

## **Gesundheitsförderung als ein wichtiger Bestandteil integrierter Stadtteilstrategien: Kooperationserfordernisse in sozialen Brennpunkten**

*„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“.* Arthur Schopenhauer

Ein Zitat aus der Koalitionsvereinbarung fokussiert auch auf das Problemfeld „Vernetzung – Macht – Gesundheit“ dieses Tagungsbandes: „Wir werden die erfolgreichen Programme zur sozialen und beruflichen Integration von Kindern und Jugendlichen, insbesondere in sozialen Brennpunkten, weiter fortentwickeln, damit der spätere Einstieg in den Beruf gelingt.“

Um die geforderte soziale und berufliche Integration von Kindern und Jugendlichen zu erreichen, müssen wir alle erdenklichen Anstrengungen unternehmen, damit die Zukunftschancen von Kindern und Jugendliche verbessert werden können. Und „Kinder stark machen“ – um den Slogan der erfolgreichen Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aufzugreifen – heißt auch, ihnen die Möglichkeit zu geben, gesund aufzuwachsen und gesund zu bleiben.

Kinder und Jugendliche, die unter benachteiligten Lebensbedingungen aufwachsen, müssen aus unterschiedlichen Gründen im Vordergrund unserer Bemühungen stehen. Die Bundesregierung hat dazu durch die Gemeinschaftsinitiative „Die Soziale Stadt“ und die Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ (E&C) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einen Beitrag geleistet. Beide Programme tragen erfolgreich zur Verbesserung der Situation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die in sozialen Brennpunkten aufwachsen bzw. leben, bei und helfen ihnen bei der sozialen und beruflichen Integration und bei „Gesundungsprozessen“.

Im Zentrum der vom BMFSFJ initiierten Programmplattform E&C stehen benachteiligte Kinder und Jugendliche in sozialen Brennpunkten und strukturschwachen, ländlichen Regionen. Die Bekämpfung von sozialer Ausgrenzung, der Erwerb von Zukunftskompetenzen von Kindern und Jugendlichen, die Stärkung von Eigenverantwortung und sozialem Engagement sind, so die Überzeugung des Programms, nicht in den einzelnen Hilfesystemen allein zu realisieren, sondern nur durch die

Mobilisierung von Querschnittskompetenzen der Ämter, der Träger und des demokratischen Gemeinwesens sowie durch die Stärkung der Handlungskompetenzen aller Akteure vor Ort im Stadtteil.

In den vergangenen Jahren hat sich die Situation in vielen Städten verschärft. In bestehenden sozialen Brennpunkten hat die Perspektivlosigkeit zugenommen. Gleichzeitig sind neue soziale Brennpunkte entstanden. Dort konzentrieren sich Probleme wie fehlende Ausbildungs- und Arbeitsplätze, Mangel an adäquatem Wohnraum und einer funktionierenden kulturellen und sozialen Infrastruktur.

Ein großer Anteil der Bewohner/innen lebt von Sozialhilfe. Besser Verdienende, besser Ausgebildete und mögliche Arbeitgeber verlassen nach und nach das Quartier. Das Zusammenwirken der verschiedenen nachteiligen Bedingungen beschleunigt diese Entwicklung. Kinder und Jugendliche sind von diesen Entwicklungen besonders betroffen. Sie erleben – aufgrund ihres Wohnortes – gravierende Nachteile und wachsen schon unter erschwerten Bedingungen auf. Das Bundesmodellprogramm E&C zielt darauf ab, Mittel und Aktivitäten zu bündeln, um die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in ihren Stadtteilen und Regionen zu verbessern und ihnen neue Chancen zu eröffnen. Hierzu soll – auf der Grundlage lokaler Aktionspläne – soziale Koproduktion initiiert, unterstützt und begleitet werden. E&C fordert regionale und überregionale soziale Produzenten auf, Ressourcen, Erfahrungen und Anstrengungen in diesen sozialen Brennpunkten und Regionen zu konzentrieren und zu vereinen. Wichtige Instrumentarien vor Ort sind hierfür z.B. die Einrichtung von Quartiers- bzw. Jugendhilfemanagements. So soll dem Niedergang dieser Stadtteile und ländlichen Regionen entgegen gewirkt und nachhaltige Entwicklungen angestoßen werden.

Bei der Beschreibung der Lebenslage von Kindern in benachteiligten Stadtteilen werden häufig erst in einem zweiten Schritt die Themen- und Handlungsfelder mit Bezug zur körperlichen und seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen genannt. Es kann der Eindruck entstehen, dass der Bereich „Gesundheit“ in den sozialräumlich orientierten Strategien der Jugendhilfe ebenso zu kurz kam wie der Bereich „Sozialraumorientierung“ in der Gesundheitsförderungsbewegung. Dies muss umso mehr verwundern, da seit vielen Jahren, ja Jahrzehnten, der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit bekannt, beschrieben und dokumentiert ist.

Andererseits ist jedoch auch zu beobachten, dass es zunehmend gelingt, von der reinen

Deskription der Probleme zur Intervention und zu Lösungsansätzen zu kommen. Diese Dokumentation gibt Gelegenheit, einen kleinen Ausschnitt von Interventionsprojekten kennenzulernen, die sich mit hohem Engagement zum Ziel gesetzt haben, der Chancengleichheit beim Zugang zur medizinischen Versorgung, zur Prävention und gesundheitsfördernden Maßnahmen etwas entgegenzusetzen und hierbei kooperativ Ressortgrenzen zu überschreiten.

In den letzten Jahren wurde ebenfalls deutlich, dass sich beide Seiten – die Jugendhilfe und die Gesundheitshilfe – einem gemeinsamen Thema nähern, der Verbesserung der Perspektiven von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten nämlich, und erste Synergieeffekte sichtbar werden.

Soziale und gesundheitsfördernde Koproduktion muss das Motto lauten. Wir haben zur Verwirklichung dieser Vernetzungsbemühungen alle Chancen. Das Thema Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen hat in unserem Land noch nie einen so hohen Stellenwert gehabt wie heute. Das zeigen u.a. auch die Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sehr deutlich.

Durch die Programme „Soziale Stadt“ und „E&C“ werden dabei eindeutig Schwerpunkte gesetzt. Sie zielen auf die Bekämpfung von sozialer Ausgrenzung, den Erwerb von Zukunftskompetenzen in den Bereichen Jugend, Bildung, Soziales, Gesundheit und Arbeit, und auf die Bestärkung von Eigenverantwortung, Partizipation und sozialem bürgerschaftlichem Engagement, für und mit Menschen, die in Quartieren mit einem hohen Problempotenzial leben.

Die Philosophie von Programmen wie „E&C“ und „Soziale Stadt“ und die Grundideen der Gesundheitsförderung überschneiden sich an vielen Punkten. Sehen wir uns die zentralen Begriffe der Gesundheitsförderung an:

(1) Empowerment – das Einsetzen eigener Kräfte

Ziel ist es hier, die Möglichkeiten von Menschen zu erweitern, über ihr Leben selbst zu bestimmen. Junge Menschen werden als vollwertige menschliche Wesen mit Rechten und Bedürfnissen und nicht als „Kinder und Jugendliche in Not“ verstanden.

(2) Enabling – das „Befähigen“, die Hilfe zur Selbsthilfe

Es ist nur dann möglich, das eigene Gesundheitspotenzial zu entfalten, wenn man befähigt ist bzw. gelernt hat, auf die Faktoren Einfluss zu nehmen, die die eigene Gesundheit bestimmen. Enabling bedeutet, die Lebensbedingungen so zu gestalten,

dass sie Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen, die zu einem selbstbestimmten Leben führen. Menschen sollen sich zu eigenen Erfahrungen und Wünschen öffnen und äußern, Erfahrungen klären und Probleme artikulieren können.

(3) Netzwerkbildung

Soziale Netze zeichnen sich durch Anzahl und Formen zwischenmenschlicher Beziehungs- und Gruppenstrukturen aus (Familie, Nachbarschaften, Freunde/innen, Vereine, aber auch andere soziale Institutionen wie Schulen, Beratungsstellen usw.). Netzwerke leisten affektive, instrumentelle und kognitive Unterstützung, bieten Hilfestellung bei der Aufrechterhaltung sozialer Identität und vermitteln soziale Kontakte.

(4) Partizipation – Beteiligung

Zwei Hauptformen der Partizipation, unter der die Beteiligung an kommunalpolitischen Prozessen und Entscheidungen verstanden wird, müssen unterschieden werden: Teilnehmen: Darunter wird die freiwillige Teilnahme an bestimmten Programmen und Maßnahmen und die Ausgestaltung bestimmter Teilbereiche verstanden. Teilhaben: Teilhabestrategien hingegen beteiligen die Zielgruppe bereits an der Planung, Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen oder fördern und unterstützen Bewältigungsstrategien. Die Zielgruppe wird als Experte der eigenen Lebenswelt ernst genommen.

Offensichtlich sind diese theoretischen Grundlagen der modernen Gesundheitsförderung nahezu deckungsgleich mit den Begrifflichkeiten der E&C- und Soziale-Stadt-Philosophie.

Auch die Forderungen der Sozialmediziner/innen nach einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche stimmen weitgehend mit den Handlungszielen der Programmplattform E&C überein. Im Detail wird von Seiten der Sozialmedizin auf folgende, notwendige Punkte hingewiesen:

- (Straßen-)Bauliche Veränderungen sind notwendig, um Verkehrsunfälle von Kindern zu vermeiden.
- Screening-Untersuchungen in Kindergärten sowie Impf-Screening in der Grundschule sollten weitergeführt werden, ebenso wie Gesundheitserziehung in Schule und Kindergarten.
- Eltern aus sozialen Risikogruppen sollten Angebote zur Gesundheitserziehung wahrnehmen können (Niedrigschwelligkeit).
- Gesundheitsförderung muss den Bedürfnissen sozial benachteiligter Menschen entsprechend konzipiert werden.

- Die „Komm-Strukturen“ der meisten Angebote stellen eine Zugangsbarriere dar. Benötigt werden niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote vor Ort in sozialen Brennpunkten.
- Vorhandene Einrichtungen (Kindergarten, Kindertagesstätte, Schule, Jugendhilfe, Jugendamt, Gesundheitsamt) müssen besser vernetzt werden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) schreibt hierzu in ihrer Vorlage zur Kooperation zwischen der Regiestelle E&C und BZgA: „Ähnlich wie nach Veröffentlichung der Pisa-Studie, die die Zusammenhänge zwischen Bildungschancen und sozialem Status für Deutschland analysiert, zeigen sich auch im Gesundheitssektor Reaktionen auf eine Vielzahl von wissenschaftlichen Erhebungen, deren Ergebnisse eindeutig belegen, dass junge Menschen, die in benachteiligten Quartieren leben, einen schlechteren Gesundheitsstatus und eine höhere Sterblichkeit aufweisen.“

Es gibt sie also ganz eindeutig, die gemeinsamen Handlungsziele und Handlungsfelder, der eingeschlagene Weg der besseren Vernetzung kann und muss fortgesetzt werden.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend begrüßt diese Entwicklungen und unterstützt die Aktivitäten der Regiestelle E&C, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung zu einer weiteren Querschnittsaufgabe zu machen und die Vernetzungsansätze fortzuentwickeln.

Die viel zitierte Beschreibung von Gesundheit als „Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ öffnete die Tür für ein Umdenken im Gesundheitssystem.

Zwischen der Einführung des Begriffs „Gesundheitsförderung“ in den 70er Jahren und der Ottawa-Charta vergingen nur wenige Jahre. Der Grundstein für den Paradigmenwechsel und die Ausweitung der Verantwortlichkeit für Gesundheitsfragen über das von Ärzten/innen dominierte medizinische Versorgungssystem hinaus in die Gemeinden und sozialen Systeme ging von der „Primary health care-Deklaration“ von Alma-Ata 1978 aus. Schon hier wurde u.a. festgehalten: „Die bestehende, flagrante Ungleichheit im Gesundheitszustand der Menschen, besonders zwischen entwickelten und Entwicklungsländern, aber auch innerhalb von Ländern, ist politisch, sozial und ökonomisch unannehmbar und ist daher eine Angelegenheit, die alle Länder angeht.“

Auch die Konferenz 1988 in Adelaide, deren Fokus auf der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik lag, beschreibt unter dem Absatz „Chan-

cengleichheit, Zugangsmöglichkeiten und Entwicklungen“:

„Gesundheitliche Ungleichheiten haben ihre Wurzeln in der sozialen Ungerechtigkeit. Soll die Kluft zwischen den sozial und bildungsmäßig Benachteiligten und den Bevorzugten einer Gesellschaft geschlossen werden, erfordert dies eine Politik, die den Zugang zu gesundheitsfördernden Gütern und Dienstleistungen verbessert und ein unterstützendes Umfeld herstellt. Eine solche Politik würde den unterprivilegierten und schutzlosen Gruppen der Bevölkerung eine hohe Priorität einräumen. Darüber hinaus berücksichtigt eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik die jeweils eigenständigen Kulturen traditioneller Bevölkerungsgruppen, ethnischer Minderheiten und Einwanderer. Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsdiensten besonders in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung, ist ein entscheidender Bestandteil von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich“.

Auch wenn es auf den ersten Blick vermessenen scheint: Programme wie E&C und „Soziale Stadt“ können sich von ihrer Ausrichtung her zu großen, wenn nicht den größten Gesundheitsförderungsprogrammen, die es hierzulande gibt, entwickeln.

Um dies zu erreichen, bedarf es allerdings weiterer Partner. So wurde den Organisationen der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem Jahr 2000 im novellierten § 20 des SGB V der Auftrag (wieder) erteilt, in ihren Satzungen Leistungen der primären Prävention vorzusehen. Diese sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Minderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.

Der inzwischen erprobte und als effizient dokumentierte gesundheitsfördernde Setting-Ansatz in Betrieben wird zurzeit zunehmend auf das Setting Schule und Kindertagesstätten übertragen. Nach Prof. Dr. Rolf Rosenbock vom Wissenschaftszentrum Berlin sprechen hierfür, neben der anhaltenden öffentlichen Thematisierung der Probleme dieses Sektors, ähnlich verbindliche Strukturen wie im Betrieb 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 eben-

falls, den Ansatz „gesundheitsförderliches Setting“ auch auf soziale Brennpunkte vor allem im städtischen Zusammenhang zu übertragen. Das stößt zunächst auf das Problem, dass soziale Brennpunkte im Gegensatz zu institutionellen Settings wie Schule und Betrieb schwerer zu definieren und zu identifizieren sind, und dass sie (regelmäßig) über keine feste Organisationsstruktur verfügen. Trotzdem werden z.T. sehr gute Erfahrungen mit partizipativem Quartiersmanagement gemacht. Hier ist zu prüfen, ob solche – nicht primär auf Gesundheit zielende Ansätze – per se gesundheitsförderlich sind.

All diese Ansätze machen überdeutlich, wie sehr Jugendhilfe und Gesundheitsförderung mit Bezug zu benachteiligten Menschen voneinander lernen und gemeinsam profitieren können.

Der Titel dieser Konferenz „Vernetzung – Macht – Gesundheit“ zeigt uns die Richtung für unsere zukünftigen Anstrengungen: Die Kooperations- und Vernetzungsstrategien im Stadtteil müssen weiter ausgebaut werden. Netzwerkarbeit ist nicht jede Art von Zusammenarbeit. Der Begriff Netzwerk bezeichnet ein Sozialsystem, welches die Akteure in der Bearbeitung eines gemeinsamen Problems eint, auch wenn sie aus unterschiedlichen Intentionen agieren. Netzwerke bieten Strukturen an, die es ermöglichen, konkrete Ziele zu verfolgen.

Wir sollten alle Anstrengungen unternehmen, die bereits existierenden und durch das Programm E&C ausgebauten Kooperationsformen und Vernetzungen zu nutzen, um das gemeinsame Ziel zu erreichen: Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche beim gesunden Aufwachsen in ihrem Stadtteil.