dabei auf das eigentliche Gegenteil von Prävention, die Behandlung, dann stellt man fest, dass die beiden Zugänge so unterschiedlich gar nicht sind (Hafen 2003). Prävention und Behandlung können analog zu Gesundheit und Krankheit als zwei Seiten einer Unterscheidung und demnach als sich wechselseitig ergänzend gesehen werden. So wie es keine Krankheit ohne Gesundheit (absolute Krankheit) und keine absolute Gesundheit gibt (sondern die beiden Aspekte ein Kontinuum bilden, das sich im Laufe des Lebens laufend verändert), so gibt es – das ist die These – auch keine Behandlung ohne präventive Aspekte und keine Prävention, die nicht gleichzeitig behandelnd operiert. Der erste Teil dieser These lässt sich relativ einfach plausibel machen: Selbst eine eindeutig

behandelnde Massnahme wie die operative Entfernung eines Lungentumors hat eine präventive Funktion – sei es die Verhinderung von Metastasenbildung, sei es die Vermeidung des Krebstodes des Patienten oder der Patientin.

Betrachten wir die Form der Behandlung, so können wir feststellen, dass die Behandlung bestrebt ist, einen gegenwärtigen unerwünschten Zustand (eine Krankheit, Sucht, Gewalt etc.) durch ihre Maßnahmen so zu bearbeiten, dass er verschwindet oder sich zumindest nicht verschlimmert. Einer negativ bewerteten Gegenwart wird also eine positiv(er) bewertete Zukunft gegenüber gestellt, die es durch die Maßnahmen zu erreichen gilt. Bei der Prävention sieht diese Ausgangslage komplexer aus: Da die Gegenwart hier positiv beurteilt wird (noch keine Sucht, Krankheit, Gewalt etc. vorhanden), ergibt sich die paradoxe Situation, dass die Prävention mit ihren Maßnahmen einen gegenwärtigen Zustand so verändert, dass er so bleibt wie er ist, dass die Probleme also auch in Zukunft nicht auftreten.

Forscht man nach, wie die Prävention ihre grundlegende Paradoxie auflöst, trifft man auf die behandelnden Aspekte der Prävention: Da die Prävention immer nur gegenwärtig operieren und nicht in die Zukunft ausgreifen kann, hat sie keine andere Möglichkeit, als Einflussfaktoren (Mitursachen) für die zu verhindernden Probleme zu definieren und zu versuchen, diese Einflussfaktoren zu beeinflussen. So rücken Risiko- (z.B. zu niedrige Zigarettenpreise oder ein hoher Gruppendruck zu rauchen) und Schutzfaktoren (z.B. die Selbstwirksamkeitserwartung oder das Kohärenzgefühl), die es zu minimieren bzw. zu fördern gilt, in den Fokus der Prävention. Mit anderen Worten: Prävention ist – immer! – Ursachenbehandlung, und die Vielfalt der Einflussfaktoren bei Problemen wie Sucht oder Gewalt ist es, die Prävention zu einer so komplexen Aufgabe macht, deren Wirkung (die Verhinderung eines bestimmten Problems) vor allem langfristig kaum gemessen werden kann.

Um bei allen Gemeinsamkeiten noch sinnvoll zwischen Prävention und Behandlung unterscheiden zu können, muss das zur Diskussion stehende Problem in Augenschein genommen werden. Ist das Problem (Sucht, Krankheit, Gewalt etc.) bei den Zielpersonen manifest vorhanden, wäre von Behandlung zu sprechen, wobei die präventiven Aspekte der Behandlung immer zu berücksichtigen sind. Sind die Probleme bei den Zielpersonen noch nicht aufge-

treten, ändert sich die Ausgangslage grundlegend, denn es besteht kein individueller Bezug zu diesen Problemen, die in der Zukunft mit einer gewissen statistischen Wahrscheinlichkeit auftreten werden. Bei wem die Probleme sich manifestieren werden ist zumindest unsicher; selbst eine Definition von Risikogruppen bringt nur eine sehr ungenaue, statistisch gesicherte Vorstellung davon, wer eher gefährdet ist und wer weniger. Da die präventiven Maßnahmen keinen direkten Problembezug herstellen können, sind sie (wie erwähnt) auf die Bearbeitung von Einflussfaktoren eingeschränkt. Die systematische Beobachtung von Anzeichen der zu verhindernden Probleme und die Einleitung von Behandlungsmaßnahmen schliesslich wird durch die Früherkennung gewährleistet – ein Zugang, der von der Form her der übrigen Diagnostik entspricht, durch das frühe Einsetzen der Behandlung aber zur Verhinderung einer Chronifizierung des Problems beitragen kann.

Die herkömmliche Begrifflichkeit der Prävention

Setzt man die viel genutzte Unterscheidungskette von Caplan (1964) – Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention – in Bezug zu diesem Kontinuum von Prävention, Früherkennung und Behandlung, dann lässt sich die Tertiärprävention einfach der Behandlung zuordnen – eine Behandlung, die sich an Personen mit einem konkreten Problembezug richtet und dabei die präventiven Aspekte der Behandlung (die Verhinderung von Folgeproblemen) betont. Der Begriff Sekundärprävention wird dann auf die Bedeutung der Früherkennung/Frühbehandlung reduziert, da der bisweilen auch mit „Sekundärprävention“ in Verbindung gebrachte Aspekt der Risikogruppen-Orientierung den gleichen Problemen unterworfen ist, wie die Prävention selbst: Bei den Zielpersonen ist das Problem noch nicht aufgetreten, und es gibt nur sehr unpräzise, statistisch genährte Vorstellungen darüber, wer von den Risikogruppen-Mitgliedern nun ein Problem entwickeln wird und wer nicht. Wenn die Begriffe Tertiärprävention und Sekundärprävention durch Behandlung und Früherkennung ersetzt werden, gibt es keinen Anlass mehr dafür, von Primärprävention zu sprechen, da es ausschliesslich um Maßnahmen geht, die soziale und individuelle Einflussfaktoren für ein noch nicht bestehendes Problem zu beeinflussen versuchen (vgl. dazu auch Hafen 2001).

Ebenfalls in die Unterscheidung von Prävention, Früherkennung und Behandlung integriert werden kann die Unterscheidung in universelle, selektive und indizierte Prävention von Gordon (1987). Während die „indizierte Prävention“ nach unserem Modell eine Form

von Frühbehandlung darstellt, beziehen sich die beiden andern Begriffe auf den Grad der Zielgruppenbestimmung: Universelle Prävention richtet sich an die ganze Bevölkerung bzw. sehr grosse Zielgruppensegmente; die selektive Prävention auf der andern Seite visiert klar definierte Zielgruppen an – etwa die oben erwähnten Risikogruppen, Bevölkerungsgruppen mit einem spezifischen Migrationshintergrund oder Gruppen aus benachteiligten Stadtteilen.

Was ist Gesundheit?

Bevor wir uns auf der Basis der bisherigen Ausführungen dem Vergleich von Prävention und Gesundheitsförderung widmen, sollten wir jedoch eine Vorstellung davon haben, was wir unter der Gesundheit verstehen, die gefördert werden soll. Wir lassen uns dabei durch die soziologische Systemtheorie leiten, die in den letzten Jahren immer mehr auch als eine Theorie der Beobachtung konzipiert worden ist. Beobachtung wird von Luhmann (1997, S.69) als Bezeichnung im Kontext einer Unterscheidung konzipiert. Das bedeutet, dass sich kein Phänomen (kein Ding) bezeichnen lässt, wenn es nicht in Differenz zu etwas anderem (und sei es nur dem „Nicht-Ding“) gesetzt werden kann. Alle Wörter und Begriffe konstituieren sich demnach über die andere Seite der Unterscheidung, die ihnen zugrunde liegt. Was wäre links ohne rechts, was oben ohne unten, was ein Tisch, wenn er sich nicht von andern Dingen unterscheiden ließe?

Lässt man sich bei der Beobachtung der professionellen Praxis durch diese Unterscheidungstheoretischen Vorgaben leiten, fällt auf, dass die andere Seite der Unterscheidung bei vielen gebräuchlichen Praxisbegriffen systematisch außer Acht gelassen wird. Exemplarisch ist dies beim Gesundheitsbegriff: Zumindest seit der WHO-Definition von 1946 wird immer wieder versucht, die andere Seite des Gesundheitsbegriffs konsequent auszublenden. Unterscheidungstheoretisch gesehen ist dieses Unterfangen aussichtslos: Es ist nicht möglich, Gesundheit zu definieren, ohne anzugeben, wodurch sich Nicht-Gesundheit auszeichnet. Natürlich kann man versuchen, Gesundheit mit einem äquivalenten Begriff zu umschreiben, so wie die WHO dies mit „umfassendem Wohlbefinden“ tut. Doch damit verschiebt sich das eigentliche Definitionsproblem nur, denn man wird angeben müssen, wovon sich „Wohlbefinden“ unterscheidet. Wir könnten „Wohlbefinden“ gar nicht erkennen, wenn es nicht etwas gäbe (z.B. Unwohlsein), von dem sich dieses Wohlbefinden unterscheiden ließe.

Drei Definitionen von Gesundheit

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ WHO, 1948 (zit. in WHO 1998).

„Within the context of health promotion, health has been considered less as an abstract state and more as a means to an end which can be expressed in functional terms as a resource which permits people to lead an individually, socially and economically productive life. Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities“ WHO, 1998.

„Gesundheit ist ein „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“ Hurrelmann, 1990.

Auch die Beschreibung der Gesundheit als „Ressource“ (WHO 1998, 1) hilft da nur wenig weiter, denn es bleibt ungeklärt, wovon sich diese Ressource „Gesundheit“ unterscheidet. Der Ressourcenbegriff selbst beschreibt nur, was die Gesundheit ermöglicht: „to lead an individually, socially and economically productive life“ und nicht was Gesundheit auszeichnet. Das gilt auch für Hurrelmanns Definition, bei der sich neben der Bestimmung von „subjektivem Befinden“ vor allem auch das Problem ergibt zu definieren, was denn „objektives Befinden“ sein könnte.

Wenn wir nach der andern Seite der Gesundheit suchen, stoßen wir unweigerlich auf Begriffe, die Phänomene der „Ungesundheit“ und deren Ursachen bezeichnen: psychische oder körperliche Krankheiten, körperliche Verletzungen, soziale Pathologien oder ökologische Probleme. Wir widersprechen damit der (in Anlehnung an die frühe WHO-Definition) immer wieder geäußerten These, dass sich Gesundheit anders als über die Abwesenheit von Krankheit bestimmen ließe. Es gibt kein positives Merkmal für die Definition von Gesundheit (Simon 1993: 275), aber eine unabschließbare Liste mit Merkmalen von „Nicht-Gesundheit“ auf der andern Seite der Unterscheidung.

Wenn wir diese Überlegungen weiter führen, können wir formulieren, dass der Gesundheitsbegriff insofern ein „ganzheitlicher“ Begriff ist, als er die praktisch unerfassbare Menge von Phänomenen und Ursachen dieser Phänomene ausblendet, über die er sich mangels positiver

Bestimmungsmerkmale definiert. Das bedeutet, dass die Rede von „Gesundheit“ nur beschränkten Informationswert hat, was sich z.B. am Begriff „Gesundheitssystem“ zeigt, geht es doch im Medizinsystem (so die Terminologie der Systemtheorie) immer um die Behandlung und die Prävention von Krankheiten. Der Gesundheitsbegriff selbst ist nicht operationalisierbar; er ist – um es mit der Systemtheorie zu formulieren – nicht der Designationswert der Unterscheidung gesund/krank, sondern der Reflexionswert, der Wert also, der es erlaubt, das Entstehen und Verschwinden von Krankheit zu erkennen.

Prävention und Gesundheitsförderung

Lenkt man den Blick nach diesen Ausführungen zum Gesundheitsbegriff auf die Gesundheitsförderung, dann stellt sich die Frage, ob diese Disziplin wirklich grundsätzlich anders operiert als die Prävention oder ob sie ebenfalls darauf limitiert ist, Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu bearbeiten. In der Praxis wird bisweilen argumentiert, dass die Prävention immer bestimmte Probleme zu verhindern trachte, während die Gesundheitsförderung in erster Linie die Ressourcen der Zielpersonen fördere und ihre unmittelbare Lebenswelt zu Veränderungen anrege, welche die Gesundheit der einzelnen Menschen fördern. Meist wird nicht berücksichtigt, dass bei dieser Argumentation zwei ganz unterschiedliche Aspekte vermengt werden: Aspekte der Funktion und Aspekte der Methodik.

Auf der Ebene der Funktion lässt sich sagen, dass die Gesundheitsförderung die Förderung der Gesundheit nur dadurch erreichen kann, dass sie Faktoren beseitigt, welche die Gesundheit vermindern: Krankheiten, Sucht, soziale Probleme wie Gewalt, Armut etc. Die Verminderung dieser Aspekte kann einerseits direkt (als Behandlung) oder über die Bearbeitung von Einflussfaktoren geschehen wie bei der Prävention. Da die Gesundheitsförderung einem nicht empirisch bestimmbareren Gesundheitsbegriff folgt, kann sie sich erlauben, die gesundheitsmindernden Faktoren, die sie beseitigen oder verhindern will, in ihrer Argumentation in den Hintergrund zu stellen (ganz ähnlich wie die so genannte „unspezifische Prävention“). Ein Projekt wie „Bewegung im Park“, das sich an im Büro arbeitende Personen richtet, blendet seine funktionalen Aspekte in der Regel aus. Natürlich wissen die Initiatoren/innen des Projekts, dass Bewegungsarmut Folgen wie Haltungsschäden oder Herz-Kreislauferkrankungen mit sich bringt, welche die Gesundheit beeinträchtigen; doch es ist methodisch sinnvoll, das Gesundheitsförderungsprojekt nicht als Herz-Kreislaufkrankheits-Präventionspro-

jekt zu anzubieten, denn wer wollte an einem solchen Projekt schon teilnehmen.

Wenn es auf der funktionalen Ebene zwischen der Prävention und der Gesundheitsförderung kaum Unterschiede gibt, wie steht es dann mit der Methodik? Kann sich die Prävention erlauben, darauf zu verzichten, die Ressourcen ihrer Zielpersonen zu aktivieren und eine Semantik zu pflegen, die dem Publikum nicht auf Anhieb die Lust am Mitmachen vergällt? Ein Blick auf die Vielfalt präventiver Aktivitäten zeigt, dass dem (natürlich) nicht so ist. Man kann sogar argumentieren, dass nicht einmal vornehmlich behandelnde Fachpersonen wie Sozialarbeiter/innen oder Psychotherapeuten/innen darauf verzichten können, immer auch die Ressourcen ihrer Zielpersonen und andere salutogenetische Faktoren (Schutzfaktoren) zu aktivieren und den Blick dabei nicht nur auf das halbleere, sondern auch auf das halbvoll Glas zu richten.

Wie wichtig gesundheits-generierende Aspekte und sozialstrukturelle Ansätze sind, hat die Gesundheitsförderung im Zuge der Ottawa Charta immer wieder gezeigt, und es hat die Kooperation mit der Prävention enorm erleichtert, dass die Suchtprävention und andere Präventionsformen seit Jahrzehnten mit vergleichbaren Konzepten (Schutzfaktorenkonzepte, Verhältnisprävention) operieren.

Ein Fazit

Was lässt sich nun für die professionelle Praxis aus diesen Ausführungen ableiten? Vorerst kann man sagen, dass es nahe liegt, sich den Fachleuten anzuschließen, welche die Begriffe „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ integrativ und nicht trennend verwenden. Von der hier eingeführten Theorie her gesehen gibt es keine Argumente dafür, Prävention und Gesundheitsförderung grundsätzlich zu unterscheiden. Beide Disziplinen machen von der formalen Ausrichtung her dasselbe (Behebung von individuellen und sozialen Risikofaktoren bzw. Förderung von individuellen oder sozialen Schutzfaktoren), und auch methodisch lassen sich bestenfalls punktuell Unterschiede erkennen. Versucht man wie Faltermaier (1999), eine grundsätzliche Unterscheidung von Prävention und Gesundheitsförderung zu belegen, dann gelingt dies nur, wenn man einerseits diese Differenz von Funktion und Methode vernachlässigt und wenn man andererseits Begriffe wie Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsförderung und Prävention, Schutzfaktoren und Risikofaktoren nicht als zwei Seiten einer Unterscheidung, sondern isoliert betrachtet.

Aber: Auch wenn man davon ausgeht, dass den Abgrenzungsdiskussionen zwischen den Disziplinen aus theoretischer Sicht jede Grund-

lage fehlt, so muss man anerkennen, dass die Begriffe auf der semantischen Ebene eine Tradition haben, die berücksichtigt werden muss. Die immense Promovierung des Gesundheitsförderungsbegriffs durch die WHO seit nunmehr fast zwanzig Jahren hat strukturelle Auswirkungen – auch wenn die Gesundheitsförderung inhaltlich von der Prävention nicht zu unterscheiden ist. Mit den hier verhandelten Begriffen sind Organisationsbildungen und persönliche Karrieren verbunden, und es ist davon auszugehen, dass die ermüdenden Abgrenzungsdiskussionen in der professionellen Praxis maßgeblich mit diesen strukturellen Begebenheiten zusammenhängen. Daher spricht wenig dagegen, die Begriffe synonym zu verwenden oder „Gesundheitsförderung“ als (die Prävention umfassenden) Überbegriff einzusetzen. Ergänzend zu dieser pragmatischen Verwendung dieser Begriffe in der Praxis lohnt es sich aber doch, sich im Sinne einer weiteren Professionalisierung der Handlungsfelder im fachlichen Diskurs um theoretisch abgestützte, klar definierte Begriffe zu bemühen.

Literatur

- Caplan, Gerald (1964): Principles of preventive psychiatry. New York/London.
- Faltermaier, Toni (1999): Subjektorientierte Gesundheitsförderung: Zur Konzeption einer salutogenetischen Praxis. In: Röhrle, B./Sommer, G. (Hg.) (1999): Prävention und Gesundheitsförderung – Fortschritte in der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band 4. Tübingen, S. 27-52.
- Franzkowiak, Peter/Sabo, Peter (Hg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz.
- Gordon, Robert (1987): An Operational Classification of Disease Prevention. In: Sternbert, Jane A./Silverman, Morton M. (Hg.) (1987): Preventing Mental Disorders: A Research Perspective. Washington, DC, S. 20-26.
- Hafen, Martin (2001): Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf allen Ebenen. In: Abhängigkeiten – Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung 1/01: S. 33-49.
- Hafen, Martin (2003): Was unterscheidet Prävention von Behandlung? In: Abhängigkeiten – Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung 2/03: S. 21-33.
- Hafen, Martin (2004): Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? In: Prävention 1/2004: S. 8-11 (Rubrik Theorien und Konzepte).

- Hafen, Martin (2005): Systemische Prävention – Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen. Heidelberg.
- Hurrelmann, Klaus (1990): Sozialisation und Gesundheit. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch. Göttingen, S. 93-101.
- Simon, Fritz B. (1993): Die andere Seite der Krankheit. In: Baecker, Dirk (Hg.) (1993): Probleme der Form. Frankfurt am Main: S. 266-289.
- World Health Organization WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa.
- World Health Organization WHO (1998): Health Promotion Glossary. Geneva.

Kontakt:

Dr. Martin Hafen
Dozent an der HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern (Fachbereich Prävention)
Werftstr. 1
Postfach 3252
CH-6002 Luzern
Telefon: 0041 +61 367 48 81
E-Mail: mhafen@hsa.fhz.ch.

Gemeinsame Herausforderungen von Kriminal-, Sucht- und gesundheitsbezogener Prävention – Sozialraumorientierte Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen

Innerhalb der deutschen Gesundheitspolitik konnte in den letzten beiden Jahren die Prävention und Gesundheitsförderung eine besondere Aufwertung verzeichnen. Waren Gesundheitsförderung und Prävention bislang nur Randthemen, die sich bislang nur der Aufmerksamkeit weniger zuständiger Stellen und einiger Idealisten/innen erfreuten, wurde politisch heftig über einen neuen Stellenwert gerade dieser Bereiche gestritten. Trotz der Ausarbeitung einer Kompromisslinie zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziales und den Bundesländern unter maßgeblicher Beteiligung der sogenannten „B-Länder“ (Länder, die von den Oppositionsparteien im Bund regiert werden, also im Bundesrat gegen Gesetzesentwürfe der Regierung stimmen) scheiterte das deutsche Präventionsgesetz im Sommer 2005 in den Auseinandersetzungen des vorgezogenen Bundestagswahlkampfes. Aber bereits in den Koalitionsvereinbarungen der großen Koalition wurde eine Aufwertung der Prävention in Deutschland erneut festgehalten und die vierte Säule Prävention im Gesundheitswesen heraufbeschworen.

Dabei kann Prävention in anderen Bereichen als dem Gesundheitswesen längst auf ein hohes Maß an Etablierung und struktureller Verankerung zurückblicken. Selbst die Politikbereiche, die bislang mit dem Präventionsbegriff im klassischen Sinne wenig anfangen konnten, wie die Kinder- und Jugendhilfe, haben auf die erwartete Neustrukturierung im Gesundheitsbereich reagiert und eine erstaunliche Aufwertung der Gesundheitsförderung betrieben. Die deutsche Jugendministerkonferenz hat in ihrer Sitzung am 12./13. Mai 2005 in München einstimmig eine Entschließung zur „Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ verabschiedet und die „Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe“ dabei definiert. In Punkt 2 der Entschließung heißt es: „Die Jugendministerinnen und Jugendminister werden insbesondere darauf hinwirken, dass die Kinder- und Jugendhilfe von der Jugendarbeit, der Eltern- und Familienbildung bis hin zu den Hilfen zur Erziehung gesundheitliche Belange konsequent berücksichtigt und gesundheitsfördernde Potenziale und Kompetenzen junger Menschen und ihrer Eltern stärkt“ (Jugendministerkonferenz, 2005, S. 1 [http://www.stmas.bayern.de/familie/jugendhilfe/jmk.](http://www.stmas.bayern.de/familie/jugendhilfe/jmk.htm#jahr2005)

[htm#jahr2005](http://www.stmas.bayern.de/familie/jugendhilfe/jmk.htm#jahr2005), Zugriff 10/2005).

Damit greift die Jugendministerkonferenz in Deutschland eine der zentralen Forderungen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung auf, die Gesundheitsförderung als „ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nicht-staatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien“ (Franzkowiak, Sabo, 1993, S. 97) definiert hat. Trotz dieser grundsätzlichen Neuausrichtung auf die Bedingungen, unter denen Gesundheit im Alltag hergestellt wird, haben die meisten deutschen Präventionsprogramme die Krankheitsvermeidung in den Mittelpunkt gestellt, insbesondere die Bereiche der Sucht- und Aidsprävention sowie die durch die gesetzlichen Krankenkassen betriebenen gesundheitsbezogenen Präventionsprogramme in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung sind hier zu nennen. Gesundheitsförderung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation hat sich bislang nur in einigen Settingansätzen in Deutschland weiterentwickelt.

Der Settingansatz stellt eine Kernstrategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung dar. Dem Settingansatz 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.

Alle gesundheitsbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze sind bislang zu wenig miteinander vernetzt worden und haben zu wenig Entwicklungen in anderen Präventionsbereichen aufgegriffen, insbesondere wurde das weite Feld der Kriminal- und Unfallprävention fast völlig ausgeblendet. Nachfolgend sollen deshalb einige parallele Entwicklung in allen genannten Bereichen skizziert werden und ein träger- und sektorenübergreifendes Verständnis für die Wechselwirkungen von sozialer Lage, Bildung und Gesundheit entwickelt werden. Der Ausblick befasst sich mit

den Herausforderungen von mehr sozialraum- und zielgruppenorientierten Präventionsmaßnahmen.

Gemeinsame Herausforderungen und Probleme unterschiedlicher Präventionsbereiche

Heute werden nicht nur die meisten Versorgungsbereiche, sondern auch die meisten Präventionsansätze von unterschiedlichen Trägern organisiert und aus ebenso unterschiedlichen Quellen finanziert. Schaut man sich allein die Aufgaben einer bereits existierenden, bundesweiten Präventionsstiftung an, so wird man große Ähnlichkeiten mit der im gescheiterten Präventionsgesetz vorgesehenen Bundesstiftung erkennen. Die bereits etablierte Präventionsstiftung hat folgendes Aufgabenprofil:

- Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Öffentlichkeitsarbeit
- Präventionsforschung
- Unterstützung und Initiierung von Präventionsprojekten und präventiven Programmen
- Beratung, Information und Fortbildung
- Stärkung der Eigen- und Mitverantwortung des Einzelnen
- Gewinnung von öffentlichen und privaten Entscheidungsträgern
- Evaluationskonzept
- Förderung von Kommunikation und Kooperation von Entscheidungsträgern
- Sachstandserhebung der bundesdeutschen Präventionslandschaft, Schwachstellenanalyse
- Erfassung der „Best Practice“
- Zielgruppenorientierte Beratung
- Fachveranstaltungen, Fortbildungen
- Informations- und Erfahrungsaustausch mit europäischen und internationalen Stellen für Prävention

Nur ist die bereits existierende Stiftung, das Deutsche Forum Kriminalprävention (DFK) innerhalb des Gesundheitsversorgungs- und Gesundheitsförderungssektors so gut wie unbekannt, weil Kriminalprävention pauschal einem ganz anderen Sektor, dem der jeweiligen Innenministerien und der Polizei zugeschlagen wird. Dem DFK gehören neben dem Bund und allen Bundesländern 23 private Institutionen, Organisationen und Unternehmen an, darunter Großunternehmen wie die Deutsche Telekom und die Deutsche Bahn AG, die Kirchen und Medien. Das Stiftungskapital ist mit bislang knapp drei Millionen Euro relativ niedrig. Im Kuratorium sitzen fünf Bundesministerien (Inneres, Justiz, Verbraucherschutz, Familie und Forschung). Ein solch sektorübergreifender Ansatz ist für die vom Bundesgesundheitsministerium geplante Präventionsstiftung nicht einmal angedacht worden.

Innerhalb des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems wird nach wie vor zu sektoral gedacht, dass heißt, es werden vor allem die Routinen, Kooperationspartner und gesetzlichen Grundlagen des eigenen Wirkungsbereiches in den Vordergrund gestellt. Auf Bundes- und Länderebene existieren in vielen Bereichen unterschiedliche, präventionsrelevante Regelungen. Für die Bundesebene hat Walter (2003) die unterschiedlichen Regelungsgrundlagen und Bearbeitungstiefen dieser insgesamt eher diffusen Präventionslandschaft genauer analysiert. Sie kommt zu dem Schluss, dass „Prävention von den Trägern mit sehr unterschiedlicher Tradition und in unterschiedlicher Differenzierung ausgefüllt wird. Generell bestehen in allen Bereichen erhebliche Potenziale zur Stärkung und Optimierung der Prävention. Hierzu sind teilweise Veränderungen und Konkretisierungen in rechtlichen Einzelregelungen erforderlich. Insbesondere Bereiche, in denen gesundheitsbezogene Prävention nicht bzw. kaum in den Gesetzbüchern erwähnt wird, wie in der Arbeitsförderung und in der Kinder- und Jugendhilfe, ist eine explizite Aufnahme geboten. Gesetzbücher ohne präventiv wirksame Leistungsgesetze wie die Pflegeversicherung sind entsprechend zu ergänzen“ (Walter, 2003, S.340). Allein die Verwendung unterschiedlicher Begrifflichkeiten zeigt auch signifikant sich unterscheidende Präventionskonzepte und -ansätze. Die Kooperation unterschiedlicher Sektoren funktioniert nur dort, wo gesetzliche Regelungsgrundlagen gegeben sind, z.B. zwischen Kranken- und Unfallversicherungen. „Nicht gesetzlich verpflichtende Kooperationen erfolgen nur vereinzelt, vor allem in Modellprojekten, aus strategischem Interesse und sind vom Engagement Einzelner geprägt. Übergreifende freiwillige Rahmenvereinbarungen liegen kaum vor. Die bloße Möglichkeit von Kooperationen reicht nicht aus. Kooperationsbarrieren bestehen besonders zwischen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereiches“ (Ebenda, S.342).

Auf Länderebene ist ebenfalls eine heterogene Regelungsdichte für präventionsrelevante Bereiche gegeben, die zwischen den einzelnen Bundesländern sehr stark variieren können, was den Stellenwert von Prävention explizit und implizit in den länderspezifischen Gesetzesgrundlagen anbelangt. Hier sind insbesondere die Öffentlicher-Gesundheitsdienst-Gesetze, die Schulgesetze, die Landesjugendhilfepläne nach SGB VIII, das Landesumweltrecht sowie die Rahmenvereinbarungen zur Gruppenprophylaxe nach §21, SGB V zu nennen. Ländervergleichende Analysen liegen für diesen Bereich in Bezug auf Präventionsrelevanz nicht vor.

Aber nicht nur die genannten Sozialversicherungszweige und Versorgungsbereiche weisen eine hohe Divergenz bezüglich des Stellenwertes und des Verständnisses von Prävention auf, auch innerhalb des Präventions- und Gesundheitsförderungsbereiches selbst lassen sich unterschiedliche Präventionskonzepte und eine große Trägervielfalt konstatieren. Schon innerhalb der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention selbst ist eine gewisse Unübersichtlichkeit von Zuständigkeiten und Angeboten festzustellen. Dabei stehen alle genannten Präventionsbereiche vor den gleichen Herausforderungen, nämlich:

- bildungsferne Schichten zu erreichen,
- frühe und vernetzte Hilfen anzubieten,
- sozialraumbezogene Programme zu entwickeln, insbesondere für Stadtteile mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Gruppen,
- sektorenübergreifend und interdisziplinär zu arbeiten,
- geschlechtergerecht und kulturspezifisch zu arbeiten (insbesondere männer- und jugendspezifische Angebote zu entwickeln),
- eine solide Finanzierungsbasis herzustellen,
- Qualitätsstandards zu entwickeln und zu implementieren (vgl. Altgeld, 2005, S.247).

Am Beispiel der Gewaltprävention, einem in Deutschland sehr gut verankerten Präventionsfeld, dessen Mittelausstattung vergleichbar mit dem Feld der gesundheitsbezogenen Prävention ist, sollen diese gemeinsamen Problemlagen und Herausforderungen näher erläutert werden. Zunächst soll dabei eine Definition von Gewaltprävention gegeben werden. Nach dem Kommentar von Schatz für das Onlinehandbuch zum SGB VII bezeichnet Gewaltprävention „alle institutionellen und personellen Maßnahmen, die der Entstehung von Gewalt vorbeugen bzw. diese reduzieren. Diese Maßnahmen zielen ab auf die Person selbst, auf die Lebenswelt dieser Adressaten, wie auch auf den Kontext der sie tangierenden sozialen Systeme.“ (<http://www.sgbviii.de/S84.html>, Zugriff 10/2005). Auch in der Gewaltprävention sind die drei Präventionsebenen der primären, sekundären und tertiären Prävention definiert worden und relevant: „Primäre Prävention strebt generell die Verhinderung im Vorfeld an, indem sie gewaltfördernde Bedingungen aufdeckt und verändert bzw. den Adressaten zum adäquaten kompetenten Umgang damit befähigt. Sekundäre Prävention zielt ab auf vorbeugende Maßnahmen bei bereits identifizierten Personengruppen und betreibt sowohl Schadensminderung als auch Kompetenzförderung durch gezielte person-, sozialraum- und institutionsbezogene Programme. Tertiäre Prä-

vention beabsichtigt durch spezifische rehabilitative oder resozialisierende Maßnahmen eine Verhinderung des Rückfalls. Akzeptiert man diese Differenzierung, so erübrigt sich der Begriff der Intervention als eine eingreifende Maßnahme bei bereits bestehenden Schwierigkeiten“ (Ebenda). Auch die definierten Ziele von Gewaltprävention unterscheiden sich kaum von Zielkonzepten der Suchtprävention oder Prävention von Essstörungen. Als Ziele formuliert Schatz nämlich:

- die Stärkung des Selbstkonzeptes,
- die Reflexion des eigenen Selbst und Stärkung der Persönlichkeit,
- die Ausbildung sozialer Wahrnehmung,
- die Schaffung von Konfliktfähigkeit,
- kontrolliertes Handeln,
- insgesamt die Vermittlung sozialer Kompetenzen (vgl. ebenda).

Lediglich die langfristigen Zielstellungen wie eine Vermeidung von Straffälligkeit und soziale Akzeptanz durch sozial integriertes Verhalten der Adressaten sind quasi gewaltpräventionspezifisch. Innerhalb der Gewaltprävention wird ähnlich wie für den Gesundheitsförderungsbereich (vgl. Rosenbrock u.a. 2004, Altgeld, 2000) eine Überbetonung von individualszentrierten Ansätzen gegenüber verhältnispräventiven Interventionen kritisiert: „Zu selten zielen Gewaltpräventionsprogramme ab auf die Lebenswelt der Adressaten und deren sozialen Kontext und damit auf sozialstrukturelle und institutionelle Veränderungen“ (Schatz, 2005, <http://www.sgbviii.de/S84.html>, Zugriff 10/2005).

Ein Fazit des Referenzpapiers zu wirksamer, leitlinienorientierter Kriminalprävention, des „Düsseldorfer Gutachtens“, lautet: „Frühe und intensive Förderung von Kindern und Jugendlichen in Problemfamilien mit Überlegungen zu einem Mentoren- oder Pflegefamilienprogramm, abgerundet und vernetzt mit Vorschulprogrammen zur kognitiven und sozialen Stärkung, Elternschulung zur kompetenten Erziehung und Schulprogramme, die Lehrer-, Eltern- und Schülertraining verbinden. Es geht um eine Multisystem-Therapie, die alle Beteiligten zu verantwortungsvollem Verhalten bewegt“ (Landeshauptstadt Düsseldorf, 2002 S.63). Die Qualitätsdiskussion in diesem Bereich wird bereits länger geführt. Bereits 1998 hat die Aktion Jugendschutz Kriterien für Anti-Gewalt-Präventionsprojekte formuliert, die zumindest den im Bereich der Gesundheitsförderung diskutierten Qualitätsanforderungen sehr ähnlich sind, weil unter anderem die Verwendung des Peer-Ansatzes gefordert wird, genauso wie die Förderung von Lebenskompetenzen, ein klarer Begründungszusammenhang (z.B. von Konflikt – Gewalt), eine gemeinsame Visi-

ons- und Zielbestimmung mit den Betroffenen, die Langfristigkeit und Kontinuität von Maßnahmen, Ganzheitlichkeit im Menschenbild, Vernetzung im Sozialraum mit der Möglichkeit gemeinwesenorientierter Erweiterung, die Prozessorientierung, die Berücksichtigung des systemischen Kontextes, die altersgruppen- und geschlechtsspezifische Orientierung und ein möglichst frühzeitiger Präventionsbeginn.

Den Sozialraum, insbesondere den sozial benachteiligten Stadtteil, als „idealen“ Interventions-Ort hat auch die Gewalt- und Kriminalprävention längst entdeckt. In den „Empfehlungen“ der Expertise „Prävention von Kinder- und Jugendkriminalität und -gewalt in Großstädten“ heißt es dazu: „In den meisten Fällen ist eine sozialraumorientierte Vorgehensweise in Großstädten der sinnvolle Weg, denn der Ort, an dem Gewalt und Kriminalität von Jugendlichen auffällig werden, ist oft das Quartier. Hier finden sich auch die Partner – Einrichtungen, Personen –, mit denen präventive Strategien umgesetzt werden können. Deshalb sollten Präventionskonzepte, die erfolgreich sein wollen, hier ansetzen. Elementare Voraussetzung für eine sozialraumorientierte Strategie ist allerdings ein kleinräumiger Ansatz, bei dem die Lebensweltperspektive der jugendlichen Bewohner/innen zugrunde gelegt wird“ (Camino, 2003, S.52).

Diese kurze vergleichende Betrachtung zweier Präventionsbereiche, der gesundheitsbezogenen Primärprävention und der Gewaltprävention ließe sich ohne weiteres durch Entsprechungen aus dem Bereich der Unfallprävention oder der Suchtprävention ergänzen. Bis Ende der achtziger Jahre waren beispielsweise die Programme zur Suchtprävention auf reine Wissensvermittlung hin angelegt und gingen von einer einfachen Wirkungskette Wissen – Einstellung – Verhalten aus (vgl. Riemann, 2001, S.52). Deshalb wurde primär über die Gefahren von Substanzen „aufgeklärt“ und über Abschreckungsmodelle vor den Folgen des Konsums gewarnt. Beispielhaft für diese Form der Aufklärung seien Filme über Raucherlungen oder Lungenmodelle, die im Biologieunterricht zum Einsatz kamen, genannt. Diese Sichtweise hat sich mit der einer differenzierteren Betrachtung des Suchtverhaltens grundlegend verändert, die vom eigentlichen Risikoverhalten selbst weg geht, hin zu einer Betrachtung der Ursachen für das Risikoverhalten.

Moderne Suchtpräventionsprogramme zielen daher auf die Förderung von individuellen Schutzfaktoren ab, die der Ausübung von Risikoverhaltensweisen wie beispielsweise Drogenkonsum, entgegenwirken. Kompetenz-

und ressourcenfördernde Ansätze versuchen, durch systematisches Training von sozialen und personalen Kompetenzen Kindern und Jugendlichen Alternativen zu gesundheits-schädigenden Verhaltensweisen zu vermitteln. Deshalb ist die Suchtprävention zumeist nicht substanzgebunden angelegt. Riemann benennt als übergreifende Ziele primärer Suchtprävention:

- Soziale Kompetenzen: Kontaktfähigkeit, Kommunikation, Durchsetzen
- Bewältigungsfähigkeiten: Konflikt-/Problemlösung, Entscheidungsfindung
- Ich-Stärke: Selbstsicherheit, Kontrollüberzeugungen
- Alternativen zu Drogen: Kenntnis, Nutzung
- Standfestigkeit: Neinsagen, Gruppendruck, Werbung
- Informationen über Substanzen: Wirkungsweise, Verbreitung, Suchtpotentiale (vgl. Riemann, 2001, S. 52).
- Neben einer allgemeinen Kompetenzstärkung werden aber auch für den Bereich der Suchtprävention folgende Ziele angestrebt:
- Abstinenz bei illegalen Drogen
- Hinauszögerung des Tabakkonsums, bzw. weitest gehende Abstinenz gegenüber Tabakerzeugnissen
- Selbstkontrollierter, verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol
- Bestimmungsgemäßer Gebrauch von Arzneimitteln

Die benannten Gemeinsamkeiten, was Ziele, Strategien, Interventions-Orte und Qualitätsprobleme anbelangt, werden von den jeweiligen Akteuren der Kriminal-, Sucht-, Unfall- und gesundheitsbezogenen Prävention jedoch bislang nur unzureichend wahrgenommen. Dies hängt eng zusammen mit ihrer Ansiedlung in unterschiedlichen gesellschaftlichen Sektoren. Diese Ressortverhaftetheit der unterschiedlichen Präventionsbereiche und die Zersplitterung der Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen erschwert eine engere Zusammenarbeit zusätzlich. Nur für wenige Felder beispielsweise der Sucht und Kriminalprävention lassen sich erste Ansätze koordinierter Vorgehensweisen erkennen.

Kinderarmut und die Folgen: Wechselwirkungen zwischen sozialer Lage, Bildung, Risikoverhalten und Gesundheit

Kinder und Jugendliche sind überproportional stark von Armut betroffen. Dies ist jedoch weder in Deutschland noch in anderen europäischen Ländern eine neue Entwicklung, sondern war in Deutschland schon beispielsweise seit Mitte der achtziger Jahre anhand von Sozialhilfedaten belegbar. Jeder siebte

Minderjährige in Deutschland lebt in relativer Armut. Mehr als eine Millionen Kinder oder jeder vierzehnte Minderjährige ist auf Sozialhilfe angewiesen. Das höchste Armutsrisiko tragen die jüngsten Altersgruppen, wie nachfolgende Tabelle verdeutlicht.

Alter	Anzahl der Kinder
unter 3 Jahre	228.000
3 bis 6 Jahre	231.000
7 bis 14 Jahre	416.000
15 bis 18 Jahre	122.000

Tab. 1: Anzahl der Sozialhilfe beziehenden Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Jahr 2000 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2001)

Kinderarmut in Deutschland nimmt nach wie vor zu. Bislang sind die Folgen, die Armut für die Bildungs- und Gesundheitschancen dieser Kinder, aber auch für ihre sozialen Chancen auf ein erfülltes Leben in dieser Gesellschaft hat, zu wenig betrachtet worden. Kinder und Jugendliche stellen eine Bevölkerungsgruppe dar, bei der gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen entscheidend geprägt werden und bei denen der Aufbau von Gesundheitsressourcen für das spätere Gesundheits- und Krankheitsverhalten eine wichtige Rolle spielt. Bestimmte körperliche Entwicklungsreife-Stadien sind Voraussetzung für Schulfähigkeit und Schulerfolg. Gerade deshalb kommt dem frühzeitigen Erkennen von Entwicklungs- und Chancendefiziten eine besondere Bedeutung zu.

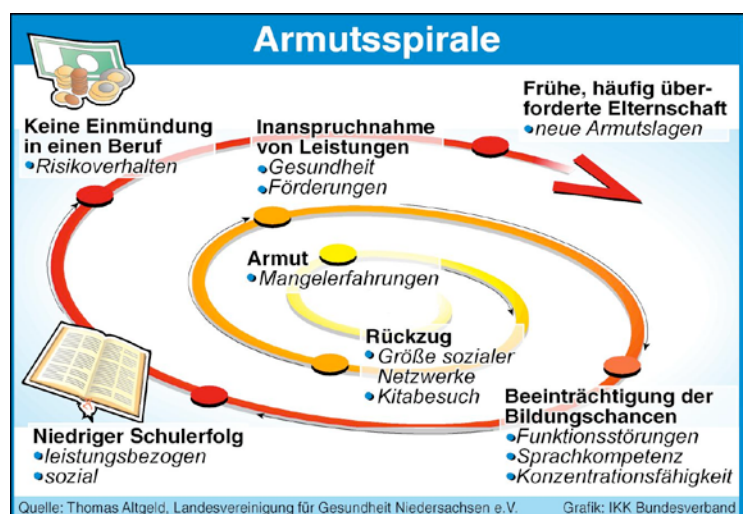
Hauser hat bereits 1989 den zutreffenden Begriff der „Infantilisierung der Armut“ (Hauser, 1989, S.126) geprägt. Trotzdem wurden Ausmaß und Auswirkungen der Kinderarmut in Deutschland erst relativ spät beforscht. Die wissenschaftlichen Veröffentlichungen aus diesem Bereich wurden quasi regierungsamtlich bestätigt durch den ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Dieser widmet der Kinderarmut eine eigenes Kapitel („Lebenslagen von Familien und Kindern“) und stellt dort u.a. fest: „Vor allem junge Familien mit kleinen Kindern tragen ein erhöhtes Armutsrisiko. Die Einkommensposition von allein Erziehenden hat sich in den 90er Jahren relativ verschlechtert. (...) Armut von Kindern ist vielfach eine Folge geminderter Erwerbs- und Einkommenschancen. Alleinerziehende Mütter und Mehrkindfamilien weisen sowohl ein erhöhtes Zugangs- als auch ein höheres Verbleibensrisiko in Armutslagen auf. Kinder sind vor allem hohen Entwicklungsrisiken ausgesetzt, wenn belastende Faktoren kumulieren“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001, S. 118).

Eine rein materielle Betrachtung von Armuts-

lagen beschreibt die Situation armer Kinder nur höchst unzureichend. Armut wirkt sich auf alle Lebensbereiche aus. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung legt jedoch einen weiter gefassten Begriff der Armut zugrunde als nur den ökonomischen. Danach werden „Kinder vor allem dann als arm bezeichnet, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- wenn die für ein einfaches tägliches Leben erforderlichen Mittel unterschritten werden,
- wenn es an unterstützenden Netzwerken für ihre soziale Integration mangelt,
- wenn sie von den für die Entwicklung von Sozialkompetenz wichtigen Sozialbeziehungen abgeschnitten bleiben,
- wenn Bildungsmöglichkeiten für ihre intellektuelle und kulturelle Entwicklung fehlen,
- wenn sie in ihrem Umfeld gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgesetzt sind,
- wenn Kinder in Familien vernachlässigt werden,
- wenn Kinder in Familien Gewalt ausgesetzt sind.“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001, S.9)

Tatsächlich korrespondiert die Einkommensarmut der Eltern in der Regel mit weiteren Armutsfolgen bei den betroffenen Personen und Familien: mit kultureller und sozialer Armut bzw. Benachteiligungen sowie gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Insbesondere diese Folgen der Armut für die kindliche Entwicklung und die Bildungschancen sind allerdings bislang schlecht untersucht. Auch die gesundheitlichen Folgen von Armutslagen bei Kindern wurden erst in den letzten Jahren genauer betrachtet. Dabei lässt sich das Zusammenwirken von Armutslagen, Bildung und Gesundheit als Armutsspirale charakterisieren (vgl. Altgeld, 2005, S.246).



Armut hat unmittelbare gesundheitliche Auswirkungen. Bereits bei neugeborenen,

Abb.1 Armutsspirale (Altgeld, 2005)

sozial benachteiligten Kindern lässt sich überdurchschnittlich oft ein unterdurchschnittliches Geburtsgewicht und eine höhere Infektionsanfälligkeit feststellen. „Die Information, dass Stillen für die Neugeborenen gesund ist, scheint bisher vor allem bei Frauen der oberen Statusgruppen angekommen zu sein“ (Mielck, 2005, S.79). Die Kumulation der Folgen von höheren Krankheitslasten, psychomotorischen Beeinträchtigungen und mangelhafter Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Förderangeboten lässt sich spätestens bei den Schuleingangsuntersuchungen deutlich als Benachteiligung für den Schulstart ablesen (vgl. Merseemann, 2000). Kinder aus armen Familien sind in ihren Bildungschancen massiv beeinträchtigt, weil sie mit erhöhten, häufig erst sehr spät erkannten gesundheitlichen und psychosozialen Auffälligkeiten eingeschult werden und das deutsche Schulsystem nicht sozialkompensatorisch angelegt ist, sondern selbst sehr schnell sozial ausdifferenziert. Viele Kinder in diesen Lebenslagen werden mangels ausreichender Fördermöglichkeiten im Grundschulbereich bereits in Förderschulen mehr oder weniger abgeschoben oder sie versagen im Rahmen der normalen Schullaufbahn relativ früh. Insbesondere Jungen aus sozial benachteiligten Familien stellen die höchste Quote an Sonderschülern und Schulabbrechern. Außerdem neigen sie früh zu gesundheitsrisikanten Verhaltensweisen, was beispielsweise Suchtmittelkonsum oder Fahrverhalten im Verkehr anbelangt. Selbst Unfälle sind keine Schicksalsschläge: „Die meisten ‚Raser‘ wurden in sozial unterprivilegierten Stadtteilen angetroffen. Mit anderen Worten, ein unfallträchtiges Verkehrsgeschehen konzentriert sich auf städtische Wohnbereiche, in denen Kinder unter sozial ungünstigen Bedingungen leben. So gesehen erscheint es wenig sinnvoll, ohne Beachtung der sozialen Gegebenheiten, die unfallmindernde Wirkung von Tempo 30-Straßen nachzuweisen, da solche Straßen sich vorzugsweise in privilegierten Wohngebieten finden“ (Martinus, http://www.kindersicherheit.de/html/artikel_martinus.html, Zugriff 10/2005).

Die Jugendministerkonferenz hält in ihrem Papier sogar eine veränderte „somatische Kultur“ bei sozial benachteiligten Jugendlichen für kennzeichnend für deren Situation: „Die lebenslagenabhängigen Sozialfaktoren werden zudem häufig verstärkt durch gesellschaftliche Entwicklungen im Sinne einer veränderten ‚somatischen Kultur‘. Diese bewegt sich ambivalent zwischen einer ästhetisierten ‚Körperversessenheit‘ und einer das Alltagsleben beherrschenden ‚Körpervergessenheit‘. Wissen und Integrieren von Gesundheit in die persönliche, familiäre alltägliche Lebensgestaltung

sind als Selbstverständlichkeit in erheblichem Umfang verloren gegangen. Dies lässt sich besonders deutlich an Aspekten wie Ernährung und Essverhalten, Bewegung oder Belastungen durch Suchtmittelgebrauch, Medienkonsum oder Fehlgebrauch von Pharmaka aufzeigen“ (Jugendministerkonferenz, 2005, S.4)“.

Aber nicht nur gesundheitsbezogenes Risikoverhalten wird durch diese Armutsspirale induziert, sondern auch höhere Kriminalitätsraten, höhere Unfallraten, höhere Gewaltbereitschaft und mangelnde soziale Bindungsfähigkeit. Wo man dabei auch hinschaut, bis auf sehr wenige Ausnahmen haben Angehörige der unteren Sozialschichten, insbesondere männliche Angehörige dieser Schichten, ein anderes Risikoprofil und neigen eher zu riskanteren Verhaltensweisen als Frauen und Männer mit einem höheren Bildungs- und Wohlstandsniveau.

Die Problemwahrnehmung in den verschiedenen Präventionsbereichen hat sich zwar erweitert, aber eine zentrale Herausforderung bleibt die Ablösung des Nebeneinanders von Initiativen und Programmen durch integrierte und vor allem zielgruppenorientierte Ansätze. Notwendig ist mehr Integration von Konzepten und Maßnahmen auf allen Ebenen, dabei kommt der Arbeit in den sozial benachteiligten Quartieren vor Ort eine Schlüsselrolle zu.

Herausforderungen einer sozialraum- und zielgruppenorientierten Prävention

Die Einsicht, dass mehr Vernetzung notwendig ist, wird von verschiedenen Präventionsträgern mittlerweile zumindest auf Programmebene betont. Dies hat aber bisher noch nicht dazu geführt, auch von monothematischen Präventionskonzepten abzurücken und Ressourcen für Prävention gemeinsam einzusetzen. In der Expertise „Prävention von Kinder- und Jugendkriminalität und -gewalt in Großstädten“ wird beispielsweise festgehalten: „Die Zusammenarbeit aller im Sozium vertretenen oder mit der jeweiligen Zielgruppe beschäftigten Einrichtungen und Institutionen – Jugendhilfe, Schule, Polizei, Verwaltungen u.a. – ist eine grundlegende Voraussetzung von nachhaltigen Projekten zur Jugendkriminalitätsprävention. Hier kommt es wesentlich auf die Entwicklung und Unterstützung von ressortübergreifenden Kooperationsstrukturen an. Ziel sollte es sein, auf horizontaler Ebene ein Netzwerk für eine kontinuierliche problemnahe und ‚kleinteilige‘ Präventionsarbeit zu schaffen. Es geht dabei primär um die Stärkung vorhandener Strukturen und die Vermeidung von Parallelstrukturen, um eine optimale Nutzung der existierenden Ressourcen und Synergieeffekte zu erreichen“ (Camino, 2003, S.2). Aber genau diese Vermeidung von Parallelstrukturen schei-

tert häufig an der Eigenlogik unterschiedlicher Sektoren und am grünen Tisch entwickelter Konzepte, die von außen an soziale Systeme herangetragen werden.

Gut gemeinte, aber für die entscheidenden Zielgruppen völlig wirkungslose Kampagnen sind politisch leider noch immer leichter durchzusetzen als kontinuierliche, langfristige Basisarbeit vor Ort. Aber genau solche oder ähnliche, falsch verstandenen Kampagnen sind politisch leichter durchsetzbar als integrierte Präventionsmaßnahmen vor Ort, weil sie meistens nur sektorintern abgestimmt werden müssen, überschaubare Finanzvolumina verschlingen und ein gewisses Maß an positiver Botschaft vermitteln, mit dem Politiker und Politikerinnen auf allen Ebenen (Kommune, Land, Bund und Europa) gerne vor die Presse treten.

In Großbritannien und in Kanada hat die integrierte Vorgehensweise in besonders benachteiligten Sozialräumen jedoch mittlerweile eine gewisse Tradition und kann auf erste Erfolge zurückblicken. Der kanadische „population health approach“ etwa formuliert als zentralen Handlungsansatz: „A population health approach directs investments to those areas that have the greatest potential to influence population health status positively. A population health approach is grounded in the notion that the earlier in the causal stream action is taken, the greater the potential for population health gains“ (Public Health Agency of Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/> Zugriff 10/2005). Auch die „Health Actions Zones“ in Großbritannien konzentrieren Maßnahmen auf bestimmte besonders belastete Sozialräume: „The Health Action Zone initiative was set up to target areas of disadvantage in the community where there was greatest need to address public health issues and an opportunity to make significant improvements. The initiative recognises the impact of social deprivation on health and the need to tackle the root causes of ill health“ (<http://www.investingforhealthni.gov.uk/zones.asp>, Zugriff 10/2005).

In Deutschland gibt es eine vergleichbare Konzentration gesundheitsbezogener Prävention auf die Zielgruppen mit dem größten Bedarf bislang nicht, aber das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ nimmt zumindest für den Bereich der Stadtentwicklung eine solche Konzentration vor und erzielt damit, wie Bähr u.a. (2003) nachgewiesen haben, auch mittelbare Effekte, die gesundheitliche Ungleichheiten vermindern. Das Programm „Soziale Stadt“ wurde 1999 gestartet, um der zunehmenden sozialen und räumlichen Spaltung in den Städten entgegenzuwirken. Zur Zeit sind mehr als 330 Programmgebiete in rund 230 deutschen Städten und Gemeinden an dem Programm

beteiligt. Die Ziele des Programms sind:

- „die physischen Wohn- und Lebensbedingungen sowie die wirtschaftliche Basis in den Stadtteilen zu stabilisieren und zu verbessern,
- die Lebenschancen durch Vermittlung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissen zu erhöhen,
- Gebietsimage, Stadtteilöffentlichkeit und die Identifikation mit den Quartieren zu stärken“ (<http://www.sozialestadt.de/programm/>, Zugriff 10/2005).

Für die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher wurde als Ergänzungsprogramm dazu das Bundesmodellprogramm Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (E&C) vom Bundesfamilienministerium im Jahr 2000 aufgelegt. E&C zielt darauf ab, Mittel und Aktivitäten zu bündeln, um die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern und ihnen neue Chancen zu eröffnen. Hierzu soll in den derzeit 313 Programmgebieten auf der Grundlage lokaler Aktionspläne soziale Koproduktion initiiert, unterstützt und begleitet werden. Gleichzeitig fordert E&C regionale und überregionale „soziale Produzenten“ auf, Ressourcen, Erfahrungen und Anstrengungen in diesen sozialen Brennpunkten und Regionen zu konzentrieren“ (www.eundc.de, Zugriff 10/2005).

Innerhalb des Programms entsteht eine „Verknüpfung von Städtebauförderung und sozialräumlich orientierter Jugendhilfe“ (vgl. ebenda). Die wesentlichen Ziele von E&C sind:

- „die Lebensbedingungen und Chancen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern,
- den Niedergang von Stadtteilen und ländlichen Regionen aufzuhalten und
- nachhaltige Entwicklungen anzustoßen“ (Ebenda).

Sowohl in dem Programm der Sozialen Stadt als auch in dem Begleitprogramm E&C spielt die Entwicklung lokaler Aktionspläne unter Einbezug der Zielgruppen eine wesentliche Rolle bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen. Durch quartiersbezogene Bestandsaufnahmen werden sowohl die Defizite als auch die Ressourcen innerhalb des Stadtteils erfasst. Darauf aufbauend werden realistische Ziele vor Ort formuliert. Genau diese Vorgehensweise ist aus der Setting-Arbeit in der Gesundheitsförderung ebenfalls etabliert und vor allem in betrieblichen Kontexten erfolgreich gewesen. Setting-Arbeit ist im wesentlichen ein Lernprozess, der in sozialen Systemen organisiert wird bzw. sich selbst organisiert und trägt. Nur scheinen viele Präventionskampagnen ohne diese Standards auszukommen. Auch eine Fülle engagierter Einzelprojekte vor Ort verzichtet

auf gründliche Voranalysen der Ausgangssituation vor Ort.

Grundlage für eine Neuorientierung der Prävention wären jedoch politische Entscheidungen, die tatsächlich einen neuen Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung intersektoral anlegen oder zumindest durch abgestimmte Programme (wie in dem oben genannten Beispiel) Synergieeffekte realisieren. Die Finanznot der öffentlichen Hände in Deutschland und die damit verbundene Projektmittelknappheit sollte zu einer Konzentration öffentlicher Mittel auf die Bevölkerungsgruppen führen, bei denen sich die meisten Problemlagen ballen. Die zentrale Herausforderung bleibt Weiterentwicklung integrierter, und vor allem sozialraum- und zielgruppenorientierter Ansätze. Hierzu wäre der stärkere Einbezug gesundheitsrelevanter Themenstellungen in lokale Aktionspläne oder die Unterstützung von Kommunen bei der Entwicklung kommunaler Gesundheitsaktionspläne nach dem Modell der englischen Health-Action-Zones wünschenswert.

Literatur

- Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V. (Hg.) (1998): Mediatoren statt Gladiatoren – Faire und gewaltfreie Konfliktlösungen durch (Peer) Mediation in Jugendhilfe, Schule, Familie und Stadtteil. Tagungsdokumentation. München.
- Altgeld, T. (2005): Zukunftsaufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung: mehr Zielgruppen- und Qualitätsorientierung, weniger sektoriales Denken. In: Krankenversicherung 9/2005. S.243-248.
- Altgeld, T. (2000): Kursprogramme können gesundheitliche Chancengleichheit nicht herstellen! In: Prävention 3/2000, 23. Jahrgang, S. 73-76.
- Bär, G./Buhtz, M./Gerth, H. (2004): Der Stadtteil als Ort der Gesundheitsförderung – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In: Rosenbrock, R./Bellwinkel, M./Schröer, A. (Hg.) (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, S.233-296.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001): Lebenslagen in Deutschland. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention – Präventionsgesetz. Berlin.
- Butterwegge, Chr./Klunt, M./Zeng, M. (2003): Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland. Leske und Budrich, Opladen.

Camino, Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH (2003): Expertise „Prävention von Kinder- und Jugendkriminalität und -gewalt in Großstädten“, im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI. Berlin 2003. www.eundc.de/seiten/info/pub_ex.html

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ) (2003): Dokumentation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe Jahresauswertung Schuljahr 2002/2003. Bonn.

Franzkowiak, P./Sabo, P. (Hg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo, Mainz.

Hauser, R. (1989): Tendenzen der Armutsentwicklung in Deutschland. In: Döring, D./Hauser, R. (1989): Politische Kultur und Sozialpolitik, Frankfurt, S. 118-132.

Landeshauptstadt Düsseldorf (2002): Düsseldorf Gutachten: Leitlinien wirkungsorientierter Kriminalprävention, Düsseldorf.

Merseemann, H. (2000): Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000): Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Köln, S. 60-78.

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

Riemann, K. (2001): Zur Evaluation von Projekten der Suchtprävention. In: Kammerer, B./Rumrich, R.(Hg.) (2001): ...und es gibt sie doch! Suchtprävention in Schulen. emwe-Verlag, Nürnberg, S. 51-57.

Rosenbrock, R./Bellwinkel, M./Schröer, A. (Hg.) (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven.

Statistisches Bundesamt (2001): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden.

Walter, U. (2003): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland – Expertise aus sozialmedizinischer Sicht. Hannover.

Kontakt:

Thomas Altgeld,
Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Telefon: 0511 38 81 18 90
Fax: 0511 35 05 59
Email: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de
www.gesundheit-nds.de

Gemeinsame präventive Ansätze für und mit Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten

Dr. Ingo Ilja Michels, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), - Bereich: Drogenprävention

Eckhard Schroll, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln - Bereich: Sexualaufklärung; Prävention von Teenagerschwangerschaften

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Nürnberg - Bereich Gesundheitsförderung - Armut und Gesundheit

Kerstin Lück, Fachhochschule Potsdam - Bereich: Gewalt- und Kriminalitätsprävention

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen - Bereich: Gesundheitsförderung und Prävention -

Moderation und Einführung

Petra Dinkelacker und Rainer Schwarz,
Regiestelle E&C

Zusammenfassung der Statements der Round Table-Diskutanten:

Einführung:

Das Programm E&C steht für soziale Koproduktion und integrierte Handlungsansätze und fokussiert auf die Entwicklungschancen für junge Menschen, Kinder, Jugendliche und deren Familien in benachteiligten und benachteiligenden Stadtteilen. Wenn es um Chancen für Kinder und Jugendliche geht, begegnet man sehr schnell Themen wie Bildung, Gesundheit, Kriminalitäts- und Gewaltvermeidung. Verankern, das ist die feste Überzeugung der Programmplattform E&C, kann man Präventionsbemühungen nur dann in den Lebenswelten junger Menschen, wenn es gelingt, diese konkret einzubeziehen, wenn also die Schwerpunkte Partizipation, Beteiligung und Sozialräumlichkeit heißen. Wir haben hierzu im bisherigen Konferenzverlauf mehrere Ausführungen in den Referaten gehört und sind darauf gestoßen, dass es vernünftig wäre eine Diskussion über die Überschneidungen der inhaltlichen Ansätze von unterschiedlichen Präventionsansätzen und der Gesundheitsförderung zu führen. In der Vorbereitung dieser Konferenz, die auf mehreren gesundheitsbezo-

genen Veranstaltungen fußt, ist die Vorstellung entwickelt worden, dass die Gesundheitsförderung und insbesondere der Settingansatz ein Ansatz ist, der geeignet sein könnte, Grundlage für andere primärpräventive Vorgehensweisen zu sein. Dazu haben wir in einem Vorgespräch mehrere Experten eingeladen. Wir sind hier eines Besseren belehrt worden und werden im Folgenden zwar die Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Präventionsansätze herausstellen, jedoch von der Vorstellung, Gesundheitsförderung als eine gemeinsame Basis zu betrachten weitestgehend abweichen und in unserer Sprachregelung beide „Lehren“ nebeneinander betrachten.

Um den Stand der Diskussion deutlich zu machen, haben wir Spezialisten unterschiedlichster Präventionsdisziplinen, aber auch unterschiedlicher Handlungsebenen zu diesem Podiumsgespräch eingeladen und möchten Sie in einer ersten Runde bitten, von ihrem jeweiligen beruflichen Background ausgehend, eine erste Stellungnahme aus Sicht der von Ihnen vertretenen Fachdisziplin / Behörde zu geben und die Möglichkeiten ihres Einwirkens auf zukünftige Präventionsanstrengungen zu beschreiben.

Dr. Ingo Ilja Michels, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS):

Die Richtlinienkompetenz und damit die Machtfülle der Stelle des Bundesdrogenbeauftragten ist relativ gering. Aber dennoch hat unsere Koordinierungsstelle gewisse Einflussmöglichkeiten. Im Mittelpunkt dieses Podiums stehen Vernetzungsbemühungen der einzelnen Präventionsdisziplinen aber auch der unterschiedlichen Programme, die Präventionsbemühungen verfolgen. Auch uns ist das Programm E&C seit längerer Zeit bekannt und ich habe immer schon gefordert, es müsste stärker integriert werden in unsere Überlegung zur Aktionsplanung und unsere gemeinsamen Arbeitsgruppen, um die verschiedenen Ressourcen zu bündeln. Es ist aber beispielsweise in unserem Ministerium so, dass in den Kompetenz- und Zuständigkeitsbereich der entsprechenden Kollegin aus dem BMFSJ eher der Jugendschutz fällt und nicht Programme wie E&C. Das hat zur Folge, dass von diesem Bereich innerhalb des Jugendministeriums wenig Information zu uns durchdringt, wenn man sich nicht selbst engagiert.

Dennoch haben wir versucht, 2003 den Aktionsplan Drogen und Sucht zu verankern als gemeinsames, strategisches Papier der Bundesregierung in Abstimmung mit den Ländern um zu sehen, was in diesem Feld erreichbar ist.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch kurz auf das hier schon einige Male kritisch betrachtete Präventionsgesetz hinweisen und eine Lanze für die bisherige Entwicklung brechen. Auch wenn wir zur Zeit nicht wissen welches Schicksal es nehmen wird, so denke ich, gibt es gute Chancen, dass das Präventionsgesetz in einer großen Koalition möglicher Weise doch noch umgesetzt werden kann und damit endlich in einem Gesetz festgelegt wird, dass Prävention eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik ist, als vierte Säule in diesem Gesundheitswesen verankert werden muss und der sog. Settingansatz verankert wird. Es wäre dann ausdrücklich festgelegt, dass die Einbeziehung der Lebenswelten ein wichtiger Faktor in den verschiedenen Feldern der Prävention darstellt und das dafür auch Mittel zur Verfügung stehen müssen. Weiterhin ist ebenfalls das Thema soziale Benachteiligung eines der Kernthemen, das im Gesetz ausdrücklich genannt würde.

Doch zurück zum Suchtbereich selber. Hier sehe ich in der Tat immer noch Mängel, weil wir uns daran gewöhnt haben, das Suchtthema in den letzten 10 Jahren immer stärker durch die psychiatrisch-medizinische Brille zu sehen und die sozialen Aspekte, die sozialen Grundlagen, warum Sucht entsteht, in den Hintergrund gerückt sind. Hier sind insbesondere Programme wie „E&C“ und „Soziale Stadt“ enorm wichtig, um die sozialen Aspekte auch bei der Suchtprävention weiterhin in den Fokus zu setzen. Alle uns bekannten Zahlen und Daten sprechen eine eindeutige Sprache und belegen den sozialen Gradienten. Wenn wir z. B. den ambulanten und stationären Bereich der Suchthilfe betrachten, so sehen wir hier einen weit überproportionalen Anteil an Klienten, die arbeits- oder erwerbslos sind, die schulisch unterdurchschnittlich qualifiziert sind und die eine mangelhafte oder gänzlich fehlende Ausbildung haben. Die Daten sind eindeutig und belegen, dass soziale Komponenten ein besonderes Risiko beinhalten und dies in der Prävention Berücksichtigung finden muss. Wir erleben auf der einen Seite, dass unsere Programme zur Tabak und Alkoholprävention sehr wohl Wirkung zeigen, jedoch wie u.a. der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung belegt, diese Wirkung sich nicht in dem Maße in den benachteiligten Quartieren wieder findet. Hier liegt eine zukünftige Aufgabe und die Herausforderungen für die nächsten Jahre.

Ein weiteres Themenfeld ist der Bereich Sucht und Migration, über den wir uns in einer vor drei Jahren erstellten Expertise zunächst einen Überblick verschafft haben. Wir sehen, dass die bisherige geringe Alkoholprävalenz von jungen Menschen aus dem islamischen Kulturkreis ansteigt und sich „unseren sozialen Maßstäben“ angleicht. Einen weiteren Schwerpunkt stellen bestimmte Gruppen jugendlicher Aussiedler dar, die eine sehr hohe Affinität zu exzessivem Drogenkonsum gepaart mit Alkoholkonsum aufweisen. Hier müssen neue Präventionsideen entwickelt werden, da diese Gruppen durch die bisherigen Konzepte nicht erreicht wurden.

Es ist jedoch festzuhalten, dass die Bundesebene immer nur bestimmte Anstöße leisten und Modelle erproben kann. Die faktische Umsetzung erfolgt jedoch immer auf der Länder- bzw. kommunalen Ebene.

Eckhard Schroll, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, (BZgA), Köln

Ich bin zuständig für die Bereiche Sexuaufklärung und Familienplanung innerhalb der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die BZgA hat 1992 von der damaligen Bundesregierung den gesetzlichen Auftrag hierzu bekommen. Hierzu gehörte auch die Prävention von Teenagerschwangerschaften. In diesem Rahmen haben wir gemeinsam mit den Bundesländern Programme und Kampagnen aufgelegt. Im Gegensatz zu den erheblichen Mitteln, die der BZgA im Bereich der AIDS-Prävention zur Verfügung stehen und hier bekanntlich die Kampagnenziele sehr erfolgreich erreicht werden konnten, stehen uns in den anderen genannten Bereichen wesentlich weniger Gelder zu Verfügung, so dass hier multimediale Einsätze wie beispielsweise Fernsehspots nicht möglich sind. Hier sind also die Bundesländer ebenfalls gefragt.

Seit fünf, sechs Jahren haben sich die Initiativen der BZgA verändert. Es wird nicht mehr massiv auf sogenannte Leuchtturmprojekte gesetzt. Zwar wurde in diesen Modellprojekten viel erreicht, wie eine Vielzahl von Berichten dokumentieren. Dies hat jedoch nicht dazu geführt, dass auf breiter Basis langfristig etwas verändert werden konnte. Bei den jetzigen Programmen, insbesondere in der Sexuaufklärung, setzt die BZgA jetzt stärker auf Nachhaltigkeit und versucht hierzu die Bundesländer stärker einzubinden.

Die Zielgruppe der „sozial Benachteiligten“ unterstützt die BZgA insbesondere mit zwei Initiativen. Das ist einmal der alljährlich stattfindende bundesweite Kongress: „Armut und Gesundheit“ in Berlin und die Datenbank: „Gesundheitsfördernde Projekte für sozial Benach-

teiligte“. Weiterhin setzen wir uns dafür ein, dass der Bereich „Soziale Benachteiligung“ ebenso wie der Bereich der Migration innerhalb der Forschung eine bessere Berücksichtigung findet. Hier gibt es enorme Defizite. So haben wir beispielsweise eine bislang einzigartige repräsentative Studie über das Sexualverhalten von Jugendlichen durchgeführt, die junge Menschen mit Migrationshintergrund besonders berücksichtigt.

Kerstin Lück, Fachhochschule Potsdam

Wir beschäftigen uns im Rahmen unserer Weiterbildung, die wir unter dem Titel „Konfliktmanagement“ durchführen, mit dem Bereich der kommunalen Gewaltprävention, zu der sich die drei Berufsgruppen, Lehrer/innen, Polizisten/innen und Sozialarbeiter/innen als Trio aus einer Kommune bei uns bewerben. Hier haben wir bis heute fünf Kurse in fünf Kommunen durchgeführt. Hauptaugenmerk hinsichtlich der Bereiche Stressmanagement und Konfliktfähigkeit gilt der Vernetzung und damit dem Erlernen „kurzer Wege“ in der alltäglichen Praxis. Erkenntnisse sowohl im Stressmanagement, als auch in der Konfliktfähigkeit erreicht man nur durch Selbsterfahrung. Soziale Kompetenzen müssen selbst zunächst erlernt werden, bevor sie weitergegeben werden können z.B. an Schüler/innen, gewissermaßen unsere sekundären Zielgruppen.

So gliedert sich unsere Weiterbildungsmaßnahme in zwei Hälften, wobei die erste Hälfte, das erste Halbjahr, Selbsterfahrungselemente und theoretischen als auch praktischen Kenntniserwerb beinhaltet und erst die zweite Hälfte, das zweite Halbjahr, zu konkreten Projekten führt.

Zu dem Thema dieses Kongresses möchte ich bemerken, dass wir die „Überschneidungen“ innerhalb der Präventionsdisziplinen in der polizeilichen Prävention in Brandenburg dergestalt erleben, dass die Drogenprävention beginnt der Gewaltprävention den Rang abzulaufen. Hier scheint es einfacher, das Ziel zu erreichen, Nachdenken zu erzeugen und das ist natürlich, wie auch schon gesagt wurde, nur partizipativ möglich. Die Kunst ist es, Themenstellungen, wie Gewalt, Konflikte, Drogen, die vielleicht nur als Etikett auftreten und den eigentlichen Bereich Sexualität, der im Fokus der Schüler/innen zu bestimmten Situationen liegen kann, verdecken, aufzugreifen, aufzuarbeiten und methodisch zu erlernen. Das heißt, in der Praxis sind die scheinbar klaren Grenzen der einzelnen Präventionsdisziplinen aufgehoben.

Wir verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz und arbeiten ressourcenorientiert. Das bedeutet, dass sowohl die Möglichkeiten der Schule

als auch die Kenntnisse und Fähigkeiten der Teilnehmer/innen im Curriculum einbezogen werden.

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen

Ich leite beim BKK Bundesverband das Referat Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. Ich möchte zu Beginn gerne kurz auf die Aktivitäten von Krankenkassen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung eingehen. Was mich bei der Durchsicht der Unterlagen dieser Konferenz erstaunt hat war, dass ich offenbar der einzige Vertreter von Krankenkassen bin, obwohl Krankenkassen tatsächlich die Hauptfinanziers der primären Präventionen in Deutschland sind, wenngleich auch mit einem gegenüber den Ausgaben für kurative Leistungen relativ kleinen Betrag von 180 Mio. € im Jahr.

Das BKK-System ist mit rd. 14 Mio. Versicherten innerhalb der GKV die drittgrößte Kassenart und hält einen Marktanteil von etwa 20%. Insgesamt gibt es knapp 300 Krankenkassen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Von daher sehen Sie, dass wir bei den 180 Mio. € nicht von einem großen Topf reden können. Er verteilt sich auf 300 relativ kleine Töpfe.

Es gibt drei Felder, auf denen Krankenkassen Prävention betreiben sollen:

- die betriebliche Gesundheitsförderung
- die primäre Prävention auf der individuellen Ebene, also Präventionskurse in den vier von den GKV-Spitzenverbänden festgelegten Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressreduktion und Suchtprävention. Hier können Krankenkassen Präventionskurse finanzieren. Dieses Angebot nutzen viele Versicherte, vorwiegend weibliche aus mittleren Alters- und Soziallagen.
- Das dritte Feld betrifft die Prävention in Lebenswelten oder Settings. Dies ist seit 2000 indirekt gesetzlich verankert durch die Festschreibung, dass Krankenkassen „insbesondere zum Abbau sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ beitragen sollen, was nach herrschender Meinung allein mit dem Settingansatz möglich ist. Übrigens eine wortgleiche Formulierung, wie sie auch in dem Entwurf des Präventionsgesetzes vorgesehen war. Dieses Präventionsfeld ist ungleich schwieriger für Krankenkassen umzusetzen, weil sie in Lebenswelten wie Kindergärten oder Schulen eben nicht nur Angebote für ihre eigenen Mitglieder anbieten können. Der Setting-Ansatz schließt ein auf das einzelne Individuum orientiertes Vorgehen aus, er impliziert ein gruppenbezogenes Vorgehen. Dies erfordert, dass Krankenkassen,

die miteinander im Wettbewerb stehen, bei der Prävention in Lebenswelten miteinander kooperieren – eine nicht leichte Herausforderung.

Der BKK Bundesverband nimmt diese kassenübergreifende Koordinationsfunktion für die soziallagenbezogene Prävention in Lebenswelten unter dem Motto: „Mehr Gesundheit für alle – jetzt erst recht“ für Teile des BKK-Systems seit Beginn des Jahres 2003 wahr. Der Zusatz „jetzt erst recht“ kennzeichnet die Position des BKK Bundesverbandes, dass wir auf dem eingeschlagenen Weg auch nach Scheitern des Präventionsgesetzes weitermachen werden.

Was macht der BKK Bundesverband auf diesem Gebiet? Ich möchte Ihnen das anhand einiger Beispiele aufzeigen.

Ein soeben begonnenes Projekt, das in Kooperation mit der Bund-Länder-Initiative „Die Soziale Stadt“ in Nordrhein-Westfalen konzipiert wurde, bezieht sich auf ältere Menschen. Ziel ist es, alte Menschen in benachteiligten Stadtteilen in Bewegung zu bringen und hier – und das ist uns ganz wichtig – setzen wir auf die Kooperation mit den Quartiersmanagern. Sie kennen die verschiedenen Akteure im Quartier und können sie für unser Vorhaben gewinnen und aktivieren. Wir arbeiten hier u.a. auch mit dem Landessportbund zusammen. Unsere Aufgabe als Bundesverband besteht auch darin, die ortsansässigen Betriebskrankenkassen in das Projekt einzubinden. Dies gelingt um so besser, um so mehr Versicherte dieser Betriebskrankenkassen von dem Projekt angesprochen werden.

Eine weitere vom BKK Bundesverband verfolgte Strategie ist die Investition in strukturbildende, gesundheitsfördernde Aktivitäten. So unterstützen wir die BZgA-Initiative „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, die auch auf dieser Konferenz vertreten ist. Wir fördern hier ganz konkret vier regionale Knoten zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Dies sind aus meiner Sicht strukturbildende Maßnahmen, die gerade vor dem Hintergrund der sehr starken regionalen Unterschiede in den Bundesländer Bedeutung gewinnen. In Nordrhein-Westfalen z. B. gibt es die sog. kommunalen Gesundheitskonferenzen, die durch den dortigen Regionalen Knoten in sinnvoller Weise ergänzt werden.

Weiterhin tritt der BKK Bundesverband auch als Kooperationspartner bundesweiter Aktionen auf, wie z. B. beim Programm „Lokale Bündnisse für Familie“ des BMFSFJ, welches auch die Programmplattform E&C fördert. Darüber hinaus unterstützen wir bundesweite Kampagnen wie „Klasse 2000“, „Be smart, don't start“, das von der BZgA mitgefördert wird, oder „Dr. Schnupper“. Das ist eine neue

Kampagne, die wir mit dem AWO Bundesverband gemeinsam fördern, in der es darum geht, insbesondere jungen Familien mit ihren Kleinkindern und Migrationshintergrund erste Aufklärung zum Gesundheitswesen zu geben, z. B. auch im Hinblick auf die U-Untersuchung. Dieses Präventionsmaterial wurde in neun verschiedenen Sprachen übersetzt, um gerade auch die Gruppen zu erreichen, die die deutsche Sprache nicht beherrschen.

Weitere Aktivitäten sind die Kita-Wettbewerbe „Fit von klein auf“, die wir mittlerweile, nachdem wir sie in Nordrhein-Westfalen erprobt haben, jetzt schon auf drei weitere Bundesländer übertragen konnten. Ausgezeichnet wird gute Präventionspraxis in den Kitas. Aus der Vielzahl der eingereichten Wettbewerbsbeiträge wird gemeinsam mit den Teilnehmern ein sogenannter Präventionskoffer mit unterschiedlichen thematischen Modulen – derzeit Bewegung, Ernährung und Entspannung – für die alltägliche Arbeit in den Kindertagesstätten entwickelt, der im Sommer 2006 zur Verfügung stehen soll.

Abschließend noch ein Hinweis zu Selbsthilfeaktivierung. Krankenkassen haben neben der Prävention auch den Auftrag, Selbsthilfe zu fördern und auch in diesem Bereich versuchen wir, sozial benachteiligte Gruppen zu erreichen. Hier konnten erste erfolgversprechende Projekte insbesondere im Bereich Drogen/Sucht auf den Weg gebracht werden.

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Nürnberg

Zunächst einige Anmerkungen zum Präventionsgesetz. Ich bedauere es auch, dass es nicht umgesetzt wurde, aus verschiedenen Gründen. Ich denke, es wäre wirklich ein ganz entscheidender Schritt zur Implementierung des Settingansatzes gewesen. Dieser hätte uns die Möglichkeiten gegeben, finanzielle Unterstützungen für Projekte zur Vermeidung von gesundheitlichen Chancenungleichheiten vor Ort zu bekommen.

Wir haben ein solches Projekt in Mainz umgesetzt. Das heißt „Gesundheit jetzt in sozialen Brennpunkten“. Für uns war wichtig, dass wir vor Ort wussten, wie konkret die Situation und die Bedürfnisse aussehen. Es handelt sich in Mainz um einen sozialen Brennpunkt, um eine Obdachlosensiedlung mit 300 Menschen, davon sind 150 Kinder, und der Ausländeranteil liegt bei 30%. Wir kannten die Situation, wir haben eine Bestandsaufnahme gemacht und uns innerhalb des Vereins „Armut und Gesundheit“ zunächst Gedanken darüber gemacht, wie wir die Zielgruppe erreichen können, wie wir die vorhandenen Ressourcen in konzeptionelle Überlegungen einfließen lassen können.

Wir haben sieben Module entwickelt, die wir umsetzen wollten. Ernährung, Bewegung, Gewalt, Entspannung, Umwelt, und die Bereiche Impfungen und Vorsorgeuntersuchung. In die Konzeption haben wir darüber hinaus die aktuellen Ergebnisse der Forschung zur gesundheitlichen Situation von sozial Benachteiligten einbezogen und versucht mit diesem „Gesamtkonzept“ Finanzierungsmöglichkeiten zu finden. Nachdem wir bei der Kommune und auch bei den Krankenkassen nicht erfolgreich waren, wurden wir auf die „Aktion Mensch“ aufmerksam. Vielen unbekannt ist, dass die „Aktion Mensch“ auch Projekte im Bereich sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher fördert. Eine zweite Finanzierungsmöglichkeit bot sich durch die Aktion „Herzessache“ des Südwestfunks an. Durch diese beiden Geldgeber konnte es gelingen unser Projekt für drei Jahre zu finanzieren. Wir haben von Anfang an versucht die Projektidee mit den Bewohner/innen gemeinsam zu entwickeln und umzusetzen, haben insofern Partizipation von Anfang an ernst genommen.

Durch erste Recherchen – u.a. durch eine Bürgerbefragung – konnten wir eine Vielzahl von bereits vorhandenen Initiativen und Akteuren eruieren. Wir haben dann versucht Verbindungen und Vernetzungen herzustellen und weitere Partner mit ins Boot zu bekommen. So zum Beispiel den Rheinland-Pfälzischen Sportbund, der ein Förderprojekt für sozial benachteiligte Kinder durchführt. Wir haben eine Vollkornbäckerei als Akteur gewinnen können und deren Produkte einer Kindertagesstätte zur Verfügung gestellt. Und in diesem Muster ging es kontinuierlich weiter. Den Wünschen der Bewohner/innen entsprechend wurden ein Frauen- und später ein Männerfrühstück eingerichtet. Um Kinder zu erreichen ist die Arbeit mit Eltern unerlässlich. Es sind dann sukzessive weitere Module verwirklicht worden, die im Zusammenhang mit den Themenbereichen Sucht, Drogen und Gewalt stehen. Wir haben versucht durch Kompromisse und Verhandlungen drogen- und rauchfreie Plätze einzurichten. Im Laufe der Zeit konnten immer neue Kooperationspartner gefunden werden, so dass sich unsere Arbeit nach sehr vielen Konzeptmodifikationen nun häufig zu einer Delegationstätigkeit verändert hat. Diese ganze Entwicklung hat jedoch auch zu Problemen geführt, die uns anfänglich nicht in den Sinn kamen. Es traten Konkurrenzen auf z.B. zu öffentlichen Kindertagesstätten, zu dem Allgemeinen Sozialdienst und zum Teil mit den Angeboten der Stadt.

Aber es gibt auch einen weiteren Lichtblick. Das Land Rheinland-Pfalz hat jetzt ein Modellprojekt in zwei Städten, Mainz und Trier ge-

startet, in dem sog. Gesundheitsteams in den sozialen Brennpunkten implementiert werden und man hat unserem Projekt hierzu eine halbe Sozialpädagogenstelle zur Verfügung gestellt.

Konkret umgesetzt bedeutet die Tätigkeit der Gesundheitsteams, dass wir z.B. eine Impfsprechstunde vor Ort etabliert haben. Durch Einbeziehung und Anfragen an alle vor Ort ansässigen Kinderärzte werden wir zukünftig auch Kindersprechstunden vor Ort anbieten können. Wir wollen allerdings, um das gleich deutlich zu betonen, keine „Armutsmedizin“ etablieren, sondern es soll dieser fehlende Mosaikstein, diese Niedrigschwelligkeit genutzt werden, um die Menschen zu sensibilisieren und zu informieren, damit sie dann auch die bestehenden Gesundheitseinrichtungen aufsuchen.

Welche Möglichkeiten bieten die Programmplattform E&C und die Bund-Länderinitiative „Die Soziale Stadt“ um in sozialen Brennpunkten mit den dort angesiedelten Akteuren Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern und im Sinne einer Verhältnisprävention zu agieren?

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen

Aus meiner Sicht gibt es hier ganz unterschiedliche Möglichkeiten und Wege, die man gehen kann. Ein Weg, der mir sehr plausibel und auch nach den Erfahrungen, die wir gemacht haben, sehr erfolgreich zu sein scheint, ist der Multiplikatorenansatz, den wir im Bereich der Migrantenprojekte gegangen sind. Hier haben wir ganz gezielt Migranten mit einem hohen Bildungsniveau im Bereich Gesundheit geschult mit dem Ziel, dass sie dieses Schulungswissen in ihre jeweiligen Communities tragen, was insbesondere im Projekt „Mit Migranten – für Migranten“ (MiMI) hervorragend funktioniert.

Weiterhin sind wir davon überzeugt, dass das Quartiersmanagement richtige und gute Ansätze bietet, mit dem man sich gerade sozial schwachen Zielgruppen nähern kann und deswegen bin ich auch gerne hier auf dieser Veranstaltung. Wir haben gemeinsam mit der Programmplattform E&C schon verschiedene andere Veranstaltungen bestritten, weil es uns ein Anliegen ist, die gesundheitsbezogene Prävention und die Infrastrukturen, die E&C und „Die Soziale Stadt“ bieten, stärker zueinander zu führen. Quartiersmanagement und Krankenkassen sind zwei Partner, die gemeinsam auf dem Gebiet der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung viel bewegen können.

Welchen Stellenwert hat die Elternarbeit innerhalb der Prävention und Gesundheitsförderung?

Kerstin Lück, Fachhochschule Potsdam

Innerhalb der Ausbildung unserer drei Berufsgruppen stellt die Elternarbeit einen wesentlichen Bestandteil dar. Eltern von auffälligen Kindern werden oft bei Kita- oder Schulabenden nicht oder nur selten erreicht. Wenn sie erreicht werden können, so steht das „Defizitäre“ sehr oft im Vordergrund. Die Eltern erleben sich als „schlechte Eltern“. Können wir durch neue Kommunikationsstrukturen etwas gegen die Defizitorientierung durchsetzen, so kann dies auch für die Gespräche mit den Kindern und Jugendlichen sehr nützlich sein. Merken sie, dass ihre Eltern nicht verurteilt werden, so sind sie eher bereit sich zu öffnen.

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Nürnberg

Arbeit mit Kindern ist immer auch Elternarbeit. Daher sind die Aussagen von Frau Lück elementar. Die Ressourcen der Eltern einzubinden gehört auch in unserer Arbeit zu den Grundlagen. Ob es nun eine türkische Mitbewohnerin im Stadtteil ist, die zu einem gemeinsamen Zusammenkommen ein traditionelles türkisches Essen kocht oder ob dies arbeitslose Männer sind, die wir versuchen zu integrieren, indem sie beispielsweise einen Wohncontainer umgestalten zu einem gemeinsamen Treffpunkt der Anwohner/innen im Stadtteil. Ein Nebeneffekt ist hierbei, dass auch die Kinder ihre Eltern als aktiv wahrnehmen, als Macher, die etwas bewegen können. Insofern können solche Aktionen und Aktivitäten zu Steigerung des Selbstbewusstseins sowohl bei den Eltern als auch bei den Kindern führen.

Neue Ideen / neue Orte für gesundheitsfördernde Themenstellungen und gemeinsame Ansätze der unterschiedlichen Präventionsdisziplinen

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Nürnberg

Auch wenn es hier an unterschiedlichen Stellen schon angemerkt wurde, so stellt die Schule aus meiner Sicht einen sehr wichtigen Ort für Prävention und Gesundheitsförderung dar. Ich fordere schon seit langer Zeit ein Schulfach „Gesundheit“ in dem man übergreifend gesundheitsrelevante Themenstellungen mit den Schüler/innen besprechen kann. Es reichen allem Anschein nicht mehr die üblichen Fächer wie Mathe, Deutsch und Englisch. Wir erfahren immer deutlicher, dass viele Kinder wenig „lebenstauglich“ aufwachsen. Viele sind

heute nicht in der Lage „sich ein Spiegelei“ zu braten. Was früher in dem Unterrichtsfach Hauswirtschaft gelehrt wurde und gelernt werden konnte, fällt heute weg. Wir müssen neue gesundheitsbezogene Akzente in die Schulen bringen und auch dem Thema Ernährung einen höheren Stellenwert beimessen. Weiterhin gehört auch das Thema Armut und die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Armut in die Schule.

Kerstin Lück, Fachhochschule Potsdam

Wir haben gute Erfahrungen gemacht mit einer gemeinsamen Methodik der unterschiedlichen Präventionsdisziplinen. Die Zielrichtungen sind im Grunde immer die gleichen, unabhängig ob dies nun Gewalt-, Sucht-, Kriminalitätsprävention oder Gesundheitsförderung genannt wird.

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen

Es gibt schon eine Reihe von sehr produktiven Ansätzen. In Nordrhein-Westfalen gibt es z. B. die kommunalen Gesundheitskonferenzen, die den Gesundheitsbegriff breiter fassen und nicht nur als „Fehlen von Krankheit“. Wichtig ist, gerade auf der kommunalen Ebene Ansätze der Jugendhilfe oder Kriminalitätsprävention mit denen der Gesundheitsförderung zu verbinden. Sie sind vielfach völlig kompatibel zueinander, werden aber aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten und Akteure nicht zusammengeführt.

Musik für Hainholz – Ein musikpädagogisches Stadtteilkonzept mit multipräventiven Eigenschaften

Projektvorstellung

Wir möchten bei dieser Gelegenheit anhand des Projekts „Musik für Hainholz“ verdeutlichen, wie über Musik präventiv gearbeitet werden kann. Prävention, verstanden im Sinne der Definition von Dr. Hafen, heißt: einen gewünschten Zustand – z.B. keine Drogenabhängigkeit – erhalten durch die Verringerung der Ursachen. Die Ursachen, warum Kinder und Jugendliche gerade in sozial benachteiligten Stadtteilen z.B. zu Drogenkonsum neigen sind jedoch so vielschichtig, dass es äußerst schwierig ist, auf alle möglichen Parameter einzugehen. Eine Möglichkeit ist es, die Persönlichkeit der Kinder und Jugendlichen so zu stärken, dass sie gar nicht erst zu Drogen greifen. Eine Unterstützung der Jugendlichen können wir durch die Förderung der Schlüsselkompetenzen erreichen.

Wir brauchen Kinder und Jugendliche, die über soziale und kulturelle Kompetenz vor allem aber Selbstkompetenzen verfügen, um in Zukunft die Gesellschaft verantwortungsvoll zu führen. Diese Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen sind das gesellschaftliche Kapital und gehen somit auch die gesamte Gesellschaft etwas an!

Die Förderung von Schlüsselkompetenzen wird häufig in den Bereich der Bildung geschoben. Mit Bildung verbinden wir zumeist Schule. Die Schule in ihrer bisherigen Arbeitsweise fördert jedoch eher das kognitive Lernen, das Soziale und Emotionale kommt oftmals zu kurz – obwohl es für die Entfaltung zur Berufsfähigkeit essentiell wichtig ist über persönliche und soziale Kompetenzen zu verfügen. In unserem Schulsystem ist es leider viel zu oft der Fall, dass genau in den Bereichen, in denen diese Kompetenzen gefördert werden, immer öfter der Unterricht ausfällt oder gar nicht stattfindet.

Die Bereiche der kulturellen Bildung, Musik und Kunst sind besonders gut geeignet, Kreativität und Phantasie auf einzigartige Weise zu fördern. Das Musizieren fördert und unterstützt folgende Kompetenzen (Prof. Dr. John Erpenbeck, Prof. Dr. Max Fuchs u.a., 2005): Selbstbewusstsein, Durchhaltevermögen, Eigeninitiative, Entscheidungsfähigkeit, Flexibilität, Teamfähigkeit, Verantwortungsbereitschaft, Kritikfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Toleranz, Offenheit, kulturelle Identität, Teilhabe am kulturellen Leben, Lernfähigkeit, Planungsfähigkeit, Organisationsfähigkeit, Problemlösefähigkeit, Reflexionsfähig-

keit, Spielfähigkeit, Sinnlichkeit und natürlich Kreativität.

Von Vertretern/innen der kulturellen Bildung wird dies nach und nach erkannt. Ein Beispiel ist der Kompetenznachweis Kultur (Prof. Dr. John Erpenbeck, Prof. Dr. Max Fuchs u.a., 2005). Von der Bundesvereinigung Kulturelle Jugendbildung (BKJ) wurde ein Bildungspass entwickelt, der Schlüsselkompetenzen, die Jugendliche in der kulturellen Bildungsarbeit erwerben, dokumentiert. Der Kompetenznachweis Kultur dokumentiert die aktive, kontinuierliche Teilnahme an Kunst und Kultur, ohne dabei schulisch zu benoten oder Leistungen zu bewerten.

Über Musik wird es Menschen aus unterschiedlichsten Altersgruppen mit unterschiedlichsten sozialen und ethnischen Hintergründen ermöglicht, am öffentlichen Leben gemeinsam mit anderen zu partizipieren. Musik bietet einen niedrighschwelligen Zugang (Beispiel: Perkussion), die Möglichkeit der Professionalisierung (Band, Orchester), die Möglichkeit, den eigenen Gefühlen Ausdruck zu verleihen (Beispiel: RAP), die Möglichkeit, in eine Gruppe integriert zu werden (Beispiel: Senioren, Migranten/innen)

Zudem kann bei stadtteilbezogener Arbeit über Musik eine Verbindung zu den unterschiedlichsten Menschen, Einrichtungen und Vereinen geschaffen werden. Und das alles auch noch mit Spaß!

Für die Entwicklung des Konzeptes „Musik für Hainholz“ waren die positiven Wirkungen von Musik Grundlage. Ziel ist es bei diesem Modellprojekt, einen sozial benachteiligten Stadtteil zu musikalizieren. Die Projektdauer ist zunächst auf sechs Jahre ausgelegt. Dies ist ein angemessener Zeitraum ein solches Thema zu etablieren (siehe Studie: Hans Günter Bastian, Kinder optimal fördern – mit Musik, 2001). Nachdem das Grundkonzept entwickelt wurde, haben wir das Gespräch mit allen Einrichtungen im Stadtteil gesucht, um von der Schule bis zum Kleingartenverein alle Akteure einzubinden. Jeder Partner soll ein aktiver, vollwertiger Partner sein und Verantwortung übernehmen – z.B. für die Kommunikation aus und in die eigene Einrichtung.

Für jede der im Stadtteil Hainholz vertretenen Einrichtungen wurde und wird ein eigenes Konzept entwickelt, welches auf ihre Ressourcen und Bedürfnisse abgestimmt ist. Da jede Einrichtung anders organisiert ist, mit einer anderen Zielgruppe arbeitet und andere Bedürf-

nisse hat, ist bei der jeweiligen Projektentwicklung eine breite Methodenvielfalt entstanden. Ziel ist es, Musik als festen Bestandteil langfristig in den Einrichtungen oder Vereinen zu etablieren. Nachdem die Bedürfnisse der Einrichtungen und Vereine feststehen, suchen wir Kooperationspartner, die zu ihnen passen. Die Methodenvielfalt hat hierbei keine Grenzen und ist stets zielgruppenorientiert. Für jedes Projekt, das initiiert wird, entsteht ein „kleines“ Netzwerk, in dem genauso gearbeitet wird wie in einem „großen“; Netzwerktreffen, d.h. mit Evaluation etc.

In der Phase Null – also der Phase vor dem eigentlichen Projektstart – ist es bereits gelungen, alle Kitas und Schulen in das Projekt einzubinden: Somit werden über 200 Kinder und Jugendliche in Projekte integriert. Im nächsten Schritt werden wir über die Kirche Senioren in das Projekt integrieren. Über das Freiwilligen-Zentrum Hannover und die Landesvereinigung kulturelle Jugendbildung wird gerade das freiwillige Soziale Jahr für Senioren initiiert. Im Rahmen dessen bilden wir freiwillige Senioren aus, die Interesse haben, mit anderen zu musizieren. Es gibt also vielschichtige Verknüpfungen der unterschiedlichen „kleinen“ Netzwerke und man kann sich vorstellen, dass Kooperation ein zentrales Thema dieses Projektes ist.

Eine afrikanische Weisheit besagt: „Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind zu erziehen“. Wenn ich diese Weisheit auf uns übertrage, könnte man sagen, dass die Verantwortung für Bildung nicht allein auf eine Einrichtung geschoben werden darf. Diese Weisheit ist für mich ein Aufruf zur Kooperation.

Auch das Bundesjugendkuratorium teilt in seinem Positionspapier eine ähnliche Meinung. Es verlangt eine sozialräumliche Öffnung und die Integration von „außerschulischen Bildungsprozessen“ in den Schulalltag sowie engeres Zusammenwirken mit der Jugendhilfe. „Vor Ort müssen umfassende Bildungs- und Erziehungskonzepte entwickelt werden, die von lokalen Bündnissen für Bildung zusammengeführt und gebündelt sowie inhaltlich und konzeptionell ausgestaltet werden können.“

Im Projekt „Musik für Hainholz“ werden Netzwerke auf folgenden Ebenen geknüpft:

- in den Einrichtungen (Kitas, Schulen, Einrichtungen, Vereine etc.),
- im Stadtteil (Programm Soziale Stadt, Stadtteilkultur der Stadt, u.a.),
- in der Stadt (Fachbereich Bildung und Qualifizierung, Fachbereich Soziales, u.a.),
- im Land (Landesmusikrat, Landespräventionsrat, u.a.),
- im Bund (Deutscher Musikrat, Stiftung SPI, u.a.).

Damit die Vernetzung bzw. das Projekt nicht sporadisch stattfinden, sollte eine strukturelle Vernetzung angestrebt werden. Ein Weg Unklarheiten zu beseitigen ist, Verabredungen und Zusagen in einer Kooperationsvereinbarung schriftlich festzuhalten. Eine klare Zielvereinbarung, die Entwicklung von Qualitätsmerkmalen, sowie die regelmäßige Evaluation können neben der gemeinsamen Entwicklung des Projektes Instrumente sein, Projektmüdigkeit, Unzufriedenheit und Demotivation auszuschließen.

Wir arbeiten mit Menschen. Aus diesem Grund ist – neben klaren Verabredungen – der persönliche Austausch wichtig. Die Kooperationspartner sollten nicht den Eindruck haben, dass es uns nur darum geht, ein Produkt zu verkaufen. Das wäre falsch! Bei einem derartigen Projekt sind alle Beteiligten gefragt, über die eigenen Struktur hinaus zu denken: die Einrichtungen im Stadtteil genauso wie die Kooperationspartner. Beide Seiten sollten sich aufeinander zu bewegen, um gemeinsam neue Lernwege und -formen zu entwickeln.

Die Entwicklung neuer Lernformen ist ein wichtiger Strang des Projektes „Musik für Hainholz“. Kurz möchte ich hier vom „Fußklavier“ erzählen: Wir haben ein überdimensionales Instrument entwickelt, mit dessen Hilfe wir Musik mit anderen Themen kombinieren können. Ein Beispiel, welches für benachteiligte Stadtteile besonders relevant ist, ist die Kombination von Musik und Sprache. Mit Hilfe des „Fußklaviers“ können wir spielerische Übungen zum Erlernen der deutschen Sprache durchführen. Da die Tasten mit unterschiedlichsten Tönen belegt werden, können neben den Übungen zum Spracherwerb, Hörspielgeschichten entwickelt werden, es kann aber auch ganz normaler musikpädagogischer Unterricht stattfinden. Das „Fußklavier“ ist sehr flexibel einsetzbar und kann auch mit anderen Themenfeldern wie z.B. Mathematik kombiniert werden. Wer mehr Informationen zum Fußklavier und zur Entwicklung neuer Lernwege haben möchte, kann direkt Kontakt mit mir aufnehmen.

Abschließend möchte ich noch das mit der Hauptschule des Stadtteils verbundene Projekt „move and music“ vorstellen. Die Konzeptentwicklung haben wir mit zwei Lehrerinnen der Schule durchgeführt. Für die Jahrgänge acht bis zehn wurden Module entwickelt, die die Defizite in den Bereichen Bewegung und Musik aufgreifen. Bei der Wahl der Kursform haben wir uns für Wahlpflichtfächer (WPK) entschieden, da hier eine Kombination aus Freiwilligkeit und schulischer Pflicht besteht und weil wir eine feste Verankerung der Projekte in der Schule anstreben. Es entstand ein jahrgangübergreifendes Konzept, in dem die Kurse auf-

einander aufbauen:

8. Jahrgang

WPK 1

Musik

Vermittlung von Rhythmik und Gesang

9. Jahrgang

WPK 2

Tanz

Bewegung, Ausdruck und Körpererfahrung

10. Jahrgang

WPK3

Capoeira

Mischung aus Rhythmik, Tanz und Akrobatik

Das Gesamtkonzept ist mit den Lehr- und Lernmethoden auf die Anforderungen, das Leistungsvermögen und die Interessen der Schülerinnen und Schüler abgestimmt. Ausgangspunkt bei der Konzeptentwicklung sind die erheblichen Mängel der Schüler/innen in grundlegenden Bereichen wie z.B. Rhythmik, Körpergefühl, Motorik, Ausdauer u.a.. An diesen Defiziten arbeiten die Kooperationspartner. So haben wir, um am mangelnden Körpergefühl der Jugendlichen zu arbeiten die Disziplin Tanz bzw. Ausdruckstanz gewählt. In den beiden anderen Kursen sind wir ähnlich vorgegangen. Nach Rücksprache mit den verantwortlichen Lehrern/innen haben wir das Programm so gestaltet, dass es auf die Bedürfnisse und den Kenntnisstand der Schüler/innen eingeht.

Es wird angestrebt die Qualifizierung durch kulturelle Bildung als festen Bestandteil der schulischen Bildung zu integrieren. Durch kulturelle Bildung können wichtige Schlüsselkompetenzen auf unbewusste und spielerische Weise erlernt werden:

- Durch das gemeinsame Musizieren schulen die Schüler/innen ihren Teamgeist aber auch ihr Gefühl für Rhythmus, Takt und Harmonie.
- Im Bereich Tanz schulen die Teilnehmenden ihre Motorik, das eigene Körpergefühl und können ihren eigenen Bewegungsdrang ausleben.
- Capoeira ist eine Mischung aus Akrobatik, Tanz und Rhythmik, verbindet somit die zuvor erlernten Disziplinen und macht daraus ein komplexes Gesamtbild.

In dem Projekt „move and music“ wird prozess- und zielorientiert gearbeitet. Prozessorientiert bedeutet in diesem Fall, dass die Schüler und Schülerinnen sich in den unterschiedlichen Disziplinen ausprobieren und qualifizieren können. Zielorientiert, weil auf einen Auftritt hingearbeitet wird. Die Motivation der Jugendlichen, sich bei diesem Projekt dauerhaft zu beteiligen wird gesteigert, wenn das Erlernte im Rahmen einer Aufführung präsentiert wird. Die Fachkräfte aus den Bereichen Musik, Tanz und

Capoeira kommen mit dem nötigen Equipment in die Schule. Einmal in der Woche können sich dann die Schüler/innen zwei Schulstunden in der jeweiligen Disziplin ausprobieren. Insgesamt werden die Jugendlichen ca. 180 Schulstunden lang die Gelegenheit haben sich in den drei Bereichen zu qualifizieren. Pro Wahlpflichtkurs wird ein/e Lehrer/in der Schule den Kurs begleiten. Um einen inhaltlichen und pädagogischen Austausch zu gewährleisten, treffen sich alle Beteiligten dreimal pro Schulhalbjahr. Kurz vor dem Schulhalbjahresende gibt es einen gemeinsamen Workshoptag, an dem die Teilnehmer/innen der drei Kurse gemeinsam das Programm erarbeiten. Hierzu werden die Ergebnisse der unterschiedlichen Gruppen zusammen gefügt und wenn möglich miteinander verbunden. Die Planung und die Durchführung der Vorstellung(en) gestalten die Jugendlichen mit den Dozenten/innen und den verantwortlichen Lehrern/innen.

Das Projekt beinhaltet eine Ausweitung auf andere Einrichtungen im Stadtteil. Berührungspunkte wie z.B. gemeinsame Besuche und Auftritte mit anderen Schulen bzw. anderen Einrichtungen im Stadtteil sind geplant. Das Projekt in der Hauptschule läuft bereits im zweiten Schuljahr.

Prävention kann durch kulturelle Bildung einen direkten Zugang zu sozial benachteiligten Jugendlichen ermöglichen. Filme wie „Rhythm Is It“ zeigen auf eindrucksvolle Weise, wie groß der Einfluss von Musik und Bewegung auf die persönliche Entwicklung von Jugendlichen sein kann. Mit „Musik für Hainholz“ streben wir eine Musikalisierung eines Stadtteils an. Wir möchten auf lokaler Ebene Strukturen schaffen, die nachhaltig kulturelle Bildung und somit Prävention ermöglichen.

Literatur

- Bastian, Hans-Günther (2000): Musik(erziehung und ihre Wirkung: eine Langzeitstudie an Berliner Grundschulen. Mainz
- Erpenbeck, John/Fuchs, Max (2004): Der Kompetenznachweis Kultur – Ein Nachweis von Schlüsselkompetenzen durch kulturelle Bildung. In: Schriftenreihe der Bundesvereinigung Kulturelle Jugendbildung. Bd. 63. Remscheid

Kontakt:

Morena Piro
Werkstatt Musik und Bewegung
Bildungsnetzwerk FLUXUS
MusikZentrum Hannover
Emil-Meyer-Str. 26-28
30165 Hannover
Telefon: 0511 26 09 30 18
Email: morena@musikzentrum-hannover.de

Organisation, Koordination und Implementierung eines „sozialen Frühwarnsystems“ als präventive Maßnahme der sozialräumlichen Planung

Mit dem Initialprojekt „Präsenz, Prävention und Vernetzung im Zuständigkeitsbereich eines Kreisjugendamtes“ des Oberbergischen Kreises wird eine Integrationsmaßnahme der sozialräumlichen Jugendhilfeplanung durchgeführt, die mit den Instrumenten des präventiven Sozialraummanagement im Sinne des ISIS-Modells arbeitet. Das Akronym „ISIS“ bezieht sich auf folgende vier Handlungsebenen:

- Integrationsmaßnahmen: Im Zentrum stehen sozialpädagogische Präventionsansätze zur Integration und Aktivierung gefährdeter Kinder, Jugendlicher und Familien.
- Sozialmanagement: Auf der nächsten Ebene ist die Belebung der Nachbarschaften wichtig, damit ein natürliches soziales Zusammenwirken und eine natürliche soziale Kontrolle entstehen können.
- Intermediäre Kooperation: Auf der korporativen Ebene entwickelt sich aus der Zusammenarbeit zwischen Professionellen, Organisationen und Institutionen ein präventives Milieu im Wohnquartier und im Stadtteil. Exemplarisch sind hier Netzwerke zwischen Polizei, Fachkräften der sozialen Arbeit und der Planung sowie von freien Trägern im Sozialraum zu nennen.
- Städtebauliche Gestaltung: Diese alle anderen umfassende Ebene bezieht sich auf den nach präventiven Gesichtspunkten geplanten und ausgestalteten städtischen Raum.

Ziel des Projekts ist es, die nach dem ISIS-Modell beschriebenen Ebenen der präventiven Integration und des Sozialmanagements in Form von aktivierenden, kooperativen Maßnahmen einerseits und intermediärer Vernetzung andererseits zusammenzuführen. Zwei Faktoren sind hierbei von zentraler Bedeutung: Zum einen sollen durch kooperative Ansätze unterschiedlicher Akteure innerhalb eines Sozialraums (der kreisangehörigen Stadt Hückeswagen) die vorhandenen Ressourcen vor Ort gebündelt und bestmöglich genutzt werden, um präventive sozialpädagogische und gesundheitsfördernde Maßnahmen voranzutreiben. Die Jugendhilfeplanung ist hierbei gefordert, neben der Erhebung und Analyse der Bestände und des Bedarfs vor Ort, die notwendigen Kommunikationsbezüge zu initiieren und erste Netzwerkbeziehungen zu sichern. Zum anderen soll auf der Steuerungsebene innerhalb der Kreisverwaltung ein Management integriert

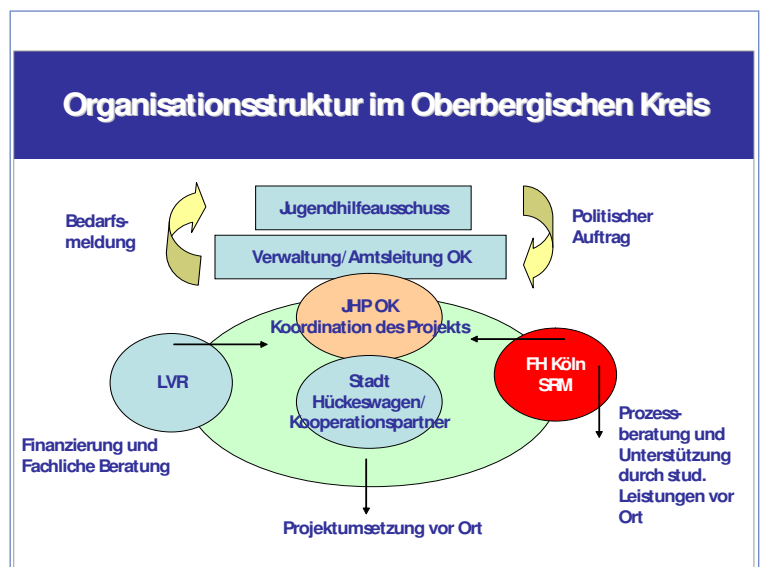
werden, das die Zusammenarbeit intermediärer Instanzen und Akteure vor Ort organisiert und koordiniert, damit die präventiven Maßnahmen nicht ins Leere laufen.

Durch diese Handlungsweise wird gewährleistet, dass das Prinzip der Integration, die Flexibilisierung und Weiterentwicklung vorhandener Hilfeleistungen, die Sensibilisierung von Fachkräften und die sozialräumliche Verortung der Maßnahmen gewährleistet werden kann. Damit fließen fachliche Empfehlungen rund um die aktuellen Diskussionsbereiche der Prävention, der Partizipation, von Qualitätsentwicklung und Sozialraumorientierung in diesem Projekt zusammen. Das Klären von Zuständigkeiten und Verantwortung sowie die Einrichtung einer Koordinationsstelle sind hierbei ebenso grundlegende Anforderungen an eine gelingende Integrationsmaßnahme wie die regelmäßige Information sämtlicher Beteiligter über die aktuellen Umsetzungsschritte des Projekts in der Modellstadt Hückeswagen.

Rahmenbedingungen und Organisationsgrundlagen

Gemäß § 80 Abs.1 Nr. 3 SGB VIII hat die Jugendhilfeplanung innerhalb ihrer Planungsverantwortung so zu planen, dass die zur Befriedigung des Bedarfs notwendigen Vorhaben rechtzeitig und ausreichend geplant werden; dabei ist Vorsorge zu treffen, dass auch ein unvorhergesehener Bedarf berücksichtigt werden kann.

Abbildung 1: Organisationsstruktur Oberbergischer Kreis



Weiterhin gibt Abs. 2 (1) vor, Einrichtungen und Dienste so zu planen, dass insbesondere Kontakte in der Familie und im sozialen Umfeld erhalten und gepflegt werden können, (2) ein möglichst wirksames, vielfältiges und aufeinander abgestimmtes Angebot von Jugendhilfeleistungen gewährleistet ist und (3) junge Menschen und Familien in gefährdeten Lebens- und Wohnbereichen besonders gefördert werden.

An diesen gesetzlichen Vorgaben setzt das „soziale Frühwarnsystem“ in Hückeswagen an: Aufgrund des relativ weiträumigen oberbergischen Kreisgebietes besteht zum einen ein Defizit an Informationen über soziale Einrichtungen und Dienste, zum anderen fehlen folglich Kooperations- und Vernetzungsstrukturen derselben. Die Jugendhilfeplanung des Oberbergischen Kreises hat in Zusammenarbeit mit dem Landschaftsverband Rheinland und dem Forschungsschwerpunkt „Sozial – Raum – Management“ das Projekt „Präsenz, Prävention und Vernetzung im Zuständigkeitsbereich eines Kreisjugendamtes – Aufbau eines sozialen Frühwarnsystems“ initiiert, um diesem Defizit entgegen zu wirken und durch das kooperative Zusammenwirken der sozialräumlichen Akteure Ressourcen zu bündeln und vorhandene Potentiale zu nutzen und zu stärken.

Die Implementierung eines kommunalen Managements war als Rahmen für die Ausgestaltung dieses integrativen Ansatzes notwendig: Neben dem politischen Beschluss als Startgrundlage des Projekts wurde ein Organisationsmodell für die kommunale Steuerung der Verfahrensschritte im Oberbergischen Kreis und innerhalb der Modellkommune Hückeswagen entwickelt. Die Klärung von Verantwortlichkeiten, Kommunikationswegen und Verfahrensweisen waren dabei wichtige Schritte hin zu einer Kooperationsstruktur, die innerhalb der Fachämter beginnt und in den Einrichtungen des Sozialraums endet.

Strategien und Ziele des Projekts

Die Ziele des Projekts sind zwei Ebenen zuzuordnen: zum einen geht es darum, ein sich verselbständigendes System von präventiven pädagogischen Maßnahmen zu entwickeln, in dem vorhandene Potentiale vorab identifiziert werden und zu einer Kette von aufeinander abgestimmten kooperativen Maßnahmen verknüpft werden. Ziel ist die Verbesserung der Vernetzungsstrukturen im Kreisgebiet und die Förderung der Transparenz sozialer Hilfesysteme. Zum anderen sollen Indikatoren gebildet werden, die frühzeitig auf eine Störung innerhalb von Familien mit Kindern hinweisen, so dass die „Maßnahmenkette“ schon dann reagieren und wirksam werden kann, wenn

die Störung sich noch nicht zu einem schwerwiegenden Problem entwickeln und etablieren konnte.

Ziele des Projekts

- Schaffung von Rahmenbedingungen für die frühe Förderung von Kindern, Jugendlichen und jungen Familien
- Entwicklung von präventiven pädagogischen Angeboten
- Förderung von Maßnahmen im Bereich der Erziehung und Bildung
- Entwicklung von frühzeitigen Hilfsmaßnahmen zur gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung, die im Zuge einer präventiven Förderung ineinander greifen
- Verbesserung der Vernetzungsstrukturen im Kreisgebiet und Förderung der Transparenz sozialer Hilfesysteme
- Entwicklung eines objektiven Indikatorensystems, das gemeinsame und aufeinander abgestimmte Handlungsweisen ermöglicht
- Qualifizierung der Akteure vor Ort im Hinblick auf die Chancen und Möglichkeiten sowie auf die Implementierung und Funktionsweise des Frühwarnsystems

Das Projekt spricht damit unterschiedliche Dimensionen und Strategien der Prävention an: Es wirkt erstens auf der Ebene der primären Prävention, und zwar dadurch, dass stabilisierende Maßnahmen zu einem Zeitpunkt eingesetzt werden, an dem Krisen noch nicht ersichtlich sind. Zweitens wird die Ebene der sekundären Prävention angesprochen, denn es sollen vorbeugende Hilfen in Situationen, die belastend und krisenanfällig sind (Krisen sind noch nicht manifest) konzipiert und durchgeführt werden. Daneben wird die Strategie der personenbezogenen Prävention verfolgt, die auf Verhaltensänderungen einzelner Personen oder Personengruppen im Sozialraum abzielt.

Darüber hinaus wirkt auch die strukturbezogene Präventionsstrategie dort, wo das Ansetzen an der sozialstrukturellen Verursachung riskanter Entwicklungen im sozialen Raum erfolgreich umgesetzt werden kann. Die Aktivierung und Stärkung von sozialräumlichen Potentialen bezieht sich auf sämtliche Akteure vor Ort, die mit ihrer Arbeit und ihren Interessen die frühzeitige positive Beeinflussung problematischer Umstände unterstützen können. Hierzu haben sich die Schulen, Kindertagesstätten, Jugendhilfeeinrichtungen, die Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung und Vorsorge, aber auch Polizei oder Vereine aus Hückeswagen zusammengeschlossen, um ihre Angebote aufeinander abzustimmen und vor dem Hintergrund gemeinsamer Indikatoren im Ernstfall frühzeitig eingreifen zu können.

Vorgehensweisen

Pädagogische Angebote, Förderung im Bereich der Erziehung und Bildung und frühzeitige Hilfe zur gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung sind neben der Schaffung von Transparenz der Hilfesysteme die wichtigsten Bausteine des Projekts.

Bisherige Umsetzungsschritte

- Konzeption und Organisation des Projekts durch die Jugendhilfeplanung
- Bildung von Kooperationsbeziehungen zwischen dem Oberbergischen Kreis und der Stadtverwaltung Hückeswagen und Klärung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- Erhebung und Analyse vorhandener Infrastrukturdaten
- Durchführung von Experteninterviews zur Erfassung der Einrichtungen und Dienste und Identifikation der Schlüsselpersonen vor Ort
- Durchführung Starterkonferenz und gezielte Ansprache eines breiten Interessentenkreises in Hückeswagen
- Bildung eines Arbeitsgremiums aus dem Interessentenkreis zur Entwicklung eines Infrastrukturkonzepts
 - Entwurf eines Bausteinsystems an präventiven Angeboten
 - Organisation der ersten Bausteinprojekte
- Entwicklung einer Netzwerkbrochure und einer Internetseite zur Schaffung von Transparenz bzgl. der Einrichtungen und Dienste und deren Leistungsangeboten

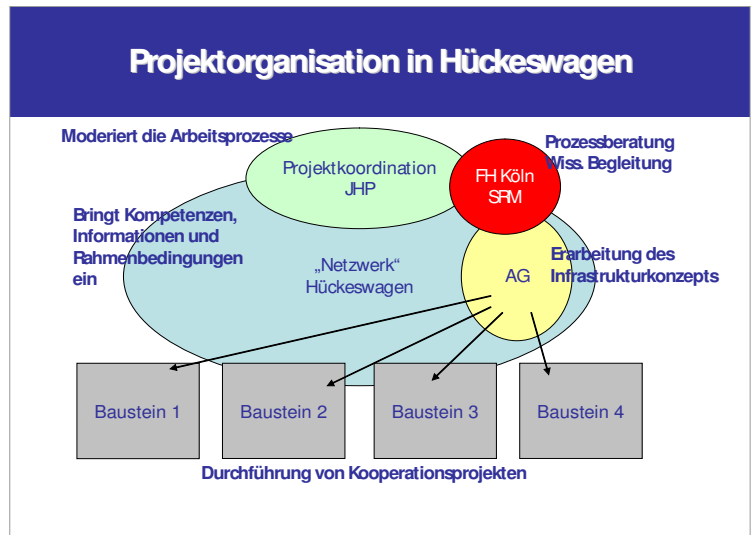
In Hückeswagen wurden hierzu ein Infrastrukturkonzept des „neuen Typs“ der Sozial- und Jugendhilfeplanung erarbeitet, das ein Kooperationsmodell der sozialräumlichen Akteure vor Ort beinhaltet.

In den bisherigen Umsetzungsphasen war es notwendig, die relevanten Strukturdaten vor Ort zu erheben und auszuwerten, die Bestände an Einrichtungen und Diensten, aber auch an sonstigen Akteuren, wie z.B. ansässige Kinderärzte/innen oder ambulante Hebammen zu erfassen. Es wurden Befragungen von Experten/innen durchgeführt, um die Belange und den Bedarf vor Ort zu skizzieren und um bereits vorhandene Kooperationsnetze zwischen den Akteuren zu erfassen, bzw. neue Netze initiieren zu können. Die fachliche und die allgemeine Öffentlichkeit wurden regelmäßig über die Umsetzungsschritte und den aktuellen Stand des Projektes informiert. Dazu wurde ein breites Plenum zu einer ersten Starterkonferenz und zu weiteren „Netzwerktreffen“ eingeladen.

Für die konkrete Umsetzung der Planungsschritte wurde eine interdisziplinäre Arbeits-

gruppe gegründet, die die konkrete Ausarbeitung des Infrastrukturkonzepts vorgenommen und ein viergliedriges Bausteinsystem an Präventionsbereichen entwickelt hat. In den Bereichen Gesundheit, Erziehung und Bildung, Fortbildung und Qualifizierung sowie dem Bereich Netzwerkarbeit und Kooperation haben sich seitdem bereits erste konkrete Projektideen zur Umsetzung präventiver und kooperativer Ansätze gebildet, die es nun weiterzuentwickeln gilt.

Abbildung 2:
Projektorganisation



Zur erfolgreichen Durchführung von präventiven sozialräumlichen Maßnahmen und Projekten ist die Beteiligung von Akteuren und Fachkräften vor Ort ein elementarer Erfolgsfaktor. Weiterhin müssen die Personen vor Ort, die das „Frühwarnsystem“ durch die Ausgestaltung von kooperativen Projekten tragen, Kooperations- und Netzwerkkompetenzen aufweisen, aber auch im Hinblick auf das Management von kooperativen Ansätzen und der Funktionsweise des Frühwarnsystems qualifiziert werden. Verwaltungsintern ist es wichtig, Ressourcen und Zuständigkeiten bereits vor Beginn des Projektes zu klären und die Zustimmung und Unterstützung der Führungsebene einzuholen. Auch Kooperationspartner sollen frühzeitig in die Prozesse involviert werden.

Bei der Bestimmung von Bedarfslagen und Zielgruppen sollten nicht zu viele Bereiche auf einmal anvisiert werden, damit das „handling“ und die Koordination der Projekte nicht zu aufwendig werden. Wichtig ist, dass Bedarfslagen mit den Personen vor Ort, den Einrichtungen und Diensten, aber auch sonstigen Interessierten, Bewohnern/innen oder Zielgruppenvertretern/innen diskutiert und besprochen werden, damit auch die wichtigen Ressourcen der lokalen Akteure genutzt werden. Als Hemmfaktoren für die Einrichtung und die Nutzung eines „sozialen Frühwarnsystems“ können unklare

und nicht aufeinander abgestimmte Ziele und Verantwortungsbereiche ebenso den Prozess erschweren wie ein Mangel an Unterstützung seitens der Verwaltung und Politik oder der Akteure vor Ort. Deshalb sind eine weitreichende und regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit und eine Transparenz der Projektverläufe unerlässlich.

Das Projekt „Präsenz, Prävention und Vernetzung im Zuständigkeitsbereich eines Kreisjugendamtes“ des Oberbergischen Kreises hat Modellcharakter. Die Konzeption für die Modellstadt Hückeswagen soll auf andere Städte und Kommunen im Kreisgebiet übertragen werden. Hierfür ist es wichtig, im Erprobungszeitraum besonders auf die beschriebenen Hemm- und Förderfaktoren zu achten und diese explizit herauszuarbeiten, damit die Übertragung der Konzeption auf andere Kommunen gelingen kann.

Kontakt:

Sandra Biewers
Fachhochschule Köln
Forschungsschwerpunkt
Sozial-Raum-Management
Mainzerstr. 5
50678 Köln
Telefon: 022 86 68 52 53
Email: sandra.biewers@fh-koeln.de

Ulrike Helle
Jugendamt Oberbergischer Kreis
51641 Gummersbach
Telefon: 022 61 88 51 38
Email: ulrike.helle@oberbergischer-kreis.de

Kommunale Gewaltprävention durch gemeinsame Weiterbildung von Schule, Sozialarbeit und Polizei

Die gestiegenen Anforderungen an die Berufsgruppen der Lehrer/innen, Sozialarbeiter/innen und Polizisten/innen erfordern eine zielgenaue Weiterbildung. So können Konflikte, die sich in diesen Berufsfeldern ergeben, besser bewältigt werden.

Die Weiterbildung „Konfliktmanagement in der Modellregion Uckermark/Brandenburg“ hat 2002 bis 2004 37 Teilnehmende zu Konfliktmanagern/innen und fünfzehn zu Mediatoren/innen weitergebildet.¹ Die Weiterbildung wurde 2004/2005 für den Süden von Brandenburg durchgeführt und hat dort 25 Teilnehmende zertifiziert.² Auch die Landkreise im Osten und Nordwesten von Brandenburg wollen die Weiterbildung in ihre Landkreise holen. Das Curriculum nimmt Themen aus der Gewalt- und Drogenprävention auf. Wir gehen davon aus, dass gut bearbeitete Konflikte, sowohl die Eskalation bis hin zur Gewalt wie auch die Flucht in Drogenmissbrauch verhindern können.

1. Aufbau der Weiterbildung

1.1. Dauer

Es finden 39 Seminartage verteilt über ein Jahr statt. Das sind insgesamt 250 Stunden, die sich aufschlüsseln in 234 Stunden während der Arbeitszeit und 16 Stunden in der Freizeit für Protokolle und Netzwerkabsprachen bzw. Präsentationen.

1.2. Inhalte

Die Teilnehmer/innen erwerben Basiswissen aus der Wahrnehmungs- und Kommunikationspsychologie (nach Watzlawick/Satir/Schulz v. Thun et al., sowie zu Konflikttheorien (nach Glasl/Imbusch). Es werden theoretische Kenntnisse über die Analyse und Diagnose von Konflikten, über die unterschiedlichen Eskalationsstufen und verschiedenen Konfliktbearbeitungsmethoden wie Mediation, Täter-Opfer-Ausgleich, Konfliktmoderation und deeskalierendes Verhalten vermittelt (nach einem multimethodischen Modell von Mickley/Seiberth/Lück/Hagedorn/Walker/Faller).

Neue Themen im dritten Kurs waren Rechtspädagogik im Modul Ethik (nach Markus Walter) und Dissensmanagement im Modul Media-

tion (nach Fuchs/ Lück/ Walter).

In praktischen Übungen wird der konstruktive und ergebnisorientierte Umgang mit verschiedenen Konflikten trainiert, welche die Teilnehmer/innen aus ihrem beruflichen Alltag mitbringen. Der berufliche und persönliche Handlungsspielraum wird dadurch erweitert.

1.3. Methoden

Die Weiterbildung ist multimethodisch angelegt. Sie vereint unterschiedliche Methoden, die an mehreren Ebenen der berufsorientierten Persönlichkeit ansetzen. Die Methoden des neuen Lernens, wie Vorträge, Gruppen-, Einzel- und Paararbeit, und auch Rollenspiele und Moderationstechniken werden im Wechsel mit kreativen Techniken zur Persönlichkeitsentwicklung eingesetzt. Die Blockwochen werden von Kunst- und Musikpädagogen/innen sowie einem Bewegungstherapeuten begleitet.

Die Weiterbildung ist teilnehmerorientiert. Unter Berücksichtigung von arbeitsplatzspezifischen Besonderheiten wird an den von den Teilnehmern/innen eingebrachten Konflikten gearbeitet. Vorgegebene Konfliktszenarien werden im Wechsel mit Teilnehmerfällen bearbeitet, wodurch die Seminarinhalte kontinuierlich den Bedürfnissen der Teilnehmer/innen angepasst werden.

1.4. Voraussetzungen für eine Teilnahme sind:

- die Freistellung durch den Arbeitgeber,
- eine Tätigkeit im Bereich der drei Zielgruppen,
- ein Arbeitsplatz im jeweiligen Auswahlgebiet von Brandenburg.

1.5. Teilnehmerzahl und Zertifikat

Es nehmen 21 Personen teil – sieben Trios der drei Berufsgruppen.

Zwei Zertifikate der FHP können erworben werden: eines für Konfliktmanagement und optional eines für Mediation.

1.6. Trainer/innen

Das Trainer-Tandem Kerstin Lück, (Mediatorin, Religionswissenschaftlerin) und Markus Walter (Mediator, Rechtsanwalt) begleitet und strukturiert den gesamten Kurs. Dabei werden sie durch Professoren/innen der Fachhochschule Potsdam (Prof. Dr. Mickley, Prof. Burckhardt) sowie anderen Gastreferenten/innen ergänzt.

2. Ziele

Es lassen sich drei Zielbereiche unterschied-

1) Die ersten beiden Kurse sind durch das Xenos-Programm der Bundesregierung, das Bündnis für Demokratie und Toleranz und den Landespräventionsrat Brandenburg gefördert worden.

2) Der dritte Kurs wurde durch den Landespräventionsrat Brandenburg und den Landkreis Oberspreewald-Lausitz finanziert.

den:

- Ziel 1: Die Weiterentwicklung der Kompetenzen bei den Teilnehmenden und die Wirkung in ihrem beruflichen Umfeld (z.B. bei Kollegen/innen und Klienten/innen).
- Ziel 2: Verbesserung der Berufszufriedenheit.
- Ziel 3: Initiierung und Aufbau von berufsübergreifenden Kooperationsstrukturen, bzw. Netzwerken in der Kommune oder im Sozialraum.

3. Zusammenfassung und Resümee der externen Evaluation für den ersten und zweiten Kurs von ifub gGmbH und der Selbstevaluation nach dem dritten Kurs

3.1 Die positive Bewertung des Kurskonzeptes

Die Teilnehmer/innen zeigen sich insgesamt mit der Kursgestaltung ausgesprochen zufrieden. Sie bewerten verschiedenste Bereiche und Aspekte durchgängig positiv: die Lerninhalte und Themen, die verschiedenen Methoden, den Stil und die Kompetenzen der Seminarleitung, wie auch der Trainer/innen. Auch mit dem Arbeitsklima sind die Befragten sehr zufrieden. Damit wurde in dem Schutzraum der Weiterbildung ein notwendiger Grundstein für die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen gelegt.

Der stärkste Faktor, der sich auf die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen auswirkt, ist das Arbeitsklima im Kurs. Des Weiteren spielt hier auch die erlebte Qualität der Abstimmung zwischen Seminarleitung und Teilnehmern/innen eine Rolle. Als besonders förderlich wirkten sich darüber hinaus das inhaltliche und methodische Vorgehen auf das Lernen aus. Erneut hat sich das innovative Profil der Weiterbildung, das sich durch den multimethodischen Ansatz und durch eine Kombination von Theorie und Praxis auszeichnet, auch in dem berufsgruppenübergreifenden Kontext gut bewährt.

3.2. Weiterentwicklung der Kompetenzen bei den Teilnehmenden und die Wirkung in ihrem beruflichen Umfeld (Ziel 1)

Im Wesentlichen lassen sich bei der Wirkung drei Ebenen unterscheiden: Effekte bei den Teilnehmern/innen selbst, Einsatz des Gelernten bei den Klienten/innen, die ihrerseits ihre Erfahrungen mit Konfliktbearbeitung an Gleichaltrige weiter vermitteln können (Konfliktlotsenmodell/peer-education-Ansatz). Besonders die veränderte Ansprache von Jugendlichen und Eltern hat positive Effekte gehabt, sowie die Weitergabe an Kollegen/innen, die ihr neues Wissen und Können im Rahmen ihrer Arbeit einsetzen.

Wie hat sich Ihre Fähigkeit, Konflikte zu bearbeiten seit Beginn des Kurses weiterentwickelt?

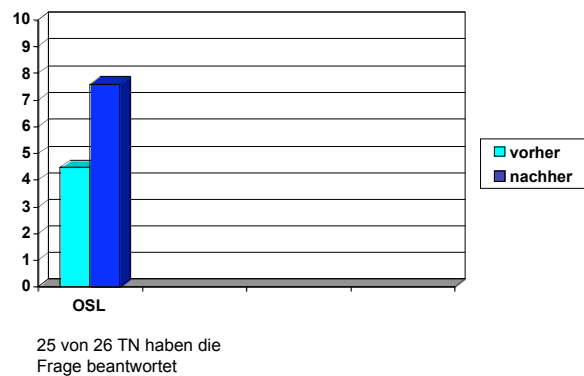


Abb. 1

Am meisten entwickelten die Teilnehmenden ihre Kompetenzen in der ersten Hälfte des Kurses weiter. Am häufigsten konnten sie ihr neues Know-how in Konflikten zwischen Einzelpersonen sowie zwischen Einzelnen und kleineren Gruppen einsetzen.³

Abb. 2 (siehe Folgeseite)

3.3. Berufszufriedenheit (Ziel 2)

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Berufstätigkeit derzeit im Vergleich zum Beginn des Kurses?

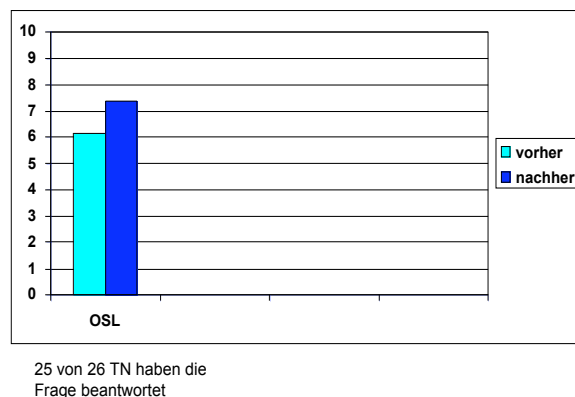


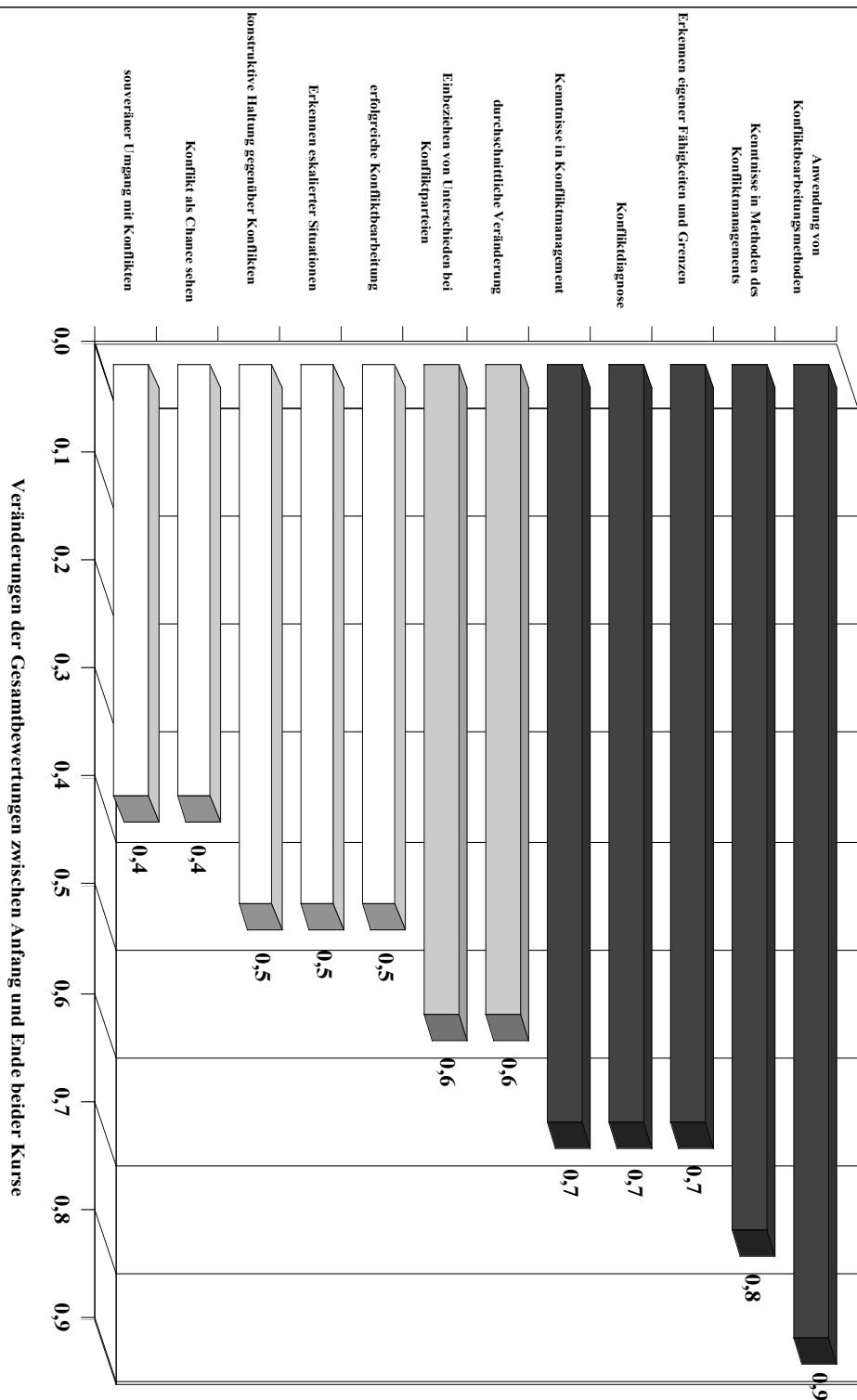
Abb. 3

Was den Einfluss der Weiterbildung auf die Berufszufriedenheit anbelangt, sind drei Ergebnisse erkennbar:

1. Die Kursteilnahme wirkt sich für den größten Teil stabilisierend aus. Gerade der Impuls zur Netzbildung führt dazu, nicht mehr als Einzelkämpfer/in zu agieren und somit auch Wertschätzung zu erfahren.
2. Aber auch das Gegenteil tritt auf, gerade bei denjenigen, die die neu erworbenen Fähigkeiten bei der Arbeit nicht im gewünschten Ausmaß einbringen können oder die Konfliktfähigkeit ihrer Kollegen/innen jetzt negativer bewerten. Bei wenigen dieser Gruppe hat sich

3) Quelle: diese Tabelle gilt nur für Uckermarkkurse und ist von ifub erstellt worden. Die Teilnehmenden bewerteten die elf Kompetenzmerkmale anhand einer fünfstufigen Skala.

Gesamtveränderungen bei den elf erhobenen Kompetenzmerkmalen



die Berufszufriedenheit verschlechtert, weil sie von Versetzung oder Schulschließung betroffen sind.

3. In einer kleinen Gruppe hat die Weiterbildung keinerlei Auswirkungen auf die Berufszufriedenheit – sie war vorher hoch und bleibt hoch.

3.4. Berufsübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung (Ziel 3)

Wenn berufsübergreifende Zusammenarbeit in Kommunen und Sozialräumen nachhaltig verankert werden soll, ist es notwendig, dass die betroffenen Dienststellen und Institutionen entsprechende strukturelle und personelle Maßnahmen ergreifen. Ziel war es, ein vernetztes Vorgehen zur Gewaltprävention in einem Landkreis zu initiieren. Schon im Vorfeld mussten sich die Arbeitgeber der Teilnehmer/innen mit der berufsübergreifenden Zusammenarbeit befassen und darüber befinden, ob eine Teilnahme aus ihrer Sicht sinnvoll ist.

Wir gingen davon aus, dass eine qualitativ andere Wahrnehmung von Konflikten die Fähigkeit, sich mit anderen Berufsgruppen zu vernetzen erhöht. In allen drei Kursen hat sich eine funktionierende Lerngruppe gebildet, die sich in ihren beruflichen Möglichkeiten und Grenzen genau kennen gelernt hat. So ist der Grundstein für mit kurzen Wegen funktionierende Netzwerke gelegt worden.

3.5. Formen der Zusammenarbeit:

- Gemeinsam Weiterbildung (Schulftage/ Schulprojekte) anbieten
- Regionale Organisation der zertifizierten Mediatoren/innen
- Co-Mediation
- Gemeinsame Infoveranstaltungen über Mediation und Konfliktmanagement
- Informationsweitergabe untereinander
- Gegenseitige Ressourcennutzung
- Gegenseitige berufliche und persönliche Beratung
- Unterstützung in Konflikten
- Gespräche über „Fälle“, d.h. einzelne Jugendliche
- Kooperation zwischen Schultypen (z. B. Gesamtschule und Grundschule)

Die Teilnehmenden im dritten Kurs schlossen sich zu Dreier-, Vierer- und Fünfernetzwerken zusammen. Sie entwickeln Projekte in Schulen, Jugendeinrichtungen und Jugendämtern zu Themen wie:

- Konflikte gewaltfrei bearbeiten,
- Soziales Lernen,
- Waffen und Gewalt in der Schule,
- Schulmediation (Konfliktlotsenprojekte),

- Konfrontation mit rechtsextremen Jugendlichen und Schülern/innen,
- „keine Gewalt den Drogen“,
- Kinder- und Jugendschutzgesetz.

„Im Rahmen, bzw. im Anschluss an den ersten Kurs gründete sich ein größeres Netzwerk ‚Mediation in der Uckermark‘ (MUM), das für die Teilnehmenden beider Kurse, aber auch für andere interessierte Kollegen/innen offen ist. (...) Ziele des MUM Netzwerkes sind: Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit nach außen, Zusammenarbeit, Unterstützung, Motivation, Hilfe nach innen.“

Zitat aus „Streithammel“, dem Newsletter des Netzwerkes MUM von Dezember 2003.

Außerdem gründeten zwei Teilnehmer aus dem ersten Kurs, zusammen mit anderen Verwaltungskollegen/innen, einen Mediatorenpool. Dieser stellt Mediatoren/innen bereit, die in verschiedenen Verwaltungsbereichen Unterstützung bei der Bearbeitung von Konflikten anbieten.

„Wenn berufsübergreifende Zusammenarbeit in Kommunen nachhaltig verankert werden soll, ist es notwendig, dass die betroffenen Dienststellen und Institutionen entsprechende strukturelle und personelle Maßnahmen ergreifen.“ (Karin Scheinert)

4. Multiplikatoren/innen

Die Weiterbildung kostet mit ca. 90.000 Euro für die fördernden Institutionen nicht wenig und deswegen sollen die Teilnehmenden während und nach der Weiterbildung als Multiplikatoren/innen wirken, um einen Schneeballeffekt für die Landkreise in Gang zu setzen. Um dies zu erreichen, braucht man neben Konfliktkompetenz noch weitere Fähigkeiten wie Team-, Moderations- und Präsentationsfähigkeiten, die durch spezielle Übungen und Projektpräsentationen im Trio eingeübt wurden. Die Vorbereitung konkreter Trainingseinheiten im Rahmen des Kurses konnte den Teilnehmern/innen dabei helfen, Zurückhaltung und Hemmungen abzubauen, vor allem, wenn sie in Zusammenarbeit mit anderen Kurskollegen/innen entwickelt und vor Ort umgesetzt wurden.

5. Teilnehmermischung

Es war kompliziert, die optimale Teilnehmermischung zu erreichen. Im ersten Kurs fehlte es an Lehrern/innen, im zweiten Kurs an genügend Polizisten/innen aus der Uckermark. Die optimale Mischung ist erst im dritten Kurs erreicht worden. Dazu hat das frühzeitige Engagement des Koordinators für Prävention im Landkreis OSL entscheidend beigetragen.

Teilnehmerverteilung der drei Kurse					
Teilnehmer	Polizei	Schule	Sozialarbeit	übergeordnet	Gesamt
Uckermark 1	6	1	11	2	20
Uckermark 2	7	4	7	2	20
OSL	9	8	8	1	26

Anhand dieser Tabelle lässt sich leicht erkennen, dass die Gewinnung der Lehrer/innen am schwierigsten war. Hierzu mussten der Schulkollegat, das Schulamt und das Direktorat zustimmen. 39 Seminartage sprengen das normale Kontingent an fünf Fortbildungstagen pro Jahr. Bildungsurlaub und Sonderurlaub ergeben zusammen maximal zehn Tage. Beim zweiten Kurs konnte nach intensiver Rücksprache mit dem Schulamt Uckermark durch Verlegung von elf Seminartagen in die Ferien eine Steigerung erreicht werden. Viele Lehrer/innen haben von der Weiterbildung erst durch die Presse erfahren. Die Informationswege per Post zum Direktorat und per Aushang in den Schulen waren nicht ausreichend. Allerdings gab es auch neben den formalen Gründen (Lehrkräftemangel, zuviel Freistellung notwendig, Veranstaltungsort in Potsdam – das gilt nur für die Uckermarkkurse, der dritte Kurs fand in der Region, in Lübbenau statt –, zu hohe Kosten für Verpflegung, Fahrt und Übernachtung) auch inhaltliche Ablehnung, die nach einer telefonischen Abfrage aller Schulen in der Uckermark sichtbar wurde.

Als besonders bildungsfern schien uns die Aussage eines Rektors: „Wer keine Konflikte bewältigen kann, lernt es auch nicht.“

6. Methodisches Design der externen Evaluation

„Aufgrund des formativen Charakters der Evaluation wurden verschiedene klassische quantitative und qualitative Methoden sowie prozessorientierte Verfahren miteinander kombiniert. Alle anwesenden Teilnehmenden wurden am Anfang, in der Mitte und am Ende eines jeden Kurses anhand von standardisierten Fragebögen befragt. Darüber hinaus führte die Evaluationsperson leitfadengestützte Interviews mit jeweils vier Teilnehmenden durch. Diese wurden außerdem noch ein viertes Mal ein halbes Jahr nach dem Weiterbildungskurs interviewt. Einige Monate vor Projektende fand zudem ein Workshop in Potsdam statt, der dazu diente zu überprüfen, inwieweit das Projekt auf andere Landkreise und kreisfreie Städte Brandenburgs übertragbar ist. Insgesamt nahmen an dem Workshop mehr als 40 Mitarbeiter/innen aus Schulen, Polizei, Sozialarbeit und kommunalen Verwaltungen teil. Fast alle Landkreise und kreisfreien Städte

waren vertreten. Um dem formativen Charakter der Evaluation gerecht zu werden, fanden vier Datenfeedbacksitzungen mit der Seminarleitung und der Evaluationsperson in der Mitte und nach Ende der beiden Kurse statt. Die Sitzungen dienten der Reflexion und der Interpretation der Auswertungsergebnisse, sowie der Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen.“

Auszug aus der externen Evaluation von Karin Scheinert ifub

7. Projektwirkungen

Die Projektwirkungen sind vielfältiger Art: Durch die erfolgreiche Informations- und Öffentlichkeitsarbeit wurde das Projekt in Stadt und Land bekannt. Dadurch haben wir viele Teilnehmerbewerbungen erhalten. Allein die Website kann bis heute 5928 Besuche (Stand November 2005) verzeichnen. Es gab von Seiten der Sozialarbeiter/innen für alle drei Kurse mehr Bewerbungen als wir Plätze für diese Berufsgruppe hatten. Interessenten/innen, die nicht aus dem jeweiligen Zielgebiet kamen, haben wir an andere Weiterbildungseinrichtungen vermittelt.

Häufig tauchte die Frage auf, warum gerade die Uckermark (bzw. der Süden von Brandenburg) ausgewählt wurde und nicht andere Landkreise? Der Grund bezog sich auf die PKS von 1999 und hob die erhöhte Prozentzahl von Delikten der Jugendlichen unter 21 Jahren hervor. Dadurch wurden die Probleme der Uckermark in den Blickpunkt gerückt.

Inzwischen wurde die Weiterbildung im Landkreis Oberspreewald-Lausitz durchgeführt und auch im Osten von Brandenburg, dem dortigen Landkreis Oder-Spree, in Anspruch genommen. Wenn die Bereitschaft zur Finanzierung vorhanden ist, kann sie in anderen Landkreisen stattfinden. Ein „train-the-trainer“-Kurs kann für andere Bundesländer entwickelt und durchgeführt werden.

8. Zusammenfassung

Es haben sich zusätzlich zum Netzwerk MUM in Prenzlau, Trios in den Kommunen Templin, Angermünde und Schwedt (Uckermark), in Lübbenau, Senftenberg, Elsterwerda und Cottbus (Süden von Brandenburg) gebildet. Diese Entwicklung hin zur Kommune und hin zur Qualität vor Ort ist insgesamt sehr erfreulich. Im Landkreis Oder-Spree arbeiten das Jugend- und Gesundheitsamt an einer einheitlichen Prävention

und beabsichtigen aus beiden Bereichen Teilnehmer/innen zu in die Weiterbildung zu entsenden. Dort gibt es bereits eine berufs- und amtsübergreifende Arbeitsgemeinschaft „Suchtprävention“. Besonders gut gelungen ist die berufsübergreifende Zusammenarbeit bei Konflikten von Kindern, Jugendlichen und deren Erziehungsberechtigten.

Es war sehr wichtig, mit Hilfe der EU-Förderung, zwei Jahreskurse in der Uckermark zu veranstalten, weil diese innovative Weiterbildung durch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit und fachbezogenen Informationstransfer erst nach zwei Jahren in Brandenburg überall bekannt wurde. Darauf aufbauend ist die schnelle Übertragung der Weiterbildung in den Süden von Brandenburg und die Bereitschaft des Landkreises Oberspreewald-Lausitz als Träger zu fungieren, als wegweisender Erfolg zu sehen. Die Dokumentation der Uckermark-Kurse hatte nach einer ersten Auflage von 100 Stück durch große Nachfrage eine zweite Auflage von 100 Stück zur Folge und kann nach wie vor zum Selbstkostenpreis (6 Euro) bestellt werden. Hilfreich für den Wissenstransfer ist auch die kostenlose Broschüre „Schöner Zanken“, die bildhaft die Inhalte der Weiterbildung vermittelt (Bestelladresse: lueck@fh-potsdam.de).

Es ist jedem Bundesland eine berufsübergreifende Weiterbildung zu wünschen, um eine gewaltfreie Konfliktkultur als notwendigen Bestandteil einer lebendigen Demokratie zu fördern.

Kontakt:

Kerstin Lück
FH Potsdam
Weiterbildung Konfliktmanagement
Friedrich-Ebert-Str. 4
14467 Potsdam
Telefon: 0331 580 11 32
Email: lueck@fh-potsdam.de

Gesundheitskonferenzen als Ausgangspunkt präventiver Vorhaben

2005 hat sich unter Federführung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin eine Landesgesundheitskonferenz konstituiert mit dem Ziel, zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen in Berlin beizutragen, Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung zu koordinieren und Empfehlungen für gesundheitspolitische Ziele zu formulieren. Als Organisationsform wurde – nach dem Beispiel Nordrhein-Westfalens – ein festes Gremium mit berufenen Mitgliedern gewählt. Diesem gehören an: AOK Berlin, Ärztekammer Berlin, Berliner Krankenhausgesellschaft e.V., BKK Landesverband Ost, BZPH/TU-Berlin, DGB Berlin-Brandenburg, Gesundheit Berlin e.V., Gesundheitsausschuss Rat der Bürgermeister, IHK Berlin, IKK Brandenburg und Berlin, Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Landessportbund, LIGA der Wohlfahrtsverbände, Patientenbeauftragte des Landes Berlin, SEKIS, Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, VdAK/AEV Berlin.

Thema der Landesgesundheitskonferenz für das erste Jahr ist Gesundheitsförderung und Prävention mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Hierzu wurden drei Unterarbeitsgruppen eingerichtet, ebenfalls mit berufenen Mitgliedern, zu den Themen: Prävention bei Kindern und Jugendlichen, Migration und Gesundheit, Gesundheitsziele und -monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation. Diese Arbeitsgruppen haben die Aufgabe, Vorschläge für Ziele und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erarbeiten.

Parallel zur Landesgesundheitskonferenz führen einige Berliner Bezirke auf kommunaler Ebene ebenfalls Gesundheitskonferenzen durch. Gesetzliche Grundlage hierfür ist das Berliner Gesundheitsdienstgesetz vom 4. August 1994. In § 1 werden als Aufgabenstellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes die Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene definiert.

§ 3 gibt eine ressort- und trägerübergreifende Kooperation vor, die in Form von Gesundheitskonferenzen, themenorientierten Arbeitskreisen sowie Beiräten umgesetzt werden soll.

Vor diesem Hintergrund führt der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg seit 1995 bezirkliche

Gesundheitskonferenzen durch¹. Anders als die Landesgesundheitskonferenz sind diese als offene Foren konzipiert. Orientiert wiederum am Beispiel Nordrhein-Westfalens und hier insbesondere an den langjährigen Erfahrungen der Stadt Herne, die ihre Kompetenzen im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerks den Mitgliedern weitervermittelt, werden bei den bezirklichen Gesundheitskonferenzen alle Akteure zu einem Thema einbezogen. Das Thema wird von der koordinierenden Stelle vorbereitet. Mit Hilfe der Gesundheitsberichterstattung, externen Forschungseinrichtungen und Erfahrungswissen der Beteiligten wird eine Problemanalyse erstellt, diese wird auf der Gesundheitskonferenz vorgestellt, gemeinsame Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen werden entwickelt. Die Ergebnisse werden dokumentiert und – soweit wie möglich – auf kommunaler Ebene gemeinsam umgesetzt. Die Ergebnisse sollten ebenfalls in die Landesgesundheitskonferenz transportiert werden.

Grundlage der kommunalen Gesundheitskonferenzen sind folgende Leitideen:

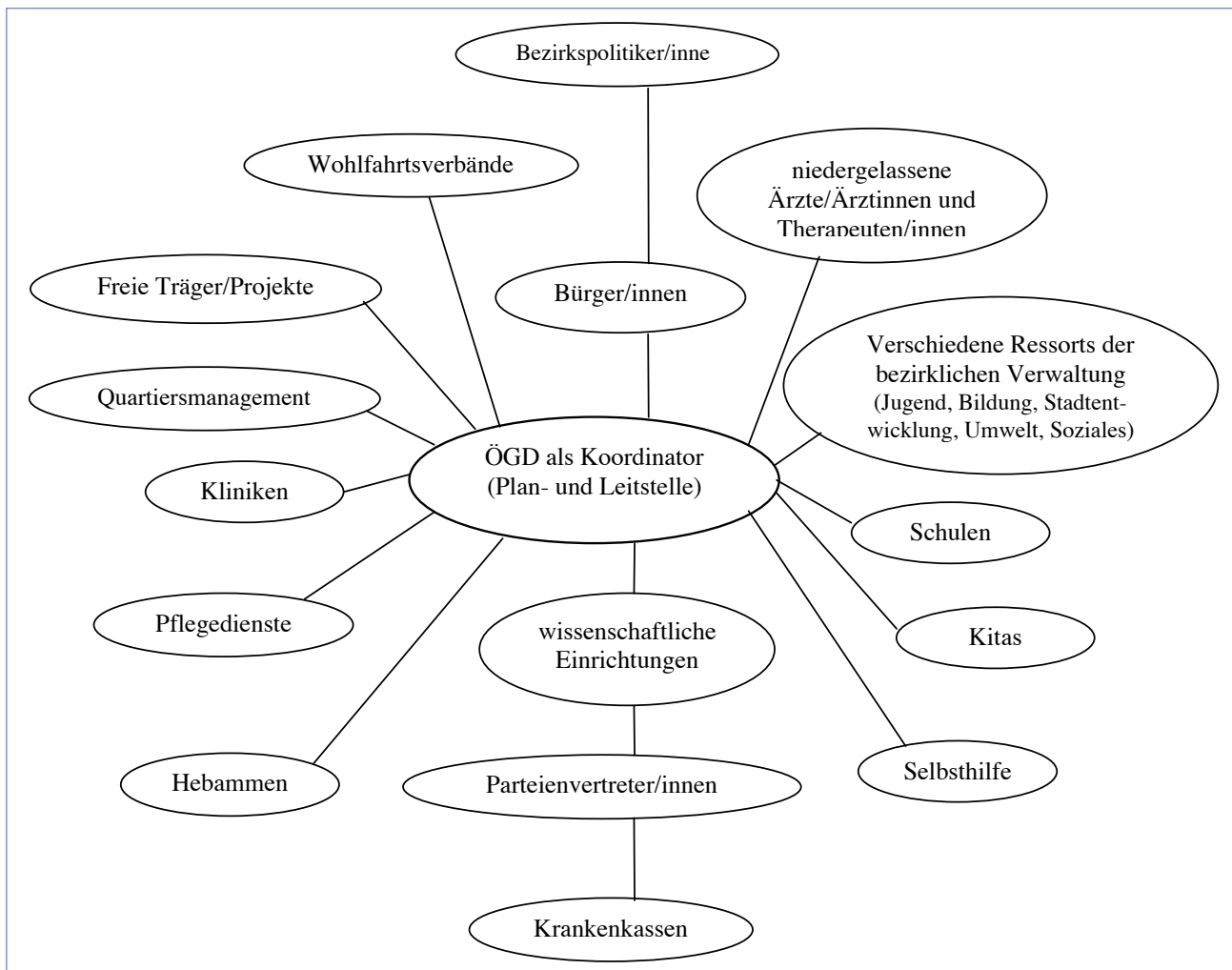
- Gesundheitskonferenzen sind ein Instrument der kommunalen Gesundheitspolitik zur Umsetzung einer bevölkerungsbezogenen Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung.
- Gesundheitsziele und systematische Gesundheitsplanung werden in einem gemeinsamen Diskussions- und Entscheidungsprozess von Professionellen und interessierten Bürgern/innen ergebnisorientiert entwickelt. Transparenz und Partizipation werden gewährleistet.
- Der öffentliche Gesundheitsdienst übernimmt die Koordinations- und Regiefunktion und gewährleistet die Umsetzung der Ergebnisse. – Die Gesundheitsberichterstattung sowie Experten- und Betroffenen-

1) Friedrichshain-Kreuzberg mit mehr als einem Drittel der Haushalte, die über ein Nettoeinkommen unter dem Berliner Durchschnitt verfügen, ist gekennzeichnet durch – den niedrigsten Sozialindex, – eine hohe Arbeitslosenrate (ca. 24 %; Berlin = 17,9 %, Kreuzberg ca. 30 %), – einen hohen Anteil an Sozialhilfeempfängern/innen (ca. 13 %, Berlin = 8,4 %, Kreuzberg ca. 18 %), – einen hohen Anteil von Migranten/innen (ca. 19 %, Berlin = 11 %, Kreuzberg ca. 35 %), – einen niedrigen Wohnungsstandard mit hoher Bevölkerungsdichte der Wohnungen (Räume je Einwohner/in: 1,9; Kreuzberg: 1,7; 38 m²/Einwohner/in, Kreuzberg: 35,2 m²), – einen Anteil von 13 % an Kindern unter 15 Jahren an der Gesamteinwohnerzahl (Friedrichshain 9,5 %, Kreuzberg 16 %), – die höchste Bevölkerungsdichte, – einen hohen Arbeiteranteil (Friedrichshain 20,8 %, Kreuzberg 34,3 %, Berlin 26,4 %), – relativ wenig Bürger/innen über 60 Jahre, – hohe Zahl von Bürgern/innen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss in Kreuzberg (30,0 %; Friedrichshain 16,2 %, Berlin 21 %).

befragungen liefern Datengrundlagen und begleiten den Prozess.

Beteiligte an bezirklichen Gesundheitskonferenzen

der Plan- und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg wurde von den Ressorts Gesundheit und Soziales und Jugend, Familie und Sport gemeinsam geplant und durchgeführt unter Beteiligung von ca. 35



Die Themenauswahl der kommunalen Gesundheitskonferenzen ergibt sich aus den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung, Experten- und Bürgerbefragungen und aus Vorgaben der Politik.

Im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg fanden bisher Gesundheitskonferenzen zu folgenden Themen statt:

- Neue Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Migration und Gesundheit
- Gesundheitsförderung mit Kindern im Vorschulalter
- Kindergesundheitskonferenz Ernährung und Bewegung

Am Beispiel der Kindergesundheitskonferenz Ernährung und Bewegung, die am 5. und 7. September 2005 stattfand, soll aufgezeigt werden, wie präventive Vorhaben auf kommunaler Ebene geplant, organisiert und umgesetzt werden können.

Die Gesundheitskonferenz – koordiniert von

Akteuren aus Gesundheitsförderung und Prävention, Jugendförderung und -hilfe, Schule und Stadtteilmanagement.

Vor der Durchführung der Kindergesundheitskonferenz wurde eine Problemanalyse zur Ernährungssituation der Kinder im Bezirk erstellt. Hierzu wurde eine Befragung von 132 Kitas in kommunaler und privater Trägerschaft (Rücklauf 88 Prozent), sowie aller Grund- (Rücklauf 95 Prozent), Ober- und Sonderschulen (Rücklauf 100 Prozent) durchgeführt. Es wurde gefragt nach den Möglichkeiten der Verpflegung in den Einrichtungen, nach den Lieferanten der Mahlzeiten, nach der Qualität der Ernährung sowie nach Wünschen nach Verbesserung der Kinderernährung. Darüber hinaus wurde eine Berlin weite Bestandsaufnahme aller Ernährungsangebote für Kinder erarbeitet.

Die Gesundheitskonferenz wurde an zwei Tagen durchgeführt. Am 05.09.2005 wurden der Fachöffentlichkeit, Politiker/innen und interessierten Bürgern/innen (85 Beteiligte) in

Abb.: 1

einer Vortrags- und Diskussionsveranstaltung folgende Beiträge vorgestellt.

1. Neueste Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung zu Übergewicht im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg:

Die Prävalenz von Adipositas in Friedrichshain-Kreuzberg zeigt, dass insbesondere Kinder mit türkischem Migrationshintergrund aus dem Ortsteil Kreuzberg betroffen sind (25 Prozent; Vergleich: deutsche Kinder 6 Prozent).

2. Ernährung in Kitas und Schulen – Ergebnis einer Befragung in Friedrichshain-Kreuzberg

Fazit Kitas:

Bei dem mitgebrachten Frühstück ist der Anteil an frischem Obst und Gemüse noch nicht zufriedenstellend. In mehr als einem Drittel der Kitas bringt nur höchstens die Hälfte der Kinder diese Lebensmittel mit. Der Anteil an süßen Backwaren und Süßigkeiten ist insgesamt zu hoch, in mehr als der Hälfte der Kitas haben alle Kinder diese Nahrungs-/Genussmittel dabei. Hier ist es sicher wichtig, auf die Eltern einzuwirken, damit diese Bestandteile des mitgebrachten Frühstücks Seltenheitswert erhalten. Bei der Zubereitung des Frühstücks in der Kita werden die Kriterien der vollwertigen und abwechslungsreichen Ernährung verwirklicht.

Fazit Grundschulen:

Es wird noch in zu wenigen Grundschulen ein Frühstück angeboten. Da häufig Kinder ohne Frühstück und Pausenbrot in die Schule kommen, aber Geld erhalten, um sich etwas zu essen zu kaufen, sollte ein gesunder und attraktiver Pausenimbiss angeboten werden, um den Verzehr süßer Backwaren einzuschränken. Die Situation bei der Essensversorgung in den neuen Kreuzberger Gesamtschulen ist in Bezug auf die Räume, die Stundenpläne, das Catering u.a. noch nicht überall optimal. Aber sie bietet die große Chance einer möglichst optimalen Ernährung der Schulkinder in der Schule, die Möglichkeit den Kindern eine wünschenswerte Kost zu demonstrieren, den „Begrenzungen durch Eltern zu entkommen“ und die Kinder an eine Esskultur heranzuführen, die in manchen Elternhäusern nicht erlebt werden kann.

Fazit Oberschulen:

In den Oberschulen wird das Mittagsangebot nicht ausreichend genutzt. Hier empfiehlt sich, in Zusammenarbeit mit den Schüler- und Elternvertretungen die Notwendigkeit der Einnahme qualitativ hochwertiger Mahlzeiten in der Schule herauszuarbeiten und die Bedingungen dafür zu schaffen.

3. Zahngesundheit in Friedrichshain-Kreuzberg

Insbesondere die Kinder mit Migrationshintergrund aus einem Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf weisen einen deutlich schlechteren Zahnstatus auf.

Die Ergebnisse der Fachbeiträge werden ausgewertet und gehen in die weitere Maßnahmenplanung ein.

Am zweiten Tag der Kindergesundheitskonferenz am 07.09.2005 war die Partizipation von Kindern wesentlicher Bestandteil. Ungefähr 450 Kinder aus Kitas und Grundschulen und ca. 90 Erwachsene nahmen teil. Die Kinder kamen überwiegend aus dem Ortsteil Kreuzberg, aus sozial benachteiligten Stadtteilen und Familien, ein hoher Anteil der Kinder hatte einen Migrationshintergrund.

Etwa 50 aktivierende Angebote sollten Kinder und Begleitpersonen für die Themen Ernährung und Bewegung sensibilisieren, Anregungen geben für die Nutzung der Angebote in Kitas und Schulen, sowie Informationen für nachhaltige Veränderungen geben. Die Kinder hatten Gelegenheit, mit der Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, den Stadträtinnen für Gesundheit und Soziales und Jugend, Familie und Sport und dem Bezirksverordnetenvorsteher Essen zuzubereiten und zu diskutieren. Mit Hilfe von Akteuren verschiedener Nationalitäten konnte allen Beteiligten ein interkulturelles Büffet angeboten werden.

Unter dem Motto „Deine Meinung ist gefragt“ wurden 100 der beteiligten Kinder mit Unterstützung des ZAGG (Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaft) und der AOK zu ihrem Ernährungsverhalten befragt. Ein Ergebnis u.a. war, dass sich die Kinder mehr Unterstützung durch Elternhaus und Schule zur gesunden Ernährung wünschen. Die Gesamtergebnisse sind der Dokumentation beigelegt.

Ziele und Maßnahmen

Nach Auswertung der bisherigen Ergebnisse wurden folgende (vorläufigen) Ziele und Maßnahmen formuliert:

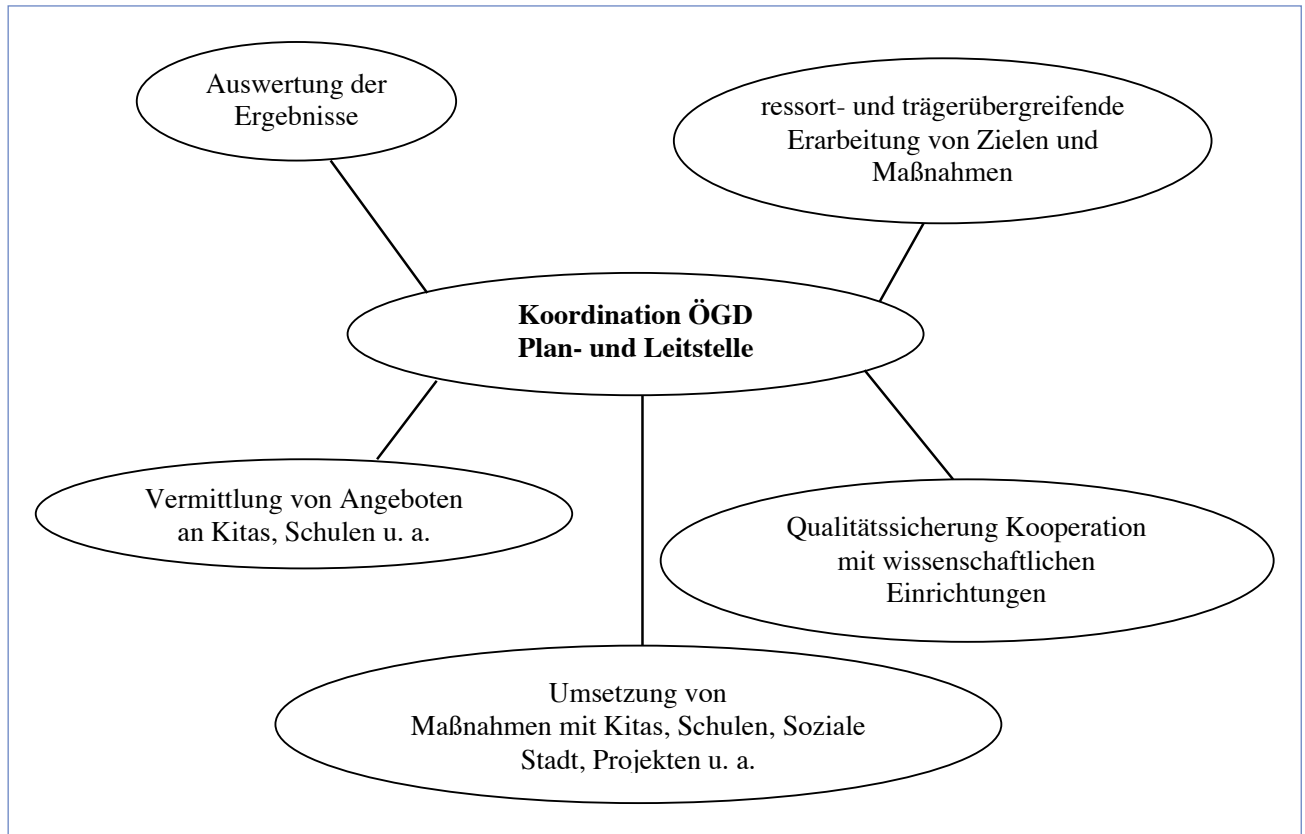
- Verringerung der Adipositas-Rate, insbesondere bei Kinder mit türkischem und arabischen Migrationshintergrund.
- Mehr Bewegungsangebote in Kita, Schule und Freizeit, Kooperation mit Sportvereinen.
- Zugang zu Familien bereits in der Schwangerschaft zum Thema Ernährung.
- Multiplikatoren-/Mediatorenschulung von Migranten/innen.
- Baustein „Ernährung und Bewegung“ in Integrationskursen etablieren.
- Vermittlung von unterstützenden (kosten-

neutralen) Angeboten für Kitas, Schulen und Eltern.

- Kooperation mit niedergelassenen Kinderärzten/innen sowie türkischen u.a. Migranten-Communities.
- Vermittlung von Esskultur.

Eine umfassende Dokumentation der Kindergesundheitskonferenz ist zurzeit in Arbeit.

Die organisatorische Umsetzung der Ziele und Maßnahmen ist der folgenden Grafik zu entnehmen:



Kontakt:

Ingrid Papies-Winkler
Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg
Abt. Gesundheit und Soziales
Plan- und Leitstelle Gesundheit
Müllenhoffstr. 17
10967 Berlin
Telefon: 030 74 75 59 72
Email: gespl@ba-fk.verwalt-berlin.de

Zentrales Lernziel: Selbstkompetenz – Zum pädagogischen Selbstverständnis des Modellprojektes zur Entwicklung eines Schulergänzenden Bildungsprogrammes im Auftrag der Landeshauptstadt Potsdam¹

„Die Fähigkeit der Kinder, sich den Bedingungen ihres Aufwachsens anzupassen, ist nahezu unbegrenzt. Was verletzlich ist, ist ihre Liebe zu sich selbst.“
JESPER JUUL²

Die folgenden Gedanken trage ich vor als Erziehungswissenschaftler mit 15jähriger Erfahrung in externer Begleitung von Grundschulen. Vorrangig im Bereich von PSE (*Pädagogische Schulentwicklung*), mit dem Schwerpunkt Prävention/Gesundheitsförderung.

Ich habe 1992, für die theoriegeleitete, aber praxisbasierte Anwendungsentwicklung von neuen Lern- und Lehrprozessen mit veränderter Perspektive auf Kindheit und Sozialisationsprozesse, das gemeinnützige BERLINER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSPÄDAGOGIK gegründet (besser bekannt unter seinem poetischen Namen: Kinderakademie Sterntaler) und leite es bis dato.

Für diesen Referatzweck heute habe ich den Mittelteil – die Powerpoint Präsentation über das aktuelle Referenzprojekt mit der Stadt Potsdam – mit zwei Flankierungen versehen: 1. Mit einem erziehungsphilosophischen Exkurs – der stark verkürzt und in einigen Punkten auch polemisch intensiviert – und 2. mit einem poetischen Abschlusstext, der eine neue Haltung in der Begleitung von Kindern bereits mit anderen sprachlichen Mitteln darstellt. Dieser Text deutet auch noch etwas anderes an: In diesem Projekt wollen wir die Kunst in ihre Rechte und Kräfte einsetzen. Vornehmlich die Poesie ist ein Erkenntnisinstrument wie Mathematik und hilft den über tausend Jahre alten Riss zu heilen, der sich zwischen Wissenschaft und Magie aufgetan hat. Manch einer von Ihnen mag das problematisch finden, aber, so die Absicht, ich möchte Sie mit dieser, das Thema „emotionales Lernen“ befördernden Form, neben intellektuellem Nachvollzug des Kontextes zu Gefühlsregungen anstiften. Es möge nützen.

Ich bahne drei Schneisen in die komplexen Themenfelder:

1. Den denkerisch zugespitzten Bedarfshintergrund einer *Pädagogik der Gefühle*
2. SCHULE DES AUGENBLICKS – eine visuelle Darstellung von Zielen und Wirkungsdimensionen des Potsdamer Modellprojektes³
3. eine poetisch Textpassage als Ausklang

1. Auf dem Weg zu einer zeitgemäßen Lernarena

Das zukunftsfähige Bildungsfeld „emotionale Intelligenz“ ist ein Lernbereich der, soweit überschaubar, weltweit in Grundschulen, fast scheint es systematisch, übergangen wird. Vieles damit zusammenhängende an Wissens- und Erfahrungserwerb geschieht eher zufällig, bleibt weitestgehend unreflektiert und ist an die pädagogische Integrität von Einzelkämpferinnen gebunden. Denn zumeist sind es Frauen, die im Praxisbereich der primären Kinderbegleitung tätig sind. Ein lernbezogener Umgang mit dem menschlichen Potentialfeld „Gefühle“ wurde bislang nicht als wert erachtet ernsthaft beforscht, probiert und eingeübt zu werden. Und dies obwohl die sogenannten „soft skills“ seit Jahren schon als zentrale Lernkategorie eingefordert werden. Was viel wesentlicher ist, es unterbleibt ein entwickeln, unterstützen, fördern und begleiten in jenen Bereiche, die wir uns angewöhnt haben *Seele* zu nennen. Die Schrumpfform des Religionsunterrichtes kündigt eher vom Verschwinden, denn vom Aufscheinen dieser menschlichen Sinn- und Lerndimension des *soul-making*. Ein Abwandern dieses Kraft- und Heilpotentials menschlicher Persönlichkeitsbildung in obskure esoterische Randbereiche kann nicht im Sinne eines gesellschaftlichen Erziehungsauftrags liegen. Hier gilt es entschlossen Terrain zurückzugewinnen, jenseits von Kirche und etablierter Großreligionen (nicht gegen sie).

In einem schier unglaublichen Ausmaß beugt sich fast die gesamte Elternschaft des Planeten Erde einer „Philosophie“ von Erziehung, Lernen und Begleitung des Aufwachsens von Kindern, die nicht erst im Licht neuester Erkenntnisse aus Neurobiologie und Quantenphysik anachronistisch genannt werden kann.

1) „Modellprojekt im Setting Ansatz für ein gesundheitspädagogisches Entwicklungsprogramm in der sozialraumbezogenen Präprävention mit KiTa und Grundschulkindern Altersstufe (6-12 Jahre)“ – Projektregie Akademie Sterntaler, Start August 2005

2) Juul, Jesper – Grenzen, Nähe, Respekt – Reinbek bei Hamburg, 2000

3) in diesem Tagungsband sind lediglich ausgewählte Folien abgebildet

E&C-Konferenz: „Sozialraumorientierte Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen“
Dokumentation der Veranstaltung vom 17. und 18. Oktober 2005 in Berlin

Zumal fast alle lebenden Erwachsenen die Resultate dieser Erziehungspraxis an eigenem Leib aushalten mussten. Dass dies in der überwiegenden Anzahl ohne Schaden für Geist und Seele blieb, gehört zu jenen Illusionen, deren fast hypnotisches Weitererzählen nach den Schrecken des letzten Jahrhunderts aberwitzig erscheint. Die Erziehung der Männer zu Gefühlsanalphabeten hat, dies muss die bittere Konsequenz von Verdun und Auschwitz, von Hiroshima und vielen anderen Schandmalen der Menschheit sein, all diese Gräueltaten überhaupt erst ermöglicht. Von den unzähligen sozial-emotionalen Verstümmelungen in den Familien gar nicht zu reden, die in keinem Geschichtsbuch auftauchen.

Wo andere Werte kulturell einen traditionsreichen Boden gehabt hätten, haben sich die „römisch-christlichen“ Konzepte von Erziehung und Lernen, von Kindheit, Nützlichkeit und Persönlichkeits- und Seelenwachstum, von Vorstellungen über gesund und krank (auch geistig-seelisch) darüber gelegt. Sie sind geschichtlich siegreich – altes keltisches Wissen, oder das der Katharer aus dem Langedoc gilt bis heute nicht etwa als unsere Wurzel, sondern als Häresie, als Aberglaube, als esoterische Spinnerei. Bei einer notwendigen kritischen Aufarbeitung abendländischer Pädagogik ist bereits erkennbar, dass diese eingeschriebene Sicht der „Sieger“ mehr als fragwürdig ist in seinen Resultaten.

Auch die nachindustrielle Informationsgesellschaft folgt in ihrem Menschenbild immer noch den untauglich gewordenen Mythen von gelingendem Leben und stellt, in unterschiedlichen Ländern und Kulturen etwas variierend, ihre Sozialisationsprozesse darauf ab.

In Deutschland zumal, ist das menschliche Lern- und Erfahrungsfeld von intensiven Gefühlen – besonders in seinen Varianten von Irrationalität nach zwei verlorenen Weltkriegen und einer historisch erdrückenden Schuld des Holocausts, von so etwas wie einer Bannmeile im fachöffentlichen Diskursraum umgeben. Mit sehr einseitiger wissenschaftshistorischer Auslegung der Aufklärung und ihrer Folgen, gilt jeder Versuch den menschlichen ‚Fühlhorizont‘ zu erweitern, als Frevel an der Vernunft. Dabei wäre heilföhrlicher zu werden ein respektables Lernziel! Es käme darauf an, die Vernunft mit aller Vernunft zu überschreiten, sie in ihrer dienenden Funktion zu retten, anstatt sie ihren Widersachern zu überlassen. Auch die Kunst folgt – als eigentliche Königsdisziplin im analogen Darstellen von Gefühlszuständen – nach fehlgeschlagenem Furor der Frühromantik und kurzem Aufflackern im Surrealismus – diesem Verzicht.

Für alle heute in Sozialisationsagenturen ar-

beitenden professionellen Menschenbegleiter war die aktuell geforderte Lerndimension so nicht im Lehrplan inbegriffen; auch nicht für alle Therapeut/innen, Sozialarbeiter/innen und die zuständigen Mitarbeiter/innen der Fachverwaltungen.

Gefordert wären aber – anstatt Noten, Klassen und Belehrung – genau jene Lern- und Lebensräume, in denen Kinder und Erwachsene miteinander wachsen können und sich gemeinsam auf eine Zukunft vorbereiten, die heute noch unbekannt ist.

Fazit: Auch wer kein lang gehegtes Feindbild Schule pflegt, kommt bei mehr als gelehrthaftem Beteiligtsein [bei mir: als Elternteil von 3 schulpflichtigen Kindern] nicht umhin festzustellen, dass allerorten kognitiv ausgerichtete Lernstrukturen – von den therapeutisch anerkannten Methoden ganz zu schweigen – als vorrangige Geländer in tumultösen Veränderungsprozessen gelten. Offenbar trotz andersartig erworbener, persönlicher Lebenserfahrungen.

Die Frage muss erlaubt sein: Warum ist das so, wo doch offensichtlich handlungsstabile emotionale Fähigkeiten viel verlässlicher in ein auf uns zuwachsendes Aufgabenspektrum der vor uns liegenden Umbruch-Zeit vorbereiten würden. Und zwar im Sinne von Life-Work-Balance, nicht nur im Feld des Privaten, sondern hauptsächlich als Lebenskompetenz in einer sich dramatisch ändernden Berufsbiografie.⁴ Und für die Schule lernen wir ja nicht, sondern für das Leben. Oder ?

Denn: Unsere schnellsten Computer bringen im Zeitraum von einem Herzschlag soviel an Rechenleistung = abrufbares Wissen, wofür ein *Newton* die Spanne von durchgängig 3 Leben benötigt hätte. Wenn man also kein Erkenntnisverweigerer sein will, liegt der Schluss überdeutlich nahe, dass der nächste zivilisatorisch-anthropologische Schritt der Menschheit in der Ausformung den Intellekt ergänzender Qualitäten liegen wird. Um diese Potentialerschließung zu ermöglichen, wird Schule und Erziehung – in der Form wie wir Lebenden sie durchlaufen haben – nicht länger Bestand haben können. Sie hat ausgedient.

Indigo Kinder und andere Phänomene, wie zum Beispiel die epidemische Ausbreitung der medizinisch orientierten Diagnose ADHS – sind längst ein nicht mehr zu übersehendes Signal. Was sich in der deutschen Regelschule bei der Begleitung von Kindern wandelt, betrifft dem-

4) Nicht an den mangelnden Fachkenntnissen scheitern Einstellungen auf offene Stellen, sondern an den soft skills. Die Kienbaum Consultants befragte 112 Personalverantwortliche und 57 % dieser Experten bemängelten die fehlende soziale Kompetenz, Teamfähigkeit, Kommunikationstalente und „die Fähigkeit sich in einen anderen hineinzuversetzen“

gegenüber bislang - von reformpädagogischen Inseln abgesehen - meist organisatorische, oder methodisch/didaktische Anpassungsprozesse, aber nicht das Lernen und Einüben grundsätzlich neuer Haltungen.

Nach den Erkenntnisprozessen internationaler Erziehungswissenschaft (aus der sich Deutschland weitestgehend verabschiedet hat) will ich das Wissen über Lernprozesse zugespitzt in einen Satz zusammenfassen: *Wir lernen, wenn wir fühlen ! Nur dann.*

Die im Rahmenlehrplan (von Berlin und Brandenburg) von Grundschulen ausgewiesenen Lerndimensionen: *soziale und personale Kompetenz* als gleichrangige Felder des Erwerbs von Handlungskompetenz sind anspruchsvolle Formulierungen. Viele in den Begleitwissenschaften von Lerntheorien kursierende Vokabeln sind darin eingeflossen, haben Konjunktur. Aber, sie sind derzeit in der Lebenswelt Schule so wirklich, wie die Homöopathie als zentrales Lernfeld in der Mediziner Ausbildung.

Es sind Sprech-Haltungen von Jenen, die solcherart Sein nicht vorleben und daher an der Schulwirklichkeit abprallen. An den realen Menschen in der Institution Schule, die hoffnungslos überfordert und untauglich ausgebildet für ihren Auftrag an dem gesellschaftlichen *Double Bind* zu zerbrechen drohen: die ihnen anvertrauten Menschen lebensstauglich und liebenswert in das Erwachsenenalter zu bringen und sie gleichzeitig sozial zu selektieren. An PISA kann jeder, der es wissen will, die fatalen Folgen ablesen. An den Belegzahlen der psychosomatischen Kliniken mit Lehrern ebenfalls.

In der ersten Ausbildungsphase für Lehrer/innen und in der Praxis der zweiten wird das eigentliche Zentrum von Pädagogik derart marginalisiert, dass es bei der Ausstattung zum Kompetenzgepäck von künftigen Pädagogen schlichtweg fehlt. Im zeitaktuellen Jargon neuer Forschungsprojekte – wie dem 1987 von der WHO ins Spiel gebrachten „Setting-Ansatz“ findet sich zwar der eine oder andere Anlauf in ehrgeizigen didaktisch-methodischen Sentenzen, das Thema Selbstwahrnehmung steht ganz oben an. Wer aber auch nur ansatzweise um die dürftige Praxis der Umsetzung vor Ort in der einzelnen Schule weiß, fühlt sich ungut an die wortklingelnden Formulierungen vom *kritischen und mündigen Staatsbürger* aus den Lehrplänen der 80er Jahre erinnert.

Alles was mit starken Emotionen zu tun hat, abseits eingezäunter und vorgefabrizierter Ritualräume wie Filmen (von Titanic bis Herr der Ringe) und Bücher über Harry Potter, steht bei fast allen Meinungsführern unter Generalverdacht des Irrationalen, des Schwachen, Zwielfichtigen, Wertlosen, Unbrauchbaren,

Weibischen und sogar Unheilvollen. Da ein offensives damit Umgehen auch sozial gefährlich ist - weil es Karrieren gefährdet - reden auch die, die es besser wissen lieber nicht couragiert und laut über ihre Erfahrungen und Einstellungen.

Schule kann zudem immer noch nicht ihre Herkunft verleugnen: Von der Architektur, Möblierung, rigidem Stundenregiment (im Wortsinne „unsinnigen Lernrhythmen“), bis hin zu einer Lehrerbildung, in der das „Unterrichten“ als Kernbereich der Ausbildung mitgegeben wird und nicht die unterstützende Persönlichkeitsentwicklung der ihnen anvertrauten Kinder, atmet alles noch die Grundhaltungen aus Kloster und Kadettenanstalt (und ein bisschen armes Dorfschulmeisterlein).

Dass in unseren Schulen selbstbewusste, eigensinnige und damit für die Kinder anziehende (charismatische gar) und vorbildhafte Lehrer/innen unterwegs sind, also Pädagogen/innen, die auf ihrer eigenen Lebensstrecke Licht und Schattenanteile ihrer Persönlichkeit bearbeitet und integriert haben, die eine ansteckende Fröhlichkeit haben und berührbar sind, wagt nicht einmal der Philologenverband zu behaupten. Es sind (ab Sekundarstufe I zumindest) in überwiegender Zahl Wissenschaftler/innen im Schuldienst, die nicht Schüler/innen unterrichten, sondern Biologie oder Deutsch, (jeder kennt ein paar rühmliche Ausnahmen, aber das ist wohl kein Trost). Auch Grundschullehrerinnen (denn es sind ja fast durchgehend Frauen) sind allzu oft gekränkt von Kindern, anstatt in ihren subjektiven, authentischen Anteilen herausgefordert und präsent zu sein und dafür maßlos von ihren Schülern geliebt.

Dabei kennt jeder Vater und jede Mutter diese „magischen Momente“ von unendlichem Belehrtsein durch ein Kind, von seinem anrührenden Willen zur Kooperation (fast um jeden Preis, auch den des eigenen Untergangs).

Das soll für Schule nicht gelten ? – doch ! und es galt, wie *Rainer Winkel*⁵ uns erzählt, in allen pädagogischen Epochen der Bildung. Die vielbeschworenen Inhalte waren und sind schon immer zweitrangig, eine geglückte Kindheit ist Leben-Lernen. Und wann gelingt dies: In Beziehung.

Wer nun heute im Zuge der Profilbildung einer „gesundheitsfördernden Schule“ die Forderung erhebt, dieselben Lehrkräfte – mit rudimentärer Kenntnis über sich, ihre Gefühle, Träume, ihren Eigensinn, ihrem ängstlichen Verhältnis zum Unbekannten (und damit Unkontrollierbaren !) – sollen nun auf einmal all dies in einer modischen Lernzieldimension „soziales Lernen“ weitergeben und begleiten

5) Winkel, Rainer – Pädagogische Epochen – Schwann/Düsseldorf, 1988

können (auf Instant-Seminaren in vier Tagen Lehrerfortbildung kognitiv angeeignet), der hat entweder von der resonanten Beziehung zwischen Kindern und begleitenden Erwachsenen keine Ahnung, oder hat verdeckte Ziele.

Lernen vollzieht (und vollzog) sich niemals getrennt von den Gefühlen der Kinder (wir alle sollten das aus unserer eigenen Schulzeit erinnern). Nicht nur für die, welche in Schwierigkeiten gekommen sind mit ihrer Würde, gedemütigt und gekränkt und eben manchmal auch schon krank, sondern für alle Kinder ist eine Gefühlskompetenz lebenswichtige Fähigkeit und Voraussetzung für alles andere Lernen und kein Anhängsel, das bei Bedarf und Lehrplanenge entbehrlich geredet werden kann.

„So Kinder, jetzt machen wir aber wieder Erdkunde!“ ist eben keine gelungene Lektion in Kooperation zwischen einem Erwachsenen und Kindern, wenn ein Konflikt aufgebrochen war, der die Klasse an ihrer Konzentrationsfähigkeit hindert und nicht länger da sein darf, weil „Wichtigeres“ zu tun ist. Genau das reproduzieren die Kinder dann später in ihren wichtigen Beziehungen. In Liebe, Freundschaft und beruflichen Teams, wo das Ausbalancieren von Gefühlen gefordert ist, ihr Benennen und Aushalten und ein produktives „Lösen“, nicht das Wegtunneln aus Angst sich darin zu verheddern.

Oder wie mir eine Lehrerin vor wenigen Wochen sagte: „Ich opfere ja schon ein Viertel der Unterrichtszeit für die „soziale Arbeit!“ – Wohl gemerkt: sie opfert.

Lehrer/innen sind in der Doppelrolle von zensieren und selektieren und dem Vorleben von Behütung und Geborgenheit überfordert. Wettbewerb durch Zusammenarbeit zu ersetzen ist mehr als ein Handlungsrahmen wie Klipperts Methodenlernen, den man sich rein verstandesseitig aneignen kann. Die Obsession des deutschen Erziehungswesens: *das erzwungene Versagen*, schlägt durch in der Haltung von Eltern und Lehrern und ein temporäres Einschmeicheln mit „weichen Themen“ wird von den Kindern als unwahrhaftig erlebt und konsequenterweise abgewiesen. Vor diesem Dilemma stehen auch die meisten Programme, die von extern an Schule herangetragen werden.

Das kann nicht gut gehen und wie bislang alle Programme in ihrer Wirklichkeit zeigen [Klasse 2000, Faustlos, Lions Quest, Be smart, don't start, ALF, Mind matters, Papilio u.a.]. Ich zweifle damit nicht die wohlfeilen Ergebnisse ihrer Evaluationen an. Ich stelle fest: Diese Programme erreichen zumeist - außer den Kopf des Lehrers und auch den nur temporär - gar nichts. Bei den Kindern jedenfalls nichts Wesentliches. Nur bei den Schulen eine zuneh-

mende Abwehr folgenloser, weil nicht nachhaltiger „Projektitis“.

Sterntaler Pädagogik

In den sechziger Jahren gab es den Begriff der „affektiven Erziehung“. Man meinte, dass die kognitiven Lektionen besser erlernt würden, wenn der Stoff an einer unmittelbaren Erfahrung anknüpft.

Die von mir entwickelte und verantwortete Sterntaler Pädagogik – als eine neue Lernkultur – dreht die Perspektive entschlossen um. Sie benutzt das Gefühl nicht für Bildungszwecke, sondern bildet das Gefühl als eigene Lebenskompetenz. Diese Vision braucht in der derzeitigen Schuldebatte in der Tat Courage und erst langsam wachsen wir hier im Institut in diesen Mut hinein und halten ihm trotz allen Unterstellungen, Verdächtigungen und Belächelungen stand. Nicht romantische Empfindsamkeit ist mit diesem Ansatz einer schulerweiternden Pädagogik angestrebt – schon gar nicht Kuschelpädagogik – eher eine zeitgemäße *l'education sentimentale*, die hohe Kunst der Gefühle. Und zwar aller, der starken und der schwachen, der aufbauenden und der niederdrückenden, der traurigen und der freudigen, der heiteren und der ernsten. Sie können sich laut äußern und leise, vorgezeigt oder verschwiegen werden, aber die Kinder dürfen damit in Bewegung sein (*in E-motion*). Und: Jungs und Mädchen sollten sie auf ihre Weise erproben und erfahren dürfen, damit sie sie nicht immer nur in oft unangemessenen Auffälligkeiten wiederholen müssen, weil sie ihnen fehlen. Oder über ihre Abwesenheit traurig und später depressiv werden.

Die deutsche Geschäftswelt hat circa 30 Jahre gebraucht, um das Konzept von Teamarbeit, Kreativität und Innovationskraft als eines zu akzeptieren, das nicht die bösen 68er in die Welt gesetzt haben, um Leistung und Erfolg auszuweichen. Sondern dass es die einzige Chance darstellt in einer globalisierte Informationsgesellschaft nicht völlig den Anschluss zu verpassen. Das deutsche Erziehungssystem wird – gerechnet von der Milleniumschwelle – dieselbe Zeit brauchen, um in dieser Wirklichkeit anzukommen.

„If you loose your dreams, you might loose your mind“ sangen die Rolling Stones vor 35 Jahren. Die heutigen Kinder machen uns unbeirrter und drängender denn je darauf aufmerksam. Hier und nur hier beginnt eine erfolgreiche neue Lernkultur mit ihrem Teilbereich von Prävention/Gesundheitsförderung. Was immer das für das einzelne Kind einschließen mag und wohin sie auch immer den erwachsenen Begleiter führt, das Unbekannte wird größer sein als das Bekannte.

Für dieses Lernen kann es kein Gelingen oder Scheitern geben, noch nicht einmal eine Bewertung. Die Abschlussprüfung – im übrigen für Kinder sowie die Begleiter – ist das Leben selbst.

2. Schule des Augenblicks

„Durch Druck auswendig gelernte Information ist zwar abrufbar als „fester Wissenstoff“, nimmt aber nicht teil an den Lebensprozessen, die das Verständnis der Welt ermöglichen.“
REBECA WILD

Zum Konzept des Sterntaler Trainings® als Hauptmodul des Modellprojektes:

- Vom Curriculum als korrekten Inhalt zum Curriculum, das vorrangig Prozess und erst in zweiter Linie Inhalt ist
- Vom ergebnisorientierten Curriculum, bei dem Verhalten von Erfahrung getrennt wird, zum erfahrbaren Curriculum, bei dem Erfahrungen nicht von Verhaltensweisen lösgelöst sind
- Vom Curriculum als einem Weg für alle, zu einem Curriculum das durch Unterschiede definiert wird. Von der Normierung und der „Normalität“ hin zur Normenvielfalt
- Farben, Gerüche und Rhythmus „machen Sinn“
- Wissenschaft und Schulweisheit ist nur eine Erzählung unter vielen
- Tertium datur – das Dritte kann man lernen
- „Ich bin liebenswert, so wie ich bin!“
- Von der ewigen Wahrheit zur kontextbezogenen Möglichkeit

- Poesie ist eine Erkenntnisweise wie Mathematik
- Schönes tut gut !
- Erzählen ist eine Kunst, zuhören auch
- Verwandtschaft mit drei hellen Schwestern: hellhören, hellsehen und hellfühlen
- Ordnung wächst auch ohne feste Struktur
- Magic Moments - Der 7. Sinn (Intuition) wohnt bei Kindern
- Jede Gruppe hat es: „Surfen“ auf der Gruppenenergie
- Musik berührt den Körper und die Seele
- Bewegen, berühren und belassen
- Das Curriculum schränkt das Lernen nicht ein, sondern das Lernen bestimmt das Curriculum

4. STERNTALER

Ich werde immer mal wieder von Kindern, Eltern oder Pädagogen gefragt, wie ich auf den Namen „Sterntaler Training“ gekommen sei. (Wissenschaftler fragen so was übrigens nie).

Lange habe ich mich um das Deutlichmachen des Zusammenhanges zwischen den Tiefendimensionen dieses Märchenfragments und meiner subjektiven Auslegungen herumgedrückt, da ich der Gefahr von Mythologisierung von pädagogischen Arbeitsprozessen ausweichen wollte. Meist habe ich daher auf das Märchen selbst zurückverwiesen, was nicht wirklich hilfreich war, oder eine mehr oder minder knappe Assoziation angeboten.

Heute will ich diesen Zusammenhang heller machen. Will sagen: So lese und erlebe ich diese kleine Erzählung, es ist meine Landschaftskarte des Angerührtseins, es kann nie die

Leitziele



Schulerweiternde Pädagogik

- ✚ Ich schätze meinen Körper
- ✚ Ich kenne meine Gefühle
- ✚ Ich weiß um meine Seele
- ✚ Ich habe immer eine Wahl



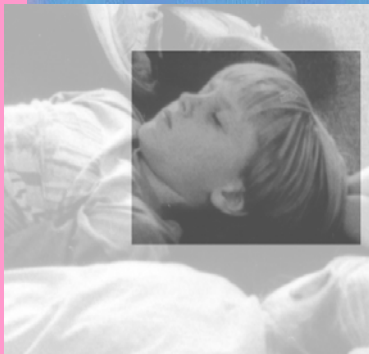
Referenzprojekt

Im Auftrag der Landeshauptstadt Potsdam



Abbildung 1

Mittlerziele



Emotionales Lernen

- Erhöhte Resilienz
- Gezielte Förderung emotionaler Kompetenzen als Ressourcen
- Proaktives Gesundheitslernen durch erlebtes Wissen von Körper-Verstandes-und Seelenkräften
- Respekt für Grenzen und Nähe
- Erfahrung erhöhter Eigenschwingung/Resonanz durch Poesie, Musik, Malen u.a.
- Empathie/Einfühlung
- Aktive Verantwortung für die eigenen Innenräume(Innenwelten)
- Bewußter Umgang mit Gruppenenergien
- Einübung in Intuition als Schlüsselkompetenz



Referenzprojekt
Im Auftrag der Landeshauptstadt Potsdam



Abbildung 2

Handlungsziele

Handlungsziele in der sozial - emotionalen Lernzieldimension

- **Erleben und Einüben von Schutzfaktoren**
- Beziehungs- und Konfliktfähigkeit (Kommunikationsfähigkeiten)
- Realistische Selbsteinschätzung
- Hohe Eigenaktivität: Alltag gestalten können, sich selbst beschäftigen können
- Ausreichende Selbstachtung, positives Selbstwertgefühl (sich so annehmen, wie man ist)
- Vertrauen in die Selbstwirksamkeit: Die Überzeugung wichtige Ereignisse selbst beeinflussen zu können, sich kompetent zu fühlen („Ich werde schon fertig mit den Problemen“)
- Bewältigungsstile (Coping): Ein aktiver Problembewältigungsstil – im Gegensatz zur Problemvermeidung.
- Insbesondere ist ein Bewältigungsstil von Bedeutung, der zur Lösung von Problemen auf soziale Ressourcen zurückgreift
- Hoffnungsbereitschaft, Zuversicht: Durchgängige und Misserfolge überdauernde zuversichtliche Lebenseinstellung
- Selbstständige Urteilsbildung, Widerstand gegen Verführung, Kritikfähigkeit
- Kohärenzsinn: Gefühl des Verankertseins –
- Leben und dem eigenen Handeln einen Sinn geben
- die Welt als verstehbar begreifen, das Gefühl haben, Lebensaufgaben bewältigen zu können



Referenzprojekt
Im Auftrag der Landeshauptstadt Potsdam



Abbildung 3

Landschaft selber sein. Die muss jeder für sich selbst erwandern, immer wieder neu, mit allem was gerade darin sein darf.

Meine Sterntaler Auslegung:

Ein ICH, das sich seiner (Ver)Kleidung entledigt, bis in die Nacktheit, die eigentlich ein so Weiterleben im Winter der realen Verhältnisse nicht möglich macht. Doch nach der Preisgabe aller Verstellungen geschieht eine wirkliche Transformation. Die Existenz antwortet

und nimmt das Kind in ihre Fülle (wieder) auf. Beschenkt es mit dem Unwahrscheinlichsten, dem Fernliegendsten, dem Unfassbarsten: es regnet Sterne. Sinnbild der weiblichen Seite der Schöpfung, unverfügbares Nachtlcht, magisches Zeichen unserer Verbundenheit mit mehr als diesem Planeten, mit mehr als nur einem Gott. Teilhabe am Geheimnis genau in dem Moment, als der Verstand keine Antworten mehr weiß und Lösungen anbieten könnte.

Das Kind lässt sich die Zeit dafür, gibt sich in stiller Liebe dem Unbekannten hin, das sie nicht kennt und doch unzweifelhaft als vorhanden weiß. So nimmt es uns Hörer und Leser für jenen winzigen, oft kaum wahrnehmbaren Moment aus unserer Fassung, der alles verändert.

Dieses Märchenfragment berührt uns bis heute unbeirrt und nimmt uns sanft mit in das Außerhalb jeglichen Warum.

Es wäre eine vermessene Pädagogik, ein Kind dorthin erziehen zu wollen, wo sich solcherart Wunder ereignet; aber es ist eine zutiefst unzureichende Pädagogik, die diese Möglichkeiten einem Glückskind vorenthielte.

Diese Paradoxie gilt es für jeden wahrhaftigen Lehrer auszuhalten und immer wieder den Zeit-Raum für das Unbekannte offen zu halten mit seiner eigenen Präsenz.

Soviel Sternenstaub muss sein.

Kontakt:

Achim Wannicke
Kinderakademie Sterntaler
Kantstrasse 61
10627 Berlin
Telefon: 030 - 32704994
Email: achim.wannicke@t-online.de

Wir Erwachsene werden den Mut aufzubringen haben, dass wir liebenswert sind und in unserem Begreifen von den Kindern begleitet werden.

Wir sind auf einer Lebensreise, bei der das Festland unseres Gelernten außer Sicht gerät, ohne das ein neues Land schon trösten könnte. Die erworbene Angst, zu scheitern und nicht zu genügen wird von jedem Kind liebend angegriffen und bestritten.

Alle die erinnern wollen, sollten offen sein für abrupten Kurswechsel, Sturmböen, Flauten und das jähe Leuchten der Sterne. Den Kindern um uns ist dabei jederzeit anzumerken, ob wir noch gemeinsam unterwegs sind.

Es wird zu unserem Wesen und noch mehr zu dem der Kinder werden, alle unsere Gefühle wieder in Kraft zu setzen. Der Verstand wird lernen, der Intuition zu dienen, der Liebe und der Demut.

Wir werden lebensfreudig fließen zwischen Haben und Verzicht, zwischen Tun und Stille, zwischen Lachen und Ernst. Und über allem werden wir ein neues Bündnis stiften, zwischen Heiligem und Marktplatz.

Diese Reise in eine gelingende Kindheit wird unterschiedlich lange dauern, denn sie enthält das selbst gewählte Maß an Traum und Scheitern, an Vision und Enttäuschung, an Zorn und Verzeihen, an Verlust und schierem Glück.

Doch nicht ein einziger geteilter Moment mit einem Kind auf dieser Reise ist entbehrlich.

Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten

Kinderarmut und Gesundheit

Eine immer wieder gestellte Frage: Macht Armut krank oder führt Krankheit zu Armut?

Anhand einer Auswertung des sozioökonomischen Panels (Repräsentativstichprobe) ergab eine Studie der Universität Marburg zu Armuts-Lebensläufen in Deutschland, dass bei Erwachsenen vorwiegend eine soziale Selektion vorliegt (Selektionseffekt), dass heißt chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Risiko von Armut. Dagegen gibt es bei Kindern Hinweise auf einen Kausationseffekt, d.h. wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit. Im Zusammenhang mit der Armutsentwicklung in Deutschland spricht man mittlerweile auch von einer Infantilisierung bzw. Familiasierung von Armut. Dass sich die sozioökonomische Lage, die Ausstattung mit finanziellen Ressourcen auch auf die Gesundheit auswirkt, wissen wir seit geraumer Zeit. Gerade für Kinder und Jugendliche trifft dies in verstärktem Maße zu.

Sozialer Brennpunkt Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“

Lage

Die Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“ besteht aus insgesamt fünf Mehrfamilienhäusern mit einer Geschosshöhe von vier Stockwerken. Die Häuser liegen abseits „normaler“ Wohngebiete in einem Industriegebiet. Begrenzt wird das Wohngebiet von zwei stark befahrenen Eisenbahnlinien, einer schnellstrassenähnlichen Hochtangente sowie einer stark frequentierten Straße. Des weiteren liegt in unmittelbarer Nähe das städtische Tierheim. Aufgrund der Lage sind die Bewohner/innen der Obdachlosensiedlung einer erheblichen Umweltbelastung (u.a. Autos, Eisenbahn, Industrieanlagen) sowie Lärmbelästigung (Verkehr, Tierheim), gerade auch nachts, ausgesetzt.

Wohnraumsituation

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

Die Einzelzimmer ohne Toilette erhalten ausschließlich Großfamilien als zusätzlichen Wohnraum. Es handelt sich bei allen Wohnungen um Einfachstwohnungen mit kleinen

integrierten Kochnischen, ohne Bad/Dusche. In den Kellern stehen Sammelduschen zur Verfügung (pro Stockwerk eine Dusche).

Sonstige Einrichtungen

In einem der Wohngebäude ist eine Kindertagesstätte (Kindergarten und Hort) unter städtischer Trägerschaft untergebracht. Weiterhin stehen Räumlichkeiten für den Allgemeinen Sozialdienst der Stadt Mainz zur Verfügung (Büro, Besprechungszimmer, Mädchenraum).

Einwohner/innenzahl und -struktur

Im Februar 2003 leben 310 Menschen in der Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“. 115 Personen sind ausländischer Herkunft. Sechzehn Personen sind alleinerziehende Elternteile, häufig mit mehreren Kindern (zur Zeit mit bis zu acht Kindern). Insgesamt leben in diesen Notunterkünften 75 Kinder unter 14 Lebensjahren, 30 im Alter von 14 bis 18 und siebzehn junge Erwachsene im Alter von 18 bis 21 Lebensjahren.

Vorhandene bzw. angestrebte Kooperationspartner

Kommune (Jugend- und Sozialamt), Gesundheitsamt, Land Rheinland-Pfalz, Bezirksärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, niedergelassene Ärzte in der Nähe des sozialen Brennpunktes, Betroffeneninitiativen, Initiativen im Wohnungslosenbereich, Tafel-Projekte, Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte, Sportvereine, Sportbund usw..

Konzeptionelle Überlegungen

- Angebote „vor Ort“ innerhalb des sozialen Brennpunktes
- Vernetzung und Kooperation
- Vorhandene institutionelle Ressourcen nutzen
- Vorhandene individuelle Ressourcen nutzen
- Geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen
- Interkulturelle Aspekte berücksichtigen

Gesundheitspräventionsmodule

1. Ernährung
2. Bewegung
3. Entspannung versus Gewalt
4. Umwelt
5. Impfungen
6. Gesundheitsinformation
7. Gesundheitserziehung

1. Ernährung

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Dass eine ausgewogene Ernährung für die kindliche Entwicklung mitentscheidend ist, ist allgemein bekannt. Aus verschiedenen Untersuchungen wurde, diesen Kontext betreffend, deutlich, dass bei Kindern und Jugendlichen die von Armut betroffen sind, ein ungünstiges Ernährungsverhalten zu beobachten ist, das fast alle wichtigen Ernährungsvariablen beinhaltet. Zahlreiche Ernährungswissenschaftler/innen weisen daraufhin, dass die materiellen Ressourcen z.B. von Sozialhilfeempfängern/innen eine ausreichende und ausgewogene Ernährung entsprechend den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung fast unmöglich erscheinen lassen.

Kennzeichen der Mangel- und Fehlernährung ist eine fettreiche und vitaminarme Kost, zudem ist der Kohlenhydrat- und der Obstanteil geringer als beim Bevölkerungsdurchschnitt. (Klocke, Hurrelmann et al., 1994). 16 Prozent der armen Kinder kommen hungrig in die Kindertagesstätte (AWO 2000).

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

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

c) Etwaige Kooperationspartner:

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

d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse

Ernährungsergänzung:

- Die Kita erhält seit Beginn des Projekts wöchentlichen Bedarf an Vollkornbrot. Brot wird gespendet von der Vollkornbäckerei Kaiser. Schon nach einem Jahr ist der Bedarf erhöht, da die Kinder anderes Brot nicht mehr gerne essen.
- Die Fa. Erbacher spendet verschiedene Müslisorten aus Dinkelweizen.
- „Die Mainzer Tafel“ hat eine spezielle Ausgabestelle in der Siedlung eingerichtet, wobei der Gesundheitsaspekt der Nahrungsmittel besonders berücksichtigt wird. Das Angebot wird von den meisten Leuten in der Siedlung freudig wahrgenommen.

Ernährungsberatung:

Einstieg in die Ernährungsberatung sind attraktive, niedrigschwellige Angebote mit integrierter Gesundheitsinformation. So findet seit Beginn des Projekts – Ende 2003 – ein regelmäßiges Frauenfrühstück statt. Seit Beginn 2005 gibt es auf ausdrücklichen Wunsch der Männer in der Siedlung ebenfalls einmal im Monat ein Männerfrühstück, begleitet u.a. von einem Familientherapeuten der „Evangelischen Familienbildung“, der Erfahrung in der Gesundheitsarbeit mit Männern hat.

Bei diesem „geschlechtergetrennten“ Frühstück werden neben dem Thema „Gesunde Ernährung“ auch andere gesundheitsrelevante Bereiche diskutiert. Alkohol, Rauchen, Verhütung, Arbeitslosigkeit, Gewalt, die Beispielwirkung auf die Kinder, die vielfältigen eigenen Erkrankungen, Unzufriedenheit mit der Lebenssituation, Zukunftswünsche etc. sind Thema. An den Rückmeldungen können wir feststellen, dass die diskutierten Probleme in die Familien hineingetragen werden und z.T. wieder zurück in die Gruppe kommen.

Weitere Veranstaltungen waren:

- eine mehrtägige Ferienreise mit den Kindern auf einen Bauernhof im Hunsrück,
- ein Besuch der Kinder auf der Domäne Mechthildhausen, einem Biobauernhof, der eine kindgerechte Führung beinhaltete (in Kooperation mit der AG Soziales und Umwelt der WirtschaftsjuniorInnen Mainz),
- Osterbacken mit Müttern und Kindern,
- regelmäßiges gemeinsames Einkaufen, Kochen und Essen mit den männlichen Jugendlichen und jungen Männern,
- Herstellen alkoholfreier Mixgetränke von der Mädchengruppe beim Herbstfest 04 (in Kooperation mit dem ASD),
- Wildnistage mit den Zwölf- bis Achtzehnjährigen,
- die Pflanzung und Beobachtung von Kürbissen auf einem Feld in Mainz, vorgesehene Ernte Ende Oktober mit Halloween-Fest,
- Ernährungsberatung durch eine AOK-Ernährungsberaterin nach dem Motto: „Gesund, lecker und bezahlbar kochen!“ – bisher innerhalb des Frauenfrühstücks mit großer Resonanz.

Die Kita legt seit der Kooperation mit dem Projekt größeren Wert auf gesunde Ernährung und wird auch von Kooperationspartnern wie der LZG in Landesprogramme und kommunale Programme einbezogen.

2. Bewegung

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Neben einer unausgewogenen Ernährung findet man bei sozial benachteiligten Kindern auch einen Bewegungsmangel. Zwischen Gesundheitsförderung und sportlichen Aktivitäten besteht eine positive Beziehung. Mit dem Lisrel-Modell (Lisrel: linear structural relationship) können Korrelationen zwischen Formen der psychosozialen Belastung und allgemeinem subjektivem Gesundheitsstatus dargestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen aus unteren Soziallagen kann einerseits eine geringere sportliche Betätigung und andererseits eine hohe Quote an psychosomatischen Beschwerden festgestellt werden. Zudem fällt das Selbstwertgefühl betroffener Kinder und Jugendlicher deutlich niedriger aus im Vergleich zu Kindern aus höheren sozialen Schichten. Es lässt sich zwar keine lineare Beziehung zwischen dem Grad der sportlichen Aktivität und dem Ausmaß psychosomatischer Beschwerden verifizieren, da aber in frühen Lebensphasen die im Erwachsenenalter zur Verfügung stehenden Verhaltensweisen geprägt werden, kann dennoch die Hypothese aufgestellt werden, dass die kompensatorische und entlastende Wirkung sportlicher Betätigung im Hinblick auf Stressbewältigung und Gesundheitsprävention im späteren Alltag bei den betroffenen Kindern seltener angewandt wird.

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

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

c) Etwaige Kooperationspartner:

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

d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse

Anschaffung von Sportartikeln:

Es wurden Fußball, andere Freizeitspiele, Turnschuhe und Regenkleidung für die Kitakinder, zwei Tischtennisplatten und Tischfußball angeschafft und eine Bewegungsbaustelle geschaffen.

Sport- und Freizeitangebote:

- Fußball drei Mal wöchentlich,
- Teilnahme an Fußballwettbewerben in Mainz,

- kostenloses Sport- und Bewegungsangebot im Mombacher Turnverein für ALG II-Empfänger/innen,
- gemeinsam mit der Sportjugend RLP: 1 _ Stunden Bewegungsangebot in der Kita,
- einmal in der Woche Cheerleadertanz der Mädchengruppe (die Mädchenarbeit wird über ein Landesprogramm vom ASD gemacht),
- Ausflug auf die Eisbahn,
- Urlaub auf dem Bauernhof (04 und 05),
- Wildnistage mit den zwölf- bis achtzehnjährigen Jugendlichen,
- Yoga-Angebot für die Frauen (in Kooperation mit der evangelischen Familienbildung),
- Herbstfest im Oktober 04 „Wir bewegen uns“ mit attraktiven Angeboten wie Kletterwand, Sportparcours, (200 Besucher/innen).

Weitere Vorhaben:

Geplant werden ein Kanufamilienausflug, Klettern, ein Angelausflug der Männer, die begleitete Teilnahme an Sportangeboten außerhalb der Siedlung, Mädchenfußball, ein Tanzworkshop für Jungen und Mädchen.

Die Angebote werden mit Begeisterung wahrgenommen. Nicht ganz einfach ist die Kooperation mit den städtischen Einrichtungen wie Kita und ASD. Sie befürchten – nicht unbegründet – Stellenabbau und beneiden uns um unsere finanzielle Ausstattung. Ein moderiertes Kooperationsentwicklungsgespräch hat die Zusammenarbeit verbessert.

3. Entspannung /Ruheinseln versus Gewalt

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Verschiedene Studien (die sogenannte Bielefelder Studie und eine Untersuchung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen, Wetzels, 1997) zeigen einen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation der Familien und Gewaltanwendungen gegenüber den Kindern auf. So beträgt die Quote gravierender Gewaltanwendung durch die Eltern in Familien die Sozialhilfe beziehen bzw. von Arbeitslosigkeit betroffen sind 24 Prozent, während sie in anderen Familien bei 14,6 Prozent liegt (vgl. Pfeiffer, 1998). Hier ist einerseits eine problemorientierte Thematisierung von Gewalt innerhalb der Familie unter Berücksichtigung des Lebenskontextes notwendig. Andererseits müssen Kinder und Jugendliche stärker vor Gewalt geschützt werden. Dies bedeutet Auf- und Ausbau betroffenenzentrierter Hilfsangebote und gesetzgeberische Schutzmaßnahmen. Auch hier ist eine

Vernetzung medizinischer und sozialpädagogischer Dienstleistungen dringend erforderlich.

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Einrichtung von Ruheinseln, Ruheräumen u.a. in der Kita, in den Wohnblöcken
- Einrichtung von Snoezelen-Räumen (heilpädagogisches Konzept, visuelle, akustische, taktile, olfaktorische Reize)
- Informationsveranstaltungen zum Thema Gewalt/Gewaltprävention
- Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training)

c) Etwaige Kooperationspartner:

- Polizei
- TM – Therapeutische Medien (privater Anbieter von Entspannungsmedien)
- Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen

d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse

- Einrichtung eines Snoezelen-Raumes in räumlicher Nähe der Kita. Ein ausgewiesener Fachmann hat den Raum geplant.
- Unter Anleitung einer speziell ausgebildeten Sozialpädagogin wird insbesondere mit den Kindern der Kindertagesstätte an drei Tagen in der Woche von 9 bis 12 Uhr und an einem Nachmittag von 15 bis 18 Uhr im Snoezelen-Raum gearbeitet.
- Yoga für Frauen (in Kooperation mit der evangelischen Familienbildung Mainz).

Die Zusammenarbeit mit der Kita ist diesem Bereich inzwischen sehr gut, da die Kinder in kürzester Zeit positive Veränderungen aufweisen, die der Arbeit in der Kita zuträglich sind. Auch die Eltern schicken ihre Kinder sehr bereitwillig. Sie konnten den Snoezelen-Raum selbst ausprobieren und waren begeistert. Geplant ist, diesen Raum mit Unterstützung einer Entspannungstrainerin bzw. eines Entspannungstrainers auch für Männer und Frauen zu nutzen. Dies kann u.a. ein Beitrag zur Gewaltprävention sein. Es gibt innerhalb des Stadtteiles, aber auch bei Lehrkräften, Erziehern/innen und bei Sozialpolitikern/innen der Region großes Interesse an der Arbeit in diesem Raum. Wir nehmen uns viel Zeit, um das Konzept und die positiven Auswirkungen auf die Kinder darzustellen und die Interessenten/innen selbst die wohltuende Wirkung dieses Entspannungsraumes fühlen zu lassen.

4. Umwelt

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Kinder aus sozial unterprivilegierten Verhältnissen sind häufiger an Unfällen, insbesondere Verkehrsunfällen beteiligt. So kam eine Einschulungsuntersuchung in Brandenburg zu dem Ergebnis, dass 15 bis 20 Prozent aller Kinder bis zu ihrer Einschulung an einem Unfall beteiligt waren, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien bei Verbrühungs- und Verkehrsunfällen doppelt so häufig betroffen waren wie Kinder aus Familien mit einem höheren sozialen Status. Unfälle mit tödlichem Ausgang findet man ebenfalls häufiger bei von Armut betroffenen Kindern. Diese erhöhte Quote ist u.a. auf die Wohnverhältnisse sowie auf das Wohngebiet zurückzuführen (verkehrsreiche Wohngebiete, schlechte Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel, weite Wege zu Schule und Sportstätten) (Bielikt 1996 und Böhm, A. Kuhn J. 2000).

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

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

c) Etwaige Kooperationspartner:

- Sozial- und Ordnungsamt sowie Gesundheitsamt
- Gärtnereien
- Universität Mainz

d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse

Kita:

In der Kita fehlten zu Beginn des Projekts jegliche Grünpflanzen. Die Aufenthalts- und Besprechungsräume waren klein, hässlich und ungemütlich. Eine der ersten Aktivitäten war es, hier Abhilfe zu schaffen durch Grünpflanzen für die Kitaräume und erfolgreiche Verhandlungen mit der Stadt, mehr Räume für Besprechungen und Pausen zur Verfügung zu stellen sowie das graue, schmutzige Treppenhaus kindgerecht zu renovieren.

Siedlung:

Seitdem unser Verein in der Siedlung arbeitet, ist diese auch im Stadtteil (Soziale Stadt) wieder von Interesse. Die Debatte über die Auflösung eines solchen Brennpunktes ist wieder auf der Tagesordnung. Mangels bezahlbarer Wohnraumalternativen wurde eine Studie in

Auftrag gegeben, wie kurzfristige Wohnumfeldverbesserungen aussehen könnten. Geplant sind vorerst die Einrichtung von Duschen statt der Gemeinschaftsduschen im Keller, sowie ein Anstrich der Häuser. Damit einhergehend ist ein Konzept in Auftrag gegeben, die Zwerchallee mittel-langfristig als Obdachlosensiedlung aufzulösen. Da dies in den letzten 30 Jahren immer wieder in Angriff genommen wurde, aber nie gelungen ist, handeln wir jetzt:

- Sanierung und Umbau eines 30 Jahre alten Wohncontainers in der Siedlung zu einem Gemeinschaftshaus mit schöner, begrünter Außenanlage, in dem wir unsere Gesundheitsangebote umsetzen und außerhalb der Kita-Zeiten Angebote für Kinder und Jugendliche machen wie z.B. Kochen, Jugendcafé, Musik, Vorlesen, Basteln, Krabbelgruppe, Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen. Beim Bau und den geplanten Aktivitäten ist uns die Partizipation der Bewohner/innen ein wichtiges Anliegen. So wurde das Gemeinschaftshaus von Männern aus der Siedlung nach Vorgaben des Architekten saniert und umgebaut.
- Erfolgreiche Veranlassung der Stadtverwaltung, die Rattenplage zu bekämpfen.
- Reparatur des Spielplatzes.

5. Impfungen

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Gesundheitspräventive und prophylaktische Maßnahmen so wie sie derzeit in Deutschland hauptsächlich konzipiert sind, werden von sozial benachteiligten Menschen unzureichend wahrgenommen. So ergab eine Studie des Gesundheitsamtes Göttingen, dass bei 30 Prozent der Kinder von arbeitslosen Eltern (Arbeitslosigkeit korreliert in hohem Maße mit Einkommensarmut), ein unzureichender Impfschutz vorlag, zudem wurden Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen (Krauss 1998). Die Impfraten bei Masern und Mumps waren laut einer Schuleingangsuntersuchung der Stadt Braunschweig signifikant schlechter bei Kindern arbeitsloser oder alleinerziehender Eltern (Schubert 1996). Diese Ergebnisse wurden innerhalb regionaler Untersuchungen aus anderen Großstädten (z.B. Hamburg) bestätigt (Zimmermann, Brandt 1996). Eine Studie in Brandenburg ergab, dass Kinder aus sozial schwachen Familien deutlich seltener gegen *Hämophilus B* geimpft sind.

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Impfmöglichkeiten für Kinder und Erwachsene „vor Ort“ (u.a. geschlechtsspezifischer Aspekt bei Mädchen – Rötelimpfung)

- Impfberatungen
- Speziell für Jugendliche: Hepatitis B Impfmöglichkeit mit Sexualaufklärung bzw. Informationen zu sexuell übertragbare Erkrankungen (Hepatitis B und C, AIDS usw.)

c) Etwaige Kooperationspartner:

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

d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse

Unser Ende Juli 05 fertiggestelltes Gemeinschaftshaus hat auch einen speziell eingerichteten Raum für medizinische und gesundheitliche Maßnahmen, wie Impfungen, ärztliche Sprechstunden, soziale Gesundheitsberatung, Elternberatung etc.. In Kooperation mit dem Gesundheitsamt werden im Dezember erste Impfungen vorgenommen, die Kita- und Hortkinder werden einen Hör- und Sehtest machen. Mit der BZgA führen wir die Kampagne „Ich geh' zur U und Du?“ zum zweiten Mal durch.

6. Gesundheitsinformation

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Aus der Pränatalforschung ist bekannt, dass sich die sozialen Verhältnisse, die Lebensbedingungen der Eltern, speziell der werdenden Mutter, auf die Gesundheit des sich im Mutterleib befindlichen Embryos auswirken. Die Lebensweise und das Risikoverhalten der Eltern spielt hierbei eine wichtige Rolle. Dass sich Alkohol- und Zigarettenkonsum negativ auf die embryonale Entwicklung auswirken bzw. dass es zu entsprechenden organischen Schädigungen kommen kann, ist genügend erforscht worden. Die Alkoholembryopathie kann diesbezüglich exemplarisch hervorgehoben werden. Das Risikoverhalten der Eltern bzw. der werdenden Mutter sollte im sozialen Lebenskontext gesehen werden und darf nicht ohne diese Form der Reflektion individualisiert werden.

Im Zusammenhang mit Schmerzsymptomen (Kopfschmerzen) die häufig von Kindern benannt werden, muss auch die Einnahme von Arzneimitteln problematisiert werden. So trägt, nach einer Studie der Barmer Ersatzkasse (Glaeske, 1999) der Medikamentenkonsum

aufgrund von Kopfschmerzen bei Schülerinnen bis zu 40 Prozent, während er bei Schülern zwischen 15 und 20 Prozent liegt. Verschiedene Untersuchungen belegen übereinstimmend, dass die Selbstmedikation bei Kopfschmerzen die häufigste Ursache für einen unkontrollierten Medikamentenmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen darstellt. Zusätzlich ist der Zigaretten- und Alkoholkonsumanteil bei Schülerinnen und Schülern mit häufig auftretenden Kopfschmerzen signifikant höher als bei Kindern und Jugendlichen die eine geringere Kopfschmerzquote aufweisen.

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Regelmäßige Informationsveranstaltungen zu speziellen medizinischen Themen (Ernährung, Zigaretten rauchen, Infektionskrankheiten, Hauterkrankungen, parasitäre Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Atemwegserkrankungen)
- Info-Veranstaltungen zu den Themen Sucht/ Suchtgefahren (legale und illegale Drogen)
- Beratungen zu Krankenkassenleistungen und -ansprüchen

c) Etwaige Kooperationspartner:

- Pro Familia
- Drogenberatungsstellen
- Aids-Hilfe
- Ärzte/innen
- Krankenkassen
- BzGA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Fachforum „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“

d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse

Gesundheitsinformation ist – wie schon oben beschrieben – bisher in der Regel integrierter Bestandteil attraktiver, niedrigschwelliger Veranstaltungen. Das sind u.a. Kleiderbasare, Frauenfrühstück, Männerfrühstück, Feste, Ausflüge, Sport – und Freizeitangebote, Entspannungsangebote, Kochen/Backen, Jungenarbeit, Mädchenarbeit.

Die Themen sind:

- gesunde, bezahlbare Ernährung,
- gesunde Ernährung von Kleinkindern,
- Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern,
- Alkohol- und Nikotinmissbrauch,
- Rücksicht auf trockene Alkoholiker/innen,
- Kindererziehung,
- Schulschwierigkeiten,
- Verhütung,
- Arbeitslosigkeit,
- Rückzugsmöglichkeiten in zu kleinen Wohnungen,

- Gewalttätigkeit,
- eigene Erkrankungen, z.B. schlechter Zahnstatus,
- Gesundheitsreform: Zuzahlungen und Gebühren

Die neuen Räumlichkeiten im Gemeinschaftshaus bieten zusätzliche Möglichkeiten für informative Veranstaltungen zu den Problemen, die die Bewohner/innen selbst benennen.

Es haben sich alle oben beschriebenen Kooperationspartner bereit erklärt, unsere Arbeit zu unterstützen, u.a. die Kinderärztinnen im Stadtteil.

Mit der BzGA haben wir in Kooperation mit der Kita bereits 2004 die Aktion „Ich geh’ zur U und Du?“ durchgeführt, die in diesem Jahr wiederholt wird.

7. Gesundheitserziehung

a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Feststellung und Forderungen der Niedersächsischen Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit (2002): „Bildung ist mehr als Schulbildung und die notwendigen Grundlagen für den Bildungserwerb werden bereits früh gelegt. Sie müssen kontinuierlich überprüft und an die gesellschaftliche Entwicklung angepasst werden, die sich Privatisierungs- und Deregulierungstendenzen entgegenstellt. Eine Vernachlässigung dieser Bemühungen führt andernfalls sowohl zu auffällender Ungleichheit von Bildungschancen für Kinder und Jugendliche, wie auch zu ungleichen Gesundheitschancen mit einem erheblich höheren Erkrankungs- und Sterberisiko. Im Gesundheitsbericht für Deutschland wird dem Bildungsstatus unter den Risikomerkmale der sozialen Lage ein besonderes Gewicht zugewiesen und der Einfluss des Bildungsniveaus auf Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten ausdrücklich betont. Umgekehrt gilt, dass gesundheitsfördernde Schulprojekte positive Auswirkungen auf Klassen- und Schulklima, wie auch auf Leistungsbereitschaft und -erfolg aller schulischen Akteure haben.“ (AG Armut und Gesundheit, 2002)

b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Gesundheitserziehung in Kindergarten und Schule (Konzept u.a. MediPäds – Ärzte/innen und Lehrer/innen als Team, Projekt Klasse 2000
- Gesundheitsförderung und Suchtprävention an Grundschulen, CSH-Modell (Coordinated School Health, USA)

c) Etwaige Kooperationspartner:

- Kindertagesstätte
- Lehrer/innen aus der Grund- und Hauptschule
- Drogenberatungsstellen
- Ärzte/innen
- Krankenkassen (Zum Kooperationspartner Krankenkasse: Die Krankenkassen sind gemäß §20 Abs. 1 SGB V, GKV-Gesundheitsreformgesetz, zur Prävention verpflichtet. §20 Abs. 1 SGB V : „Leistungen zur Prävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“ Es wurden von den Krankenkassen prioritäre Handlungsfelder für die Prävention benannt: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressreduktion / Entspannung, Genuss- und Suchtmittelkonsum. Aus dem Leitfaden der Krankenkassen: „Damit nicht eine stark mittelschichtspezifische Inanspruchnahme erfolgt, sind Leistungsangebote mit zielgruppenspezifischen Zugangswegen zu konzipieren – ggf. im Sinne ‚aufsuchender‘ Programme.“)

kerungsschichten mit Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung besser erreichen. Die Koordinationsstelle hat unser Verein übernommen (finanziert von der Landesregierung).

Kontakt:

Projektkonzeption: Prof. Dr. Gerhard Trabert
 Projektkoordination: Gisela Bill
 Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.
 Geschäftsstelle:
 Barbarossastr. 4
 55118 Mainz
 Telefon: 06131 627 90 71
 Email: info@armut-gesundheit.de
 Email: gerhard.trabert@fh-nuernberg.de
 www.armut-gesundheit.de

d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse

Wir konnten mit unserer Arbeit einen Impuls geben, den Zusammenhang „Armut und Gesundheit“ verstärkt zu beachten. Wichtig dafür waren unsere Öffentlichkeitsarbeit und die Kooperation mit anderen Akteuren im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, z.B. mit:

- dem Qualitätszirkel der Mainzer Kinderärzte/innen,
- der Landeszentrale für Gesundheitsförderung,
- Krankenkassen,
- Sportvereine,
- dem Sportbund RLP,
- der Sportjugend RLP,
- der Kita,
- dem Allgemeinen Sozialdienst,
- Grund- und Hauptschulen des Stadtteils,
- dem Quartiersmanagement der Sozialen Stadt,
- Sozialarbeitern/innen aus anderen Projekten des Stadtteils,
- den zuständigen Politikern/innen und Verwaltungsbereichen.

Die Landesregierung hat inzwischen, auf der Basis unseres Konzeptes und unserer Erfahrungen in der Obdachlosensiedlung, ein Modellprojekt gestartet: „Gesundheitsteams vor Ort“ werden in den Stadtteilen Mainz-Neustadt und Trier-Nord installiert. Sie sollen durch bestmögliche Vernetzung vorhandener Strukturen sozial benachteiligte und bildungsferne Bevöl-

Babyboom – Elternpraktikum mit Einsatz von Babysimulatoren

Eine Möglichkeit zur Prävention von Teenagerschwangerschaften?

Laut eines UNICEF Berichtes aus dem Jahr 2002 ist die Zahl der Geburten bei jungen Frauen im Teenageralter – unter achtzehn Jahren – in Europa, Deutschland und in Berlin während der letzten zehn Jahre gestiegen.

Deutschland liegt laut dieser Studie mit dreizehn Schwangerschaften pro 1000 Teenagern im internationalen Vergleich im Mittelfeld. Bezogen auf Lebendgeburten verdoppelte sich die Zahl bei den fünfzehnjährigen Mädchen in Deutschland von 435(1994) auf 1007(2002).

Wenn in Deutschland und Berlin die Gesamtgeburtenszahlen berücksichtigt werden zeigt sich, dass bei Teenagern im Gegensatz zu den über Achtzehnjährigen kein Geburtenrückgang während der Wendezeit zu verzeichnen war. Im Jahr 2002 wurden im Bundesgebiet 7595 (das entspricht 0,6 Prozent der Lebendgeborenen und in Berlin 435 (1,5 Prozent der Lebendgeborenen) Geburten bei Frauen unter achtzehn Jahren gezählt.

Auch die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei den unter Achtzehnjährigen in Deutschland und Berlin ist steigend. In Deutschland betrug die Abbruchquote der unter Achtzehnjährigen 1996 3,6 Prozent aller Abbrüche. 2002 waren es 7443 und 2003 schon 7645 (6 Prozent aller Abbrüche). Die Zahl hat sich also innerhalb von sieben Jahren fast verdoppelt.

In Berlin kam es im Jahr 2003 zu 561 Abbrüchen bei den unter Achtzehnjährigen. Im Zeitraum 1996 (360 Abbrüche) bis 2003 stieg die Zahl der Abbrüche um rund 56 Prozent, also um mehr als die Hälfte. Bei den unter Fünfzehnjährigen stieg die Zahl der Abbrüche von 22 (1996) auf 47 (2002) und 55 (2003) am stärksten an, dies entspricht einem Anstieg von rund 113 Prozent (vgl. Statistisches Landesamt Berlin).

Trotz vieler Konzepte der Sexual- und Aufklärungspädagogik, sowie themenzentrierter Projektwochen an Schulen, trotz einer scheinbar großen Informationsflut der Jugend- und Massenmedien zum Thema Sexualität und Schwangerschaftsverhütung, trotz der gesetzlich verankerten kostenlosen Abgabe von Verhütungsmitteln an Jugendliche und trotz des oberflächlichen Eindrucks der sprachlichen Enttabuisierung der Thematik in der Gesellschaft, verläuft die Geburtenrate bei ca. 50000 Fällen seit mehreren Jahren (bis 2002) relativ konstant, jedoch ist die Schwangerschaftsabbruchrate bei Mädchen im Jugendalter in

Deutschland auf hohem Niveau mit einer steigenden Tendenz.

Dies geht auch aus einer Studie des Landauer Sexualforschers Norbert Kluge hervor, die besagt, dass in Deutschland immer mehr Mädchen schwanger werden- und immer häufiger abtreiben. Kluge stützt sich dabei auf Daten des statistischen Bundesamtes.

Als Ursache hierfür wird eine Kombination von biologischen und psychosozialen Faktoren vermutet. Zur Zeit liegt das Durchschnittsalter bei der ersten Periode der Mädchen in Deutschland bei ca. 12,2 Jahren. Für das Jahr 2010 wird ein Durchschnittsalter von ca. zehn Jahren prognostiziert. Entsprechend früh setzen bei vielen Jugendlichen die ersten sexuellen Aktivitäten ein. Hatten 1980 nur drei Prozent der vierzehnjährigen Mädchen schon Geschlechtsverkehr, waren es 2001 schon elf Prozent (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002).

Der Wissensstand der Jugendlichen über biologische Vorgänge und Veränderungen des eigenen Körpers sowie hinsichtlich Schwangerschaftsverhütungsmitteln und -methoden ist zudem sehr lückenhaft (vgl. G. Gille, ÄGGF, Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V. „Wenn Kinder Kinder kriegen“ 2002).

Des Weiteren werden als psychosoziale Faktoren, die das Risiko einer gewollten oder ungewollten Teenagerschwangerschaft erhöhen können, unbefriedigende Zukunfts- und Berufsperspektiven, sowie eine mangelnde Vertrauensebene einhergehend mit unzureichender Kommunikation und Unterstützung in sexuellen Fragen durch das Elternhaus postuliert. Als brisantes Risiko einer beabsichtigt herbeigeführten Teenagerelternschaft wird darüber hinaus eine innere emotionale Leere, oft verursacht durch Vernachlässigung und Gewalterfahrungen der Mädchen in der Herkunftsfamilie, beschrieben. Diese Jugendlichen wünschen sich dann ein eigenes Baby, wobei sie die verantwortungsvollen Aufgaben einer Elternschaft kaum realisieren. Das erwartete Baby wird in hohem Maße idealisiert, es soll zum „lieb haben“ da sein und die fehlende Zuwendung und Anerkennung ersetzen. (vgl. Erfahrungsbericht von Babybedenkezeit 2001, ÄGGF 2002).

Für eine möglichst effektive Prävention, mit dem Ziel, die Zahl der gewollten und unge-

wollten Schwangerschaften im Jugendalter zu reduzieren, erschien es uns notwendig, das bestehende Präventions- und Beratungsangebot konzeptionell zu überarbeiten und es auch insgesamt zu erweitern. Dabei erweist es sich unseres Erachtens als besonders wichtig, die jugendlichen Adressaten beiderlei Geschlechts möglichst früh über sexuelle Reifungsprozesse und sexuelle Verantwortung eines jeden Jugendlichen zu informieren.

In unserem Projekt „Babyboom-Ein Baby auf Probe“ gehen wir neue Wege.

Wir setzen das Real Care Baby® ein, einen individuell programmierbaren Babysimulator, der lebensecht wirkt und anhand dessen die Versorgung eines Säuglings geübt, und die eigene Belastungsgrenze erlebt werden kann. Die Information findet also nicht als reine kognitive Wissensvermittlung statt, sondern erlaubt den Teilnehmern und Teilnehmerinnen eine intensive ganzheitliche Erfahrung auf physischer und geistiger Ebene, die auf der Basis der thematischen Motivation in manchen Fällen zu einer Grenzerfahrung werden kann. Das eigene Erleben und die Reflexion dessen in der Gruppe und im Elternhaus stehen im Mittelpunkt des Projektes.

Die Interventionsmaßnahme soll im Kontext des begleitenden theoretischen Rahmens keinen Abschreckungscharakter gegen Elternschaft an sich haben, sondern vielmehr die Auseinandersetzung der Teilnehmer/innen mit verschiedenen Optionen der persönlichen Zukunftsgestaltung, im Zusammenhang mit dem eigenen Verhalten, anregen.

Mit der Annahme, dass ein hoher Prozentsatz der Jugendlichen die Familienplanung in ihre Zukunftsgestaltung einbezieht oder aufgrund unzureichender Schwangerschaftsverhütung schon früh und unvorbereitet in die Elternrolle gerät, während zum Thema Teenagerschwangerschaft im Alltag der Jugendlichen kaum Raum für Auseinandersetzungen eingeräumt wird, schafft das Projekt „Babyboom“ eine optimale Grundlage, die Mutter- bzw. Vaterrolle mit Hilfe des Real Care Baby frühzeitig kennen zu lernen. Die Teilnehmer/innen erhalten die Möglichkeit sich im Rollenspiel intensiv mit den „realen“ Bedürfnissen eines Säuglings auseinander zu setzen. Hierauf basierend werden sie vorrangig zur Auseinandersetzung mit den eigenen Bedürfnissen und Zielen bei der Lebensgestaltung angeregt, so dass als Ziel der Maßnahme eine reflektierte Entscheidung für bzw. gegen eine frühe Elternschaft folgt, die getroffen wird auf der Grundlage eines erhöhten Erfahrungs- und Wissensstandes bezüglich der zu erwartenden Elternverantwortung und gegebenenfalls ein konsequentes Schwangerschaftsverhütungsverhalten zur Folge hat.

Gearbeitet wird mit kleinen sowie größeren, mit geschlechtshomogenen sowie -heterogenen Gruppen, mit Kindern/Jugendlichen unterschiedlichen Alters, mit und ohne intellektuelle/physische Beeinträchtigungen in zwei- bis fünftägigen Workshops, die manchmal im Rahmen schulischer Projektstage und manchmal als Freizeit- oder Wochenendprojekte durchgeführt werden. Dabei werden Themeninhalte und Methoden auf die jeweiligen Zielgruppen sowie ihre sozialräumliche Verortung abgestimmt. Möglichst viele im Wohnumfeld relevanten Strukturen sollen im Projekt Beachtung finden: Schule, Einkaufsmöglichkeiten, Beratungsstellen, öffentlicher Nahverkehr. Es werden auch Referenten/innen eingeladen, z.B. Fachleute von SMD, KJGD, Konfliktberatungsstellen.

Die teilnehmenden Jugendlichen sollen über die im Rollenspiel gemachten Erfahrungen sowie über das pädagogische Rahmenprogramm die eigenen Bedürfnisse und Kompetenzen bezüglich individueller Lebensplanung und Elternschaft kennen lernen. Über eine realistische Einschätzung der tatsächlichen Aufgaben und Belastungen als Mutter/Vater erhoffen wir uns einen verantwortlichen Umgang mit Empfängnisverhütung.

Das Projekt Babyboom verfügt seit Herbst 2002 über zwölf Babycomputersimulatoren. Bis Oktober 2004 wurden in Berlin (Schwerpunkt Marzahn-Hellersdorf) 48 Projekte durchgeführt und es absolvierten 414 Jugendliche ihr „Elternpraktikum“. Zwanzig dieser Projekte führten unsere Mitarbeiterinnen selbst durch, die anderen wurden durch von uns ausgebildeten Multiplikatoren/innen durchgeführt.

Die positive Resonanz aus Fachkreisen sowie die Tatsache, dass das Programm von Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen sehr gut angenommen wird, bestätigen für uns die Notwendigkeit des sozialpädagogischen Präventionsprojekts. Neben der günstigen Auswirkung auf das Projekt selbst ist als ein Ergebnis der intensiven Öffentlichkeitsarbeit die verstärkte Thematisierung von Teenagerschwangerschaften und junger Mutterschaft im Bezirk und auch außerhalb zu beobachten. Die hiermit angeregte Bewusstseinsschärfung an Schulen, in Projekten der Jugendhilfe sowie in der allgemeinen Öffentlichkeit schlägt sich nicht zuletzt auch auf fachpolitischer Bezirks- und Landesebene nieder (Abt. Jugend und Gesundheit).

Einsatzorte JAO e.V. Simulatoren nach Institutionstypen und Bezirken in Berlin/Brandenburg:

Stand 10/05	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg-Hohen-schönhausen	Steglitz-Zehlendorf	Friedrichsh.-Kreuzberg	Spandau	Pankow	Land Brandenburg	Gesamt Durchführ.
Oberschulen	21x	2x	5x	2x	1x			31
- 2 Hauptsch.	5 x							
- 2 Realschule	5 x							
- 2 Gymnasien		1 x			1x			
- 6 Ges.Schule	8 x		5 x	2 x				
- 1 LB Schule	1 x							
- 1 geistig Beh.	2 x							
- 1 sonstige		1 x						
Grundschulen	4x							4x
- 2 in Koop. mit Schulstation	4 x							
Jugendhilfe	7x					2x		9x
-1 SGA §29 SGB VIII	3 x							
-2 Jugend WG § 34 SGB VIII	4 x							
-1 offener Mädchentreff						2 x		
Berufli.Orient.							1x	1x
-1 FSJ							1 x	
individuell	3 x							3x

Kontakt:

Jutta Windeck Leitung (Dipl. Sozialp.)
 Sabine Willno Koordination Familienbildung
 (Dipl. Sozialp.)
 Jugendwerk Aufbau Ost e.V.
 Kinder- und Jugendhilfezentrum Marzahn
 Nord
 Golliner Straße 4-6
 12689 Berlin
 Telefon: 030 - 9357916
 Email: koordination.windeck@sao-berlin.de

Public Health – Politische Anforderungen zur Überwindung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendlichen

Das im Sommer 2005 gescheiterte Präventionsgesetz¹ verfolgte das anspruchsvolle Ziel, die primäre Prävention neben Kuration, Pflege und Rehabilitation zur vierten, eigenständigen Säule der Gesundheitssicherung aufzubauen. Angesichts der drei Megatrends im Gesundheits-, Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern – Dominanz chronisch-degenerativer Erkrankungen mit hohen präventiven Potentialen, Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei gleichzeitigem Trend zu gesünderem Altern, Zunahme sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen (Rosenbrock 2004) – lässt sich dieser Anspruch zumindest gut begründen.

Maßstab zur Beurteilung der Qualität des Gesetzes (und aller folgenden Regelungsversuche einschließlich Gesetzesentwürfe) muss sein, ob es Aktivitäten in hinreichender Quantität und Qualität hervorbringt bzw. auslöst bzw. ermöglicht, die dem „state of the art“ entsprechen. Das ist zwar zunächst eine gesundheitswissenschaftliche Fachfrage (Was ist der „state of the art“ für primärpräventive Interventionen? Welche Typen und Arten der Primärprävention kommen in Frage?), im zweiten Schritt aber ein primär politisches Problem (Sind die „richtigen“ Akteure angesprochen? Sind Instrumente, Anreize und Ressourcen geeignet und ausreichend, um eine über Modellprojekte hinausgehende Dynamik in Richtung auf die Entwicklung einer Kultur der Primärprävention auszulösen und aufrecht zu erhalten?) Im Folgenden geht es primär um Teilantworten

auf die erste Frage, die zweite Frage wird in dem Augenblick (wieder) an Aktualität gewinnen, wenn ein neuer Regelungsversuch, z.B. als Gesetzesentwurf vorliegt.

Was ist der „state of the art“ für primärpräventive Interventionen?

Die Entwicklung von Methoden und Strategien der Primärprävention hat in den letzten Jahrzehnten einen deutlichen Aufschwung genommen.² Eine zentrale Rolle spielte dabei die Verabschiedung der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung im Jahre 1986, die auf breiten und prozessorientierten Konzepten sowohl von Gesundheit/Krankheit als auch von Intervention aufbaut und damit den Stand der internationalen Diskussion zusammenfasst, der – zeitlich parallel und unabhängig von der Charta – auch in anderen Interventionsfeldern der Primärprävention, zum Beispiel im Hinblick auf Aids, zu ähnlicher Praxis geführt hatte (Rosenbrock, Schaeffer 2002).

Gegenüber der hergebrachten Praxis der Gesundheitserziehung und von „Old Public Health“ impliziert dies vier Innovationen:³

1. Belastungssenkung und Ressourcenförderung

Sowohl Strategien der Verhaltensbeeinflussung bzw. Gesundheitserziehung als auch solche der gesundheitsgerechten Gestaltung von materiellen und sozialen Umwelten können sich zwar in manchen Fällen darauf beschränken, tatsächliche oder mögliche Gesundheitsbelastungen (also z.B. chemische, physikalische und biologische Belastungen, Disstress, körperliche und seelische Überlastungen, geringe Verhaltensspielräume, schlechte Ernährung, Tabak rauchen, Bewegungsmangel, soziale Isolierung) zu beeinflussen. Meist wird es jedoch zugleich auch darauf ankommen, die Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen (z.B. Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Kompetenzen, Information, Bildung, Hand-

1) Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitlichen Prävention (BT-Drucksache 15/4833) wurde nach ausführlicher Anhörung im Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung am 9. März 2005 (Protokoll 15/95), am 22. April 2005 vom Bundestag verabschiedet. In seiner 811. Sitzung beschloss der Bundesrat am 27. Mai 2005 das Gesetz aufzuhalten und den Vermittlungsausschuss „mit dem Ziel der grundlegenden Überarbeitung“ anzurufen. Wichtigster Kritikpunkt war „die vorgesehene Finanzierung durch die Sozialkassen“ (BR-Drucksache 306/05) und damit jene Komponente des Gesetzesvorhabens, der die Länder im Herbst 2004 nach langen Verhandlungen mit dem Gesundheitsministerium ausdrücklich zugestimmt hatten. Allen Beteiligten muss klar gewesen sein, dass die Anrufung des Vermittlungsausschusses – fünf Tage nach der Ankündigung vorgezogener Neuwahlen zum Bundestag für den Frühherbst 2005 – das „Aus“ für dieses Gesetzesvorhaben in dieser Legislaturperiode bedeutete. Zum Inhalt und zur Kritik des Gesetzes vgl. Rolf Rosenbrock, Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Verlag Hans Huber, Bern usw., 2. Auflage 2005 (i.E.).

2) Ein guter Indikator für die relative Reife eines Feldes ist das Erscheinen von Lehrbüchern, vgl. Naidoo/Wills 2003 und Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004.

3) Elemente dieser Innovationen finden sich verstreut auch schon in früher angewandten Interventionen. Der mit der Ottawa Charta dokumentierte und angestoßene Paradigmenwechsel besteht v.a. darin, diese Innovationen als essentielle Bestandteile primärer Prävention aufgewertet und systematisiert zu haben.

lungswissen, Einkommen, angemessene Partizipation, Verhaltensspielräume, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung) der betroffenen Individuen bzw. Zielgruppen anzustreben. Dahinter steht die ebenfalls im Gefolge der Ottawa Charta einflussreicher gewordene, an Übergängen und Nuancen reichere Sichtweise auf Gesundheit, die die Dichotomie von „gesund“ und „krank“ überwindet und Gesundheit als geglückte, und Krankheit als missglückte Balance zwischen Gesundheits-Belastungen einerseits und Gesundheits-Ressourcen andererseits sieht (Rosenbrock 1997). Damit verbindet sich nicht nur die Vorstellung, Menschen in den Stand zu versetzen, Risiken für ihre Gesundheit sensibler wahrzunehmen und aktiver an ihrer Minderung zu arbeiten, sondern auch die durch viele Untersuchungen (zum Beispiel Antonovsky 1987, Karasek und Theorell 1990) gut belegte Erwartung, dass sich mit zunehmender Transparenz von Lebenssituationen, mit Qualifikation, wachsenden Entscheidungsspielräumen, direkter Partizipation (Bagnara et al. 1985) sowie durch materielle und ideelle soziale Unterstützung (House 1981, Berkman and Syme 1979) die Fähigkeit zur Belastungsverarbeitung erhöht, die Erkrankungs Wahrscheinlichkeit mithin sinkt. Gesundheitsressourcen werden also im Hinblick auf Krankheitsvermeidung benötigt, (1) um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, sei es, (2) um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, sei es, (3) um Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen zu entwickeln bzw. freizusetzen, die (a) entweder direkt die Gesundheit belasten oder (b) gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen.

2. Aufwertung unspezifischer Interventionen

Schon die Geschichte erfolgreicher Primärprävention (Labisch 1992, McKeown 1982) zeigt, dass mit ein und derselben Maßnahme bzw. Strategie (z.B. Stadtanierung, allgemeine Bildung etc.) Beiträge zur Senkung der Inzidenz mehrerer und verschiedener Krankheiten erzielt werden können. Der gleiche Effekt zeigt sich zum Beispiel auch bei der Anwendung integrierter Strategien betrieblicher Gesundheitsförderung (Lenhardt et al. 1997, Lenhardt 2003). Die Beeinflussung von scheinbar weit von den unmittelbaren Krankheitsursachen angesiedelten („distalen“) Faktoren (z.B. Partizipation, soziale Unterstützung), deren Beitrag zur Krankheitsentstehung in vielen Fällen auch heute noch nicht hinreichend erforscht ist, kann danach einen größeren präventiven Effekt haben – sowohl im Hinblick auf bestimmte

Zielkrankheiten als auch im Hinblick auf die Gesamt-Morbidität/-Mortalität – als die Bearbeitung von Faktoren, deren kausale Beziehung zu Krankheitsentstehung sehr viel enger ist. Das gilt sowohl für die Senkung von Gesundheitsbelastungen als auch für die Vermehrung von Gesundheits-Ressourcen.

3. Priorität für Kontextbeeinflussung

Um eine möglichst große Wirkung v.a. bei sozial benachteiligten Zielgruppen zu erzielen, reicht es regelmäßig nicht aus, die Intervention auf die Anwendung der Instrumente Information, Aufklärung und Beratung zu beschränken. Vielmehr steigt die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs mit der Beeinflussung des Verhaltenskontextes, sei es auf individueller Ebene, sei es im Setting oder sei es im Rahmen von integrierten, multimodalen und intersektoralen Kampagnen für die gesamte Bevölkerung oder definierte Teilgruppen. Information, Aufklärung und Beratung bilden im Regelfall eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung erfolgreicher Prävention.

4. Priorität für Partizipation

Spätestens seit den praktischen und theoretischen Arbeiten von Paolo Freire in den siebziger Jahren darf als etabliert gelten, dass insbesondere Menschen mit geringer formaler Bildung sowohl kognitiv wie habituell desto erfolgreicher lernen, je besser und unmittelbarer das Lernangebot an ihren praktischen Alltag anknüpft und je mehr sie das zu Erlernende in ihrem praktischen Alltag ausprobieren und selbst entwickeln können (Freire 1980). Aus dem Leitbeispiel erfolgreicher Primärprävention im Setting, der betrieblichen Gesundheitsförderung, ist zudem bekannt, dass Verhaltens- und Verhältnisänderungen desto erfolgreicher und nachhaltiger sind, je stärker die Beschäftigten an der Problemeinschätzung, der Konzipierung und Implementierung der Veränderungen sowie auch an der Qualitätssicherung direkt beteiligt sind. Aus diesem Sachverhalt folgt die Forderung nach einem hohen Grad an direkter Partizipation der Zielgruppen.

5. Qualitätssicherung

Um die Potentiale dieser vier Innovationen der Primärprävention nachhaltig zur Gestaltung zu bringen und zu verallgemeinern, tritt ein Querschnittserfordernis hinzu: Die Anwendung von Konzepten und Strategien, die diese vier Innovationen aufgreifen und benutzen, führt zu sehr beachtlichen Erfolgen in der Prävention (Smedley/Syme 2001, Minkler 1997), ohne dass die Wirkmechanismen vollständig bekannt wären. Primäre Prävention nach dem „state of the art“ der Ottawa Charta und verwandter Kon-

	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontexts
Individuum	1. z.B. Ärztliche Gesundheitsberatung, Gesundheitskurse	2. z.B. „präventiver Hausbesuch“
Setting	3. z.B. Anti-Tabak-Aufklärung in Schulen,	4. z.B. Betriebl. Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	5. z.B. „Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“, „Rauchen gefährdet die Gesundheit“, „Seid nett zueinander“	6. z.B. HIV/Aids-Kampagne, Trimming 130

Abbildung 1:
Typen der Primär-
prävention

zepte ist deshalb nicht einfach die Anwendung bekannter Regeln, sondern immer auch eine Entwicklungsaufgabe. Für die Praxis bedeutet dies, dass bei jeder Intervention, wo immer möglich, dafür gesorgt werden muss, dass die gesundheitliche und soziale Ausgangslage, die relevanten Aspekte der Intervention und die Ergebnisse der Intervention nach wissenschaftlichen Standards dokumentiert werden, um auf diese Weise Auswertungen zu ermöglichen, die den Stand des Wissens über die Potentiale und die Wirkmechanismen primärer Prävention weiter entwickeln.

In der Praxis wird gegen dieses gesundheitswissenschaftlich begründete Postulat regelmäßig verstoßen (Emmons 2001), weil sich Möglichkeiten, Strategien, Zeitpunkte und Dauer präventiver Interventionen meistens nach anderen Kriterien (Zugang, Finanzierung etc.) als solchen der Forschung und Evaluation richten. Die Zunahme der Anzahl wie auch der Varianz von Interventionen im Rahmen geplanter und wissenschaftlich gesteuert Programme ist deshalb nicht nur eine Chance für die Präventionspolitik, sondern kann zugleich wertvolle Beiträge zur Methodenentwicklung im Hinblick auf Auswahl, Durchführung, Qualitätssicherung, Vernetzung und Evaluation von präventiven Interventionen und Strategien leisten. Von besonderer Bedeutung ist Beteiligung sowohl der Akteure als auch der Zielgruppen an der Konzipierung und Umsetzung der Qualitätssicherung und der Evaluation (Wright 2004).

Welche Typen und Arten der Primärprävention kommen infrage?

Primärpräventive, d.h. Belastungen senkende und Ressourcen vermehrende Aktivitäten und Strategien lassen sich drei Interventionsebenen zuordnen: dem Individuum, dem Setting und der Bevölkerung. Je nachdem, ob die Intervention sich auf Information, Aufklärung und Beratung beschränkt oder ob sie auch interven-

tionen zur Veränderung gesundheitsbelastender bzw. ressourcenhemmender Faktoren der jeweiligen Umwelt/des jeweiligen Kontextes einschließt, ergeben sich sechs Strategietypen, zu denen in Abbildung 1 jeweils ein Beispiel gegeben wird.

Für jeden dieser sechs Strategietypen lassen sich zweckmäßige Einsatzfelder identifizieren, jeder dieser Handlungstypen erfordert unterschiedliche Instrumente, Ressourcen, Akteurkonstellationen und Methoden der Qualitätssicherung⁴. Es ist eine zentrale gesundheitspolitische Steuerungsaufgabe, dafür zu sorgen, dass je nach Zielgruppe und Gesundheitsrisiko der jeweils angemessene Strategietyp zum Einsatz kommt. Im Selbstlauf tendiert die Politik (auf Makro-, Meso- und Mikro-Ebene) dazu, jeweils auch dann auf weniger komplexe Interventionen (z.B. Interventionsebene Individuum statt Setting sowie/oder Vernachlässigung des Kontextes) zurückzugreifen, wenn Interventionen höherer Ordnung angezeigt wären.

1. Individuell ansetzende Prävention ohne Kontextbeeinflussung

Individuell ansetzende Prävention ohne Kontextbeeinflussung beschränkt sich definitionsgemäß auf Methoden der Information, der Beratung und des Trainings. In der Regel geht es um Versuche, gesundheitsbelastendes Verhalten zu modifizieren sowie persönliche Ressourcen (Selbstvertrauen, „self efficacy“, Transparenz, Fähigkeit zur Selbsthilfe, Einbindung in Gruppen/Netzwerke von Menschen in ähnlicher Lebenslage) zu stärken. Klassische Instrumente sind Kurse („verhaltensorientiertes Gruppentraining“) mit Kommstruktur („passive Rekrutierung“). Bei den kassengetragenen individuellen Maßnahmen dieses Typs wurde

4) Nur noch einmal zur Klarstellung: Jeder dieser sechs Strategietypen enthält – wenn er nach dem „state of the art“ durchgeführt wird – sowohl das Moment der Belastungssenkung wie jenes der Ressourcenstärkung, also der Gesundheitsförderung.

bislang eine überproportionale Beteiligung von sozial und gesundheitlich weniger belasteten Gruppen festgestellt (Kirschner, Radoschewski, Kirschner 1995).

Auch nach der jüngsten Dokumentation zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V, mit dem ja explizit „ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ geleistet werden soll, waren unter den Teilnehmern/innen nicht nur Männer, Jugendliche, sowie über Sechzigjährige deutlich unterrepräsentiert. Vielmehr lag auch der Anteil der „Härtefälle“⁵ bei den Teilnehmern/innen bei nur 6,8 Prozent, ihr Anteil an den Versicherten lag mit 13,6 Prozent doppelt so hoch (MDS 2004). Damit bestätigen sich erneut Befunde, nach denen Menschen aus schwierigen Lebenslagen solche Angebote der Verhaltensmodifikation schwerer finden als Angehörige besser situierter Bevölkerungsgruppen, und dass sie auch vergleichsweise größere Probleme haben, solche Kurse bis zum Ende durchzuhalten, sowie – insbesondere – große Schwierigkeiten haben, das im Kurs erlernte Verhalten nach Kurs-Ende in den ja meist unveränderten Alltag einzubauen (Rosenbrock 2002a).

An der Eignung individuell ansetzender Prävention ohne Kontextbezug als Instrument der Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bestehen demnach erhebliche Zweifel.

2. Individuell ansetzende Primärprävention mit Beeinflussung des Kontexts

Individuell ansetzende Primärprävention mit Beeinflussung des Kontexts richtet sich regelmäßig an Menschen in ihrer häuslichen bzw. familiären Umgebung. Beispielhaft seien hier – einmalige oder wiederholte – Hausbesuche bei werdenden Eltern zur Vorbereitung auf das Leben mit dem Neugeborenen (z.B. Ernährung, Hygiene, Neurodermitis- und Unfallprävention) (Dierks et al. 2002), oder bei älteren Menschen zur altersgerechten Anpassung der Wohnumgebung genannt (Kruse 2002, Walter 2004). In beiden Beispielen zielt die Intervention sowohl auf eine Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens (einschl. Hilfesuchverhalten, Inanspruchnahme sozialer Leistungen und der Krankenversorgung), als auch auf die situationsgerechte Gestaltung der technischen und sozialen Wohnumgebung. In beiden Fällen erscheint allerdings auch fraglich, ob diese Ziele mit einem einmaligen Besuch erreicht werden können⁶.

5) „Härtefall“ ist der einzige Indikator in der Dokumentation, der – mit allen Vorbehalten – auf ‚soziale Benachteiligung‘ schließen lässt.

6) Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Veränderungen, die unmittelbar beim Hausbesuch bewirkt werden, und solchen, für die der Hausbesuch lediglich die Begrün-

In Finnland und den USA wurden erfolgreich Modelle mit sehr intensiver individueller Verhaltensbeeinflussung zur Senkung des Diabetes-Risikos durchgeführt, bei denen auch das persönliche Lebensumfeld im Hinblick auf förderliche und hemmende Bedingungen für die geforderten Verhaltensänderungen (v.a. Bewegung, Ernährung, Zigaretten rauchen) in das Konzept und in die Intervention einbezogen wurden (Diabetes Prevention Program Research Group 2002, Toumlehto et al. 2001). Auch die vorwiegend in der Sozialarbeit (mit und ohne expliziten Gesundheitsbezug) entwickelten – teilweise langfristig angelegten – Formen der Intervention in Familien (Familienfürsorge, Einzelfallhilfe, Familien-Management) können als Primärprävention mit Bezug zum „Setting Familie“ betrachtet werden (Mühlum et al. 1998). Die Wirksamkeit solcher Interventionen ist allerdings v.a. im Hinblick auf Nachhaltigkeit unklar bzw. strittig.

3. und 4. Settingbasierte Primärprävention

Ein Setting ist ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter und auch den Nutzern/Bewohnern/innen subjektiv bewusster sowie relativ dauerhafter Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse bzw. Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können. Neben dem Betrieb sind Kitas und Schulen sowie Stadtteile und soziale Brennpunkte wichtige und für Interventionen geeignete Settings.

Grundsätzlich lässt sich Primärprävention/ Gesundheitsförderung im Setting auf zwei – nicht völlig trennscharfe – verschiedene Arten betreiben:

3. Primärprävention im Setting:

Bei diesem Ansatz wird v.a. die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention, z.B. im Hinblick auf die Grob- und Feinrisiken Fehlernährung, Bewegungsmangel, Stress, Drogengebrauch zu platzieren. Die Spannweite reicht von der Benutzung eines Settings als „Ablegeplatz“ für Informationen für eine bestimmte Zielgruppe bis hin zu speziell für eine oder mehrere Gruppen im Setting partizipativ gestalteten Programmen. Primärprävention im

Setting liefert (Indikationsstellung). Seine volle Wirksamkeit im Sinne der Kontextbeeinflussung entfaltet der Hausbesuch erst dann, wenn letztere tatsächlich durchgeführt werden.

Setting ist zwar im Kern Verhaltensprävention, unterscheidet sich aber von der individuellen Prävention dadurch, dass die Zielgruppe/n nach ihrer Zugehörigkeit zum Setting ausgewählt und dort auch aufgesucht werden, weshalb grundsätzlich vergleichsweise gute Voraussetzungen für die Erreichbarkeit der Zielgruppen, die Anregung von Kommunikation und sozialer Unterstützung in der Zielgruppe und (damit) die Haltekraft von verhaltensmodifizierenden Präventionsprogrammen bestehen (z.B. Tabakprävention in Schulen: „Be Smart – Don’t Start“, Klasse 2000 etc.).

Gesundheitsförderung im Setting kann auch – meist flankierend oder zur Erleichterung von Verhaltensmodifikationen – mit Veränderungen im Setting selbst verbunden sein und insofern auch Elemente der Verhältnisprävention, d.h. der Entwicklung zum gesundheitsförderlichen Setting (s.u.) beinhalten⁷. Die Wirkung von Maßnahmen nach diesem Ansatz auf Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen ist unklar. Bei der Prävention von Tabakrauchen in der Schule nach diesem Ansatz („Be smart – Don’t start“) waren (eher schwache und ohnehin nur vorübergehende) Wirkungen am stärksten in Gesamtschulen sowie auch (etwas schwächer) in Gymnasien, nicht aber bei Hauptschülern/innen feststellbar (Wiborg/Hanewinkel/Kliche 2002).

4. Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings:

Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung im Setting stehen bei der Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings Partizipation und der Prozess der Organisationsentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt. Im Mittelpunkt steht der Gedanke, durch ermöglichende, initiiierende und begleitende Intervention von außen Prozesse im Setting auszulösen, mit denen die Nutzer/innen des Settings dieses tatsächlich nach ihren Bedürfnissen mitgestalten (Empowerment). Jedes Projekt der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings ist gewissermaßen eine synthetisch induzierte soziale Reformbewegung für das jeweilige Setting. Insofern in solchen Setting-Projekten auch Angebote zur Unterstützung von Verhaltensmodifikationen vorkommen (und meist tun sie dies auch), besteht der grundsätzliche Unterschied zu ähnlichen oder sogar gleichen Verhaltensinterventionen beim Ansatz „Gesundheitsförderung im Setting“ darin, dass solche Interventionen im Rahmen eines partizipativ gestalteten Prozesses der organisatorischen, sozialklima-

tischen etc. Veränderung des Settings von den Nutzern/innen des Settings selbst identifiziert, angefordert und meist auch (mit-)gestaltet werden und insofern die partizipative Organisationsentwicklung flankieren oder ein Bestandteil von ihr sind.

Es ist zum Beispiel hoch plausibel, dass – im Setting Betrieb – eine Schulung von betrieblichen Managern/innen in menschengerechter Führung (Respekt, Anerkennung, Gerechtigkeit, Unterstützung (Geißler et al. 2003)) dann einen wesentlich größeren Impact auf Wohlbefinden und Zufriedenheit der Beschäftigten ausübt, wenn sie im Ergebnis einer von den Beschäftigten selbst vorgenommenen Problemanalyse und eines darauf gegründeten Vorschlages zustande kommt, als wenn sie ohne einen solchen Vorlauf von der Geschäftsleitung „verordnet“ wird. Analoges gilt auch für Gesundheitskurse zum Beispiel im Stressmanagement, aber auch für betriebliche Kampagnen zum „rauchfreien Betrieb“.

Im (idealen) Ergebnis soll ein gesundheitsförderliches Setting den Prozess der Organisationsentwicklung derart verstetigen, dass die dezentralen Erneuerungsprozesse durch die verschiedenen Bereiche des Settings wandern bzw. rotieren und sich das Setting auf diese Weise kontinuierlich stückweise jeweils in partizipativ gestalteten Diskursen „neu erfindet“. Im Ergebnis sollen die Nutzer/innen/„stakeholder“ des Settings das realitätsbegründete Gefühl haben, sich in einer Umwelt zu bewegen, die sie selbst nach ihren Bedürfnissen mitgestaltet haben und in der die formellen und informellen, die materiellen wie die immateriellen Anreize und Sanktionen Aktivierung, soziale Unterstützung und den Abbau von physischen und psychosozial vermittelten Gesundheitsbelastungen nahe legen bzw. belohnen bzw. unterstützen und auf diese Weise Veränderungen bewirkt werden, die gut sind für Wohlbefinden und Gesundheit der Nutzer/innen.

Interventionen in Settings haben grundsätzlich gegenüber individuellen Präventionsmaßnahmen den Vorteil, dass sich in ihnen gesundheitlich wichtige Einflüsse auf die Gesundheit sowie auf Wahrnehmung, Einstellungen und Verhalten bündeln und durch systemische Interventionen verändert werden können. Bei solchen Interventionen bleibt die enge Kopplung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention nicht nur Programm. Da sich die Intervention auf das gesamte Setting bezieht, gibt es keine Diskriminierung von Zielgruppen, es kommt zu hierarchie- und gruppenübergreifender Kooperation und Kommunikation. Durch vermehrte Transparenz, Partizipation und Aktivierung werden gesundheitsrelevante Kompetenzen entwickelt. Darüber hinaus erfüllt

7) Einen Grenzfall zwischen den beiden Typen der Setting-Interventionen stellt z.B. eine betriebliche Ernährungskampagne mit flankierenden Veränderungen in der Gemeinschaftsverpflegung (Kantine) dar.

E&C-Konferenz: „Sozialraumorientierte Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen“
Dokumentation der Veranstaltung vom 17. und 18. Oktober 2005 in Berlin

das Setting besser als alle bekannten Ansätze der Verhaltensprävention Voraussetzungen für das Lernen bei geringer formaler Bildung: Informationen und Aktivitäten knüpfen am Alltag und an den vorhandenen Ressourcen an, gemeinsam werden eigene Vorstellungen zum Belastungsabbau und zur Ressourcenmehrung entwickelt und in einem gemeinsamen Lernprozess so weit wie möglich umgesetzt (Freire 1980, Baric, Conrad 2000). Zudem scheinen gesundheitliche Erfolge bei Setting-Interventionen auch zumindest über mehrere Jahre relativ stabil bleiben zu können (Lenhardt 2003, Minkler 1997).

In eigenen empirischen Untersuchungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurde herausgearbeitet, dass die wichtigste Voraussetzung zur Ingangsetzung und Beibehaltung des Prozesses eine formelle oder informelle Koalition betrieblich relevanter Akteure ist, die den Prozess wollen („advocacy coalition“), weil sie die Überzeugung („belief system“) teilen, dass durch partizipative Gesundheitsförderung sowohl auf der Verhaltens- wie auf der Verhältnisebene Ergebnisse erzielt werden können, die sowohl der Produktivität und Innovationskraft des Betriebes als auch dem Wohlbefinden und der Gesundheit der Beschäftigten nützlich sind (Lenhardt et al. 1997, Berthoin Antal et al. 2003). Wie meist in der Präventionspolitik erhöht eine solche Kombination des Themas Gesundheit mit einem anderen Thema die Durchsetzungschancen erheblich („Themenverbindung“: Rosenbrock 1996, Gerlinger 2003), ohne zugleich auch schon eine hinreichende Bedingung für den Beginn und Erfolg derartiger Prozesse zu sein. Ebenso wichtig scheint ein dauerhaft motivierter Akteur zu sein, der über entsprechende Fertigkeiten und Erfahrungen in der Vorbereitung, Durchführung und Qualitätssicherung derartiger systemischer Interventionen verfügt.

Mit plausiblen Begründungen wird derzeit v.a. überlegt, argumentiert und zum Teil auch schon erprobt, den Ansatz „gesundheitsförderliches Setting“ vom Betrieb auf die Schule zu übertragen (SVR 2003, Bd. II, Kap. 5.1). Dafür sprechen neben der anhaltenden öffentlichen Thematisierung der Probleme dieses Sektors ähnlich verbindliche Strukturen wie im Betrieb (die auch durch Macht und Herrschaft abgesichert sind) sowie auch Gesichtspunkte der quantitativen und qualitativen Relevanz des öffentlichen Bildungssektors für Gesundheitsförderung und Prävention. Durch entsprechende Auswahl der Schulen nach Ort (Orte bzw. Stadtteile mit großem Anteil von sozial Benachteiligten) und Art (Grund-, Haupt-, Berufs- und Sonderschulen) könnten im Erfolgsfall auch relevante Beiträge zur Verminderung

sozial bedingter Chancenungleichheit geleistet werden.

Diskutiert und in Ansätzen erprobt wird ebenfalls, den Ansatz „gesundheitsförderliches Setting“ auch auf soziale Brennpunkte v.a. im städtischen Zusammenhang zu übertragen. Dies stößt zunächst auf das Problem, dass „soziale Brennpunkte“ schwerer zu definieren und zu identifizieren sind als institutionelle Settings wie Schule und Betrieb, und dass sie meist über keine feste Organisationsstruktur verfügen. Auf der anderen Seite werden im Rahmen des Bundes-Programms „Soziale Stadt“ zum Teil sehr gute Erfahrungen mit partizipativem Quartiersmanagement gemacht, dessen Gesundheitsförderlichkeit bzw. Übertragbarkeit auf Gesundheitsförderung bzw. Ergänzenbarkeit durch Module der Gesundheitsförderung zu überprüfen wäre (Altgeld 2003, Buhtz et al. 2004).

Für alle diese Überlegungen gilt: Die Anwendung des Ansatzes der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings ist desto aussichtsreicher, je klarer identifizierbar und institutionalisiert die Akteure und Interessenträger (stakeholder) im/am Setting sind, je mehr stabile Strukturen und Interaktionen und je mehr Verbindlichkeit es gibt und je geringer die Fluktuation ist.

5. und 6. Primärprävention durch Kampagnen

Eine Kampagne ist eine systematisch geplante Kombination von Maßnahmen (Einzelprojekten) zur Erreichung gesundheitsbezogener Ziele bei der Gesamtbevölkerung oder definierten Zielgruppen (Töppich 2004). Regelmäßig besteht das Kampagnenziel in einer Veränderung von gesundheitsrelevanter Wahrnehmung und gesundheitsrelevantem Verhalten in der Gesamtbevölkerung bzw. in der/den definierten Zielgruppe/n. In der Werbewirtschaft wird unter Kampagne die systematische Verbreitung von Werbebotschaften durch gezielten und gegebenenfalls kombinierten Einsatz von Massenmedien verstanden. Auch hier ist das Ziel ein verändertes (Kauf-)Verhalten. Bedauerlicherweise prägt das aus der Werbewirtschaft stammende Konzept einer Kampagne vielfach auch die Vorstellungen dieses Instruments in der gesundheitswissenschaftlichen bzw. gesundheitspolitischen Diskussion. Durch die Verkürzung auf die Frage der Nutzung von Massenmedien gerät dabei der für die gesundheitspolitische Bewertung entscheidende Unterschied oft aus dem Blickfeld. Dieser Unterschied besteht nicht darin, ob Massenmedien eingesetzt werden oder nicht, sondern ob eine Kampagne auf den Verhaltenskontext (die Lebensbedingungen, das Setting) der Bevölkerung bzw. Zielgruppen eingeht (und diese unter Umständen auch verändert) oder nicht.

5. Kampagnen ohne Kontextbezug

Kampagnen ohne relevanten Kontextbezug („Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“, „Rauchen gefährdet die Gesundheit“) richten sich in der Regel an die gesamte Bevölkerung, indem sie gesundheitsrelevante Botschaften transportieren, ohne jedoch auf die fördernden und hemmenden Bedingungen ihrer Annahme bzw. Umsetzung einzugehen oder gar diese zu verändern. Solche Kampagnen sind unaufwändig zu organisieren, haben aber einen – wenn überhaupt – nur sehr geringen Impact und gehören regelmäßig in die Kategorie „symbolische Politik“. Typischerweise werden sie auch nicht im Hinblick auf gesundheitliche Wirkungen evaluiert. Sie entsprechen nicht (mehr) dem Stand des gesundheitswissenschaftlichen Wissens.

6. Kampagnen mit Kontextbezug

Das Erfolg versprechende Instrument bevölkerungsbezogener Kampagnen der nicht medizinischen Primärprävention mit Kontextbezug wurde in der Bundesrepublik bislang nur sehr selten angewendet⁸. Große nicht medizinische Gesundheits-Kampagnen mit Kontextbezug gab es bislang eigentlich nur drei: die Kampagne zum Sicherheitsgurt in den sechziger Jahren (sehr erfolgreich) (Vieth 1988), die Trimm Aktion (ab 1970) und ihre bis 1994 laufenden Nachfolge-Kampagnen (zumindest phasenweise sehr erfolgreich) (Mörath 2005) und die HIV/Aids-Kampagne v.a. in den achtziger und neunziger Jahren (zumindest in den zentralen Zielgruppen ca. fünfzehn Jahre sehr erfolgreich) (Rosenbrock 1994, 2002b).

Eine Kampagne bedarf der Planung entlang der Logik des „Public Health Action Cycle“ (Rosenbrock 1995). Dazu ist es erforderlich, die notwendigen Interventionschritte in einem Interventionskonzept zu beschreiben, mit dem die Maßnahmen/Aktivitäten gesteuert werden und das zugleich die Grundlage zur ständigen Überprüfung der Zielerreichung bildet.

Eine kontextbezogene Kampagne umfasst damit alle Interventionsebenen: neben der Information und Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung/Zielgruppe, die über die Massenmedien erreicht werden soll, geht es immer auch um die Anregung von geplanten und spontanen Setting-Projekten (sowohl Gesundheitsförderung im Setting als auch Entwicklung zum gesundheitsförderlichen Setting). Letztlich soll damit meist individuelles Verhalten verändert werden, was wiederum auch durch Maßnah-

men der individuellen Prävention (mit und ohne Kontextbezug) zusätzlich angeregt bzw. verstärkt werden kann.

Perspektiven

Gesundheitspolitik richtet sich nur sehr selten nach den durch die Epidemiologie und die vorhandenen Interventionsmöglichkeiten definierten Prioritäten (Levine/Lilienfeld 1987). Deshalb ist für die akademische Disziplin „Public Health“ als praxisorientierte Multidisziplin auch die Frage nach den Umsetzungsbedingungen Erfolg versprechender Ansätze von hoher Relevanz. Denn tatsächlich sind die Anwendung des hier skizzierten „state of the art“ der Primärprävention und die Auswahl des dem jeweiligen Problem und der jeweiligen Zielgruppe angemessenen Interventionstyps gegenwärtig (noch) eher die Ausnahmefälle, und keineswegs die Regel. Unter den vielen Hindernissen moderner und effizienter Prävention ragen zwei heraus, die mit den Begriffen „Ökonomismus“ und „Medikalisierung“ bezeichnet werden können (Kühn/Rosenbrock 1994).

Auf der Basis des Ökonomismus wird vielfach gegen gesundheitswissenschaftliche Evidenz und gegen die gesundheitspolitische Vernunft sowohl über das „Wieviel“ als auch über das „Was“ der Prävention entschieden.

Das „Wieviel“: Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen, Reduktion von Umweltbelastungen, komplexe Gesundheitskampagnen mit Lebensweisebezug etc. kosten zunächst einmal Geld. Ihr Nutzen ist dagegen oft nicht unumstritten in Geld auszudrücken, oder er liegt außerhalb des Interessenbereichs der Entscheidungsträger oder jenseits ihrer meist kurzfristigen Planungshorizonte (z.B. Geschäftsjahr bei Unternehmen, Wahlperiode in der Politik). Die Geschichte der Prävention zeigt, dass die wichtigsten Erfolge nicht im Ergebnis ökonomischer Kalküle, sondern durch soziale Bewegungen induziert wurden, die sich zumeist gegen die einseitige Durchsetzung wirtschaftlicher Partialinteressen richteten.

Das „Was“: Kommerziell betriebene Prävention und Gesundheitsförderung richtet sich in einer Marktwirtschaft anreizgerecht nach der mobilisierbaren kaufkräftigen Nachfrage, die – vor allem unter dem Gesichtspunkt sozial bedingt ungleich verteilter Gesundheitschancen – kein geeignetes Steuerungsinstrument für Leistungen der Gesundheitssicherung ist, weil Menschen mit der geringsten Kaufkraft den höchsten Bedarf haben. Für Menschen mit höherer Kaufkraft wurden dagegen durch die Ökologie- und Gesundheitsbewegungen Gesundheitsbedürfnisse und -ansprüche thematisiert.

8) Das methodische Fundament für diesen Interventionsstyp wurde in den siebziger Jahren in den USA mit städtebezogenen Kampagnen auf der Basis eines erweiterten „social marketing“ zur Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren gelegt (Farquhar 1990). Zum Teil baute die Deutsche Herzkreislauf Präventionsstudie (DHP) methodisch darauf auf (Forschungsverbund DHP 1998).

E&C-Konferenz: „Sozialraumorientierte Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen“
Dokumentation der Veranstaltung vom 17. und 18. Oktober 2005 in Berlin

tisiert bzw. geweckt. Diese finden mittlerweile ein rasch expandierendes Angebot an Dienstleistungen und Waren „für die Gesundheit“ bzw. „Wellness“ bzw. „für die Umwelt“. Diese Umformung gesellschaftlicher Probleme in individuell durch Kauf von Waren und Dienstleistungen zu befriedigende Bedürfnisse weist den wohlhabenderen Teilen der Bevölkerung für einen Teil ihrer Gesundheitsprobleme vielleicht einen gangbaren Weg, sie nimmt aber dem sozialen Impuls von Prävention und Gesundheitsförderung einen großen Teil seiner Wirksamkeit.

Auch die Medikalisierung wirkt auf zwei Ebenen:

Definitionsmacht: Ein großer Teil der sozialen Schubkraft des Konzepts der Gesundheitsförderung wird durch die Definitionsmacht und die Aktivitäten der individuell kurativ orientierten klinischen Medizin absorbiert. Überspitzt lässt sich sagen, dass in der gesamten Gesundheitspolitik, also keineswegs nur in der Kuration, Sichtweise und Leistungen des Kassenarztes dominieren. Dies äußert sich u.a. in einer deutlichen Privilegierung der ärztlichen Beratung vor anderen Trägern und Formen der Beratung und Kommunikation. Es ist freilich weder erwiesen noch plausibel, dass ärztliche Beratung größere Wirkungen erzielt als z.B. Beratung durch Krankenschwestern oder problembezogene Auseinandersetzung und Diskussion zwischen Menschen in ähnlicher sozialer Lage, wie es z.B. im Ansatz der „peer education“ (BZgA 1995) oder in Selbsthilfegruppen (Trojan 1986) praktiziert wird. Die in der Öffentlichkeit nur langsam nachlassende Identifikation von „Gesundheitssicherung“ mit „Medizin“ führt häufig zu einer Umthematisierung von Problemen der Primärprävention zu solchen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (Zola 1972), also zur Medikalisierung.

Individualisierung: Ähnlich wie der Ökonomismus in der Prävention tendenziell dazu führt, gesellschaftlich und politisch anzugehende Probleme in individuelle Kaufakte umzuwandeln, bestärkt die Medikalisierung der Prävention die Tendenz, solche Probleme in Akte der individuellen Inanspruchnahme umzudefinieren. Beide Tendenzen laufen darauf hinaus, die zugrunde liegenden Probleme unbearbeitet zu lassen.

Da sich unter diesen Rahmenbedingungen die Tendenz zur politischen Untergewichtung der Primärprävention (einschl. der Gesundheitsförderung) und zur relativen Übergewichtung der Verhaltensmodifikation innerhalb der ohnehin zu geringen Bemühungen von selbst eher verstärkt (Kühn/Rosenbrock 1994), ist eine Erweiterung präventionspolitischer Hand-

lungsräume am ehesten von einer staatlich getragenen gegen tendenziellen Politik zu erwarten, die die entsprechenden Impulse aus der Bevölkerung, wie auch von den vielen professionellen und zivilgesellschaftlichen Akteuren aufnimmt. Nach dem vorläufigen Scheitern eines Bundesgesetzes zur nicht medizinischen primären Prävention im Jahre 2005⁹ wird sich deshalb die Aufmerksamkeit der akademischen und praktischen „Public Health Professionals“ auf den nächsten Anlauf richten. Weil sich ohne eine geeignete staatliche Regulierung der Abstand zwischen dem gesundheitlich Möglichen und dem Tatsächlichen immer weiter vergrößert.

Literatur:

- Altgeld, Th. (2003): Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise für die Regiestelle des E&C-Programmes. Ms., Hannover.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, London.
- Bagnara, S./Misiti, R./Wintersberger, H. (eds.) (1985): *Work and Health in the 1980s. Experiences of Direct Workers' Participation in Occupational Health*. edition sigma, Berlin.
- Baric, L./Conrad, G. (2000): *Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung*. Hamburg.
- Berkman, L./Syme, L. (1979): *Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents*. In: *American Journal of Epidemiology*. Bd 109, S. 186-204.
- Berthoin Antal, A./Lenhardt U./Rosenbrock R. (2003): *Barriers to Organizational Learning*. In: Berthoin Antal, A. et al. (eds.): *Handbook of Organizational Learning and Knowledge*. Oxford University Press, Oxford usw., S. 865-885.
- Buhtz, M./Gerth, H./Bär, G. (2004): *Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen. Ergänzungsgutachten zu Prof. Rosenbrock: „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen*. Weeber + Partner, Berlin.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1995): *Learn to Love. Dokumentation der 1. Europäischen Fachtagung „Sexualaufklärung für Jugendliche“*. BzG, Köln.

9) Siehe Fußnote 1

- Diabetes Prevention Program Research Group (2002): Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. In: New England Journal of Medicine (NEJM), Vol 346, No. 6, S. 393-402.
- Dierks, M. L./Buser, K./Busack, L./Walter, U. (2002). Aufsuchende Beratung – Ein Konzept zur Primärprävention von Neurodermitis bei Kleinkindern. In: U. Walter/Drupp, M./Schwartz, F. W. (Hg.). S. 111-120.
- Emmons, K. M. (2001). Behavioral and Social Science Contributions to the Health of Adults in the United States. In Smedley, B. D./Syme, S. L. (eds.) S. 254-321.
- Farquhar, J. W./Fortmann, S./Flora, J. A. et al. (1990): Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. In: Journal of the American Medical Association (JAMA) 264, S. 359–365.
- Forschungsverbund DHP (Hrsg.) (1998): Die deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse. Verlag Hans Huber, Bern.
- Freire, P. (1980): Pedagogy of the Oppressed. Penguin Books, Harmondsworth.
- Geißler, H./Bökenheide, T./Geißler-Gruber, B./Rinninsland, G./Schlünkes, H. (2003): Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung. Von der Fehlzeitenverwaltung zum Produktivitätsmanagement. Campus, Frankfurt.
- Gerlinger, T. (2003): Innovationsdynamiken und Innovationsblockaden in Public Health und Gesundheitspolitik. Habilitationsschrift, Universität Bremen, Berlin (Ms.).
- House, J.S. (1981): Work Stress and Social Support. Addison-Wesley, Reading (MA).
- Hurrelmann, K./Klotz, Th./Haisch, J. (Hg.) (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, Bern usw..
- Karasek, R.A./Theorell, T. (1990): Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. Basic Books, New York.
- Kirschner, W./Radoschewski, M./Kirschner, R. (1995): § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Asgard, St. Augustin.
- Kruse, A. (2002). Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Schriften des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 146, Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Kühn, H./Rosenbrock, R. (1994): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: R. Rosenbrock/Kühn, H./Köhler, B.(Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. edition sigma, Berlin, S. 29-53.
- Labisch, A. (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Campus, Frankfurt a.M./New York.
- Lenhardt, U. (2003): Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11. Jg., Heft 1, S. 18-37.
- Lenhardt, U./Elkeles, Th./Rosenbrock, R. (1997): Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zur Verursachung, Verbreitung und Verhütung. Juventa, Weinheim und München.
- Levine, S./Lilienfeld, A. (eds.) (1987): Epidemiology and Health Policy. Tavistock, New York.
- McKeown, Th. (1982): Die Bedeutung der Medizin – Traum, Trugbild oder Nemesis. Suhrkamp, Frankfurt a.M..
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2004): Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung – Dokumentation 2002. MDS, Essen.
- Minkler, M. (1997): Community Organizing and Community Building for Health. Rutgers University, New Brunswick, New Jersey and London.
- Mühlum, A. et al. (1998): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Positionsbestimmung des Arbeitskreises Sozialarbeit und Gesundheit. In: Blätter für Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 5+6, S. 116-121.
- Naidoo, J./Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Hg. von der BZgA, Köln.
- Rosenbrock, R. (1994): Ein Grundriß wirksamer Aids-Prävention. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of Public Health, 2. Jg., Heft 3, S. 233-244.
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation. In: Das Gesundheitswesen, 57. Jg., Heft 3, S. 140-144.
- Rosenbrock, R. (1996): Sind neue Erkenntnisse zu Risikokonstellationen präventionspolitisch umsetzbar? In: Hans Jäger (Hg.): Aids – Management der Erkrankung. ecomed, Landsberg, S. 389-392.
- Rosenbrock, R. (2002a): Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität. In: Walter, U./Drupp, M./Schwartz F. W. (Hg.): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Juventa, Weinheim und München.

- Rosenbrock R (2002b): Aids-Prävention – eine gefährdete Innovation. In: Retrovirus Bulletin, Nr. 4/2002, S. 7-8.
- Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (Hg.) (2002): Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 23, edition sigma, Berlin.
- Rosenbrock, R./Bellwinkel, M./Schröer, A. (Hg.) (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Band Nr. 8.; Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft, Bremerhaven.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Gisela C. Fischer, Adelheid Kuhlmeier, Karl W. Lauterbach, Rolf Rosenbrock, Friedrich Wilhelm Schwartz, Peter C. Scriba, Eberhard Wille) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, 383 S, Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen, 313 S.. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Smedley, B. D./Syme, S. L. (eds.) (2001): Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C..
- Töppich, J. (2004): Evaluation und Qualitätssicherungskonzepte in der Prävention und Gesundheitsförderung der BZgA, Vortrag auf der Fachtagung EpiBerlin am 12.2.04: „Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung“, Ms..
- Trojan, A. (Hg.) (1986): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Fischer, Frankfurt a.M..
- Tuomilehto, J./Lindstrom, J. et al. (2001): Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. New England Journal of Medicine, 344/18, S. 1343-1350.
- Vieth, P. (1988): Die Durchsetzung des Sicherheitsgurtes beim Autofahren. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, Berlin, S. 88-203.
- Walter, U. (2004): Präventive Hausbesuche. Public Health Forum, 12/42, S. 14-15.
- Wiborg, G./Hanewinkel, F./Kliche, K.-O. (2002): Verhütung des Einstiegs in das Rauchen durch die Kampagne „Be Smart – Don't Start“: eine Analyse nach Schularten. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 127, S. 430-436.
- Wright, M. T. (2004): Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings, Ergänzungsgutachten zu Prof. Rosenbrock: „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. Berlin.
- Zola, I. (1972): Medicine as an Institution of Social Control. Sociological Review, 20, S. 487-504.

Kontakt:

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock
 Leiter der Forschungsgruppe Public Health
 im Wissenschaftszentrum Berlin für
 Sozialforschung (WZB)
 Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats
 der Bundeszentrale für gesundheitliche
 Aufklärung (BzgA)
 Email: rosenbrock@wz-berlin.de

Konferenz der aus dem KJP geförderten bundeszentralen
Träger sowie Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe:
**Sozialraumorientierte Präventionsarbeit mit Kindern
und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen**

Konferenz

17. und 18. Oktober 2005 in Berlin

Gewalt, Kriminalität, Drogenkonsum sind Stichworte die schnell und oft zu hören sind, wenn Problembereiche in sozialen Brennpunkten beschrieben werden. Auch konzentrieren sich Armut, negative Schulkarrieren und Arbeitslosigkeit als Risikofaktoren in diesen Gebieten. Kinder und Jugendliche in sozialen Brennpunkten erleben häufig einen erschwerten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und präventiven Angeboten, obwohl es diese für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen gibt. Auffallend erscheint jedoch, dass diese Präventionsangebote sehr häufig nebeneinander bestehen und agieren.

Gewaltprävention, Kriminalitätsprävention, Suchtprävention oder auch sexualpädagogische Präventionsansätze folgen in der Regel, zumindest im primären Bereich, miteinander vergleichbaren Handlungsstrategien und benutzen ähnliches methodisches Vorgehen. Ebenso wie die Gesundheitsförderung sind sie ressourcen- und lebensweltorientiert, haben partizipative Ansätze, setzen sehr früh an und bilden in ihrem jeweiligen Themenfeld eigene Netzwerke.

Prävention ist insofern ein multidimensionales Tätigkeitsfeld, insbesondere hinsichtlich benachteiligender Strukturen und Verhältnissen. Zunehmend werden präventive Maßnahmen in Kitas, Schulen und weiteren Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe stärker auf das Erreichen von sozial benachteiligten jungen Menschen und deren Familien fokussiert und vermehrt in sozialen Brennpunkten angesiedelt. Die Akteure dieser Maßnahmen agieren jedoch häufig separiert nebeneinander her.

Mit dieser Konferenz möchten wir dazu beitragen, den gemeinsamen Nenner zwischen primärpräventiven Ansätzen und Gesundheitsförderung hervorzuheben und Möglichkeiten für eine stärkere Zusammenarbeit im Sinne einer Sozialen Koproduktion im benachteiligten Stadtteil zu eruieren. Ein weiteres Ziel dieser Konferenz ist es die lokalen Akteure durch die Präsentation erfolgreicher Beispiele zu motivieren, vorhandene Präventionsansätze konzeptionell aufeinander zu beziehen und sie in der praktischen Umsetzung miteinander zu verzahnen.

Termin:

17. und 18. Oktober 2005

Veranstaltungsort:

Hotel Mercure
Berlin Tempelhof Airport
Hermannstrasse 214-216
Eingang Rollbergstrasse
12049 Berlin

Verkehrsanbindung:

U-Bhf. Boddinstrasse, U-Bahn-Linie 8

Organisatorische Rückfragen:

[know:bodies]

Frau Astrid Nelke-Mayenknecht

Tel: 030. 53 65 58 60

Fax: 030. 703 26 68

Email: nelke-mayenknecht@knowbodies.de

Montag, 17. Oktober 2005

- 12.30** Öffnung des Tagungsbüros,
Imbiss, Kaffee und Tee
- 13.00 Begrüßung**
Peter Kupferschmid, Bundesministerium für
Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
- 13.10 Prävention und Gesundheitsförderung mit
Kindern und Jugendlichen aus benachteiligten
Stadtteilen – Eine Einführung**
Andreas Hemme, Regiestelle E&C, Berlin
- 13.30 Systemtheoretische Abgrenzung von
Prävention und Gesundheitsförderung**
Martin Hafen, Hochschule für Soziale Arbeit
Luzern
- 14.15 Gemeinsame Handlungsfelder und Heraus-
forderungen für Gesundheitsförderung und
Prävention in E&C-Gebieten**
Thomas Altgeld, Landesvereinigung Gesundheit
Niedersachsen e. V., Hannover
- 15.00 Diskussion**
- 15.45 Pause**
- 16.15 Round Table:**
**Gemeinsame präventive Ansätze für und
mit Kindern und Jugendlichen in sozialen
Brennpunkten**
■ Dr. Ingo Ilja Michels, Bundesministerium für
Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)
■ Eckhard Schroll, Bundeszentrale für gesund-
heitliche Aufklärung, Köln
■ Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-
Fachhochschule, Nürnberg
■ Prof. Dr. Jens Weidner, Deutsches Institut
für Konfrontative Pädagogik, Hamburg
(angefragt)
■ Kerstin Lück, Fachhochschule Potsdam
*Moderation: Petra Dinkelacker und
Rainer Schwarz, Regiestelle E&C*
- 18.30 Abendessen**

Dienstag, 18. Oktober 2005

- 8.30** Öffnung des Tagungsbüros
- 9.00 Integrierte präventive Konzepte im Stadtteil (Teil 1)**
Moderierte Arbeitsgruppen mit Impulsreferaten aus den Präventions-
bereichen: Kriminalität, Gewalt, Sucht, Sexualaufklärung und Vermeidung
unerwünschter Schwangerschaften, sowie Gesundheitsförderung.
Der Fokus der Arbeitsgruppen zielt auf die Erstellung integrierter präven-
tiver Handlungskonzepte in benachteiligten Stadtteilen.
- AG 1 | Fluxus – ein musikpädagogisches Konzept mit
multipräventiven Eigenschaften**
Morena Piro, Fluxus, Das Bildungsnetzwerk –
Werkstatt MUSIK UND BEWEGUNG, Hannover
- AG 2 | „Soziale Frühwarnsysteme“**
Sandra Biewers, Fachhochschule Köln
Ulrike Helle, Oberbergischer Kreis, Gummersbach
- AG 3 | Kommunale Gewaltprävention durch gemeinsame
Weiterbildung von Schule, Sozialarbeit und Polizei**
Kerstin Lück, Fachhochschule Potsdam
- AG 4 | Stadtteilbezogene Präventionsstrategien**
Edeltraud Klabuhn, EG DU Entwicklungsgesellschaft,
Duisburg-Bruckhausen
- 11.00 Pause**
- 11.30 Integrierte präventive Konzepte im Stadtteil (Teil 2)**
- AG 5 | Gesundheitskonferenzen als Ausgangspunkt
präventiver Vorhaben**
Ingrid Papies-Winkler, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin
- AG 6 | „Wir kümmern uns selbst“ – Ein Modellprogramm zur
Konfliktbearbeitung im Stadtteil**
Dr. Claudia Olejniczak, Institut für Entwicklungsplanung und
Strukturforschung (ies), Hannover
- AG 7 | Zentrales Lernziel: Selbstkompetenz. – Auf dem Weg von der
Primärprävention mit Kindern zu einer schulerweiternden Pädagogik**
Achim Wannicke, Akademie Sterntaler, Berlin
- AG 8 | Gesundheit jetzt in sozialen Brennpunkten**
Gisela Bill, Armut und Gesundheit in Deutschland e.V., Mainz
- 13.30 Mittagsimbiss**
- 14.00 Public Health – Politische Anforderungen zur Überwindung von ge-
sundheitlichen Chancenungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen**
Prof. Dr. Rolf Rosenbrock Wissenschaftszentrum Berlin
- 14.45 Abschlussworte**
Hartmut Brocke, Stiftung-SPI, Berlin

Teilnahmелiste

Name, Vorname	Institution, Adresse	Telefon, Fax, Email
Albrecht, Martina	Mütterzentrum Huchting e.V. Amersfoorter Str. 8 28259 Bremen	Fax: 0421-587821 muetterzentrum.hb- huchting@web.de
Arndt, Detlev	Heinrich-Mann-Schule Gerlinger Str.22 12353 Berlin	Tel.: 030-74208213 Fax: 030-74208231 08T05.berlin@t-online.de
Azari, Delnavaz	AWO Jugendmigrationsdienst Kreuzkirchensteig 6 22111 Hamburg	Tel.: 040-7328118 jmd@awo-hamburg.de
Ballikaya, Luetfi	Verein Stadtteil VHS e.V. Pallasstr. 2 10781 Berlin	Tel.: 030-2168729 Fax: 030-2157186 luetfiballikaya@alice-dsl.de
Ballüder, Heike	Geschäftsbereich Jugend, Jugendförderung Jenaer Str. 39a 38444 Wolfsburg	Tel.: 05361-888053 Fax: 05361-888055 heike.ballüder@stadt. wolfsburg.de
Bartesch, Heike	Referat 503-Prävention v. Kriminalität, Rechtsextremismus Alexanderplatz 6 10178 Berlin	Tel.: 0188-5551951 Fax: 0188-55541951 heike.bartesch@bmfsfj.bund. de
Baumgarte, Tobias	Arbeiterwohlfahrt „Albatros“ Lerchenbergstr. 67 06886 Lutherstadt	stadtteilladen-wb@web.de
Becker, Heike	Stadtteilladen O. Nuschke-Str. 20 06886 Lutherstadt	stadtteilladen-wb@web.de
Becker, Helmut	biffy Berlin e.V. Torstr. 93 10117 Berlin	Tel.: 030-6928458 Fax: 030-6928458 h.becker@biffy-berlin.de
Behn, Sabine	Camino gGmbH Scharnhorststr. 5 10115 Berlin	Tel.: 030-786984 Fax: 030-7850091 sabinebehn@camino- werkstatt.de
Bentenschneider, Frank	Stadt Magdeburg Magdeburger Ring 2 39126 Magdeburg	Tel.: 0391-2523953 kjfebauarbeiter@web.de
Beyer, Judith	Gemeinschaftszentrum Ziegenbrink Hauswörmannweg 65 49082 Osnabrück	Tel.: 0541-52344 Fax: 0541-52439 beyer.j@osnabrueck.de
Block, Martina	Wissenschaftszentrum Berlin f. Sozialforschung Reichpietschufer 50 10785 Berlin	Tel.: 030-25491549 Fax: 030-25491556 block@wz-berlin.de
Bouzalmad, Mounir	Interkulturelle Werkstatt Tenever e.V. Ludwigshafener Str. 2 28325 Bremen	Tel.: 0171-1261782 treffpunkt.mosaik1@nord- com.net

Name, Vorname	Institution, Adresse	Telefon, Fax, Email
Braasch, Peter	Verband Bildung und Erziehung, VBE Luetkensallee 7 22041 Hamburg	Tel.: 040-6564211 Fax: 040-6564620 pebeag@t-online.de
Braun, Irene	Independent Living, Kinder- u. Jugendhilfeeinrichtung Günter-Simon-Str. 2-4 14480 Potsdam	Tel.: 0331-6000600170 Fax: 0331-6000600171 irene.braun@independentliving.de
Brune, Ute	DRK Kindertageseinrichtung „Zwergenland“ Kirchderner Str. 54-56 44145 Dortmund	Tel.: 0231-8630208 Fax: 0231-8626050 ute.brune@drk-dortmund.de
Burck, Christine	SenBJS-Landeskommission Beuthstr. 6-8 10117 Berlin	Tel.: 030-90265447 Fax: 030-90265003 christine.burck@senbjs.verwalt-berlin.de
Diegmann, Ingeborg	Internationaler Bund e.V. Salinenstr. 39a 55543 Bad Kreuznach	Tel.: 0671-4836411 Fax: 0671-4836110 ingeborg.diegmann@internationaler-bund.de
Dogan, Sukriye	Jugendmigrationsdienst Neukölln Glaowerstr. 18 12051 Berlin	Tel.: 030-62608211 Fax: 030-62609285 dwno.jgw@web.de
Donath, Marcus	Rebus-Billstedt Steinfeldstr. 1 21119 Hamburg	Tel.: 0177-5067235 madon@gmx.de
Eisner, Heidi	INA-Kindertagesstätte Bülowstr. 35 10783 Berlin	Tel.: 030-23630630 Fax: 030-2363065 buelowstrasse@inakindergarten.de
Elf, Manuela	Städt. Kindergarten Uhlandstr. 170 44147 Dortmund	Tel.: 0231-826307 Fax: 0231-862532 melf@stadtdo.de
Elhachoumi, Omar	AWO Jugendmigrationsdienst Kreuzkirchensteig 6 22111 Hamburg	Tel.: 040-7328118 jmd@awo-hamburg.de
Enderlein, Lutz	JZ „Altes Gut“ Burgau e.V. Grenzstr. 1 07455 Jena	Tel.: 03641-609710 Fax: 03641-609711 altesgut@web.de
Fierdag, Iris	Katholische Schule St. Marien Donastr. 58 12043 Berlin	Tel.: 030-6874063 Fax: 030-68894620 i.fierdag@web.de
Finthammer, Ralf	Internationaler Bund e.V. Kaiserstr. 5 35321 Laubach	Tel.: 06405-7662 Fax: 06405-950488 Ralf.Finthammer@internationaler-bund.de
Finzel, Jörg	Projekt 112-Hinausreichende Jugendsozialarbeit, BOA e.V. Wildenbruchstr. 37/38 12435 Berlin	Tel.: 030-56829750 Fax: 030-56829751 treptow@boa-berlin.de

Name, Vorname	Institution, Adresse	Telefon, Fax, Email
Födisch, Bettina	Diakonieverbund Gera e.V. (FSJ) J.-Curie-Str. 1a 07548 Gera	Tel.: 0365-22511 Schuso.Brehm@t-online.de
Friedrichs, Hans-Peter	Amt für Kinder, Jugend u. Familie Bottlerplatz 1 53103 Bonn	Tel.: 0228-773165 Fax: 0228-773125 hans-peter.friedrichs@bonn.de
Gebhard, Michael	Jugendpflege Stadt Rüsselsheim Hessenring 76 65428 Rüsselsheim	fzh.dicker-busch@web.de
Glaab, Reinhard	Volksschule Würzburg- Heuchelhof, Hauptschule Bemer Str. 3 97084 Würzburg	Tel.: 0931-600970 Fax: 0931-6009750 hsheuchelhof@wuerzburg.de
Godojohann, Gisela	BA Neukölln Karl-Marx-Str. 88 12040 Berlin	Tel.: 030-68092514 ruth.winchen@ba-nkn. verwalt-berlin.de
Graf, Uta	Jugendklub Zebra Traberallee 22 17034 Neubrandenburg	Tel.: 0395-5826144 Fax: 0395-5826144 mail@club-zebra.de
Groeger-Roth, Frederick	LAG Soziale Brennpunkte NDS Stiftstr. 15 30159 Hannover	Tel.: 0511-7010709 Fax: 0511-1612503 geschaeftsstelle@lag-nds.de
Gruschwald, Beate	Clay- Oberschule Bildhauerweg 9 12355 Berlin	Tel.: 030-66004244 Fax: 030-66004200 Berlin.08T06@t-online.de
Haas-Sobek, Silvia	Gesundheitsamt Erfurt Turniergasse 17 99084 Erfurt	Tel.: 0361-6551755 Fax: 0361-6551712 silvia.haas-sobek@erfurt.de
Hartmann, Thomas	Bundesministerium f. Verkehr, Bau- u. Wohnungswesen Krausenstr. 17-20 10117 Berlin	Tel.: 030-20086441 Fax: 030-20088076441 thomas.hartmann@bmwbw. bund.de
Hasenfuß, Manuela	Stadtteilbüro Neustädter Feld Othrichstr. 30 39128 Magdeburg	Tel.: 0391-2529229 info@neustaedterfeld.de
Häuser, Margot	Walter-Kolb-Schule Legienstr. 24 65929 Frankfurt	Tel.: 069-302493 m.haeuser@da.ssa.de
Hergueta, Mario	Jugendpflege Stadt Rüsselsheim Dammgasse 7 65428 Rüsselsheim	Tel.: 06142-51106 info@hergueta.de
Herrmann, Regina	Kindertagesstätte d. VOSI Max-Tulpe-Str. 40/42 09122 Chemnitz	Tel.: 0371-229148 Fax: 0371-4004288 chemnitz@volkssolitaritaet. de
Hillebrandt, Ingrid	Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- u. Jugendschutz e.V. Mühlendamm 3 10178 Berlin	Tel.: 030-40040301 Fax: 030-40040333 kjug@bag-jugendschutz.de

Name, Vorname	Institution, Adresse	Telefon, Fax, Email
Hillemacher, Nicole	Gesamtschule Eschweiler Friedrichstr. 12-16 52249 Eschweiler	Tel.: 02403-702623 yvonne.mussler@web.de
Hiller, Nico	Verein Reso Witt e.V. Am Alten Bahnhof 10a 06886 Lutherstadt	stadtteilladen-wb@web.de
Hofmann, Barbara	Integrationskindergarten Stadtmäuse Zinnkopfstr. 2 83026 Rosenheim	Tel.: 08031-42343 Fax: 08031-401232 vroni_bechtler@web.de
Höft, Manfred	Stadtsporthund Bonn e.V. Am Frankenbad 2 53111 Bonn	Tel.: 02236-925445 Fax: 02236-925446 manfred.hoeft@t-online.de
Honisch, Klaus	Joseph-von-Eichendorff- Schule Am Propsthof 102 53121 Bonn	Tel.: 0228-612537 Fax: 0228-624174 154064@schule.nrw.de
Hühnert, Nina	Regenbogenschule, GS 22 Dessauer Str. 1 38444 Wolfsburg	Tel.: 05361-873233 Fax: 05361-873240 nina.huehnert@freenet.de
Hunkemöller, Eva	Schillerschule GHS Kapellenstr. 11 76131 Karlsruhe	evahunkemoeller@gmx.de
Jastrzemski, Manfred	AdB Im Rebgarten 5 53127 Bonn	Tel.: 0228-253447 Manfred.Jastrzemski@t- online.de
Jentschke, Franz	Gesamtschule Bremen Ost Walliser Str. 125 28355 Bremen	Tel.: 0421-3615645 Fax: 0421-36159831 franz.jentschke@ schulverwaltung.bremen.de
John, Mario	„midnight-fun“ e.V. A.-Siemens-Str. 49 07745 Jena	Tel.: 03641-233922 Fax: 03641-233955 john.mario@web.de
Jung, Ute	Kindertagesstätte Neukölln Rütlistr. 7 12045 Berlin	Tel.: 030-68093402 Fax: 030-68093041
Kauschke, Florian	PRINT/Südstadtbüro, Caritasverband, Peine Pfingstr. 36 31226 Peine	Tel.: 05171-290334 Fax: 05171-5459310 suedstadt@caritaspeine.de
Kerscher, Peter	Sozialzentrum Mitte/östl. Vorstadt/Findorff Bahnhofsplatz 29 28195 Bremen	peter.kerscher@afsd.bremen. de
Kim, Ljuba	Brüder-Grimm-Schule Brüder-Grimm-Ring 6-8 23560 Lübeck	Tel.: 0451-1228024 ljuba_ostsee@yahoo.de
Kiolbassa, Dr. Joerg	Evamigra Hamburg Fuhlsbüttler Str. 416 22309 Hamburg	Tel.: 040-291512 Fax: 040-2996050 joerg.kiolbassa@evamigra. de
Klein, Tobias	Kindertreff am Stern/ STIBB e.V. Johannes-Kepler-Platz 3 14480 Potsdam	Tel.: 0331-6007852 Fax: 0331-618068 kindertreff@web.de

Name, Vorname	Institution, Adresse	Telefon, Fax, Email
Koß, Ralf	Polizei Düsseldorf Bezirksdienst Wilhelm-Raabe-Str. 14 40470 Düsseldorf	Tel.: 0211-8708323 Fax: 0211-8709364 ralf.koss@gmx.de
Köster, Marlies	Deutscher Allergie- und Asthmabund Fliethstr. 114 41061 Mönchengladbach	Tel.: 02161-814940 Fax: 02161-8149430 info@daab.de
Kowe, Heike	Pestalozzischule FS Hermann-Löns-Str. 5 26721 Emden	Tel.: 04921-874336 Fax: 04921-874302 heike.kowe@ewetel.net
Kretzschmar, Sylke	DRK-Hal-SK-ML. e.V. Muldestr. 7 06122 Halle	Tel.: 0345-6856346 sylke1968@gmx.de
Krüger, Christiane	Verband deutscher Musikschulen Plittersdorfer Str. 93 53173 Bonn	Tel.: 0228-9570621 Fax: 0228-9570633 wanner@musikschulen.de
Kuschnereit, Wolfgang	St. Petri Kinder- u. Jugendhilfe Pfälzer Weg 5 28325 Bremen	Tel.: 0421-400151 Fax: 0421-400108 herbert.schild@ stpetribremen.de
Lautenbach, Peter	Deutsche Sportjugend Otto-Fleck-Schneise 12 60528 Frankfurt a.M.	Tel.: 069-6700336 Fax: 069-67001336 lautenbach@dsj.de
Lösel, Dr. Manuel	Landgraf-Ludwig- Gymnasium Reichenberger Str. 3 35396 Gießen	Tel.: 0641-3062564 Fax: 0641-390510 manuel.loesel@web.de
Maischak, Petra	Jugendamt Weidegang 9 17034 Neubrandenburg	Tel.: 0395-4691796 Fax: 0395-4699290 Irohde.ja@neubrandenburg. de
Meier-Warnke, Helga	Kindertagesstätte „Globus“, AKGG Holländische Str. 113 34127 Kassel	Tel.: 0561-896272 Fax: 0561-8164470 helga.meierwarnke@akgg.de
Meiners-Hagen, Hiltrud	Pestalozzischule Peine Herzbergweg 16 31224 Peine	Tel.: 05171-41360 Fax: 05171-487722 pestalozzischule-peine@ t-online.de
Mels, Harald	Hauptschule Hummelsteiner Weg 25 90459 Nürnberg	Tel.: 0911-444024 Fax: 0911-4317956 HS-Hummel@t-online.de
Merseburger, Wolfgang	Berufsbildungswerk Leipzig Wurzner Str. 122 04315 Leipzig	Tel.: 0341-2349655 Fax: 0341-2349655 merseburgerw@bbw-leipzig. de
Mohr, Annette	AWO-erweiterte betreute Grundschule Bachweg 51 24159 Kiel	Tel.: 0431-3990762 annettemohr@hotmail.de

Name, Vorname	Institution, Adresse	Telefon, Fax, Email
Moser, Jürgen	Geschwister Scholl Gesamtschule Böttcherkamp 181 22549 Hamburg	Tel.: 040-8329520 Fax: 040-835204 jmoserbleckede@yahoo.de
Mußler, Yvonne	Gesamtschule Eschweiler Friedrichstr. 12-16 52249 Eschweiler	Tel.: 02403-702623 yvonne.mussler@web.de
Naumann, Annette	AWO Kinderhaus Sibeliusweg 2 24109 Kiel	Tel.: 0431-521867 Fax: 0431-521871 kh.sibeliusweg@awo-kiel.de
Oelkers, Marion	Bürgerzentrum Räucherei Preetzerstr. 35 24143 Kiel	Tel.: 0431-7757032 Fax: 0431-7757073 m.oelkers@awo-kiel.de
Pergande, Hella	Verband für soz.-kult. Arbeit, Projekt Outreach Axel-Springer-Str. 40/41 10969 Berlin	hellapergande@gmx.de
Plümer, Jörg	Jugendgerichtshilfe Stadt Osnabrück Niedersachsenstr. 7 49074 Osnabrück	Tel.: 0541-2051003 Fax: 0541-2051014 pluemmer@osnabrueck.de
Range-Schmedes, Karla	Referat Jugendarbeit, Kinderschutz u. Prävention Beuthstr. 6-8 10117 Berlin	Tel.: 030-90265540 Fax: 030-90265026 karla.range-schmedes@senbjs.verwalt-berlin.de
Rotermund, Dr. Gisela	Schubart-Gymnasium Innere Wallstr. 30 89077 Ulm	Tel.: 0731-1613693 g.rotermund@web.de
Rothbucher, Valentin	KJF Augsburg, Kinderzentrum Prälat-Bigelmaier-Str. 22 86154 Augsburg	Tel.: 0821-41062120 Fax: 0821-41062116 rothbucherv@kinderzentrum-augsburg.de
Ruffert, Sabine	Stadtverwaltung Neuruppin K.-Liebknecht-Str. 33/34 16816 Neuruppin	Tel.: 03391-355694 Fax: 03391-355799 sabine.ruffert@stadtneuruppin.de
Rühle, Eva	GHS Schillerschule Kapellenstr. 11 76131 Karlsruhe	Tel.: 0721-1335336 e_ruehle@web.de
Sauerbier, Helmut	BAG cbf Langemarckweg 21 51465 Bergisch Gladbach	Tel.: 02202-9899811 Fax: 02202-42431 info@bagcbf.de
Sauermost, Andrea	Regiestelle „LOS“ Gabelsbergerstr. 11 76135 Karlsruhe	Tel.: 0721-8307278 andrea@sauermost-pr.de
Scheffler, Dr. Gabriele	Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. Oppelner Str. 130 53119 Bonn	Tel.: 0228-6685380 Fax: 0228-6685383 info@bag-straffaelligenhilfe.de
Schild, Herbert	St. Petri Kinder- u. Jugendhilfe Pfälzer Weg 5 28325 Bremen	Tel.: 0421-400151 Fax: 0421-400108 herbert.schild@stpetribremen.de

Name, Vorname	Institution, Adresse	Telefon, Fax, Email
Schlame, Matthias	DRK KV Berlin-Nordost e.V. Sella-Hasse-Str. 19-21 12687 Berlin	Tel.: 030-9372170 Fax: 030-9372198 drk.schlame@freenet.de
Schlieckau, Traudel	Landesstelle Jugendschutz Nds Leisenitzstr. 26 30175 Hannover	Tel.: 0511-85878 Fax: 0511-2834954 traudel.schlieckau@jugendschutz-niedersachsen.de
Schmidt, Dirk	Hand in Hand, Nachbarschaftshilfe e.V. Miandstr. 25 49082 Osnabrück	Tel.: 0160-5244010 Fax: 0541-6009650
Schneidereit, Uschi	St. Petri Kinder- u. Jugendhilfe Pfälzer Weg 5 28325 Bremen	Tel.: 0421-400151 Fax: 0421-400108 herbert.schild@stpetribremen.de
Schroer, Stefan	Jung. Theater Duisburg- Brockhausen Dieselstr. 18 47166 Duisburg	Tel.: 0203-6693044 schroer@kulturserver.de
Schulte-Ostermann, Ute	Amt f. Familie u. Soziales Stephan-Heinzel-Str. 2 24116 Kiel	Tel.: 0431-9013659 Fax: 0431-65300 ute.schulte-ostermann@kiel.de
Schumann-Nolte, Bärbel	Pestalozzi-Schule (Förderschule) Wacholderweg 1a 37269 Eschwege	Tel.: 05651-10662 Fax: 05651-951738 pestalozzi-sn@web.de
Schwarz, Claudia	Landratsamt Wartburgkreis Erzberger Allee 14 36433 Bad Salzungen	Tel.: 03695-615502 Fax: 03695-615515 christiane.mannel-hebig@wartburgkreis.de
Selbach, Bernhard	Landesjugendamt Rheinland Hermann Pünder Str. 1 50663 Köln	Tel.: 0221-8096240 Fax: 0221-82841346 bernhard.selbach@lvr.de
Sistemich, Norbert	Stadt Fulda Gallasiniring 7 36043 Fulda	Tel.: 0661-9015643 Fax: 0661-9015643 norbert.sistemich@fulda.de
Sollfrank, Karl	Max-Reger-Schule Ulrich-Schönberger-Str. 3 92637 Weiden	Tel.: 0961-391640 Fax: 0961-3916419 Max-Reger-Schule@t-online.de
Sperling, Saskia	Interkulturelle Werkstatt Tenever e.V. Ludwigshafener Str. 2 28325 Bremen	Tel.: 0171-1261782 treffpunkt.mosaik1@nord-com.net
Stieglbauer, Peter	Stadt Karlsruhe, Rathaus West Kaiserallee 4 76133 Karlsruhe	Tel.: 0721-1335410 Fax: 0721-1335009 peter.stieglbauer@sjb.karlsruhe.de
Stottrop, Waltraud	Stadt Kassel, Jugendamt Obere Königsstr. 8 34117 Kassel	Tel.: 0561-7875063 Fax: 0561-7875248 waltraud.stottrop@stadt-kassel.de

Name, Vorname	Institution, Adresse	Telefon, Fax, Email
Strack, Angela	Kettlerschule Holunderweg 14 53757 Sankt Augustin	Tel.: 02241-341933 angela.strack@gmx.de
Thies, Reinhard	Zentrum Familie, Integration, Bildung, Armut Reichensteiner Weg 24-26 14195 Berlin	Tel.: 030-83001350 Fax: 030-83001-780 thies@diakonie.de
Thomas, Kathrin	Kita der Volkssolidarität „Sonnenbergstrolche“ Sebastian-Bach-Str. 21 09130 Chemnitz	Tel.: 0371-4011600 Fax: 0371-4005976 chemnitz@volkssolidaritaet.de
Thorik, Brit	Jugendklub Zebra Traberallee 22 17034 Neubrandenburg	Tel.: 0395-5826144 Fax: 0395-5826144 brit.thorik@web.de
Ulinsky, Frank	AWO/ Jugendmigrationsdienst Gevelsberg Mühlenstr. 28 58285 Gevelsberg	Tel.: 02332-565651 Fax: 02332-565653 jmd-gevelsberg@web.de
Ünal, Sema	Arbeitskreis deutscher Bildungsstätten Mühlendamm 3 10178 Berlin	Tel.: 030-40040120 Fax: 030-40040122 uenal@adb.de
Voigt, Katrin	Regelschule „A.-Brehm“ Karl-Marx-Allee 7 07747 Jena	Tel.: 03641-226342 Schuso.Brehm@t-online.de
Vollmer, Sybille	Amt f. soziale Dienste/ PH Emden Tannenhügel 4a 27721 Ritterhude	Tel.: 0421-3617722 Fax: 0421-36179464 sybille.vollmer@afsd.bremen.de
Völter, Steffi	BA Friedrichshain-Kreuzberg, Abt. Gesundheit u. Soziales Müllenhoffstr. 17 10967 Berlin	Tel.: 030-74755972 Fax: 030-74755970 gespl@ba-fk.verwalt-berlin.de
vom Hofe, Dr. Bernd	Luise-Rehling-Realschule Friedensstr. 26 58097 Hagen	Tel.: 02331-87604 Fax: 02331-87445 drvomhofe@aol.com
Wanner, Claudia	Verband deutscher Musikschulen Plittersdorfer Str. 93 53173 Bonn	Tel.: 0228-9570621 Fax: 0228-9570633 wanner@musikschulen.de
Weier, Christel	SOS-Kinder- u. Familienzentrum Moabit Waldstr. 23/24 10551 Berlin	Tel.: 030-33099330 christel.weier@sos-kinderdorf.de
Weier-Schulz, Ilona	Kita Pfälzer Weg Koblenzer Str. 12 28325 Bremen	Tel.: 0421-3613236 Fax: 0421-3613236 Ilona.Weier-Schulz@kita.bremen.de
Werner, Karl-Heinz	Grundschule Wacholderweg 1 37269 Eschwege	Tel.: 05651-10852 Fax: 05651-951736 geschwister-scholl@eschwege.schule.hessen.de

Name, Vorname	Institution, Adresse	Telefon, Fax, Email
Wiede, Roland	JZ „Altes Gut“ Burgau e.V. Grenzstr. 1 07745 Jena	Tel.: 03641-609710 Fax: 03641-609711 altesgut@web.de
Wilms, Eckhard	Projekt „Stadtteil u. Schule“ Brüder-Grimm-Ring 6-8 23560 Lübeck	Tel.: 0451-802038 Fax: 0451-802038 wilms.eckhard@t-online.de
Wings, Alexandra	Sozialzentrum Ost (Urban- Gebiet) Wischhofstr. 1-3 24148 Kiel	Tel.: 0431-9014680 Fax: 0431-90164685 A.Wings@kiel.de
Wolters, Peter	Hinrich-Wilhelm-Kopf-Schule Peine Hinr.-Wilh.-Kopf-Str. 22 31226 Peine	Tel.: 05171-590130 Fax: 05171-590132 HiWiKoVGS@t-online.de