Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

E&C
eundc.de

Entwicklung und Chancen
junger Menschen
in sozialen Brennpunkten

E&C-Fachforum

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten

Dokumentation der Veranstaltung vom
4. und 5. Juni 2002

Stiftung SPI

Impressum

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

Ansprechpartner:
Andreas Hemme

Layout:
MonteVideo Mediadesign

Redaktion:
Lisa Kuppler (Wels Productions),

Inhalt:

5 **Vorwort**
Andreas Hemme, Regiestelle E&C, Berlin

7 **Begrüßung im Namen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**
Gisela Marsen-Storz, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Köln

8 **Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen**
Prof. Dr. Luber, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg

11 **Gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen: Was wissen wir, was können wir tun?**
Prof. Dr. Siegrist, Institut für medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

16 **Stadtteilorientierte Strategien der Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter**
Dr. Ellsäßer, Wissenschaftliche Leitung des Forums Unfallprävention des Deutschen Grünen Kreuzes, Marburg

48 **Gesundheitsrelevantes Verhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive**
Prof. Dr. Kolip, Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen

52 **„Sozialräumlich – ressourcenorientiert – vernetzt" – Arbeitsgruppen zu stadtteilorientierten Strategien der Gesundheitsförderung**

63 AG 1: Werdende und junge Eltern in schwierigen soziale Lagen

64 AG 2: Chancengleichheit beim Zugang zum Gesundheitswesen?

66 AG 3: Kindergarten und Grundschule – Orte der Gesundheitsförderung in sozialen Brennpunkten?

67 AG 4: Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter

68 AG 5: Das Wechselspiel von Ernährung, Bewegung, Stressregulation im Jugendalter

69 AG 6: „Angst essen Seele auf" – Förderung der seelischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

71 AG 7: „Let's talk about sex" – Sexualpädagogische Arbeit mit Jungen und Mädchen in benachteiligten Gebieten

72 AG 8: Gesundheit – Ein Thema für Jugendliche in sozialen Brennpunkten?

73 AG 9: Gesundheit ist keine Frage der Herkunft – Gesundheitsförderungsansätze für Kinder aus Migrantenfamilien

76 AG 10: Die besondere Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in sozialen Brennpunkten

78 **Eigenbeschreibung der teilnehmenden Projekte**

117 **Literaturliste**

118 **Programm**

Andreas Hemme

Vorwort

Mit der Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (E&C)“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wird den Akteuren/innen aus sozial benachteiligten Stadtteilen ein Forum zum Austausch und zur Vernetzung angeboten. Neben den Zielgruppenkonferenzen für Quartiersmanager/innen, kommunalen Ansprechpartner/innen und den aus dem Kinder- und Jugendplan (KJP) geförderten bundeszentralen freien Trägern werden auf Fachforen wie diesem zielgruppenübergreifende Themen und Problemstellungen von übergeordneter Bedeutung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen aufgegriffen und zur Diskussion gestellt.

Im Dezember 2001 hat die Regiestelle E&C ein solches Fachforum zum Thema „Schule in sozialen Brennpunkten“ ausgerichtet. Unmittelbar vor dieser Veranstaltung wurde die so genannte PISA-Studie veröffentlicht. Die im Vergleich zu anderen Ländern gerade in Deutschland erkennbaren Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und Bildungsniveau wurden thematisiert und skandalisiert.

In unseren Vorbereitungen auf das Fachforum „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“ sind wir immer wieder auf potenzielle Parallelen gestoßen. Obwohl wir keine der PISA-Studie vergleichbare internationalen Untersuchung im Bereich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen anführen können, gibt es deutliche Hinweise und eine Vielzahl wissenschaftlicher Erhebungen, die eindeutig nachweisen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen:

- häufiger krank sind,
- weniger zu Vorsorgeuntersuchungen gehen,
- von gesundheitsfördernden Aktivitäten weniger erreicht werden,
- einen schlechteren Zahnstatus haben,
- eine schlechtere Durchimpfungsrate aufweisen,
- schlechtere kommunikative Fähigkeiten besitzen,
- häufiger unter psychischen Erkrankungen leiden und
- sogar häufiger Unfälle haben.

Man kann diese Liste fast beliebig fortsetzen. Sozial benachteiligte Kinder, wenn sie in sozialen Brennpunkten leben, haben also sowohl geringere Bildungschancen, als auch schlechtere Chancen für ein gesundes Aufwachsen. Wobei das eine das andere bedingen und potenzieren kann.

Wenn man sich dem Thema „Gesundheit von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen“ zuwendet und recherchiert, wird Folgendes besonders deutlich:
(1) Es bedarf keiner wissenschaftlichen Nachweise mehr, die den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit belegen. Es gibt sie, und sie sind schon lange bekannt.
(2) Es werden hieraus kaum Konsequenzen gezogen. Die Gesundheitsförderungsbewegung kommt erst sehr langsam aus ihrer Mittelstandsorientierung heraus. Gesundheitsprojekte, die sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche im Fokus haben oder sich auf benachteiligte Stadteile/ Quartiere konzentrieren, sind schwer zu identifizieren.

Auf diesem Fachforum können wir interessante Projekte mit engagierten Akteur/innen aus dem Bereich „Gesundheitsförderung für benachteiligte junge Menschen” sowohl in den Workshops als auch auf dem Projektmarkt präsentieren. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Deutschland über enorme Defizite verfügt, hinsichtlich Interventionsprogrammen für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche in schwierigen und belastenden Lebenssituationen.

Gerade in der letzten Zeit werden aber auch neue Entwicklungen und Aktivitäten sichtbar. Im Gesundheitsministerium sind Arbeitsgruppen zu diesem Thema gebildet worden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) engagiert sich, die Krankenkassen beteiligen sich intensiv an der Diskussion. Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, das Gesunde-Städte-Netzwerk, alle wichtigen Akteure sind Willens, der Chancenungleichheit im Zugang zu Gesundheit und Gesundheitsförderung etwas entgegenzusetzen. Und genau dies ist auch das Ziel, das wir mit dieser Konferenz verfolgen.

In der Jugendhilfe versuchen wir, jetzt forciert durch das Engagement der Programmplattform E&C, durch sozialräumliche Ansätze, Vernetzungsaktivitäten im Stadtteil und Partizipationsmodelle Synergien zu erreichen, die der Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten entgegenwirken.

In den ca. 260 E&C-Gebieten bzw. Gebieten der sozialen Stadt werden zunehmend Fortschritte sichtbar. Es sind Runde Tische, zielgerichtete Kommunikationsstrategien aller im Quartier tätigen Akteure und ressortübergreifende Ämterkooperationen entstanden. In unseren Veranstaltungen mit Quartiersmana-

ger/innen, E&C-Ansprechpartner/innen aus den Kommunen und bundeszentralen freien Trägern greifen wir Themen auf, die aus Sicht der Praktiker angegangen werden müssen. Hier haben wir erfahren, dass es einen enormen Handlungsbedarf in Bezug auf das Thema Gesundheit gibt.

Durch die Teilnahme von Quartiersmanager/innen, Jugendamtsmitarbeiter/innen, Vertreter/innen von Jugendhilfeeinrichtungen, niedergelassenen Ärzt/innen und Ärzt/innen aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Psycholog/innen, Lehrer/innen, Erzieher/innen, Vertreter/innen von Sexualberatungsstellen, dem Gesunde-Städte-Netzwerke, von Krankenkassen und Krankenhäusern kann dieses Fachforum mit dazu beitragen, das gemeinsame Bestreben zu intensivieren, die Situation von Kinder und Jugendlichen, die in benachteiligten Stadtteilen aufwachsen, zu verbessern.

Mit dieser Vielfalt von Teilnehmer/innen haben wir ein bislang einzigartiges Diskussionsforum zusammengestellt. Wir sollten dies nutzen um in den Erfahrungsaustausch zu treten, um gemeinsam von einander zu lernen.

Impfdefizite, fehlende präventive, gesundheitsfördernde Angebote, sexualpädagogische Themenstellungen, psychosomatische und Sprachentwicklungsstörungen sind Themen, die auch für die Jugendhilfe von Bedeutung sind.

Wohnumfeldverbesserung, Partizipation von Kindern und Jugendlichen, sozialräumliche Arbeitsansätze, Vernetzungsstrategien sind Themen mit den sich auch die Gesundheitshilfe beschäftigen muss.

Gisela Marsen-Storz

Begrüßung im Namen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf dem E&C-Fachforum

Die Bundeszentrale ist eine Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie hat die Aufgabe, Strategien und Konzepte für gesundheitsförderliche Maßnahmen, sowie Fortbildungen und Arbeitshilfen für Multiplikator/innen zu entwickeln, des Weiteren bundesweite Kampagnen zu Themen wie z.B. Aids- und Suchtprävention, Organspende, Blutspende, Sexualpädagogik und wissenschaftliche Untersuchungen durchzuführen sowie den Erfahrungsaustausch und den Know-how-Transfer zu organisieren. All diese Aktivitäten zielen darauf, die Arbeit der Bundesländer, Kommunen und freien Initiativen zu unterstützen.

Ende der 90er Jahre hat die BZgA einen neuen thematischen Schwerpunkt auf die Kindergesundheit gelegt. Zu dieser Schwerpunktlegung gehört die Aufgabe, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, d.h. den Zugang zum Gesundheitswesen zu eröffnen, die negativen gesundheitlichen Auswirkungen sozialer Benachteiligung zu mindern bzw. gezielt die gesunde Entwicklung sozial benachteiligter Kinder und Jugendliche zu fördern.

Eine Vielzahl von Untersuchungen bestätigt die Einschätzung der Praktiker/innen vor Ort: Menschen in schwierigen sozialen Lagen sind gesundheitlich stärker belastet. Zugleich haben sie mehr Schwierigkeiten als andere, das bestehende Versorgungsnetz als Unterstützung bzw. Entlastung für sich sachgerecht zu nutzen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat sich deshalb sehr über die Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für ein Fachforum zum Thema „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“ gefreut und diese Initiative gerne aufgegriffen. Denn wir suchen nach Strategien, wie die gesundheitlichen Chancen gefördert werden können, ohne dass es zu einer Stigmatisierung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher kommt. Hier bietet sich ein sozialräumlicher Ansatz und damit eine Beteiligung am E&C-Programm an. Denn im Zentrum des E&C-Programms stehen Entwicklung und Chancen von jungen Menschen in sozialen Brennpunkten und strukturschwachen ländlichen Regionen.

Vor einem Jahr hat die Regiestelle des E&C-Programms gemeinsam mit der BZgA begonnen das heutige Fachforum vorzubereiten. Die BZgA hat diese Zeit genutzt: Bereits vorhandene und in Vorbereitung befindliche Maßnahmen wurden auf den Einsatz in E&C-Quartieren abgestellt. Einige dieser Projekte werden sie im Laufe der Fachtagung kennen lernen. Dazu gehören Themen wie Ernährung, Bewegung und Stressregulation, aber auch Basisthemen wie Früherkennungsuntersuchungen und Impfen.

Die BZgA hat begonnen, eine Datenbank vorzubereiten, in der Projekte zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte zusammengetragen werden. Damit wollen wir eine Vermittlerrolle zwischen den Projekten einnehmen und ihnen die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch bieten. Dieses Vorhaben wird von einem Arbeitskreis fachlich begleitet, in dem auch die Regiestelle des E&C-Programms und lokale Akteur/innen vertreten sind.

Die Vorbereitung des Fachforums hat bereits einiges in Bewegung gesetzt. Professor Siegrist hat mit Mitarbeiter/innen des Instituts für medizinische Soziologie an der Universität Düsseldorf geholfen, den aktuellen Forschungsstand in Deutschland aufzubereiten und Praxisprojekte vor allem aus den E&C-Gebieten für diese Tagung zusammenzutragen.

Ich hoffe, dass die Tagung Ihnen allen Anregungen geben wird für die Gestaltung Ihrer Praxis. Wir möchten die Mitarbeiter/innen aus den Kommunen, soweit Sie nicht aus dem engeren Arbeitsfeld Gesundheit kommen, für die grundlegende Bedeutung des Themas Gesundheit für die Entwicklung und Chancen von jungen Menschen gewinnen. Den Praxisprojekten, die sich auf dem Projektmarkt bzw. in den Arbeitsgruppen präsentieren, wünsche ich die verdiente Aufmerksamkeit und Anerkennung für ihre wichtige und schwierige Aufgabe. Den Anwesenden, die aus Forschungseinrichtungen kommen, wünsche ich Anregungen aus der Begegnung mit den Praxisvertretern für die Weiterentwicklung ihrer Forschungsaktivitäten. Für die BZgA ist diese Tagung eine Chance, ihre eigenen Maßnahmen für die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten konzeptionell weiter zu entwickeln, vor allem mit dem Ziel, sie passgenau auf die Unterstützungsbedürfnisse der lokalen Akteur/innen abzustellen.

Prof. Dr. Eva Luber MSc

Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen

Die in diesem Beitrag vorgestellten Erfahrungen und Gedanken basieren auf meiner langjährigen Erfahrung als Kinderärztin. Diese möchte ich kurz darstellen, damit Sie meinen Beitrag besser einordnen und bewerten können: Nach mehreren Jahren als Entwicklungshelferin in Afrika hatte ich die Vorstellung, auch in Deutschland gemeinsam mit anderen Berufsgruppen und Unterstützungsstrukturen am besten für die Gesundheit der sozial benachteiligten Kinder wirken zu können. Die mehrjährigen Tätigkeiten in Berliner Bezirken, erst als Jugendärztin, dann als Bezirksstadträtin für Gesundheit, einem Wahlamt als politisch Verantwortliche für ein Gesundheitsamt in den 80er und 90er Jahren zeigten mir, dass in Deutschland gerade die sektorenübergreifende Zusammenarbeit auf allen Ebenen, aber auch in der Kommune schwierig ist und selten gelingt. Über die Mitarbeit bei den alljährlich stattfindenden Kongressen zu Armut und Gesundheit konnten wir zeigen, dass von diesen Mängeln in der Kooperation gerade die sozial schwachen Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung betroffen sind.

Wir wollen uns hier als Fachleute darüber austauschen, wie es gelingen kann, die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen auch in Deutschland zu vermindern, ja vielleicht gar nicht erst entstehen zu lassen. Dieser Aufgabe stellt sich der Gesundheitssektor seit etwa fünf Jahren mit wachsender Intensität. Was hat sich getan?

Zunächst die gute Nachricht: Im Rahmen der Reform des §20 des Sozialgesetzbuches über die Leistungen der Krankenkassen wird der Prävention bei Kindern und Jugendlichen ein Schwerpunkt eingeräumt. Es wurde auch das Wort sozialkompensatorisch eingefügt. Dies bedeutet, dass gezielt die Gesundheit derer gefördert werden soll, die es am nötigsten brauchen: Kinder und Jugendliche, die arm an Einkommen, an Unterstützung und an Perspektiven sind. Die meisten von uns wissen, dass dies leichter gesagt ist, als getan. Wir sind durch unsere Ausbildung, durch unsere Berufstätigkeit, vielleicht auch durch unsere Überzeugungen eher reich an Einkommen, Unterstützung und Perspektiven. Wir müssen also Projekte schaffen, mit und für Menschen, die schon aufgrund ihres Alters, aber auch sonst ganz anders sind als wir, vielleicht auch anders als unsere Kinder, Menschen, für die Krankheit und Gesundheit etwas anderes bedeuten als für uns. Aber an dieser Stelle wollte ich noch nicht die Schwierigkeiten darstellen, ich bin noch bei der guten Nachricht. Die Krankenkassen haben signalisiert, dass sie sich von ihrer Orientierung auf die individuellen Mitglieder lösen und Gesundheitsförderung im Settingansatz finanzieren. Das heißt, Kinder und Jugendliche werden im öffentlichen Raum, etwa in der Schule oder im Kindergarten angesprochen, sie können lernen, ihre Gesundheit, ihren Körper als eine wichtige Ressource zu begreifen, für die sie Verantwortung übernehmen, auch dann, wenn ihre Familien, aus welchen Gründen auch immer, dabei nicht helfen können. Durch die Auswahl von Settings in benachteiligten Stadtteilen können wir Schwerpunkte im beschriebenen Sinne setzen.

Nun kommt die schlechte Nachricht: Der Schwung des Regierungswechsels hat nicht so ganz gereicht, die Legislaturperiode ist so gut wie vorüber, und die Umsetzung im großen Rahmen steht noch aus. Die Gefahr ist groß, dass wir neben die erfolgreichen Modellprojekte der Vorjahre weitere einreihen. Damit will ich die vielen guten Initiativen, die erfolgreichen Projekte nicht klein reden, oder gar abwerten – wir müssen nur auch in Deutschland dazu übergehen, dauerhafte Strukturen, Regelfinanzierungen zu schaffen, um die gesundheitlichen Folgen der sozialen Ungleichheit abzumildern.

Da sind uns andere, auch europäische, Staaten voraus. In Deutschland hatten wir uns zu lange dem Glauben hingegeben, wenn wir über die gesundheitliche Ungleichheit keine Daten hätten, so wäre sie auch nicht vorhanden. In Großbritannien nach Maggie Thatcher oder in den USA, deren Ungleichbehandlung in der Gesundheitsversorgung bekannt ist gibt es diese Ungleichheit, aber bei uns? Das wollten wir uns nicht vorstellen. Die Sozialhilfesysteme hatten lange Zeit sogar für eine Definition gesorgt, die Armut eigentlich ausschloss: Wer Sozialhilfe bekam, egal ob jung oder alt, lebte definitionsgemäß im Zustand der „bekämpften Armut" und war somit nicht mehr arm. Immerhin haben wir in den letzten Jahren einen gesellschaftlichen Konsens darüber, dass es eine Benachteiligung ist, wenn Kinder im Sozialhilfebezug aufwachsen. Und wir haben zu Kenntnis genommen, dass es zu viele sind: im Osten jedes 5. Kind, in manchen Stadtteilen die Hälfte der Kinder und Jugendlichen. Immerhin ist es nicht länger als vier Jahre her, dass der zehnte Jugendbericht unveröffentlicht in den Schubladen verschwinden sollte, weil er ausführte, dass diese Entwicklung problematisch sein könnte. Wir haben angefangen – und viele der Fachleute, die dies bewirkt haben, sind ja auch unter uns – die geeigneten wissenschaft-

lichen Daten zu erheben und mussten natürlich sehen, dass es die gleichen Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit auch bei uns gibt. Wir erkennen zunehmend, welche Maßnahmen geeignete Strategien darstellen, wir sammeln Erfahrungen mit der Evaluation von Gesundheitsförderung. Nun steht der nächste Schritt an. Wir müssen erreichen, dass sie in die Routinearbeit übergehen, entweder bei den Behörden, oder in die Regelfinanzierung bei freien Trägern.

Ich hoffe sehr, dass diese Veranstaltung dazu einen Auftakt bilden kann. Die Voraussetzungen sind günstig: es sind Fachleute aus den verschiedensten Bereichen zusammengekommen. Ich möchte den Veranstalter/innen dafür danken und hervorheben, dass es sich um eine Veranstaltung unter der Federführung des Bundesjugendministeriums handelt. Und ich möchte Sie bitten, den Schwung dieser Veranstaltung festzuhalten, über eine Nachbearbeitung auch eine Nachhaltigkeit zu erzielen, vielleicht einen Rahmen zu schaffen, in dem die heute und morgen geknüpften Kontakte weiter gepflegt werden. Nachhaltige Netzwerke in der Verantwortung der Jugendbehörden sind meines Erachtens das Gebot der Stunde, ein geeignetes Mittel um die Fülle von Projekten und Initiativen auf langfristige Wirkung anzulegen und sie die Alltagsarbeit aller prägen zu lassen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Es gibt in jeder Kommune einen Jugendhilfeplaner, der zwar sehr unterschiedlich ausgebildet und auch bezahlt werden kann, aber als Grundvoraussetzung für die notwendige Koordination der verschiedenen Sektoren gelten kann.

In den letzten Jahrzehnten sahen wir eine Reihe von Initiativen, die in verschiedenen Bereichen entwickelt wurden und eine Vernetzung mit anderen Sektoren zur Aufgabe erhoben: Am Anfang, vor über 20 Jahren stand die Soziale Stadt, die vernetzte Aktivitäten forderte. In den 8oern folgten die Initiativen der Gesunden Stadt, in deren Gefolge Gesunde Schulen oder auch Krankenhäuser. Diesen Bereich will ich etwas ausführlicher darstellen, es geht ja heute um den Gesundheitssektor. Aus dieser Erfahrung ist der Begriff „Settingansatz" entwickelt worden. In einem kleinräumigen Bereich wird Gesundheit als Querschnittsaufgabe angesehen, und die Beiträge der verschiedenen Sektoren daraufhin untersucht und abgestimmt, ob sie geeignet sind Gesundheit zu fördern. Wer Erfahrungen mit dieser Aufgabe gemacht hat, weiß vor allem zwei Dinge: Koordination ist Schwerarbeit und lässt sich nicht nebenher machen. Es werden ganze Stellen benötigt, auch weil das Vermitteln zwischen verschiedenen Bereichen besser gelingt, wenn man keine eigene Position zu vertreten hat. Koordination ist außerdem mit größtem diplomatischem Geschick zu betreiben, immer wieder ist Beziehungsarbeit zu leisten. Die Berufsgruppen des Gesundheitswesens, Ärzt/innen, Schwestern, Pfleger, Hebammen werden in dieser Arbeit nicht ausgebildet. Sie eignen sich deshalb nicht besser als andere Berufsgruppen. Vor allem aber muss geklärt sein, wer die Verantwortung für diese Aufgabe hat, wer den Hut auf bzw. die Federführung inne und natürlich auch das Geld für diese Aufgaben hat. Der Beamte klärt als erstes seine Zuständigkeit, diese alte Regel gilt auch hier.

Im Gesundheitswesen liegt sie eher nicht, die Krankenkassen haben die Finanzierung von Koordination nicht zu ihren Aufgaben gemacht, ein geplantes Präventionsgesetz wird in dieser Legislaturperiode den Bundesrat nicht mehr passieren. Und wenn nach einer Regierungsneubildung die Karten neu gemischt werden, ob dann die Prävention an erster Stelle stehen wird ...? Eine weitere Sorge möchte ich noch ansprechen, ein Detail, welches bisher nur die aus dem Gesundheitswesen Stammenden interessierte: In dem schon angesprochenen §20 ist nicht mehr von Gesundheitsförderung die Rede, sondern von Prävention. Dies könnte bedeuten, dass ärztliche Maßnahmen wie Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen gegenüber der Gesundheitsförderung aufgewertet würden. Gesundheitsförderung beugt keiner spezifischen Krankheit vor, sondern weckt die Ressourcen, stärkt das Lebensgefühl, auch die Lebensfreude. Kinder und Jugendliche, die sozial benachteiligt sind, haben nicht nur ein Defizit an Gesundheitsförderung, sondern auch an Prävention, sie sind oft schlechter geimpft, werden nicht zu Vorsorgeuntersuchungen gebracht. Leicht erschöpft sich dann die ärztliche Für- und Vorsorge mit dem Schließen der Impflücken. Weil Gesundheitsförderung auch wichtig ist, würde ich mir wünschen, dass diese Aufgabe wieder im Gesetz erscheint und nicht nur die Prävention stellvertretend übrig bliebe.

Sehen wir uns nun noch die anderen Bereiche an, die sektorenübergreifende Arbeit auf ihre Fahne geschrieben haben. Besonders viel Hoffnung setze ich in den Bau- und Stadtplanungsbereich. Deren Arbeitsweise sieht abgestimmte Planungsschritte vor. Im Rahmen von Stadtsanierungsmaßnahmen, in Berlin als Quartiersmanagement werden auch die Koordinationsaufgaben professionell angegangen, es wird sektorenübergreifend gearbeitet, Bürgerbeteiligung ist vorgesehen. Der Vollständigkeit halber nenne ich noch den Umweltbereich: in vielen Kommunen werden gesunde Rahmenbedingungen im Rahmen der Lokalen Agenda 21 vorbildlich geschaffen, auch bei den

Umweltakteur/innen ist die Erkenntnis gewonnen worden, dass nicht nur in der so genannten Dritten Welt sondern auch bei uns die Umweltbelastungen ungleich verteilt sind. Die Internationale Konvention zu Kinderrechten ist der letzte Sektor, den ich aufzählen möchte, auch hier wird ausdrücklich Bezug genommen auf die soziale Benachteiligung von Kindern, sie wird als Verstoß gegen die Kinderrechte definiert in einer Deklaration, die die Jugendministerkonferenz im Jahre 1997 akzeptiert hat. Die Kooperation mit allen wichtigen Sektoren wird angemahnt. Auch dieses Abkommen stellt eine gute Grundlage dar. Was fehlt uns also noch? Es sind nicht die Ideen, wie wir im Laufe der Tagung wieder einmal sehen werden, nicht die fehlende wissenschaftliche Begründung. Es ist die Gewissheit, dass Kinder und Jugendliche in unserer Gesellschaft die Wertschätzung erfahren, die sie verdienen und die sie brauchen.

Letzte Woche veröffentlichte das Frauenmagazin Brigitte die Ergebnisse einer Umfrage unter Müttern. Nur sieben Prozent waren mit ihrer Situation zufrieden. Über 70 Prozent empfanden unsere Gesellschaft als kinderfeindlich. Noch mehr, 76,3 Prozent, klagen über fehlende Betreuungseinrichtungen. Fast 60 Prozent wünschen sich eine qualifizierte Teilzeittätigkeit. Wer nun sagt, dass die Brigitte lesenden Mütter doch nicht in benachteiligten Stadtteilen wohnen, hat natürlich Recht. Aber ich bezweifle, dass die Mütter der Kinder, um die es heute und morgen geht, unsere Gesellschaft als kinderfreundlich erleben. Gibt es schon eine Befragung darüber, was die Familien, was die Kinder sich wünschen? Wir sollten sie ernst nehmen, aber auch uns selbst, die wir für sie arbeiten. In Abwandlung eines Ausspruchs von Beuys möchte ich sagen: „Kinder sind eine feine Sache, machen aber viel Arbeit!"

Prof. Dr. Johannes Siegrist

Gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen: Was wissen wir, was können wir tun?

Es ist sinnvoll, zunächst zu fragen, was wir unter sozialer Benachteiligung verstehen. Im Allgemeinen denkt man bei diesem Begriff an folgende zwei Aspekte: erstens soziale Ungleichheit und zweitens sozialer Ausschluss. Unter sozialer Ungleichheit verstehen wir die begrenzte Teilhabe bestimmter Bevölkerungsgruppen an zentralen gesellschaftlichen Gütern, die, weil sie als wertvoll erachtet werden, knapp sind und einem gesellschaftlichen Verteilungskampf unterliegen. Beispiele sind ein gehobenes Einkommen, ein hoher Bildungsabschluss, eine qualifizierte Berufstätigkeit oder eine privilegierte Wohnsituation und -lage. Nach zentralen Merkmalen lassen sich aus soziologischer Sicht soziale Schichten unterscheiden. Als soziale Schichten bezeichnen wir Personengruppen, welche sich hinsichtlich gesellschaftlich zentraler Statusmerkmale in einer gleichen oder vergleichbaren Lage befinden. Schichtzugehörigkeit bedeutet zum einen die Einordnung einer Personengruppe in ein System vertikaler sozialer Differenzierung, zum anderen ihre Teilhabe an gemeinschaftlichen Erfahrungen, Lebenschancen und -risiken. Sozial benachteiligte Gruppen zeichnen sich durch Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht aus. Mit dem Merkmal des sozialen Ausschlusses wird darüber hinaus beschrieben, dass diesen Personengruppen kein Zugang zu bestimmten Leistungen gewährt wird, z.B. Versorgungsleistungen im Gesundheits- oder sozialen Sicherungssystem, Teilhabe am kulturellen Angebot, Verfügen über private Transportmöglichkeiten, Zutritt zu bestimmten sozialen Kreisen etc.

Von sozialer Benachteiligung gehen ungünstige materielle und psychosoziale, insbesondere sozioemotionale Wirkungen aus, die sich in einer verminderten Lebensqualität und einer eingeschränkten Gesundheit manifestieren.

Welche Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit sind aus der sozialepidemiologischen Forschung bekannt, d.h. aus einer Forschungsrichtung, welche soziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten, aber auch auf Behandlungsmodalitäten untersucht? Hierzu lässt sich, kurz zusammengefasst, folgendes sagen:

(1) In allen entwickelten Industriegesellschaften, aus denen entsprechende Daten verfügbar sind, zeigt sich ein sozialer Gradient von Krankheit und Frühsterblichkeit: Je niedriger die soziale Schichtzugehörigkeit, desto höher die Krankheitslast, desto höher die Frühsterblichkeit. Dies gilt zwar nicht für alle, jedoch für die meisten der weit verbreiteten, die Frühsterblichkeit bestimmenden Krankheitsbilder (koronare Herzkrankheiten, Lungenkarzinom, Depressionen, Suchtkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten, Unfälle u. a.).

(2) Obwohl das Krankheits- und Sterberisiko kontinuierlich zunimmt, je niedriger die Schichtzugehörigkeit ist, zeigt sich dennoch in vielen Studien eine Anhäufung (Kumulation) von Gesundheitsrisiken in der niedrigsten sozialen Schicht. Gemeint sind soziale Randgruppen, Bevölkerungsgruppen, die in sozialen Brennpunkten leben, Bevölkerungsgruppen, die von neuer Armut betroffen sind, Alkohol- und Drogenabhängige, Dauerarbeitslose, Obdachlose und ähnliche Gruppierungen in prekärer sozialer Lage.

(3) Die Kumulation von Gesundheitsrisiken in besonders benachteiligten sozialen Gruppen wird dadurch verstärkt, dass zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit ungünstige Wechselwirkungen in Form einer so genannten Abwärtsspirale bestehen. Dies bedeutet, dass nicht nur Armut vermehrt zu Krankheit führt, sondern die Krankheit ihrerseits soziale Ungleichheit und sozialen Ausschluss verstärkt.

(4) In allen entwickelten Industrieländern, aus denen entsprechende Daten vorliegen, wird eine wachsende Kluft zwischen sozial privilegierten und sozial benachteiligten Gruppen festgestellt. Mit anderen Worten: der soziale Gradient von Morbidität und Mortalität weitet sich aus, die Disparität von Lebenslagen, von Einkommensmöglichkeiten und Gestaltungschancen eines durch Wohlstand gekennzeichneten Lebens nehmen zu.

Was bedeuten diese Erkenntnisse nun im Hinblick auf das Thema dieses Beitrags, die gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen?

Zu dieser Frage gibt es umfangreiche Antworten aus der internationalen Forschung, die teilweise auch für Deutschland Gültigkeit besitzen. Allerdings ist die entsprechende sozialepidemiologische Forschung in Deutschland im internationalen Vergleich wenig entwickelt, insbesondere aufgrund ausgesprochen restriktiver Bestimmungen des Datenschutzes, der ein Zusammenführen soziodemografischer, sozioökonomischer und medizinischer Informationen auf der Ebene von Individualdaten in der Regel ausschließt. Immerhin lässt die gegenwärtige Evidenz aus Studien, die in Deutschland durchgeführt werden konnten, folgende Aussagen zu:

- noch immer existiert, wenn auch auf niedrigem Niveau, ein sozialer Gradient der Säuglingssterblichkeit,
- Unfälle und Verletzungen in den ersten Lebensjahren weisen auch in Deutschland einen deutlichen sozialen Gradienten auf,
- schwere Atemwegserkrankungen, die eine Hospitalisierung erfordern, finden sich bei Kindern aus niedrigeren sozialen Schichten häufiger als bei Kindern aus höheren sozialen Schichten,
- die Chance, mit einem niedrigen Geburtsgewicht geboren zu werden, ist bei Kindern aus unteren sozialen Schichten gegenüber Kindern aus höheren Schichten deutlich erhöht – dies ist insofern von besonderer Bedeutung, als niedriges Geburtsgewicht ein Risikofaktor für verschiedene Stoffwechsel- und Herzkreislauf-Risiken im späteren Lebenslauf darstellt,
- in unteren sozialen Schichten ist Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen häufiger zu finden als bei Kindern aus höheren sozialen Schichten;
- bei Kindern und Jugendlichen aus niedrigen sozialen Schichten lassen sich erhöhte Kariesbefunde, d.h. eine eingeschränkte Zahngesundheit feststellen.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass die Rede von sozialer Benachteiligung bezüglich Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen nicht impliziert, dass alle Menschen eine gleiche oder vergleichbare Gesundheit besitzen sollen. Vielmehr ist damit gemeint, dass diejenigen, zu sozialer Ungleichheit von Gesundheit führenden Bedingungen, die vermeidbar und veränderbar sind, Gegenstand entsprechender gesundheits- und gesellschaftspolitischer Bemühungen sein sollten.

Wie lassen sich nun sozial ungleiche Gesundheitsrisiken im Kindes- und Jugendalter erklären? Hierzu sind im Prinzip vier, sich wechselseitig nicht ausschließende Ansätze entwickelt worden:

Gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen ist das Ergebnis eines begrenzten Zugangs zu bzw. begrenzter Nutzung von Leistungen des medizinischen Versorgungssystems. Zusätzlich ist denkbar, dass auch die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen nach sozialer Schichtzugehörigkeit der sie in Anspruch nehmenden Personengruppen variiert. Obwohl dieser Erklärungsansatz insbesondere bezüglich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Impfschutz u. ä. durchaus von Bedeutung ist, vermag er die umfangreichen Unterschiede von Morbidität und Mortalität im Kindes- und Jugendalter nicht ausreichend zu erklären.

Gleiches gilt für einen zweiten Erklärungsansatz: genetische Einflüsse. Es ist eher unwahrscheinlich, dass eine ungünstige genetische Disposition für bestimmte Erkrankungsrisiken nach sozialer Schichtzugehörigkeit systematisch variiert, auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass die genetische Belastung in gewissem Umfang zu sozialer Abwärtsmobilität von Eltern führt, so dass deren Nachwuchs von Anfang an sozial benachteiligt ist. Insbesondere sind Interaktionen zwischen genetischen Risiken und ungünstiger sozialer Lage anzunehmen.

Der dritte und vierte Erklärungsansatz beziehen sich auf gesundheitsschädigendes Verhalten sowie auf materielle und psychosoziale Belastungsfaktoren in der Eltern-Kind-Beziehung und ihren Kontexten.

Von großer Tragweite ist das gesundheitsschädigende Verhalten von Müttern während der Schwangerschaft (Fehlernährung, Zigaretten- und Alkoholkonsum, Tabletten- und Drogenkonsum). Die langfristigen ungünstigen gesundheitlichen Folgen bei dergestalt pränatal geschädigten Kindern sind mittlerweile in eindrucksvollen Studien gut dokumentiert. Ähnliches gilt für eine ungesunde, unausgewogene Nahrung des Kindes in den ersten Lebensmonaten und -jahren. Seine besondere Bedeutung erhält gesundheitsschädigendes Verhalten später im Laufe der Adoleszenz (s. u.). Hier überall lässt sich ein sozialer Schichtgradient feststellen: je niedriger die Schichtzugehörigkeit, insbesondere je niedriger das Bildungsniveau der Eltern, desto höher das Risiko gesundheitsschädigender Verhaltensweisen.

Ein bevölkerungsmedizinisch wichtiges Beispiel hierfür bildet das Übergewicht heranwachsender Kinder. Eine große Zahl von Studien weist bereits bei fünf- bis siebenjährigen Kindern einen sozialen Schichtgradienten des Körpergewichts auf. Er ist interessanterweise umso stärker ausgeprägt, je mehr auch die Eltern übergewichtig sind. Eine Schuleingangsuntersuchung in westdeutschen Großstädten hat beispielsweise festgestellt, dass zwischen 17 und 20 Prozent der Unterschichtkinder übergewichtig sind, während es nur 15 Prozent in sozialen Mittelschichten und lediglich zwischen 10 und 12 Prozent in besser gestellten sozialen Schichten sind. Diese Zusammenhänge sind von Bedeutung, da in den nachfolgenden 30 bis 40 Jahren Personen mit Übergewicht ein sehr deutlich erhöhtes Risiko aufweisen, an chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck zu leiden.

Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen von Eltern kleiner Kinder bilden sich häufig als Reaktion auf erlebte soziale Benachteiligung, materielle Not und psychosoziale Belastungen heraus. Sie stellen erreichbare kleine Beloh-

nungen in einer ansonsten häufig durch Sorgen, Kummer und Entbehrungen gekennzeichneten Lage dar. Diese materiellen und psychosozialen Belastungen wirken ihrerseits auf die Gesundheit der Kinder, z.B. in Form erhöhter Verletzungs- und Unfallgefahren, aber auch in Form von Gewalterfahrungen in der Familie und psychischer Traumatisierung. Schichtspezifische Sozialisationsstile bereiten Kinder aus sozial benachteiligten Familien weniger wirkungsvoll auf die Bewältigung von Herausforderungen im späteren Leben vor und erzeugen damit mehr Versagensgefühle und resignative Haltungen. Stark ausgeprägte Autonomie, Selbstwirksamkeitsgefühle und positives Selbstwerterleben finden sich bei sozial benachteiligten Kindern seltener als bei Gleichaltrigen aus privilegierteren sozialen Kreisen.

Wie frühzeitig diesbezügliche Weichenstellungen erfolgen, haben Ergebnisse der so genannten Bindungsforschung eindrucksvoll belegt. Danach ist die emotionale Bindungssicherheit, welche sich in den ersten Lebensmonaten zwischen Mutter (bzw. Bezugsperson) und Kind herstellt, eine wesentliche Bedingung gesunder psychischer Entwicklung. Über sie werden die Affekte des Kindes reguliert, die das psychische Erleben steuern. Eine einfühlsame Bedürfnisbefriedigung durch die Mutter hat sich als die entscheidende Determinante der Bindungssicherheit herausgestellt. Diese ist ihrerseits nicht nur von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen der Mutter, sondern auch vom sozioemotionalen Klima abhängig. Mütter, die keinen sozialen Rückhalt in ihrer Rolle erhalten oder deren Lebenssituation in starkem Maße fremdbestimmt ist, sei es durch materielle Not oder durch Unterdrückung, sind weniger gut in der Lage, dem Kind emotionale Bindungssicherheit zu geben. Soziale Benachteiligung wirkt sich über diese Prozesse langfristig auf ein vermindertes Wohlbefinden und eine geringere Gesundheit der Kinder aus. Als besondere Risikogruppen sind junge Mütter mit ungewollter Frühschwangerschaft und alleinstehende Mütter in wirtschaftlich und sozial prekärer Lage zu bezeichnen. Wie bereits betont, sind diese Erklärungsansätze nicht isoliert zu betrachten, sondern ergänzen sich wechselseitig. Durch eine Kumulation ungünstiger Bedingungen in bestimmten sozialen Gruppen kann das Erkrankungsrisiko disproportional ansteigen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage: Was können wir tun, um die Gefährdung der Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu verringern? Abschließend sollen sechs Handlungsfelder kurz skizziert werden:

(1) Schwangerschaft und frühe Kindheit: Hier geht es darum, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und die gezielte Gesundheitsberatung schwangerer Frauen, die sozial benachteiligt sind, ebenso wie aufsuchende Dienste (z.B. über so genannte Familienhebammen) zu intensivieren. Eine weitere Maßnahme betrifft den verbesserten Impfschutz. Schließlich ist dafür zu sorgen, dass sozial benachteiligte Schwangere und junge Mütter durch finanzielle Hilfen soweit entlastet werden, dass sie ihre Kinder gut betreuen können. Hierzu gehören auch Angebote zu gesundheitsförderlicher Säuglingsnahrung. Weithin fehlen Angebote von Krippenplätzen mit guter Betreuung, die es den Müttern ermöglichen würden, Erwerbsrolle und Mutterrolle auf eine Weise zu verbinden, welche objektive Benachteiligungen der Betreuung ebenso wie psychische Belastungen (Schuldgefühle) bei Müttern verringern. Wie weit über diese Maßnahmen hinaus die Einführung von Programmen des „succesful parenting" bei sozialen Risikogruppen angezeigt ist, wie sie beispielsweise in Kanada mit ermutigenden Erfolgen durchgeführt werden, wird gegenwärtig kontrovers diskutiert. Es stellt sich die Frage, in welchem Umfang öffentliche Interventionen in den privaten Schutzraum der Familie bzw. der frühen Eltern-Kind-Beziehung eindringen sollen.

(2) Prävention von Unfällen und Verletzungen: Zur Verringerung des Unfallgeschehens sind regionale und nationale Allianzen zur Unfallprävention zu gründen. Verkehrs- und Stadtplanung sollten gezielt verbessert werden. Technische Maßnahmen zur Verringerung von Unfall- und Verletzungsrisiken (z.B. bei Geräten auf Spielplätzen) sind zu optimieren. Kinderärzt/innen und Lehrer/innen kommen wichtige Aufgaben bei der Erziehung und Beratung sowohl bei Eltern wie auch bei Kindern zu. Aufsuchende Dienste, wie sie mit Erfolg in sozial benachteiligten Stadtteilen Großbritanniens etabliert worden sind („health visitors"), sind als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes denkbar. Untersuchungen haben gezeigt, dass sozial benachteiligte Kinder nicht nur wegen der Exposition in verkehrsreichen Wohngebieten, sondern zusätzlich aufgrund defizitärer Aufmerksamkeit verunfallen. Aufmerksamkeitstraining und Bewegungsschulung im Kindergarten und im frühen Schulalter stellen daher wichtige flankierende Maßnahmen dar. Angesichts zunehmender physischer Gewalt im Schul- und Freizeitbereich Heranwachsender, die sich wiederum sozial ungleich verteilt, ist die Durchführung von Anti-Gewalt-Programmen als präventive Maßnahme von wachsender Bedeutung.

(3) Früherkennung von Störungen und Erkrankungsrisiken im Vorschul- und Schulalter: Zu

diesem Maßnahmenbündel zählt eine Verbesserung von Screening-Aktivitäten, z.B. anlässlich der Schuleingangsuntersuchungen. Hierbei geht es darum, Entwicklungsstörungen ebenso wie Risikofaktoren chronischer Erkrankungen (z.B. Übergewicht) frühzeitig zu entdecken und durch gezielte Präventionsmaßnahmen zu verringern. Zu diesen Maßnahmen gehören u. a. Frühförderung und kompensatorisches Training. Gesundheitsförderungsprogramme in Kindergärten, Grund- und Hauptschulen, die beispielsweise durch zielgruppenspezifische Freizeit- und Gesundheitssportangebote bereichert werden, stellen einen weiteren Ansatz dar, sozial benachteiligten Gruppen Chancen der Gesundheitsförderung zu eröffnen. Untersuchungen zu psychosozialen Determinanten frühen Suchtmittelkonsums haben gezeigt, dass soziale Kompetenzdefizite hierbei eine wichtige Rolle spielen (z.B. Konformität mit dem Druck der peer group). Soziales Kompetenztraining in der vulnerablen Frühphase der Adoleszenz ist daher ein wichtiger Bestandteil von Gesundheitsförderungsprogrammen in Schulen. Diese verhaltensbezogenen Maßnahmen sollten allerdings ergänzt werden um verhältnispräventive Regelungen, die den Zugang zu Suchtmitteln eingrenzen (z.B. Verbot von Zigarettenautomaten in Schulen oder Schulnähe, Preispolitik bei Zigaretten und alkoholischen Getränken etc.).

(4) Verstärkung des Setting-Ansatzes: Die verstärkte Koordinierung von Gesundheits- und Sozialdiensten, mithin die Entwicklung einer intersektoralen kommunalen Gesundheitspolitik stellt in diesem Bereich eine vordringliche Maßnahme dar. Hierzu bedarf es neuer gesetzlicher Regelungen und der Schaffung neuer Institutionen, wie sie beispielsweise in Form kommunaler Gesundheitskonferenzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen geschaffen worden sind. Darüber hinaus sind Verbesserungen der Wohnqualität bzw. der Infrastruktur familialen Zusammenlebens sowie ein Abbau der Jugendarbeitslosigkeit bei Heranwachsenden in sozialen Brennpunkten, zumindest die Einrichtung von Angeboten der Bürgerarbeit und der Freizeitgestaltung wünschenswert. Solchen Projekten in sozialen Brennpunkten bzw. in benachteiligten Stadtteilen stehen viele Schwierigkeiten entgegen. Umso wichtiger ist die Erkenntnis, dass sie nur dann erfolgreich sein können, wenn eine kooperative Planungsstrategie verfolgt wird, bei welcher den Beteiligten Möglichkeiten der Mitsprache und des persönlichen Einflusses gewährt werden. Auch ist dafür Sorge zu tragen, dass integrierte Finanzierungskonzepte vorliegen, welche den Beteiligten durch Zielvereinbarung eine bestimmte Planungssicherheit geben. Schließlich ist eine bessere Ausstattung, Bezahlung und Wertschätzung der professionellen Dienstleister (Sozialarbeiter/innen, Erzieher/innen etc.) zu gewähren, so dass die gesellschaftliche Bedeutung dieser Arbeit angemessen sichtbar gemacht wird.

(5) Verbesserte Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis: Eine der grundlegenden Voraussetzungen für zielgerichtete Maßnahmen zur Verringerung sozialer Ungleichheit von Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen bildet die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene. Erst in den letzten Jahren ist in Deutschland in dieser Hinsicht Entwicklungsarbeit geleistet worden, die allerdings trotz der bestehenden Hindernisse durch Datenschutzregelungen weiter optimiert werden muss. Noch immer gibt es keine klaren Kompetenzregelungen bezüglich der Durchführung der Gesundheitsberichterstattung und der daraus abzuleitenden Konsequenzen. Qualitätsstandards von Datenerhebung und -auswertung sind weiter zu entwickeln, ebenso ist die Ursachenforschung bei der Ungleichverteilung von Gesundheitsrisiken zu intensivieren.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis bezieht sich auf die Begleitforschung zu Modellprojekten, darüber hinaus aber auch zu regulären Interventionsprojekten. Erst wenn die Erfolgs- und Misserfolgsbedingungen solcher Projekte genauer identifiziert worden sind, erst wenn die Wirkungen, die einem solchen Programm zuzuschreiben sind, nachgewiesen worden sind, lassen sich zukunftsweisende Maßnahmen der Implementierung und der Verbreitung von Modellen realisieren. Der wissenschaftlichen Evaluationsforschung kommt daher eine wichtige Schrittmacherfunktion im Spannungsfeld zwischen Forschung und gesundheitspolitischer Praxis zu. Schließlich ist es wünschenswert, wissenschaftliche Expertisen in vermehrtem Maße in die Erarbeitung von Dokumenten, insbesondere Gutachten, einfließen zu lassen, die zur Vorbereitung und Rechtfertigung politischer Entscheidungen benötigt werden. Dass darüber hinaus die Öffentlichkeits- und Fortbildungsarbeit durch eine intensivierte Zusammenarbeit zwischen den in der Forschung und den in der Praxis Tätigen intensiviert werden sollte, versteht sich von selbst.

(6) Politische Initiativen: Wie kann das Gewicht einer Gesundheitspolitik verstärkt werden, die sich für eine Verbesserung der Chancengleichheit bei der Gesundheit sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher einsetzt? Einen wichtigen Schritt in diese Richtung kann das Instrument der Gesundheitsziele bilden. Durch Festlegung von Gesundheitszielen, sei es auf na-

tionaler oder regionaler Ebene, werden Prioritäten der Ressourcen-Verteilung und der Programmgestaltung gesetzt. Wenn es gelingen sollte, die Verringerung sozialer Ungleichheiten von Morbidität und Mortalität zu einem vorrangigen Gesundheitsziel zu erklären, wie dies beispielsweise in Großbritannien vor einigen Jahren geschehen ist oder wie dies neuerdings in einer Entschließung der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalens der Fall war, dann wäre eine wirkungsvolle Ausgangsbasis für gesundheits- und gesellschaftspolitische Initiativen in diesem Bereich geschaffen. Absichtserklärungen, Empfehlungen und Beschlüsse auf der Ebene parteipolitischer Programme oder ministerieller Vereinbarungen allein reichen jedoch nicht aus, vielmehr bedürfen sie der Ergänzung durch Aktionsprogramme und Interessengruppierung von Seiten der Basis, d.h. von Bürgervereinen und -initiativen, Nicht-Regierungsorganisationen etc. Auch kommt den Medien mit einer qualitätsgesicherten Berichterstattung eine wichtige Rolle in einem solchen Prozess der Aktivierung zu. Wie weit allerdings eine dergestalt entwickelte Basisarbeit den mächtigen, alle entwickelten Wohlfahrtsstaaten berührenden Trend zunehmender öffentlicher Armut bei gleichzeitig zunehmendem, allerdings disparat verteiltem privaten Reichtum entgegenwirken kann, muss gegenwärtig eine offene Frage bleiben.

Stadtteilorientierte Strategien der Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter

Forum Unfallprävention

E & C Fachforum

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten

Düsseldorf, Juni 2002

Dr. Gabriele Ellsäßer, Landesgesundheitsamt Brandenburg

“Das Unfallgeschehen im Kindesalter ist mit den physischen und psychischen Entwicklungsbedingungen der Kinder eng verknüpft. Die natürliche Neugierde und Neigung der Kinder neue Sachen auszuprobieren, kann die Kinder in Gefahr bringen. So wechselt das Panorama mit dem Alter, und den verschiedenen Entwicklungsstufen.”

Prof. Berfenstam, Gründer der Unfallprävention im Kindesalter in Schweden

Quelle: Ragnar Berfenstam: Kinderunfälle: was wirkt? Gute Erfahrungen aus Schweden. Brandenburgisches Ärzteblatt 5/98

“Für alle Altersgruppen gilt, dass es das Wichtigste ist, die Umgebung dem Kind anzupassen.”

Prof. Berfenstam, Gründer der Unfallprävention im Kindesalter in Schweden

Quelle: Ragnar Berfenstam: Kinderunfälle: was wirkt? Gute Erfahrungen aus Schweden. Brandenburgisches Ärzteblatt 5/98

Warum lohnt es sich, in die Prävention zu investieren?

- Unfälle sind die Todesursache Nr. 1 bei Kindern
- Unfallverletzungen bei Kindern sind der

  - zweithäufigste Einweisungsgrund ins Krankenhaus (im Kleinkindalter)
  - häufigste Einweisungsgrund ins Krankenhaus (im Schulalter)

Stadtteilorientierte Strategie
1. Schritt – Daten*

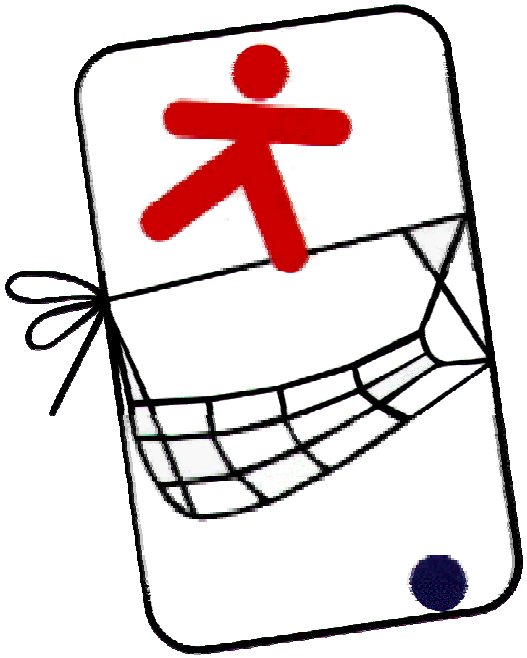
Fakten sind die Basis für die stadtteilbezogene Unfallprävention um

- Risikogruppen
- typische Unfallschwerpunkte
- soziale Besonderheiten
- und umgebungsbezogene Gefahren

zu ermitteln.

*aus WHO Kriterien für eine “sichere Gemeinde” (general requirements, program process)

Risikogruppen



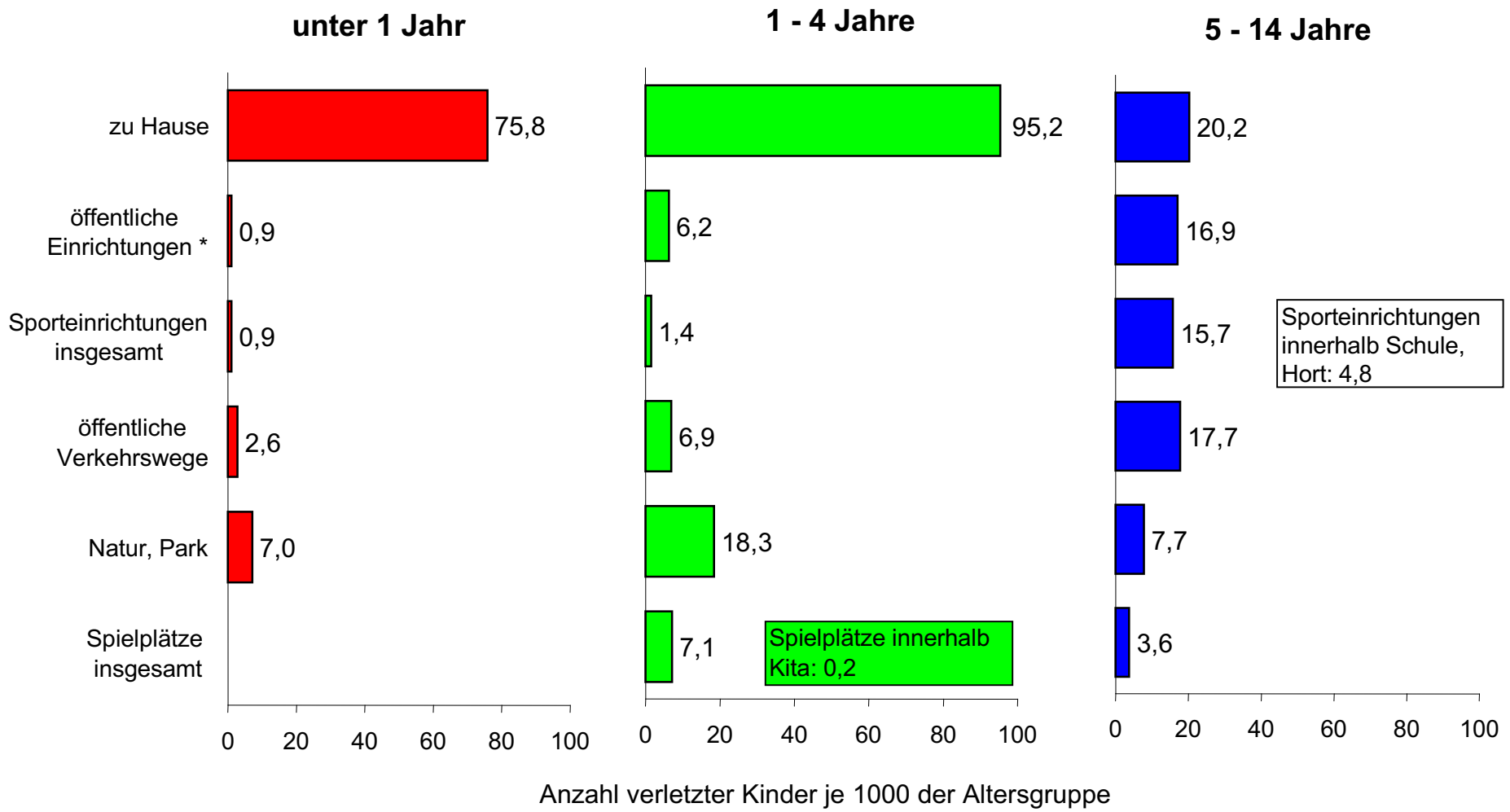
Kleinkinder (< 5 Jahre) verunglücken häufiger als Schulkinder

Datenanalyse der Todesursachenstatistik seit 1990 und Krankenhausdiagnosestatistik seit 1993

Typische Unfallorte

Daten aus dem gemeindebezogenen
Präventionsprogramm in Delmenhorst

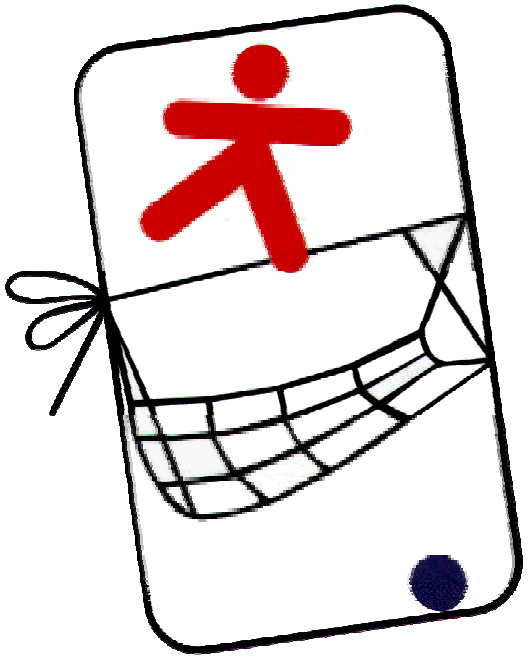
Bedeutsame Unfallorte nach Altersgruppen: Delmenhorst 1999 (n=2.600)



*öffentliche Einrichtungen: Kita, Schule, Hort sowie Spielplätze und Sporteinrichtungen innerhalb Kita, Schule, Hort

typische Unfallsituationen

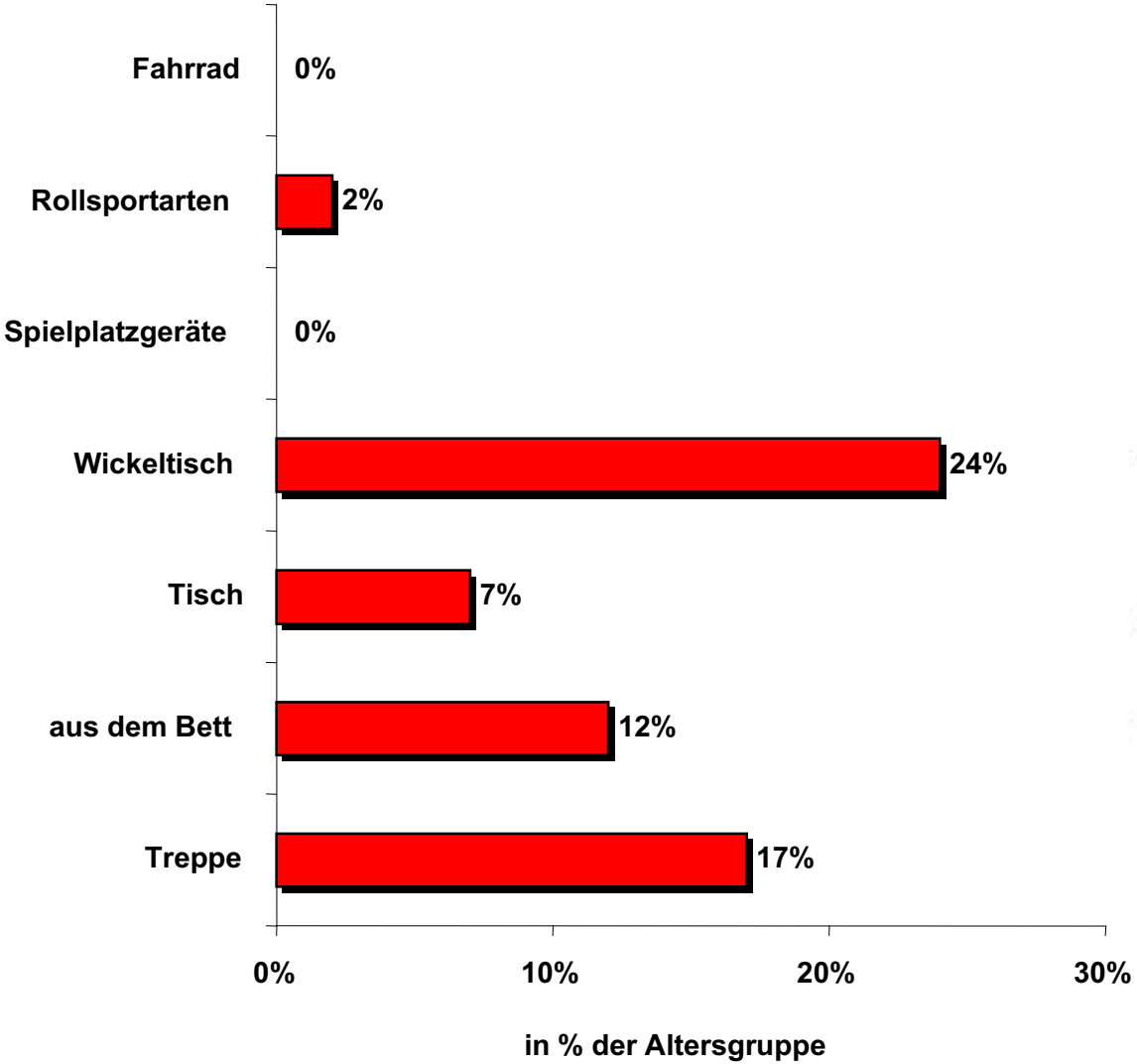
am Beispiel der Sturzunfälle
(häufigste Unfallart)



Ellsäßer G, Diepgen T.L. Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen (<15Jahre), Konsquenzen für die Prävention. Bundesgesundheitsbl 2002-45:267-276

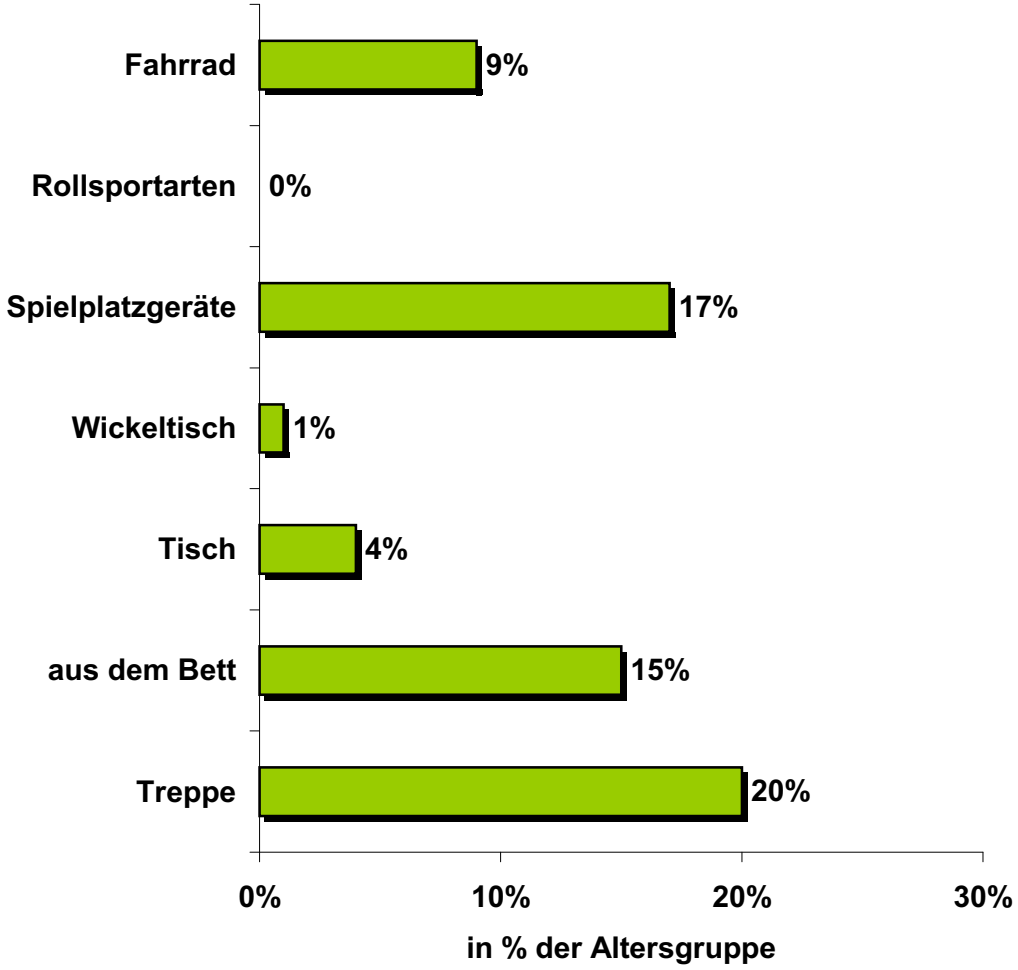
Stürze mit Produktbeteiligung: Delmenhorst 1999

unter 1 Jahr (n=41)



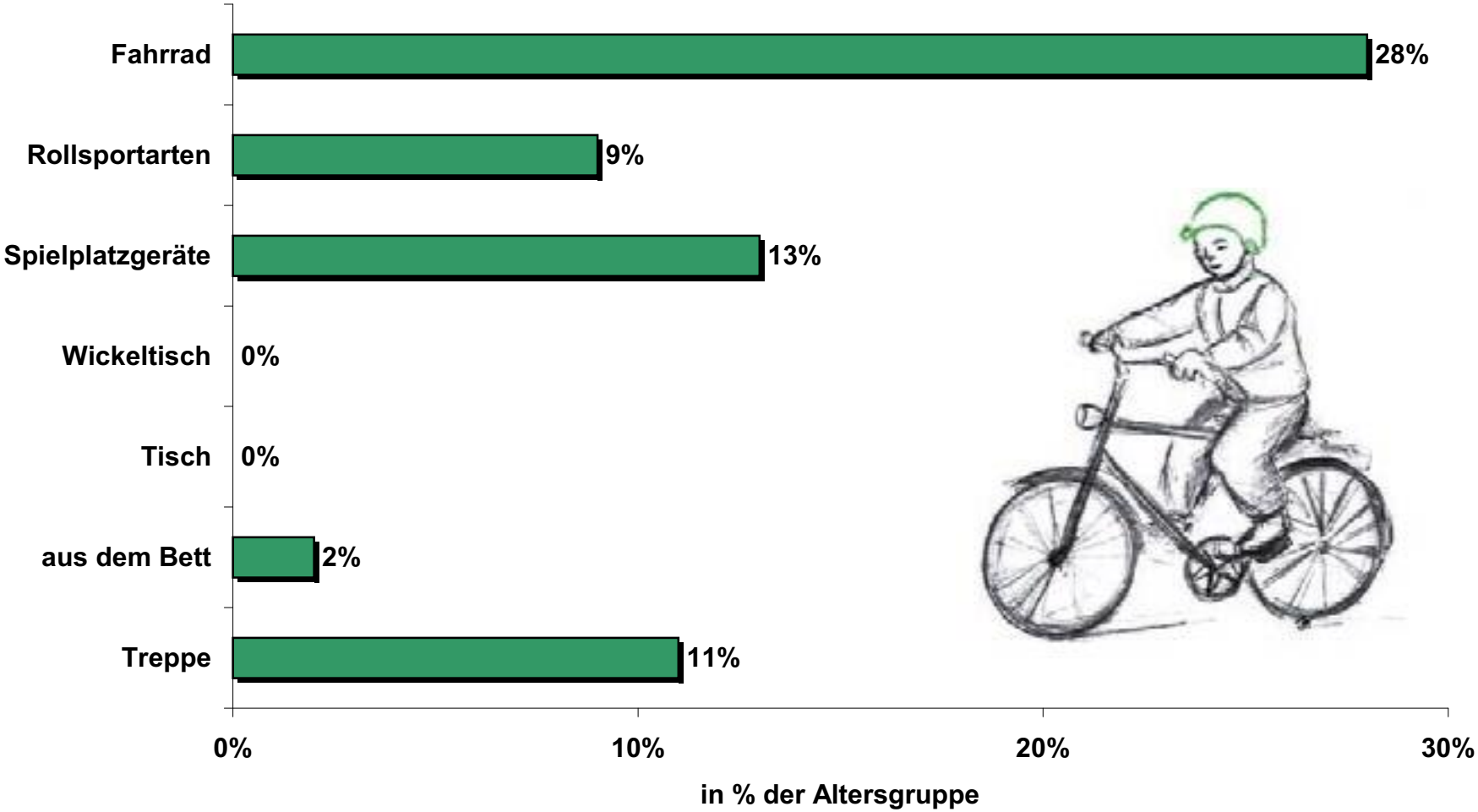
Stürze mit Produktbeteiligung: Delmenhorst 1999

1 - 4 Jahre (n = 165)

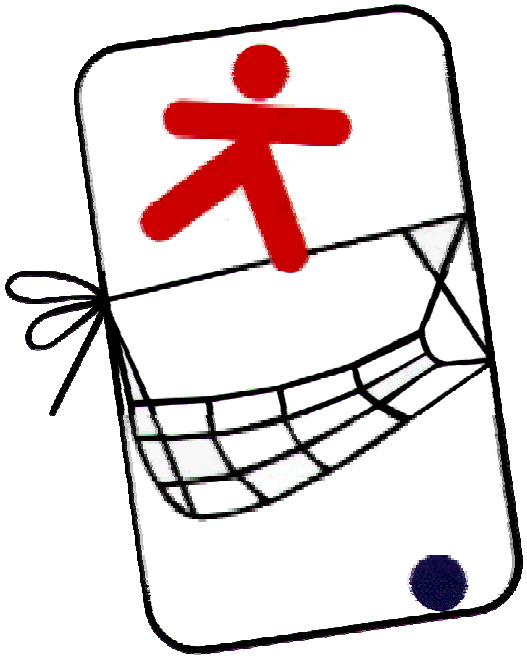


Stürze mit Produktbeteiligung: Delmenhorst 1999

5 - 14 Jahre (n = 352)



Soziale Risiken



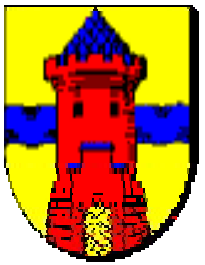
Einschulungsuntersuchungen im Land Brandenburg

- mehr Verbrühungen bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus
- mehr Verbrühungen in Mehrkindfamilien
- häufiger Verkehrsunfälle von Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus

Der Inhalt einer Tasse Tee oder Kaffee genügt, um bis zu einem Drittel der Körperoberfläche eines 0 bis 4jährigen Kindes zu verbrühen.

Verbrühung durch Teetasse, vom Vater umgestoßen

Unfallmonitoring Delmenhorst (1998 – 2000)



Verletzungen sind fast dreimal häufiger bei türkischen Jungen als bei deutschen

und

besonders stark ist der Unterschied bei thermischen Verletzungen

Stadtteilorientierte Strategie

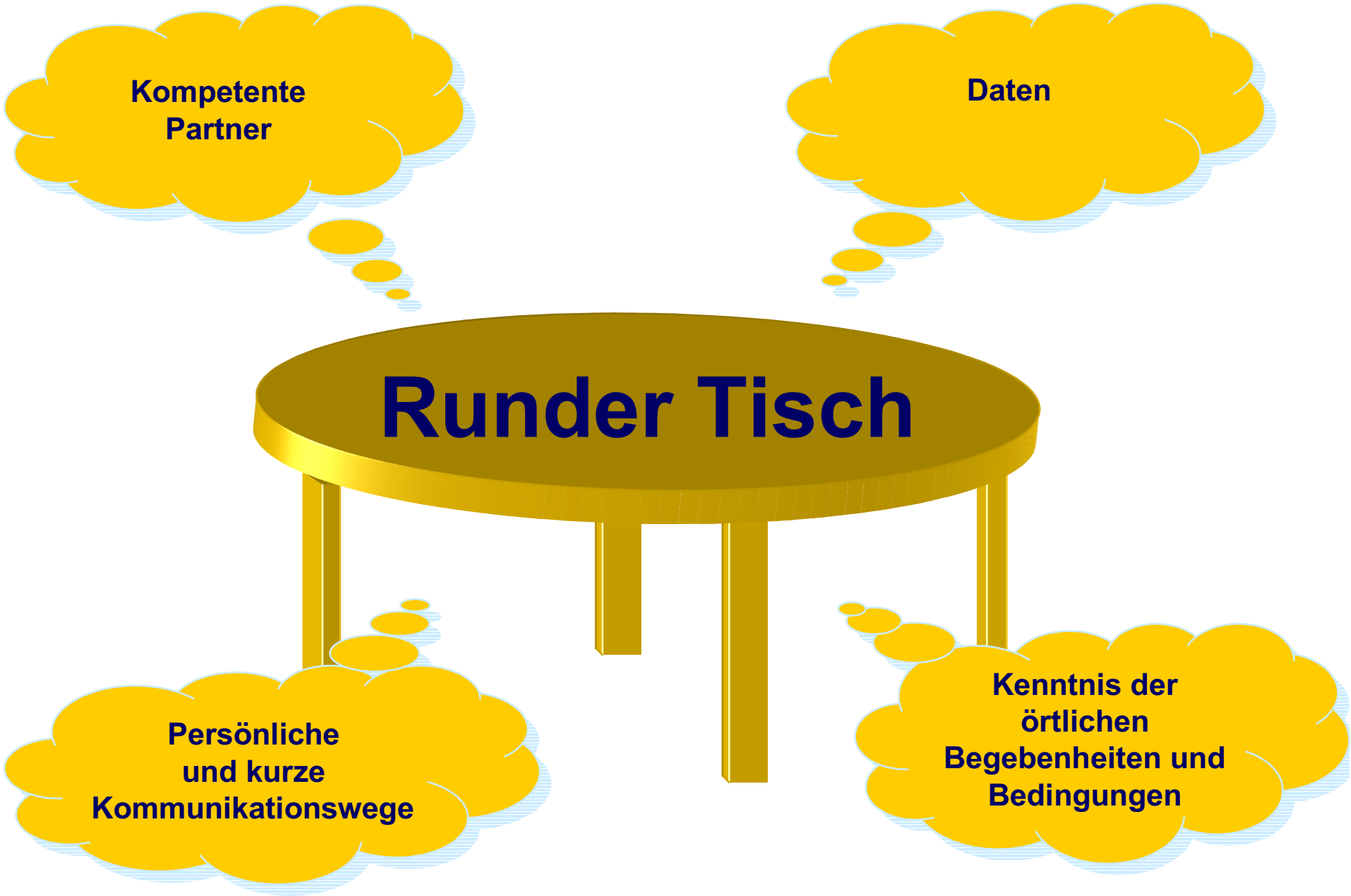
Schlussfolgerung:

- Wohnquartiere mit „niedrigem“ Sozialstatus, kinderreichen Familien und hohem Ausländeranteil sind Risikoquartiere für Unfälle im Kindesalter

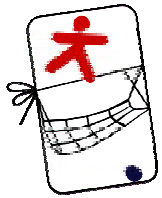
Stadtteilorientierte Strategie
2. Schritt: “Runder Tisch”

- um eine beständige Struktur* für die Umsetzung von Maßnahmen zu haben

*aus WHO Kriterien für eine “sichere Gemeinde” (program structure)


Kompetente Partner
Daten
Runder Tisch
Persönliche und kurze Kommunikationswege
Kenntnis der örtlichen Begebenheiten und Bedingungen

Kompetente Partner



Behörden und Ämter

- Gesundheitsamt
- Jugend- und Sozialamt
- Schulamt
- Verkehrsbehörde
- Stadtplanung
- Grünflächenamt
- Bildungseinrichtungen etc.

Institutionen, Vereine

- Unfallkasse
- Krankenkassen
- Verkehrswacht
- DLRG
- Verbraucherberatung
- Feuerwehr
- Elternbeiräte etc.

Berufsfachgruppen

- Erzieherinnen/Lehrer
- Hebammen
- Kinderärzte
- „Sicherheits-Experten“
- Architekten etc.

Gewerbe

- Möbelhäuser
- Spielzeugfachgeschäfte
- Babyausstatter
- Apotheken
- Einkaufszentren etc.

Stadtteilorientierte Strategie

3. Schritt:
Präventionsschwerpunkte festlegen

- um Kräfte zu bündeln
- und gezielt wirksam zu werden

4. Schritt:
Maßnahmen*

*aus WHO Kriterien für eine „sichere Gemeinde“ (program process, intervention)

Stadtteilorientierte Strategie

beispielsweise

- **Prävention von häuslichen Unfällen im Kleinkindalter – insbesondere thermischen Verletzungen**
- **Prävention von Verkehrsunfällen bei Schulkindern**
- **Check der Spielplätze und Spielflächen im Quartier**

Ellsäßer, G. Daten für Taten. Fakten zur Prävention von Kinderunfällen.
Forum Unfallprävention, Marburg 1998

Stadtteilorientierte Strategie

Beispiele

- für Präventionsaktivitäten auf kommunaler Ebene

*aus WHO Kriterien für eine „sichere Gemeinde“ (program process, intervention)

Information der Mütter bereits auf den Entbindungsstationen zu Unfallschwerpunkten im Säuglingsalter

umgesetzt seit 1998 in den 6 Modellregionen
des Forum Unfallprävention

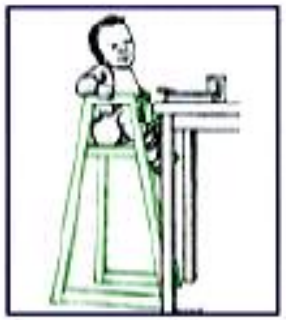
SICHERHEITSCHECKLISTE VOM 3. BIS ZUM 7. LEBENSMONAT

EINFÄLLE GEGEN UNFÄLLE – WAS SIE TUN KÖNNEN!

vom 3. bis zum 7. Lebensmonat

Der rote Faden meiner sicheren Zuneigung

Das Gitter am Kinderbett sollte immer hochgeschlossen sein. Mit zunehmendem Alter des Kindes sollte die Matratze abgesenkt werden.



Sorgen Sie für eine ausreichende Befestigung des Hochstuhles am Tisch!

Besonders unfallgefährdet ist das Greifalter Ihres Kindes. Es versucht alles, was es erblickt, in die Hand zu nehmen und zum Mund zu führen. Bald fängt Ihr Kind an, seine Umgebung auch kriechend zu erforschen. Ersticken und Verschlucken sind jetzt die Hauptgefahren.

Mein Kind ist vor dem Sturz aus dem Gitterbett, dem Hochstuhl und der Tragetasche gesichert. JA NEIN

Sobald das Kind sitzen kann, senke ich die Matratze ab und kontrolliere die Schutzvorrichtung der Gitterstäbe. JA NEIN

Vor dem Baden und Waschen meines Kindes kontrolliere ich immer die Badewassertemperatur. JA NEIN

Ich lasse mein Kind nie allein im Bad - auch nicht für Sekunden. JA NEIN

Ich lasse Kabel von elektrischen Geräten beispielsweise eines Bügeleisens nie herunterhängen. JA NEIN

Leitungen von elektrischen Geräten wie Bügeleisen, Küchenmaschinen, Fernsehgeräten und Stereoanlagen sollten für Kinder unzugänglich sein.

Kleine Spielsachen und Gegenstände wie Plastikbausteine, Murmeln, Knöpfe und Batterien sind gefährlich! Zur Vermeidung von Erstickungsunfällen sollten diese Dinge aus dem Kinderbett, dem Kinderwagen und vom Boden weggeräumt sein.

Copyright Deutsches Grünes Kreuz

Urheberrechte: Dr. G. Elbaßer, Verband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Brandenburg e.V. in Kooperation mit Barnardbudenpreisen, Schweden

Illustrationen: Nordpost

Projekt Riesenküche

umgesetzt in:

Dortmund

Delmenhorst

Potsdam

Cottbus

Berlin Friedrichshain

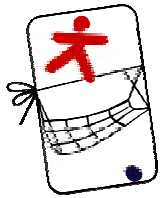
Projekt „Riesenküche“

Spielplätze überprüfen

Spielplatz in einer Rathenower Wohnsiedlung

Katastrophaler sicherheitstechnischer Zustand der Spielgeräte

Die verrosteten Spielgeräte wurden inzwischen geräumt.



Stadtteilorientierte Strategie

ist besonders wirksam
(neueste Studienergebnisse aus Schweden*)

Gründe:

- kann auf die örtlichen Bedingungen und Besonderheiten spezifisch reagieren (z. B. ethnische Minderheiten)
- kann lokale Möglichkeiten besser nutzen

*K Lindqvist et al. Evaluation of a child safety program based on the WHO Safe Community model. Injury prevention 2002;8:23-26

Prof. Dr. Petra Kolip

Gesundheitsrelevantes Verhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive

(1) Das theoretische Rahmenmodell

Das theoretische Rahmenmodell für den folgenden Beitrag stützt sich auf die Arbeiten des israelischen Medizin-Soziologen Aaron ANTONOVSKY, der dem pathogenetischen Ansatz in der Medizin einen so genannten „salutogenetischen" gegenüber gestellt hat. Er geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit die beiden Pole eines Kontinuums bilden. Dieser Gedanke lässt sich auf gesundheitsrelevantes Verhalten übertragen: wir verhalten uns nicht entweder gesundheitsförderlich oder gesundheitsschädlich, sondern häufig kommen Mischformen vor. ANTONOVSKY hat die Frage gestellt, welche Faktoren dazu beitragen, dass wir uns in Richtung des Gesundheitspols bewegen, bzw. übertragen auf unser Thema: dass wir uns gesundheitsförderlich und möglichst wenig gesundheitsriskant verhalten. Er identifiziert zwei Hauptgruppen von Einflussfaktoren: Risikofaktoren auf der einen Seite (z.B. chronische und akute Belastungen) und Schutzfaktoren/Ressourcen auf der anderen Seite. Diese wiederum lassen sich danach unterscheiden, ob sie an die Person gebunden (z.B. Selbstwertgefühl, Bewältigungsstrategien) oder in der sozialen Umwelt bzw. den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu suchen sind.

Die Überlegungen ANTONOVSKYS lassen sich in hervorragender Weise dafür nutzen, die Befunde der Jugendgesundheitsforschung zu systematisieren. Ich werde zunächst auf das Kontinuum eingehen und einige empirische Befunde zum gesundheitsrelevanten Verhalten aus Geschlechterperspektive vorstellen, um dann später darauf einzugehen, wo die Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung liegen, also welche Ressourcen gefördert werden müssen. Auch hier ist eine geschlechtervergleichende Perspektive dringend geboten, weil sich Mädchen und Jungen hinsichtlich der Einflussfaktoren auf Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten unterscheiden.

(2) Empirische Befunde zu den Geschlechtsunterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten

Die folgende Darstellung der empirischen Befunde stützt sich auf die so genannte „HBSC-Studie" (Health Behavior in School-aged Children), die seit 1984 unter Federführung der WHO in einer wachsenden Zahl von Ländern durchgeführt wird. Befragt werden jeweils ca. 1.500 Schüler/innen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren zu Gesundheit und Wohlbefinden, gesundheitsrelevantem Verhalten und potenziellen Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Die Studie will einen Überblick geben zur Frage, in welchen Bereichen sich die Gesundheit von Mädchen und Jungen heute (noch) unterscheidet.

Für den Tabakkonsum (vgl. Abb. 2) lässt sich festhalten, dass sich Mädchen und Jungen weitgehend angeglichen haben, insbesondere, was den Probierkonsum angeht. Bei den täglichen Raucher/innen überwiegen in der Altersgruppe der Fünfzehnjährigen sogar die

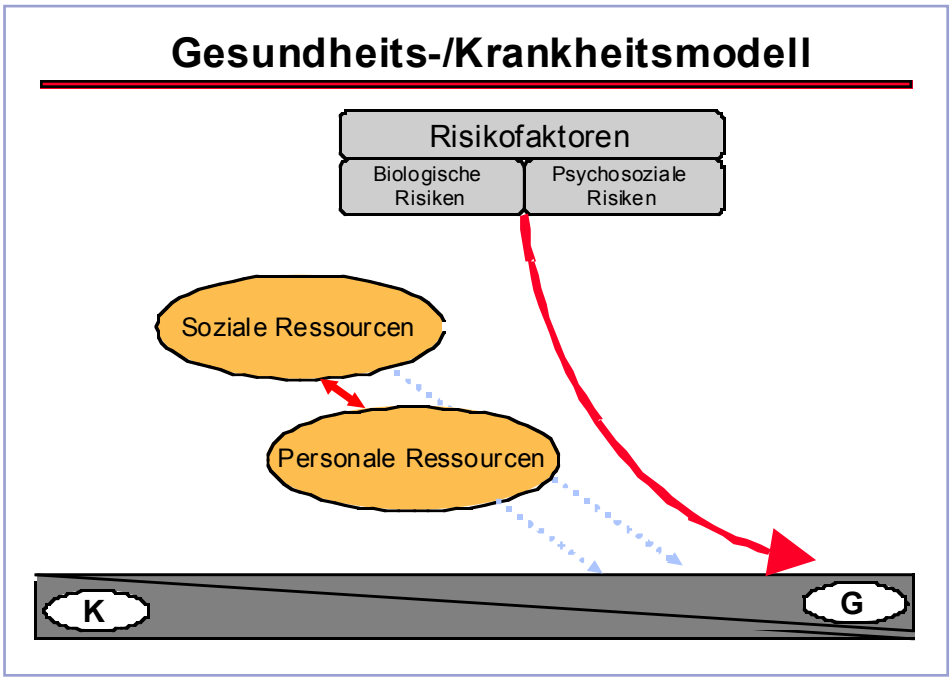


Abbildung 1

Mädchen. Qualitative Unterschiede, die aus den HBSC-Daten nicht hervor gehen, zeigen aber, dass Jungen, wenn sie rauchen, mehr Zigaretten rauchen, und dass sie auch zu „härteren“ Tabakprodukten (z.B. filterlose oder selbst gedrehte Zigaretten) greifen.

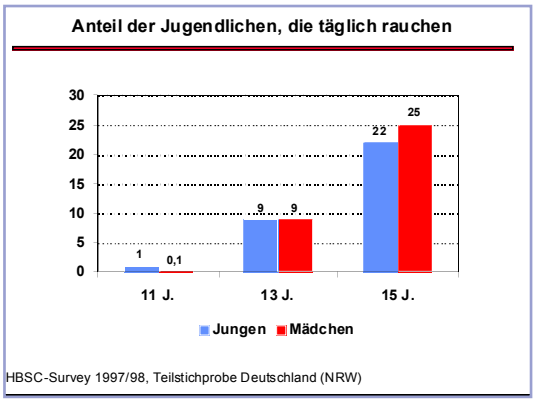


Abbildung 2

Beim Alkoholkonsum überwiegen die Jungen (vgl. Abb. 3). Zwar finden sich nur geringe Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz, aber Jungen konsumieren häufiger und regelmäßiger Alkohol. Sie sind häufiger als Mädchen betrunken und sie bevorzugen andere Alkoholsorten (Bier, harte Spirituosen).

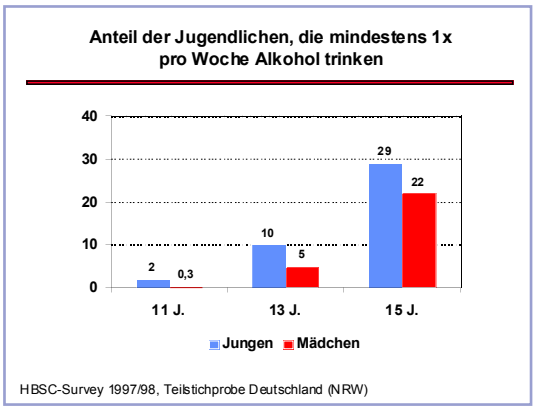


Abbildung 3

Auch die Ernährung ist ein Bereich, in dem sich Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen finden. Allerdings ist hier ein differenzierter Blick nötig (vgl. Abb. 4-6). Bezogen auf das, was sie essen, ernähren sich Mädchen gesünder: Sie konsumieren häufiger Obst und essen seltener Chips und Süßigkeiten.

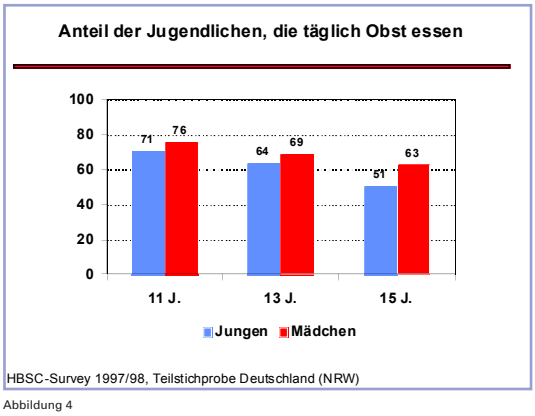


Abbildung 4

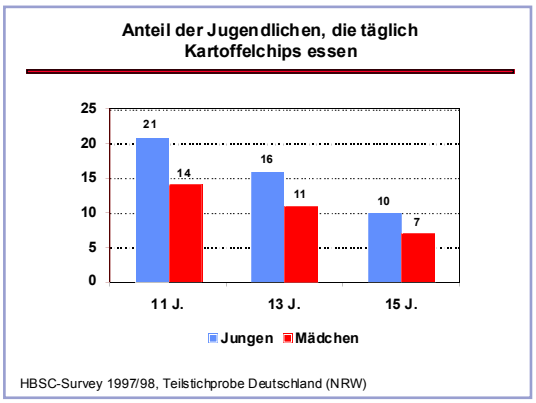


Abbildung 5

Allerdings verhalten sich Mädchen in einem anderen ernährungsbezogenen Bereich riskanter: Sie sind häufiger unzufrieden mit ihrem Körper und machen wesentlich häufiger als Jungen eine Diät. Restriktives Essverhalten, das einen Einstieg in Essstörungen bieten kann, ist ein typisches gesundheitliches Problemverhalten von Mädchen, auch wenn sich die Hinweise mehren, dass auch Jungen zunehmend Diäten machen und von Essstörungen betroffen sind.

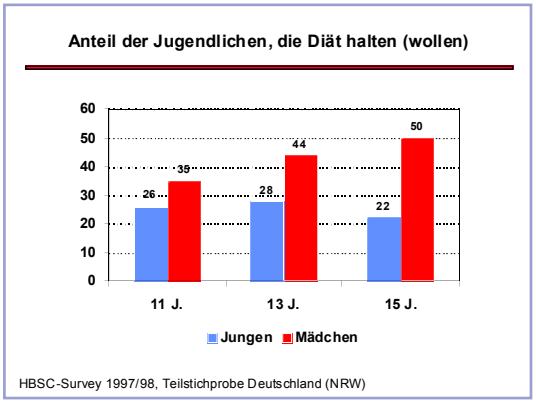


Abbildung 6

In einem weiteren Bereich verhalten sich Mädchen riskanter: Sie nehmen häufiger Medikamente, insbesondere psychotrope Substanzen ein (vgl. Abb. 7). So geben 42 Prozent der fünfzehnjährigen Mädchen, aber „nur“ 28 Prozent der gleichaltrigen Jungen an, mindestens einmal im Monat Kopfschmerztabletten zu nehmen. Dieses Ergebnis verweist zwar auf die höhere Kopfschmerzhäufigkeit, ist aber auch zugleich ein Hinweis darauf, dass Mädchen in

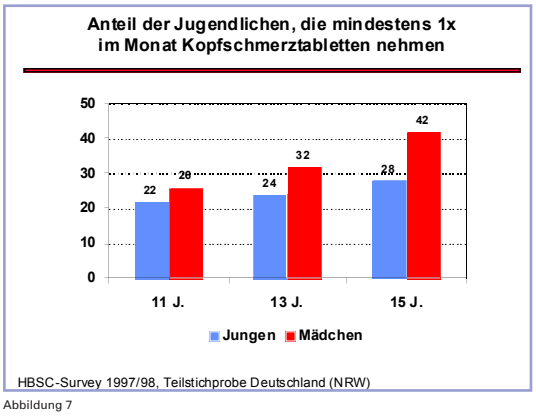


Abbildung 7

Bezug auf die Einnahme von Medikamenten eine niedrigere Schwelle haben.

Auch im Bewegungsbereich verhalten sich Mädchen riskanter (vgl. Abb. 8). Sie treiben verglichen mit den Jungen weniger Sport. Besonders in der höheren Altersgruppe (15 Jahre) finden sich deutliche Unterschiede: 83 Prozent der Jungen üben mindestens zweimal pro Woche außerhalb der Schule eine sportliche Tätigkeit aus, bei den Mädchen sind es nur 66 Prozent. Studien zum Freizeitverhalten bestätigen, dass in der Pubertät Mädchen ihr Bewegungsverhalten dramatisch zurückschrauben.

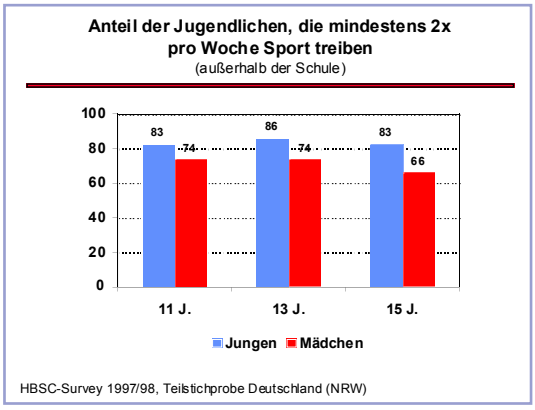


Abbildung 8

Ein weiterer Bereich wurde in dem HBSC-Survey 1997/98 leider nicht mehr erfragt: Unfälle und Verletzungen. In der vorhergehenden Studie wurde deutlich, dass dies ein Verhaltensbereich ist, in dem Jungen extrem gefährdet sind. Jungen haben wesentlich häufiger schwere Verletzungen als Mädchen. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Todesursachenstatistik wider: 1999 starben in der Altersgruppe von 15 bis 25 Jahren 1751 Jungen und junge Männer an den Folgen eines Unfalls, bei den Mädchen und jungen Frauen waren es „nur" 538. Jungen sind also von einem Unfall drei Mal so häufig betroffen. Nimmt man hier die Verkehrsunfälle, die bei den Unfällen die wichtigste Kategorie sind, näher unter die Lupe, fällt das Ausmaß des männlichen Risikoverhaltens besonders ins Auge. So hat die Bundesanstalt für Straßenwesen 1989 so genannte Disco-Unfälle analysiert, also Unfälle, die in den Nächten von Freitag auf Samstag bzw. Samstag auf Sonntag passieren. Sie konnten zeigen, dass Mädchen zwar genau so häufig einen Führerschein haben, aber seltener am Steuer sitzen (auf drei Fahrer kommt eine Fahrerin). Mädchen können am Wochenende seltener über ein Auto verfügen. Bei den Unfällen fällt aber auf, dass bei 40 Prozent der von jungen Männern verursachten Unfälle, aber nur bei 14 Prozent der von jungen Frauen verursachten Unfälle Alkohol im Spiel ist. Anders formuliert: Jungen fahren lieber selber betrunken Auto als dass sie ihre nüchternen Freundinnen ans Steuer lassen.

(3) Theoretische Erklärungsansätze

Die Jugendgesundheitsforschung hat deutlich gemacht, dass gesundheitliches Risikoverhalten spezifische Funktionen erfüllt und dass es diese Funktionen bei der Planung von Präventionsprogrammen zu berücksichtigen gilt („Anbieten funktionaler Äquivalente"). Die Funktionalität gesundheitlichen Risikoverhaltens ist vielfältig: Es dient der Entspannung, der Stressbewältigung, der Betäubung, es bietet Möglichkeiten der Kontaktaufnahme, aber auch der Provokation, dient der Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen, sowie der Ablösung von den Eltern, der Demonstration des Erwachsen-Seins und nicht zuletzt der Aneignung sozialer Räume und der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben.

Zahlreiche dieser Funktionen lassen sich in einer Geschlechterperspektive ausbuchstabieren. So ist die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zwar als Funktion geschlechtsneutral formuliert, dahinter verbergen sich aber für Mädchen und Jungen ganz unterschiedliche Aufgaben. So ist die Vorbereitung auf Familie und auf eine berufliche Karriere – eine Entwicklungsaufgabe, die konstant für verschiedene Kulturen formuliert wird – für Mädchen und Jungen je unterschiedlich ausgestaltet, denn wir leben in einem zweigeschlechtlichen System, das nach wie vor Mädchen und Jungen unterschiedliche soziale Handlungsfelder und Aufgaben zuweist. Auch die Aneignung des eigenen Körpers ist vor diesem Hintergrund eine Aufgabe, die Mädchen und Jungen in unterschiedlicher Weise lösen müssen. Die Genderforschung weist darüber hinaus auf einen weiteren Punkt hin. Hier wird seit geraumer Zeit über die Differenzierung von „sex" und „gender" diskutiert. Während „sex" das biologische Geschlecht meint, weist der Begriff „gender" darauf hin, dass das Geschlecht auch eine soziale Kategorie ist. Die Autor/innen WEST und ZIMMERMAN gehen sogar noch weiter und betonen, dass das Geschlecht nicht festgelegt ist, sondern in sozialen Interaktionen ausgehandelt wird. Da das Geschlecht eine zentrale Kategorie in unserer Gesellschaft ist, an der sich z.B. die Stellung in der sozialen Hierarchie festmacht, sind wir in sozialen Interaktionen darauf angewiesen, dass wir das Geschlecht unseres Gegenübers schnell erkennen. Meist gelingt uns dies leicht, weil sich Männer wie Frauen, Jungen wie Mädchen auch eindeutig ihrem Geschlecht entsprechend verhalten (z.B. hinsichtlich Bewegung und Stimme, aber auch in Bezug auf Kleidung und Frisur). Jugendliche haben die Aufgabe, sich in

der Adoleszenz Männlichkeit und Weiblichkeit anzueignen. Dies geht dann besonders leicht, wenn sie auf solche Verhaltensweisen zurückgreifen können, die eindeutig männlich oder weiblich „belegt" sind. Gesundheitliches Risikoverhalten bietet hier ein breites Repertoire, weil sich zahlreiche Verhaltensweisen gut dazu eignen, Männlichkeit – z.B. über exzessiven Alkoholkonsum) – oder Weiblichkeit – z.B. über restriktives Essverhalten – zu demonstrieren. Gesundheitlichem Risikoverhalten kommt so ein identitätsstiftendes oder identitätsstabilisierendes Moment zu, das bei der Planung von Präventionsprogrammen stärker berücksichtigt werden muss.

(4) Ausblick

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich Mädchen und Jungen in zahlreichen gesundheitsrelevanten Bereichen voneinander unterscheiden. Generalisierend lässt sich festhalten, dass Mädchen eher durch internalisierendes Risikoverhalten (Diätverhalten, Medikamentenkonsum), Jungen eher durch externalisierendes Verhalten (exzessiver Alkoholkonsum, riskantes Verkehrsverhalten) auffallen. Eine Schlussfolgerung daraus ist, dass bei der Planung von Präventionsprogrammen stärker auf diese Geschlechtsunterschiede geachtet werden muss. Dies gilt auch und gerade für Programme, die für Zielgruppen in sozialen Brennpunkten entwickelt werden. Hier kommt zu der Geschlechterdimension noch einmal die zweite Dimension der sozialen Ungleichheit dazu. Aber auch wenn man diese nach vorne rückt – und es gibt gute Gründe, dies zu tun – darf die Frage nach den Unterschieden zwischen den Geschlechtern nicht vernachlässigt werden. Cornelia HELFFERICH hat sehr präzise aufgezeigt, dass sich in einzelnen kulturellen Milieus immer eine Differenzierung entlang der Geschlechterdimension aufzeigen lässt.

Es ist sehr zu begrüßen, dass endlich die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen aus sozialen Brennpunkten in den Blick genommen wird und es wäre wenig hilfreich, die Geschlechterdiskussion gegen die Diskussion der sozialen Ungleichheit auszuspielen. Dennoch ist es notwendig darauf hinweisen, dass es auch bei der Arbeit in sozialen Brennpunkten bedeutsam ist, die Geschlechterdimension zu beachten. Es geht hier um eine zielgruppengerechte bzw. zielgruppenspezifische Entwicklung von Maßnahmen. Die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht kann hier dazu führen, dass Maßnahmen effektiver sind als sie es ohne eine solche Perspektive sein würden.

Dieser Punkt ist auch deshalb wichtig, weil die Erfahrung mit den bisherigen Präventionsprogrammen – gerade mit jenen, die auch auf die Vermittlung von Lebenskompetenzen setzen – zeigt, dass das Gießkannenprinzip nicht funktioniert. So zeigt Anja LEPPIN in ihrer Evaluationsstudie, dass vor allem diejenigen von einem schulischen Präventionsprogramm profitieren, die es am wenigsten nötig haben: Mädchen, sozial integrierte Jugendliche, Jugendliche höherer sozialer Schichten.

Bislang fehlen leider wissenschaftliche Analysen, die die Perspektiven der sozialen und geschlechtlichen Ungleichheit miteinander verbinden. Das hat zum Teil methodische Probleme (z.B. zu kleine Stichproben), zum Teil zeugt es aber auch vom Stand der wissenschaftlichen Diskussion. Es ist zu hoffen und zu wünschen, dass der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey deshalb einen Schwerpunkt auf die Verbindung dieser beiden Fragen legen wird. Wenn wir zielgruppenspezifisch arbeiten wollen und wenn wir wollen, dass unsere Angebote auch einen Erfolg zeigen, müssen wir genauer hinschauen, was die Jugendlichen brauchen und wie wir sie erreichen können. Und da müssen auch in sozialen Brennpunkten für Mädchen und Jungen unterschiedliche Ziele definiert und unterschiedliche Zugangswege gewählt werden.

Präsentation der wesentlichen Diskussionspunkte und Ergebnisse der zehn Arbeitsgruppen

AG 1 und 3:	Ute Fillinger
AG 2 und 7:	Dr. Monika von dem Knesebeck
AG 5, 6 und 8:	Reinhard Mann-Luoma
AG 4, 9 und 10:	Dr. Frank Lehmann

AG 1: Werdende und junge Eltern in schwierigen sozialen Lagen

- Schwerpunktzielgruppe: Alleinerziehende
- Anregende Diskussion, gute Balance zwischen Wissenschaftspraxis und verschiedenen Sektoren
- Hauptthemen: Kooperationen, Zugangswege zu den Zielgruppen, Finanzierung/Verstetigung der Angebote, Unterstützung der Akteure
- Empfehlungen zur Zielgruppe: Vielfältige Zugänge und Angebote, bedarfsgerecht, aktiv, aufsuchend, niedrigschwellig, neutraler Ort
- Empfehlungen zu Kooperationen: Gemeinsame Interessen suchen, Benefit verdeutlichen, intersektorale Vernetzung
- Empfehlungen zur Unterstützung der Akteure: Fortbildung, Fachtagung, Supervision
- Empfehlungen zur Qualitätssicherung und Evaluation

AG 2: Chancengleichheit beim Zugang zum Gesundheitswesen

- Gesundheitliche Defizite in sozialen Brennpunkten bestätigt und differenziert durch eigene Erhebungen
- Interventionen müssen basisnah erfolgen, niederschwellige Angebote
- Vernetzung von unten,basisnah
- Sprachprobleme bei Migranten und Deutschen vorrangig beachten
- Kindertagesstätten öffnen (Ausbildung und Finanzierung von Erzieherinnen verbessern)
- Sozialräumliches Denken fördern, Wahrnehmungsprobleme

AG 3: Kindergarten und Grundschule: Orte der Gesundheitsförderung in sozialen Brennpunkten

- E&C-Veranstaltung zum Thema „GF in Kita und Grundschule“
- Beratung in die Kitas/Grundschulen holen (Pädiater, Frühförderer)
- Notwendige Schwerpunkte in der Regelfortbildung: Bewegung, Psychomotorik, Kommunikation, Elternarbeit - qualitätsgesichert
- Horizontale Netzwerkbildung in sozialen Brennpunkten (Kita, Grundschule)
- Langfristig gesicherte Finanzierung – Voraussetzung für die Nachhaltigkeit
- Minimale Voraussetzung: Einhaltung des Personalschlüssels in sozialen Brennpunkten
- Strukturelle Maßnahmen (z. B. Müllbeseitigung, Öffnung von Kitas und Schulen)

AG 4: Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter

- Problem Unfall = Schicksal?
- Voraussetzungen:
  - Finanzierung durch Vernetzung; z.B.: Frühförderung (Sozialamt), Aufsuchende Familienhilfe (Jugendamt), EU, Unterprojekte E&C
  - Intervention durch Vernetzung z.B.: Erste-Hilfe-Kurse, Hebammen
- Handlungsempfehlungen:
  1. Nationale Strategie: Bund: z.B. Druck und Streuung von Medien, Länder: z.B. Vorbereitung Kooperation, Kommunen: runde Tische, regionale AG, Gesundheitskonf.
  2. Unfallprävention als neues Handlungsfeld „soziale Stadt“
  3. Konkrete Präventionsempfehlungen, alters- und zielgruppen-spezifische Sprache

AG 5: Das Wechselspiel von Ernährung, Bewegung, Stressregulation im Jugendalter

- Umbruch/Umdenken in Sportvereinen und im schulischen Kontext herbeiführen
- keine Stellvertreterarbeit - Mitarbeiter aus den entsprechenden Kulturkreisen qualifizieren
- Qualifizierte Ausbildung i.S.v. selbstbewusstem Auftreten, Selbstdarstellung der eigenen Arbeit
- Einsparungen durch die eigene Arbeit im Brennpunkt sichtbar machen (Polizei, etc.)
- Einrichten einer „Projekt“-Datenbank

AG 6: „Angst essen Seele auf“ – Förderung der seelischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

- Prävention findet praktisch nicht statt, sondern Krisenintervention
- Strukturen schaffen für Primärprävention (finanziell, organisatorisch) ? z.B. über Präventionsfonds der Krankenkassen
- Motivationshilfen für schwer „zugängliche“ Eltern, Kinder, Jugendliche (junge Männer) ? Zielgruppenbezug
- vorhandene Projekte für Zielgruppe „sozial Benachteiligte“ sensibilisieren
- Mehr Diskurs von Wissenschaft und Praxis
- Einführung eines Schulfachs „psychische Gesundheit“ bzw. „psychologische Gesundheitserziehung“ in Kindergarten

AG 7: „Let‘s talk about sex“ – Sexualpädagogische Arbeit mit Jungen und Mädchen

- Interventionen: „Wer illegale Karrieren stoppen will, muss legale anbieten.“ - individuelle Perspektiven erarbeiten
- „Institutionelle Entgrenzung“ - Schule und Jugendhilfe müssen im Tandem arbeiten, Eltern müssen mit einbezogen werden
- „Ressourcen wahrnehmen und stärken“- der pädagogisch Tätigen - Informationssysteme aufbauen - Information und Beratung - Aufbau von Familienzentren

AG 8: Gesundheit: ein Thema für Jugendliche in sozialen Brennpunkten?

- Es gibt viele interessante „Träger-Themen“
- Nachhaltigkeit fördern durch ...
  - offene Projekte (viele Beteiligungsmöglicheiten)
  - alle Beteiligten müssen Gewinn & Spaß haben
  - konkrete Zielvereinbarungen
  - Gesundheit „marktwirtschaftlich verkaufen“
- Vernetzung ist für Nachhaltigkeit erforderlich
  - Unterstützung durch die Politik
  - Anfang durch gemeinsames Projekt
  - Koordinationsstelle versteht sich als Dienst-leister, um die Partner zu unterstützen

AG 9: Gesundheit ist keine Frage der Herkunft

• Voraussetzungen: nicht Defizit sondern Bereicherungsaspekt sehen; Differenzierung der Migranten, strukturelle Förderung, Themen auswählen (Impfen, Zähne, Vorsorge, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, Verhalten)

• Fachkräfte schulen (Kultursensibilität)

• Lösungsvorschläge:
  - aufsuchend (z.B. Impfaktionen im Asylbewerberheim)
  - Vernetzung: Sozialamt und Einwohner-Meldeamt
  - Räumlichkeiten sollten vor Ort gegeben sein
  - GBE: migrantenbezogen

• Empfehlungen:
  1. keine Mischbelegung (z.B. Asylbewerberkinder und Drogenabhängige)
  2. Schulpflicht für Asylbewerberkinder
  3. Asylbewerberleistungsgesetz (z.B. Finanzierung von Psychotherapie: „Flüchtlingstrauma“

AG 10: Die besondere Rolle des ÖGD in sozialen Brennpunkten

- Privatisierung öffentlicher Aufgaben stoppen (z.B. Abbau Mütterberatungsstellen) und in neue Strukturen investieren (z.B. Bundesmodellprogramm: 1 Stelle pro Gesundheitsamt)
- Kommunale Finanzierungsfonds (z.B. Hamburg mit 20.000 €)
- Info/Erfahrungsaustausch bis hin zu Internetplattform
- Kein Projektstrohfeuer sondern Nachhaltigkeit (Dauer-Finanzierung!!!)
- ÖGD als niedrigschwelliger Ansprechpartner (z.B. Standesamt – Mütterberatung – Kinderkrankenschwestern in Familien

AG 1: Werdende und junge Eltern in schwierigen sozialen Lagen

Zielgruppen

Es wurden diverse Unterzielgruppen von werdenden und jungen Eltern in schwierigen sozialen Lagen identifiziert (Alleinerziehende, kinderreiche Familien, ausländische Mütter, sehr alte oder sehr junge Mütter, Paare mit großem Altersunterschied, Mütter mit schweren Biografien, Traumata, Suchtproblematiken, oder auffälligen erzieherischen Problemen). In der gesamten Diskussion wurde deutlich, dass allein erziehende Frauen mit geringer Bildung und niedrigem sozioökonomischen Status die wichtigste Adressatengruppe für Angebote sind.

Problemlage und Unterstützungsbedarf der Zielgruppen

Junge Eltern in schwierigen sozialen Lagen nehmen vor allem die Vorsorgeuntersuchungen nicht ausreichend wahr und haben generell zum Teil große Informationsdefizite in Gesundheitsfragen. Viele sind mit der neuen Lebenssituation und mit der Verantwortung für die Kinder überfordert, insbesondere Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern sind häufig völlig isoliert (kein Austausch, kein unterstützendes soziales Netz).

Angebote sollten an den Alltagsproblemen der Mütter/Eltern ansetzen und von der Information und Beratung zu Gesundheits- und Erziehungsthemen über praktische Hilfen zur konkreten Bewältigung des Alltags (z.B. Wohnungssuche) bis hin zu einer (auch längerfristigen) psychosozialen Begleitung reichen. Die Maßnahmen müssen längerfristig angelegt sein und an die Ressourcen und Potentiale der Mütter/Eltern anknüpfen.

Prioritäre Maßnahmen

Maßnahmen müssen die unterschiedlichen regionalen Strukturen berücksichtigen und die Unterschiede in den Teilzielgruppen (durch vielfältige Zugänge und Angebote). So gibt es zum Beispiel für Problemfamilien im ländlichen Raum kaum Angebote, weil die meisten Maßnahmen sich auf soziale Brennpunkte in Städten konzentrieren. Und es müssen zukünftig Angebote und Projekte gezielt auf Alleinerziehende als eine Hauptzielgruppe zugeschnitten werden.

Oft werden Probleme zu spät, nämlich erst mit Schuleintritt der Kinder, in aller Schärfe deutlich. Familien brauchen verstärkt Unterstützung in den ersten Lebensjahren der Kinder.

Empfehlenswert sind Maßnahmen, die aufsuchende Angebote (z.B. Familienhebamme), offene Angebote (z.B. Elterntreffpunkt, Müttercafe´, Haus der Familie) und Elternschulungen miteinander verbinden.

Rahmenbedingungen und Zugangswege

Voraussetzung für die Akzeptanz, die Inanspruchnahme und damit letztlich den Erfolg von Maßnahmen ist zum einen die Wahl des Trägers: freie Träger und der ÖGD werden in der Regel akzeptiert, das Jugendamt als Träger kann Ängste bzgl. Sanktionen wecken. Zum anderen muss die Kontaktaufnahme zur Zielgruppe aktiv und persönlich erfolgen, die Akteur/innen müssen eine Sprache mit der Zielgruppe finden, und sie sollten idealerweise in der Zielgruppe bereits über einen gewissen Bekanntheitsgrad und eine Vertrauensbasis verfügen. Offene Angebote müssen an einem neutralen Ort stattfinden (keine Stigmatisierung), sie sollten Anreize für die Eltern enthalten und die Integration fördern.

Zentrale Kooperationspartner für Maßnahmen im Säuglings- Kleinkind- und Vorschulalter sind die Kinderärzt/innen. Weitere gute Zugangswege gehen über Krankenhäuser (Entbindungsstationen, Kinderkliniken), Frauenärzte und Kindertageseinrichtungen.

Probleme und Lösungsmöglichkeiten bei der Trägerschaft von Maßnahmen

Zwei Probleme bei der Planung und Durchführung der Projekte zogen sich als roter Faden durch die Diskussion:
Wie erreicht man eine stabile (d.h. langfristige) Projektfinanzierung?
Wie kann man die nötigen Kooperationspartner mobilisieren?
Lösungsansätze sind gezielte Öffentlichkeitsarbeit sowie Gesundheitsberichterstattung und Armutsbericht, um Entscheidungsträger/innen zu überzeugen. Beides darf aber nicht dazu führen, dass ein Stadtteil stigmatisiert wird. Deshalb sind Maßnahmen zur Imageverbesserung eines Stadtteils ebenso wichtig, um zu verhindern, dass Bewohner/innen und Familien in stabilen sozioökonomischen Verhältnissen aus dem Stadtteil wegziehen und sich die soziale Schieflage damit weiter verstärkt.

Empfehlungen der AG für die zukünftige Arbeit

Die Kooperation und intersektorale Vernetzung, vor allem zwischen dem Gesundheits- und Sozial-Sektor zu verstärken ist eine wichtige Auf-

gabe. Kooperation wird erleichtert, wenn an den bestehenden Strukturen angesetzt und die vorhandenen Ressourcen genutzt werden. Wichtig ist es, den Benefit für die Institutionen herauszustellen und die Schnittstellen, an denen sich Interessen und Aufgaben treffen, zu identifizieren. Ebenso müssen vor dem Hintergrund der definierten Aufgaben der einzelnen Institutionen die Grenzen der Zusammenarbeit geklärt werden.

Die Arbeit vor Ort ist mit hohen Belastungen und wenig Anerkennung verbunden. Wichtig ist eine kontinuierliche Unterstützung/Begleitung der Akteur/innen in Form von Teamarbeit, regionalem und überregionalem Erfahrungsaustausch sowie Supervision und Fortbildungen und Fachtagungen.

Mehr Augenmerk sollte auf die Qualitätssicherung von Maßnahmen gelegt werden. Hier besteht für die Akteur/innen und Träger vor Ort Fortbildungsbedarf, der in einer eigenen Fachtagung aufgegriffen werden sollte.

Die geplante Projektdatenbank der BZgA wurde in diesem Zusammenhang mit Interesse aufgenommen, da sie zum einen bundesweit Transparenz über Maßnahmen und Projekte herstellen wird und zum anderen Akteur/innen vor Ort instruktive Hilfe bieten kann, wenn es darum geht, Umsetzungschancen aber auch -hindernisse für das eigene Projekt einzuschätzen.

AG 2: Chancengleichheit beim Zugang zum Gesundheitswesen

Projektvorstellung:
• Frühförderung in Köln-Höhenberg
• U1-9 Projekt in Osnabrück
• Familientreffpunkt/ Kiezoase Berlin-Schöneberg

(1) Durch eigene Untersuchungen bestätigen die oben genannten in der Arbeitsgruppe präsentierenden Projekte die gesundheitlichen Defizite bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen in ihrem jeweiligen Einzugsbereich. Dazu gehören: geringe Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 sowie der J1, erhöhtes Vorkommen von Adipositas, Sprach- und Sprechstörungen, Koordinationsstörungen, Bewegungsmangel und Verhaltensauffälligkeiten. Dies gilt aber nicht für das Impfen, im Gegenteil: niedrige Impfraten findet man eher in typischen Mittelschichtsbezirken.
(2) Die bestehenden Probleme und Defizite werden von den zuständigen Institutionen in den Kommunen nicht ausreichend wahrgenommen. Das Schachtel- oder Kästchendenken der Ämter ist eines der größten strukturellen Hindernisse für ein neues, dringend erforderliches sozialräumliches Denken. Ämter haben aufgrund ihrer Strukturen Wahrnehmungsprobleme im Hinblick auf die genannten Defizite, daher ist für sie das sozialräumliche Denken schwierig. Dabei müssten Gesundheitsthemen dringend in andere Bereiche integriert werden, um beim Abbau der Defizite Erfolg haben zu können. Sinnvoll wären die Neugliederung von Jugend- und Sozialämtern, die Bildung von sozialen Netzen und die Vereinbarung von Kooperationsverträgen.
(3) Die Vernetzung muss von unten und basisnah erfolgen, sonst fühlen sich – wie ein Teilnehmer sagte: „ die von unten unter einem Netz gefangen“. Dabei sollten Interessen und Motivationen eindeutig und klar sein und so auch formuliert werden.
(4) Erforderlich sind Interventionen, die basisnah erfolgen und niederschwellige Angebote machen. Die größte Überlebenschance haben Projekte, die basisnah entstanden sind. Erforderlich ist die bedarfsorientierte Arbeit auf der Beziehungsebene. Gefordert werden z.B. Familientreffpunkte: breite Angebote in einem Haus bzw. unter einem Dach, kurze Wege, nahtlos und ohne Formalitäten, konkrete Lösungsangebote für konkrete Probleme, Personalisierung, d.h. keine schriftlichen Ankündigungen von irgendwelchen Kursen, sondern persönliches Vorstellen z.B. der Familienberaterin im Nähkurs. Weitere Angebote, in deren Rahmen gesundheitliche Fragen thematisiert werden können sind z.B. Kochkurse, Sprachkurse, Kinderärztliche Sprechstunden, Bewegungskurse, Psychomotorik, Hausaufgabenhilfen, Ferienangebote etc. Gefordert wird die Öffnung der Kindergärten/-tagesstätten für neue Themen und Kooperationen: frühzeitige Einbeziehung der Eltern, Förderung der Kompetenzen und der Ausbildung der Erzieher/innen, bessere Finanzierung, verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinderärzt/innen und den Kinder- und Jugendärzten des ÖGD, z.B. bei der Früherkennung und der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen (Knick bei U8 und U9).
(5) In die sozialen Brennpunkte gehen, heißt auch Migration zum Thema zu machen. Soziale Brennpunkte sind in sich sehr unterschiedlich, aber überall ist Migration ein beherrschendes Thema. Es ist erforderlich die einzelnen Migrantengruppen zu differenzieren. Aussiedlerfamilien z.B. sind eigentlich Deutsche und würden bei einer einfachen Unterscheidung nach Deutschen/Ausländern herausfallen. Bei Interventionen ist es wichtig, türkische, russische etc. Multiplikator/innen anzusprechen (Kirche, Sprachinstitute etc.) um gangbare Wege zu finden, die den Kulturhintergrund berücksichtigen. Beispielsweise gestatten türkische Männer manchmal ihren Frauen nicht, einen Sprachkurs zu besuchen. Es wäre daher eine gute Möglichkeit z.B. einen Kochkurs auch für den Sprachunterricht zu nutzen.

AG 3: Kindergarten und Grundschule: Orte der Gesundheitsförderung in sozialen Brennpunkten

(1) E&C-Veranstaltung zum Thema „GF in Kita und Grundschule“

Es ergeht die Empfehlung, das Thema „Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Grundschulen“ noch einmal zu bearbeiten, da sowohl von Seiten der Forschung als auch von Seiten der Praxis der Handlungsbedarf klar herausgestellt wurde. BZgA und E&C Regiestelle werden gebeten, eine Fachtagung speziell zu der Thematik der Arbeitsgruppe auszurichten und zwar aus folgenden Gründen: In diesem Setting liegen Chancen, die genutzt werden sollten, um die andiskutierten Instrumente zu präzisieren; auch die Quartiersmanager/innen sollten „ins Boot geholt werden“; und es müssen strukturelle Maßnahmen in Arbeitsgruppen vertieft und deren konkrete Umsetzung flächendeckend geplant werden.

(2) Beratung in die Kitas/Grundschulen holen (Pädiater/Frühförderer)

Für sozial benachteiligte Eltern ist die Schwelle zur Arztpraxis und zu Angeboten des Gesundheitswesens häufig sehr hoch. Entwicklungsstörungen, -verzögerungen und Erkrankungen werden deshalb oft nicht erkannt oder bleiben unbehandelt. Zugleich gibt es sinnvolle Angebote im Alltag von Kindertagesstätten und Grundschulen (z.B. im Bereich der Förderung motorischer Kompetenzen), die eine spätere ärztliche Behandlung erübrigen. Daraus folgt, dass es in sozialen Brennpunkten – anders als in Mittelschicht-Wohngebieten – sinnvoll und notwendig ist, für Kindertagesstätten und Grundschulen einen regelmäßigen pädiatrischen Ansprechpartner zu haben. Die pädiatrische Betreuung kann helfen, die in den Einrichtungen vorhandenen Ressourcen zur Förderung der gesunden Entwicklung der Kinder besser zu nutzen, und das pädagogische Personal hat ärztliche Ansprechpartner/innen zu gesundheitlich auffälligen Kindern und Unterstützung bei der notwendigen Elternarbeit.

(3) Notwendige Schwerpunkte in der Regelfortbildung: Bewegung, Psychomotorik, Kommunikation, Elternarbeit

Bewegungsförderung ist eine prioritäre Aufgabe der Gesundheitsförderung im Kindesalter, denn Bewegung beeinflusst sowohl das Ernährungsverhalten als auch die Stressbewältigung. Die Förderung der motorischen Kompetenzen, vor allem der Koordination, beeinflusst die kognitive Entwicklung. Dem pädagogischen Personal muss Unterstützung in Form von qualitätsgesicherter Fortbildung zu den oben genannten Bereichen und besonders bei der Elternarbeit geboten werden.

(4) Horizontale Netzwerkbildung in sozialen Brennpunkten (Kita, Grundschule)

Die Praxisbeispiele „Gesundes Kitanetzwerk, Brandenburg“ und das Projekt „Förderung von Kindern mit mangelnden Bewegungserfahrungen“ aus Duisburg sind Initiativen, die bereits versuchen die Gesundheitsförderung in sozialen Brennpunkten einzuführen. Durch Kooperationen von Kitas werden Netzwerke geschaffen zur gegenseitigen Unterstützung und Erweiterung der Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung von Kindern in schwierigen Lebenslagen.

(5) Langfristig gesicherte Finanzierung – Voraussetzung für die Nachhaltigkeit

Die Universität Dortmund, die sich mit ihrem Projekt „Psychomotorische Entwicklungsförderung für Kindergarten- und Grundschulkinder“ in die Praxis begibt, ist nur ein Modellprojekt mit befristeter Finanzierung. Auch an anderen Stellen gibt es vergleichbare zeitlich befristete Modellprojekte. Diese wichtigen innovativen Initiativen müssen auf ein gesichertes Fundament gestellt werden, um mehr Nachhaltigkeit zu erreichen.

(6) Minimale Voraussetzung: Einhaltung des Personalschlüssels in sozialen Brennpunkten

Eine Empfehlung an die Träger: Zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Initiativen ist im Minimum die Einhaltung des Personalschlüssels in sozialen Brennpunkten dringend erforderlich. Gerade dort fehlen jedoch meistens die Fürsprecher/innen in der Elternschaft, die Einfluss auf politische Entscheidungen nehmen könnten.

(7) Strukturelle Maßnahmen (z.B. Müllbeseitigung, Öffnung von Kitas und Schulen)

In der Diskussion der AG gab es deutliche Hinweise auf die Wichtigkeit struktureller Maßnahmen wie zum Beispiel Stadtteilanalyse (sind genügend wohnungsnahe, sichere Spiel- und Bewegungsräume für Kinder vorhanden?), Müllbeseitigung durch Patenschaften, Doppelnutzung der Bewegungsräume von Kitas und Schulen. Zur Vertiefung und Umsetzung dieser strukturellen Maßnahmen sollte auf der nächsten Tagung ein gesonderter Workshop stattfinden.

AG 4: Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter

Ausgangspunkt waren die Vorträge von Prof. Siegrist und Frau Dr. Ellsäßer in der Plenumsveranstaltung. Unfälle und Verletzungen kommen bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen häufiger vor. Dies gilt insbesondere für Verbrühungen/Verbrennungen und Verkehrsunfälle. Als Präventionsstrategien waren vorgeschlagen worden: Gründung regionaler Allianzen „Kindersicherheit", Verkehrsplanung, Unfallpräventionserziehung (z.B. durch Kinderärzt/innen, Lehrer/innen), Bewegungsförderung, Antigewalt-Programme und aufsuchende Dienste.

(1) Problemlage

Als herausragendes Problem wurde von der AG die Tatsache identifiziert, dass Unfälle bisher nicht als Gesundheitsproblem, von dem sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche besonders betroffen sind, wahrgenommen werden. Und dies, obwohl Unfälle die Haupttodesursache und sehr häufige Krankheitsursache sind!

Verdeutlicht werden kann das Problem dadurch, dass es unmittelbar einsichtig ist, dass eine schlechte Wohnausstattung (beengte Wohnverhältnisse) schneller zu Verbrühungen führen kann, oder dass Wohnen in sozialen Brennpunkten mit schlecht gepflegten (möglicherweise gleichzeitig von Drogenabhängigen und Wohnungslosen benutzten) Kinderspielplätzen verbunden ist. Zusätzlich ist aus Delmenhorst bekannt, dass nichtdeutsche Jungen zwischen ein und vier Jahren viel häufiger verletzt sind als deutsche. Hier also sind spezifische Maßnahmen und besonderer Einsatz erforderlich. Dem steht allerdings entgegen, dass gerade durch die zuständigen Städte immer mehr Mittelkürzungen vorgenommen werden müssen.

(2) Lösungen

Die AG schlug vor, spezifische Schutzmaßnahmen in sozialen Brennpunkten verstärkt zu propagieren: z.B. den Einsatz von Herdschutzgittern und Rauchmeldern gegen Verbrühungen/Verbrennungen oder Fahrradtraining bei häufigen Fahrradunfällen. Auch eine Datenerhebung wie sie in Delmenhorst durchgeführt wird, kann helfen, Unfallgefahren in sozialen Brennpunkten in der Öffentlichkeit bekannt zu machen und die Politiker zu mobilisieren. Das Deutsche Grüne Kreuz hat eine praktische und einfach verständliche Checkliste gegen Unfallgefahren im Haus erstellt. Diese kann jungen Familienvätern z.B. im Rahmen der Schwangerenvorsorge mitgegeben werden: eine technische Aufgabe der Vorbereitung auf das Kind durch den Vater! Außerdem sollten Übungsleiter des Kinderturnens (DTB, DSB) besonders für das Training der Psychomotorik bei sozial benachteiligten Kindern ausgebildet werden. Die aufsuchende Familienhilfe sollte auch für die Notwendigkeit der Unfallprävention sensibilisiert werden. Das Projekt „Riesenküche" der Bundesarbeitsgemeinschaft „Kindersicherheit" (www.kindersicherheit.de) kann z.B. im türkischen Bildungszentrum o. ä. eingesetzt werden.

(3) Voraussetzungen schaffen, insbesondere Vernetzung

Finanzierung kann durch Vernetzung erleichtert werden, Beispiele hierfür sind die Zusammenarbeit mit dem Sozialamt (Stichwort „Frühförderung"), oder mit dem Jugendamt (z.B. aufsuchende Familienhilfe). Erste-Hilfe-Kurse (z.B. für Führerschein) können mit Hinweisen zur Prävention verbunden werden. Hebammen sollten für die Unfallprävention (z.B. bei Hausbesuchen) sensibilisieren. Kostenloser Eintritt für sozial benachteiligte Kinder im Spaß- und Schwimmbad wäre wünschenswert. Mögliche Finanzierungsquellen sind die EU (Programm „Regionen mit Erneuerungsbedarf") sowie Unterprojekte von E&C.

Wichtig wäre es, die Koordinationsarbeit möglichst nicht als Nebeneffekt einzustufen, sondern eine hauptamtliche Kraft hierfür einzusetzen.

(4) Handlungsempfehlungen

Ein nationales Präventionsprogramm sollte auf gebaut werden (z.B. vom Deutschen Ärztetag gefordert): auf Bundesebene könnte dieses z.B. Druck, Streuung von Medien, Strategiekoordinierung beinhalten, auf Landesebene die Vorbereitung von Kooperation (Verkehr, Gesundheit, Soziales, Bildung; ein positives Beispiel ist die interministerielle Arbeitsgruppe des Landes Brandenburg), auf kommunaler Ebene runde Tische, regionale Arbeitsgemeinschaften Kindersicherheit, Gesundheitskonferenzen, aufsuchende Dienste, Schulwegpläne, Fahrradtraining.

Als neues Handlungsfeld im Programm Soziale Stadt ist die Unfallprävention ideal, weil Maßnahmen bezüglich des Verkehrs, des Wohnens und der Vernetzung mit dem Ziel einer Verbesserung der Infrastruktur für die Unfallprävention erforderlich sind.

Für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sollten konkrete Präventionsempfehlungen entwickelt werden, die alters- und soziallagenspezifisch sind (insbesondere in Bezug auf Sprache und Bilder).

AG 5: Das Wechselspiel von Ernährung, Bewegung, Stressregulation im Jugendalter

(1) Beispielhafte Programme:

- Fit-point-Tenever der St.Petry Jugendhilfe (Tenever, Bremen) ist eine weitgehend selbst organisierte Sportinitiative – „Sport auf der Straße".
- Das Kinder- und Jugendtheater des Gesundheitshauses Bismarck (Gelsenkirchen) initiiert und führt durch Schulprojekte zum Thema Ernährung, Bewegung, Pausengestaltung, Selbstverteidigung.
- Das Gesundheitsamts St.Ingbert berät Eltern übergewichtiger Kinder und führt ein entsprechendes Trainingsprogramm durch.
- Im Projekt „GUT DRAUF" der BZgA werden Jugendliche spielerisch an die Themenkombination Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung herangeführt.

(2) Forderungen der Arbeitsgruppenmitglieder:

Umbruch/ Umdenken in Sportvereinen und im schulischen Kontext herbeiführen
Die wichtigsten Partner für die Initiativen vor Ort sind Schule und Vereine. Diese schaffen es aber nur schwer Offenheit für die andersartige und offenere Arbeit zu entwickeln. So gehen viele Jugendliche aus der offenen Arbeit in den Verein und bleiben dort nach kurzer Zeit wieder weg.

Keine Stellvertreterarbeit – Mitarbeiter/innen aus den entsprechenden Kulturkreisen qualifizieren
Gerade im Ernährungs- und Bewegungsbereich ist es notwendig mit den Mitarbeiter/innen aus anderen Kulturkreisen zusammen zu arbeiten und diese zu qualifizieren. Das gewährleistet eine hohe Akzeptanz in der Zielgruppe und eine kontinuierliche Arbeit.

Qualifizierte Ausbildung, selbstbewusstes Auftreten, Selbstdarstellung der eigenen Arbeit
Der Wert der eigenen Arbeit in den Initiativen wird von den Mitarbeiter/innen oft verkannt, die eigene Qualifikation nicht gesehen. Um Projekte erfolgreich und langfristig durchzuführen, ist es notwendig, die eigene Arbeit und die Erfolge, das eigene Können selbstbewusst darzustellen. „Tue Gutes und rede darüber".

Einsparungen durch die eigene Arbeit im Brennpunkt sichtbar machen (Polizei, etc.)
In allen Projekten wurden positive Auswirkungen für das Umfeld festgestellt: z.B. gingen Jugendkriminalität und Vandalismus zurück. Dies führt zu Einsparungen und Entlastungen auf anderen Ebenen, es gilt hiermit auch für die eigene Arbeit zu werben und Mittel zu akquirieren. „Was wir brauchen ist relativ wenig, aber wir bekommen es nicht".

Einrichten einer Projekt-Datenbank
Die meisten Initiativen arbeiten für sich alleine und machen ähnliche Erfahrungen. Über eine Projektdatenbank könnten Erfahrungen gesammelt und gebündelt, Strategien weitergegeben und gegenseitige Unterstützung geleistet werden. Damit käme man dem Netzwerkgedanken ein ganzes Stück näher.

AG 6: „Angst essen Seele auf" – Förderung der seelischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Zu Beginn wurde in einem von Frau Dr. Schneider gehaltenen kurzen Einstiegsreferat die Bedeutung eines frühzeitigen Ansatzes der Prävention von seelischen Störungen hervorgehoben.

Vier Projekte aus verschiedenen themenbezogenen Bereichen wurden beispielhaft, als Grundlage für die anschließende Diskussion, vorgestellt:

- GO! Gesundheit und Optimismus

Frau Junge (Universität Dresden) stellte das Präventionsprogramm GO! zur primären Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen sowie Ergebnisse und Implikationen der Langzeitevaluation vor.

- Neuhland

Herr Witte (Neuhland e.V.) hat in der AG über eine Untersuchung zur unterschiedlichen Inanspruchnahme von psychosozialen Beratungsangeboten sowie über die zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit berichtet. Angesichts der Ergebnisse wurden Möglichkeiten zur besseren Orientierung auf die Zielgruppe männlicher Jugendlicher besprochen.
www.neuhland.de

- Schulsozialarbeit

Frau Bittner (Regenbogenschule Wolfsburg) stellte als Beispiel der Schulsozialarbeit ein Projekt zur Selbststärkung von Mädchen vor und berichtete von ihren Erfahrungen im Bereich der Schulsozialarbeit (Entstehung, Durchführung, Probleme).

- Sterntaler Training

Herr Wannicke zeigte einen Film über die Arbeit der Kinderakademie Sterntaler Training, der Aufbau und Beispiele der Arbeit des primärpräventiven, frühzeitigen Ansatzes zur Selbststärkung und Stressbewältigung bei Kindern beinhaltet.
www.kinderakademie.de

Diskussionspunkte

Einleitend wurde die Problematik diskutiert, dass die Begrifflichkeit „seelische Gesundheit" sehr umfassend und schwer definierbar ist. Die Definitionen unterscheiden sich dabei meist auch in ihrer Einordnung in Theorie und Praxis. Die Klärung der Problemlage zielte hauptsächlich darauf ab, dass eine Prävention – bzw. ein erstes Handeln – im Bereich der seelischen Gesundheit meist erst bei Vorliegen von Symptomen und Auffälligkeiten einsetzt und damit einer Sekundär- bzw. Tertiärprävention, aber meist keiner Primärprävention gleich kommt. Selten sind frühzeitige, primärpräventive Ansätze, die nicht – wie eine „Feuerwehr" – als Krisenintervention erst eingreifen, wenn es bereits „brennt". Wünschenswert wäre daher eine deutlichere Implementierung von Aufklärung, Beratungsangeboten und Projekten im Bereich der seelischen Gesundheit, um primärpräventiv und gezielt gesundheitsfördernd aktiv werden zu können.

Die beispielhaft vorgestellten Projekte zeigen deutlich die Bedeutung zielgruppenspezifischer Ansätze. Berücksichtigt werden müssen bei der Umsetzung u.a. altersspezifische, insbesondere bei älteren Kindern und Jugendlichen außerdem geschlechtsspezifische Besonderheiten. Neben der Unterscheidung je nach Störungsbild und Auffälligkeiten, ist außerdem eine Berücksichtigung des sozialen Umfeldes entscheidend für eine nachhaltige Maßnahmenimplementierung. Hilfsangebote und Unterstützung für schwer „zugängliche" Eltern, Kinder und Jugendliche (junge Männer) werden für den Bereich der Förderung der seelischen Gesundheit als besonders bedeutsam hervorgehoben.

In der Umsetzung geeigneter (primär) präventiven Ansätze gibt es außerdem strukturelle Probleme, die sich auf die organisatorische Ebene (z.B. Beteiligung/Vernetzung von Kooperationspartnern) und die finanzielle Ebene beziehen. Erschwerend kommt hinzu, dass eine Überprüfung der Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder, primärpräventiver Programme und Projekte nur sehr schwierig ist und damit eine finanziell unterstützte Implementierung häufig gar nicht oder nicht langfristig zustande kommen lässt.

Zur Lösung der diskutierten Problembereiche wurden verschiedene Punkte vorgeschlagen und erörtert:

- Sensibilisierung der Gesellschaft für die Bedeutung der psychischen Entwicklung und Gesundheit von Kindern schon im Kindesalter durch „aggressiveres" Vorgehen bei der Bekanntmachung; Hervorheben der Verantwortung aller Leute;
- Implementierung bereits bestehender Projekte in „sozialen Brennpunkten";
- frühzeitige Sensibilisierung von Eltern durch Einbindung, z.B. durch Einführung von Elternkursen während der Schwangerschaft, Geburtsvorbereitungskursen;
- Einführung eines Schulfachs „psychische Gesundheit", evtl. bereits Heranführung im Kindergartenalter durch „psychologische Gesundheitserziehung";
- zur Finanzierung von Hilfsangeboten werden „Präventionsfonds" diskutiert, an denen sich z.B. Krankenkassen mit einem bestimmten Beitrag beteiligen, der aber unabhängig verwaltet wird.

Neben den Vorschlägen für die Umsetzung in der Praxis, wird betont, dass sich auch die Wissenschaft dem Diskurs bzgl. der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellen muss.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einen starken Bedeutungszuwachs in der Gesellschaft erlangen sollte. Frühzeitige, zielgruppenspezifische Maßnahmen – auch primärpräventive Ansätze – ermöglichen die Vermeidung oder Verminderung vielfältiger Störungen und Krankheitsbilder.

AG 7: „Let´s talk about sex" – Sexualpädagogische Arbeit mit Jungen und Mädchen

Es wurden unterschiedliche sexualpädagogische Projekte für sozial benachteiligte Mädchen und Jungen mit und ohne Migrationshintergrund vorgestellt:

- Ein Projekt der Straßensozialarbeit, „Anna O" aus Leipzig, das sich mit Mädchen und jungen Frauen befasst, die der Prostitution nachgehen. Dieses Projekt ist an das Jugendamt angebunden.
- Ein Projekt der Schulsozialarbeit: Der Verein Förderband e.V. Mannheim führt in enger Zusammenarbeit mit der Schule ein Projekt mit Schulschwänzerinnen zum Thema „Gesundheit und Sexualität" durch.
- Ein peer-education-Projekt mit jugendlichen Migrant/innen in Berlin.

Im anschließenden Gespräch wurde die wichtige Rolle folgender in Stichworten angerissener Aspekte deutlich

- Kontaktfähigkeit und Kommunikationsbereitschaft zu den unterschiedlichen Lebenswelten der Mädchen und Jungen
- Achtsamkeit auf Seiten der Pädagog/innen gegenüber den ihnen fremden Milieus
- individuelle Ressourcen der Mädchen und Jungen sehen und stärken
- Vernetzung mit anderen Ämtern und Institutionen
- Sexualpädagogik konkret: Aufklärung: z.B. Safer Sex und ansteckende Krankheiten, Körperhygiene, sexuelle Selbstbestimmung, d.h. Arbeit an der Identität

Am Ende der anregenden Diskussion wurden drei Thesen formuliert, die in enger Verbindung mit den vorgestellten Projekten stehen:

(1) Interventionen: „Wer illegale Karrieren stoppen will, muss legale anbieten"

Diese These fokussiert die Arbeit der Pädagoginnen im Projekt „Anna O." und verdeutlicht die Wichtigkeit einer Anbindung an eine Institution. Die Aufgabe und Chance besteht darin, mit den Mädchen und jungen Frauen individuelle Perspektiven zu erarbeiten. So kann z.B. das Verhandlungsgeschick einer jungen Prostituierten als Ressource wahrgenommen und für andere Bereiche auch umgesetzt werden.

(2) „Institutionelle Entgrenzung" – Schule und Jugendhilfe müssen im Tandem arbeiten, Eltern müssen mit einbezogen werden

Das Gesundheitsprojekt mit Schulschwänzerinnen zeigt eindrücklich, wie eine gelungene Zusammenarbeit zwischen Jugendarbeit und Schule aussehen kann. Die Schulsozialarbeit wird bisher zu wenig als Chance für alle Beteiligten gesehen, sozial benachteiligte Jugendliche auf ihrem Weg zu unterstützen und zu begleiten. Eine Voraussetzung dabei ist, ihre Ideen aufzunehmen und gemeinsam umzusetzen.

(3) „Ressourcen wahrnehmen und stärken"

Diese These stellt die Pädagog/innen mit ihren vielfältigen, oftmals schwierigen beruflichen Situationen in den Mittelpunkt. Auch sie müssen ihre Ressourcen wahrnehmen und stärken, dafür brauchen sie Räume zum Nachdenken und Reflektieren, zum gegenseitigen Informationsaustausch und kollegialer Beratung. Eine Vernetzung vor Ort verbunden mit dem Aufbau von Informationssystemen wäre eine sinnvolle Ergänzung.

Der Aufbau von Familienzentren ermöglicht die Schaffung eines zentralen Beratungs- und Informationspools, wo Mädchen und Jungen, Mütter und Väter, Pädagoginnen und Pädagogen sich Hilfe holen können bei Fragen um das Thema Sexualität wie z.B. Pubertät, Schwangerschaft, Familie, Erwachsenwerden , Informationen über Verhütungsmittel usw.

Die Bedeutung von Sexualität für die Identitätsentwicklung und Stärkung der Jungen und Mädchen bestreitet heute kaum jemand mehr und so zeigt sich zusammenfassend, dass Empowerment-Strategien wichtige Lernprozesse ermöglichen. „Ziel des Empowerment ist es, die Defizitorientierung durch eine Orientierung an den Stärken und Kompetenzen der Individuen zu ersetzen. Der Blickwinkel richtet sich gezielt auf die Ressourcen und Stärken der Menschen, auf ihre Potentiale zur Lebensbewältigung und -gestaltung – auch unter den eingeschränkten Bedingungen des Mangels oder vor dem Hintergrund vielfältiger persönlicher und sozialer Defizite." (GALUSKE, 1999, S. 229/230)

In der Diskussion dieser Arbeitsgruppe wurde die Ressourcen- und Kompetenzperspektive immer wieder deutlich. Letztendlich geht es um das Gefühl, etwas bewirken zu können und so kann nur das Angebot wirksam greifen, das in die Lebenswelt der Mädchen und Jungen integriert und persönlich glaubwürdig vermittelt wird.

AG 8: Gesundheit – ein Thema für Jugendliche in sozialen Brennpunkten?

Projektvorstellung:
Jugendgesundheitstag (Herr Dr. Stier, Frau Küppers)
Gesunde Schule Lübeck (Herr Dr. Stöven)
Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren" (Frau Schröder)
Gesundheitstraining „Rauchfreiheit" (Frau Dr. Plamper)
Kurz-Vortrag:
Essen und Trinken – Kompetenzerwerb für Jugendliche (Frau Deneke)

Zur konkreten Durchführung der einzelnen Projekte wurden nach den Beiträgen viele Nachfragen gestellt. Es wurde von Dr. Stier ergänzt, dass die BZgA das Projekt „Jugendgesundheitstag" aufgegriffen hat. Demnächst können sich interessierte Kommunen, Ärzte oder andere Träger von den Autoren bei Planung und Durchführung von Jugendgesundheitstagen beraten lassen (Auskunft und Anmeldung bei der BZgA).

Alle vorgestellten Ansätze zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen in sozialen Brennpunkten befinden sich im Stadium eines Modell-Projekts und stehen vor der Aufgabe, die Angebote zu verstetigen, um Nachhaltigkeit und eine breite Wirkung zu erzielen. Deshalb wurde die Frage der Nachhaltigkeit zum Haupt-Diskussionspunkt.

Gesundheit – ein Thema für Jugendliche in sozialen Brennpunkten?

Es liegt nahe, diese Frage mit einem klaren „Nein" zu beantworten, da Gesundheit für Jugendliche kein Thema an sich ist. Kinder und Jugendliche sind gesund und erleben Beeinträchtigungen wie Kinderkrankheiten, Erkältungen oder Verletzungen als vorübergehend. Für die Teilnehmer/innen der AG war es andererseits aber keine Frage, dass Gesundheits-Themen mit Fantasie so aufbereitet werden können, dass sie für Jugendliche interessant und erlebbar werden. Beispiele: themenbezogene Theaterstücke (ansehen oder selbst entwickeln), Beschäftigung mit Werbung bei der Gestaltung eines Werbespots, Gesundheitsmarkt mit Event-Charakter, Fitness-Tests, gemeinsames Kochen usw. Es gibt also vielfältige und für Jugendliche interessante „Träger-Themen" oder Verpackungen.

Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit

Das Hauptproblem wurde darin gesehen, dass wirkungsvolle Angebote nicht im Projekt-Stadium stecken bleiben und einmalige oder seltene Ereignisse bleiben dürfen. Um eine langfristige Übernahme der Projekt-Maßnahmen zu gewährleisten, müssen Strukturen aufgebaut und Kooperations-Partner vor Ort gewonnen werden, die in Eigenregie weiterarbeiten, z. B. Schulen, Kindergärten, Ärzt/innen. Das scheitert leider häufig daran, dass Lehrer/innen, Erzieher/innen, niedergelassene Ärzt/innen oder andere durch ihre vielfältigen originären Aufgaben über wenig zusätzliche Kapazitäten verfügen und/oder ihnen vielfältige Projekte angeboten werden. In der Diskussion wurden die im Folgenden aufgeführten Bedingungen erarbeitet, mit denen Projekte in langfristige Aktivitäten überführt und auf weitere oder andere Institutionen erfolgreich übertragen werden können. Diese Vorschläge und Ideen wurden zum Abschluss der Diskussion bewertet, indem die Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe jeweils 5 Klebepunkte erhielten und diese auf die genannten Vorschläge verteilen konnten. Bei der Reihenfolge der Ideen handelt es sich also auch um eine Rangfolge. Die Zahl der Punkte ist in Klammern dahinter notiert.

Die Kooperationspartner müssen sich mit eigenen Ideen in die Projekte oder Maßnahmen einbringen können (12): Es ist nicht sinnvoll, den Beteiligten ein festes Konzept oder Verfahrensweisen vorzugeben. Beispiel: beim Jugendgesundheitstag bleibt es allen Beteiligten selbst überlassen, was sie anbieten und wie sie sich präsentieren. Es wird lediglich ein Rahmen vorgegeben.

Die Politik (Kommunal-, Schul- und sonstige Politik) muss die Gesundheits-Aktivitäten unterstützen (9): Dies ist keine einseitige Forderung an die Politik. Unterstützung kommt in aller Regel nicht von allein. Um politische Unterstützung zu erreichen, müssen „Lobby-Maßnahmen" als integraler Bestandteil der Projektplanung verstanden werden. Sie müssen schon sehr früh beginnen, weil die dazu notwendigen Entscheidungen lange dauern.

Gewinn für alle Beteiligten (8): Die Gesundheits-Aktivitäten müssen allen einen Gewinn bieten. Der Gewinn wird für die Kooperationspartner ein anderer sein als für die Zielgruppen. Bei der Planung muss dies von Anfang an berücksichtigt werden. Die Planer/innen sollten sich in die gewünschten Partner hineinversetzen und dem Leit-Spruch der Öffentlichkeitsarbeit folgen: „Mit dem Kopf des anderen denken, mit dem Bauch des anderen fühlen!". Das gilt sowohl für die gewünschten Kooperationspartner als auch für die Zielgruppen.

Alle Beteiligten müssen dabei Spaß haben, keine „bierernsten" Aktivitäten (8): Diese Forderung bezieht sich sowohl auf die Zielgruppen einer Aktivität als auch auf die Anbieter und / oder Kooperationspartner.

Gesundheit muss „marktwirtschaftlich verkauft" werden (6): Damit ist einerseits die professionelle Planung gemeint andererseits die Ansprache von Kooperationspartnern. Ein klares (aber flexibles, s. o.) Konzept ist ebenso erforderlich wie eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit. Besonders wichtig wird diese Forderung, wenn Sponsoren oder andere Geldgeber/innen einbezogen werden sollen. Sponsoring ist eine Zusammenarbeit auf Gegenseitigkeit. Der Veranstalter muss dem Sponsor attraktive Gegenleistungen bieten.

Baldiger Start eines gemeinsamen Projektes (5): Der Anfang einer Kooperation gemeindenaher Kooperationspartner soll nicht nur aus einer umfangreichen Rede-Phase bestehen, in der sämtliche Konditionen der Zusammenarbeit erschöpfend ausdiskutiert werden, z. B. in einer Regionalen Gesundheits-Konferenz. Es wurde für erfolgreicher erachtet nach einer Basis-Absprache bald mit einem (kleinen) gemeinsamen Projekt zu beginnen, um gemeinsam Erfahrungen mit der Zusammenarbeit zu machen. Weitere Kooperations-Partner, die sich nicht sofort zu einer Zusammenarbeit entschließen können, können auch später noch hinzukommen.

Klare Ziel-Vereinbarungen (5): Am Beginn einer Zusammenarbeit sollen klare Vereinbarungen über die Ziele stehen, die mit einem Projekt erreicht werden sollen. Zielvereinbarungen dienen der Klarheit, Unmissverständlichkeit und sind auch Grundlage der Evaluation. Die Ziele müssen sachlich angemessen, realistisch und nachprüfbar sein. Das erfordert eine zahlenmäßige Festlegung, z. B. 20 Prozent weniger fünfzehnjährige rauchende Schüler an einer Schule, 20 Prozent mehr Beteiligung an der Jugendgesundheitsberatung (J1) bei den Ärzt/innen der Region im Jahr nach dem Jugendgesundheitstag, 1100 Besucher/innen (Schüler/innen) bei einem Jugendgesundheitstag.

Gutes Selbstbewusstsein der Gesundheitsförderer ist hilfreich (3): Gesundheitsförderer sollten nicht zu bescheiden sein und ihr Licht nicht unter den Scheffel stellen. Erfolgversprechender ist es vielmehr, die Ideen mit Selbstbewusstsein, Humor, einer Portion Frechheit und überzeugenden Botschaften „zu verkaufen" (s. o.). Ein hohes Maß an Kooperationsfähigkeit gehört ebenfalls dazu.

Initiatoren und Koordinatoren sollten sich als Dienstleister für die Partner verstehen (3): Dies ist besonders wichtig, wenn die gewünschten Kooperationspartner noch keine oder wenig Erfahrung mit dem Thema haben und/oder noch keine Erfahrung mit der Zusammenarbeit besteht. Unterstützung und Dienstleistungs-Mentalität der Koordinatoren erleichtern eine erfolgreiche Zusammenarbeit erheblich.

Persönliche Beziehungen aufbauen, aufrechterhalten und nutzen (3): Gute Persönliche Beziehungen zu Kooperationspartnern und Entscheidungsträgern (Politik, beteiligte Institutionen) erleichtern die Zusammenarbeit in der Regel erheblich.

AG 9: Gesundheit ist keine Frage der Herkunft – Gesundheitsförderungsansätze für Kinder aus Migrantenfamilien

Defizite/ Bedarf:

Migrant/innen sind eine sehr heterogene Gruppe, d.h. nicht jeder Migrant, nicht jede Migrantin ist sozial und gesundheitlich benachteiligt (z.B. Diplomat/innen, privilegierte Berufsgruppen). Kinder aus bestimmten Migrantengruppen, wie zum Beispiel Asylbewerber (keine Schulpflicht für die Kinder!), Flüchtlinge (traumatisierte Kinder), Aussiedler, Personen ohne rechtlichen Status („Illegale": sehr schwieriger Zugang zu medizinischer Versorgung), oder aus einkommensschwachen Familien, sind meist mit besonderen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen konfrontiert

Die Problemlagen, von denen diese Gruppen häufig betroffen sind, sind vor allem schlechte Wohnbedingungen (z.B. menschenunwürdige Sammelunterkünfte mit Schimmelbefall), schlechte Arbeitsbedingungen bzw. Arbeitslosigkeit (auch beruflicher Statusverlust), mangelnder Zugang zu Bildung, unzureichende Kenntnis des deutschen Gesundheitswesens (z.B. Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen), eingeschränkte Gesundheitsleistungen (z.B. keine/ unzureichende Psychotherapie gemäß Asylbewerberleistungsgesetz), geringere Möglichkeiten der Mobilität, Defizite im Präventionsbereich – zum Teil als Folge der zuvor genannten Probleme (mangelnde Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, unzureichender Impfschutz, gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen beispielsweise bei der Ernährung) sowie bereits entstandene Gesundheitsprobleme wie schlechter Zahnstatus und ansteckende Erkrankungen (z.B. Tbc).

Die zuständigen Einrichtungen des Gesundheitswesens können nur begrenzt helfen (das gilt für den Jugendhilfebereich analog), da sie ihrerseits folgende Defizite aufweisen: mangelnde Kenntnisse fremder Sprachen und Kulturen und ein eingeschränktes Selbstverständnis (z.B. von ÖGD-Ärzt/innen: die Zuständigkeit wird häufig nur für medizinische Einzelprobleme im Präventionsbereich wie etwa Impfen und Vorsorgeuntersuchungen gesehen).

Es besteht außerdem weiterhin ein Forschungsbedarf in dem Bereich Migration und Gesundheit.

Lösungsmöglichkeiten und ihre Voraussetzungen

Am meisten Erfolg verspricht die aufsuchende Arbeit, bei der die Betroffenen in ihrem Lebensumfeld angesprochen werden (niedrigschwellige Angebote). Dadurch können auch weitere Gesundheitsprobleme erkannt werden (beispielsweise können bei einer Impfsprechstunde gesundheitsgefährdende Wohnbedingungen festgestellt werden). Am Beispiel der vorgestellten Maßnahmen (Impfungen von Kindern in Übergangswohnheimen und Vorsorgeuntersuchungen – Entwicklungskontrolle – im Kindergarten) konnte aufgezeigt werden, dass für die aufsuchende Arbeit wie auch für die Arbeit im Migrantenbereich generell folgende Voraussetzungen notwendig sind:

- Kenntnis, wo wer von welchen Problemen betroffen ist (Informationen vom Sozialamt, Einwohnermeldeamt; regelmäßige Gesundheitsberichterstattung: u. a. subjektive Gesundheit als wichtiger Indikator),
- Vertrauenspersonen und Räumlichkeiten vor Ort,
- kultursensible Öffnung der Regeldienste durch Kontakt mit Migrant/innen (-vertretungen), insbesondere durch
- Fachkräfte, die Sprache, Kultur und Gesundheitsverständnis von Migrant/innen kennen (muttersprachliche Fachkräfte, Fortbildung des deutschen Personals),
- fremdsprachliches Informationsmaterial und Veröffentlichungen in fremdsprachlichen Medien
- generell eine Differenzierung der Angebote entsprechend dem unterschiedlichen Bedarf von Migrant/innen

Empfehlungen

Gesundheit muss als Querschnittsthema vermittelt, d.h. Verständnis für die gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen/ Maßnahmen in Bereichen außerhalb des Gesundheitswesens (z.B. Bau-; Verkehrsplanung) geweckt werden. Daraus folgt, dass das Thema Gesundheit noch stärker im Programm „Die Soziale Stadt" berücksichtigt werden sollte und dass vor Ort – sofern noch nicht geschehen – ämterübergreifende Arbeitsgruppen bzw. „runde Tische" das Thema Migration bearbeiten sollten (Sozialraumorientierung der Arbeit und interdisziplinärer Austausch). Unter gesundheitlichen Aspekten wären dann zum Beispiel die Mischbelegung von Unterkünften mit Asylbewerbern/ Flüchtlingen und Drogenabhängigen abzulehnen, gesundheitsgerechte Wohnbedingungen und ausreichende gesundheitliche Versorgungsleistungen sowie die Schulpflicht für Asylbewerberkinder zu fordern.

Bildungs- und Informationsdefizite müssten dringend abgebaut werden (schulische Förderung, Erwerb von Sprache und Kultur des Heimatlandes sowie Deutsch u. a. als „Brückensprache“ fördern, Information auch über Angebote der Jugendhilfe). Es muss auch vermittelt werden, dass Migrant/innen eine Bereicherung darstellen (z.B. sind Betriebe, die von Migrant/innen gegründet und geführt werden, ein wichtiger Teil der ökonomischen und Dienstleistungs-Infrastruktur gerade in sozial schwachen Gebieten; Migrant/innen bringen auch gesundheitsförderliche Ernährungsgewohnheiten , z.B. die „Mittelmeerküche“ mit)

AG 10: Die besondere Rolle des ÖGD in sozialen Brennpunkten

Kinder und Jugendliche sind im Verhältnis zu ihrem Bevölkerungsanteil überproportional stark von Armut betroffen. Da diese Armut auch massive Folgen für deren Gesundheit hat, kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst vor allem in der Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, aber auch in der Organisation von Versorgungsangeboten für unterversorgte Gruppen (z.B. Asylbewerber) hier eine besondere Schlüsselrolle zu. Für fast alle Krankheiten weisen sozial benachteiligte Kinder ein höheres Krankheitsrisiko auf. Neben schlechteren Ernährungsbedingungen und anderen hygienischen Standards hängen die höheren Erkrankungsrisiken auch mit der geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zusammen. Die Nicht-Teilnahme an den U1- bis U9-Untersuchungen liegt bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien deutlich höher als bei besser gestellten Altersgenoss/innen. Deshalb stellt die Schuleingangsuntersuchung, die in den meisten Bundesländern durch den öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt wird, für viele Kinder eine späte, aber immerhin vorgeschriebene Möglichkeit zur Erkennung von Entwicklungsbeeinträchtigungen und Krankheiten dar.

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist allerdings in Deutschland sehr heterogen organisiert. Alle sechzehn Bundesländer arbeiten nach unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen. Die Mehrheit der Länder hat eigene ÖGD-Gesetze verabschiedet, lediglich Niedersachsen und Hessen arbeiten auf der Basis des Reichsvereinheitlichungsgesetzes von 1934. Deshalb sind die Handlungsspielräume und gesetzlichen Aufträge für den öffentlichen Gesundheitsdienst ebenfalls sehr heterogen. Hinzu kommt die desolate Finanzsituation der Kommunen, die diese Handlungsspielräume zusätzlich einengt. Lediglich unabdingbare Pflichtaufgaben werden durchgeführt. Der Aufbau neuer Strukturen und wichtiger Angebote unterbleibt, weil dieser in die Kategorie so genannter freiwilliger Leistungen fällt. Es wird hier nicht in langfristigen Perspektiven gedacht, unter denen sich gerade solche Angebote als Kosten sparend erweisen könnten.

Die 73. Gesundheitsminister-Konferenz (GMK) der Länder hat im Jahr 2000 „Qualitätsstandards zu Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern“ für die GMK definiert. Darin wird unter anderem festgestellt, dass gesundheitliche Leistungen so organisiert sein müssen, dass sie für die genannten Zielgruppen besser nutzbar sind und die verschiedenen Hilfesysteme abgestimmte, koordinierte Angebote enthalten. Die Qualitätsstandards sollen die gesundheitliche Situation von benachteiligten Kindern und deren Familien verbessern und gleichzeitig trotz der engen finanziellen Spielräume der Länder und Kommunen umsetzbar sein. Die wesentlichen Forderungen der Entschließung beziehen sich auf eine bessere Zusammenarbeit von Jugendhilfe-, Stadtentwicklungs- und Gesundheitssektor, sie stärken den Gesundheitsbezug von Angeboten in Kindertagesstätten und Schulen sowie die Integration von Institutionen und Personen, insbesondere außerhalb des Gesundheitsbereichs zur Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen und Hilfestellungen. Diese Qualitätsstandards sind auf kommunaler Ebene bislang kaum umgesetzt.

In der Arbeitsgruppe wurden anhand von vier Praxisbeispielen aus Hamburg, Oldenburg, München und Baden-Württemberg die Handlungsmöglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes in sozialen Brennpunkten demonstriert. Allen Beispielen gemeinsam war das hohe Engagement der Beschäftigten für sozial Benachteiligte, die notwendige Organisation sozialpolitischer und finanzieller Unterstützung für die Angebote. Deshalb und aufgrund der heterogenen Rahmenbedingungen sind die Ergebnisse dieser Praxisbeispiele nur beschränkt übertragbar auf andere kommunale Settings. Sie zeigen jedoch, dass der öffentliche Gesundheitsdienst einen effektiven Beitrag zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten kann. In der Diskussion wurden gemeinsam mit den Teilnehmer/innen des Workshops folgende Kernforderungen für die künftige Ausrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes festgehalten:

- Die Privatisierung öffentlicher Aufgaben muss gestoppt werden, wenn gesundheitliche Ungleichheiten sich nicht weiter vergrößern sollen (z.B. Abbau Mütterberatungsstellen)
- In neue Strukturen muss investiert werden, da kommunale Stellen aufgrund ihrer desolaten Finanzlage häufig nicht die Mittel hierfür aufbringen können, ist die Einrichtung eines Bundesmodellprogramms zu überprüfen, über das modellhaft Angebote bei Gesundheitsämtern gehalten und vernetzt werden.
- Die Einrichtung trägerübergreifender kommunaler Finanzierungsfonds, an denen sich auch Krankenkassen beteiligen, ist ein sinnvoller Weg zur Finanzierung von Angeboten.
- Der Informations- und Erfahrungsaustausch bis hin zu Internetplattformen für Mitarbeiter/innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes muss intensiviert werden.

- Die Strukturen dürfen nicht kurzfristig angelegt sein, eine Dauerfinanzierung muss angestrebt werden („Kein Projektstrohfeuer, sondern Nachhaltigkeit“).
- Der ÖGD muss sich als niedrigschwelliger Ansprechpartner (z.B. Mütterberatung, Kinderkrankenschwestern in Familien) profilieren und damit sozial benachteiligten Gruppen den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsförderungsangeboten eröffnen
- Für alle Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen Qualitätsstandards entwickelt und umgesetzt werden. Die GMK-Entschließung (aus dem Jahr 2000) muss auf kommunaler Ebene umgesetzt werden.
- Die intersektorale Zusammenarbeit in der Kommune muss verbessert, das Ressortdenken insgesamt abgebaut werden, um so Leistungen für sozial Benachteiligte „aus einem Guss“ zu ermöglichen.

E&C-Fachforum „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten"

Eigenbeschreibung der teilnehmenden Projekte

Titel	**Das Schutzengel-Projekt (Modellprojekt)**
Ansprechpartner/in	Herr Volker Syring
durchgeführt von	Förderverein Schutzengel e.V. (besteht aus: Kindergarten Adelby GmbH, Kirchengemeinde St. Petry, Evangelisch-Lutherische Diakonissenanstalt Flensburg)
Kontaktadresse	Förderverein Schutzengel e.V. Herr Volker Syring Meisenstr. 15 24939 Flensburg Tel. 0461-49305-0 Fax: 0461-49305-21 vsyring@adelby.de www.schutzengel-flensburg.de
Zielgruppe	Kinder, Familien und Alleinerziehende aus sozialen Brennpunkten
Durchführungszeitraum	Ab November 2000, langfristige Perspektive
Räumliches Projektgebiet	Stadtteil Flensburg-Neustadt
Finanzierung	Refinanzierung der KK (Familienhebamme), Soziale Stadt, Sponsoring/Spenden, Förderung durch das Familienministerium Schleswig-Holstein (Modellprojekt), Wohnungsbaugesellschaft
Bemerkungen	- Entwicklung eines Hilfenetzwerks - wird evaluiert - wesentlicher Baustein: Elterntreffpunkt - model of good practice im Rahmen „Soziale Stadt“ - Netzwerkarbeit-Ressourcenoptimierung - Treffpunkt für niederschwellige Angebote

Titel	**Erziehung – kinderleicht? Mütterkurs zu Erziehungs- und Gesundheitsfragen**
Ansprechpartner/in	Frau Dr. Barbara Charez-Ramirez
durchgeführt von	Gesundheitsamt Bremen, u.a.
Kontaktadresse	Gesundheitsamt Bremen Frau Dr. Barbara Charez-Ramirez Horner Straße 60/70 28203 Bremen Tel.: 0421-3613953 Fax: 0421-36115600 Charez-Ramirez@gesundheitsamt.bremen.de
Zielgruppe	Mütter kinderreicher Familien
Durchführungszeitraum	Kurseinheiten
Räumliches Projektgebiet	Bremen
Finanzierung	Aus den Budgets der beteiligten Institutionen und aus Mitteln des Senatsprogramms „Wohnen in Nachbarschaften“
Bemerkungen	Multiprofessionelles, auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmtes Präventionsprojekt. Ziel: möglichst frühzeitig die mütterliche Kompetenz in den Bereichen Erziehung und Gesundheitsvorsorge zu stärken.

Titel	**Familienhebammen des Gesundheitsamtes**
Ansprechpartner/in	Frau Elisabeth Edelmann
durchgeführt von	Gesundheitsamt Hamm
Kontaktadresse	Gesundheitsamt Hamm Frau Elisabeth Edelmann Heinrich-Reinköster-Straße 8 59065 Hamm Tel.: 02381-176426 edelmann@stadt.Hamm.de
Zielgruppe	Schwangere Mütter und Mütter mit Säuglingen
Durchführungszeitraum	langfristig
Räumliches Projektgebiet	Stadt Hamm
Finanzierung	Ressourcen der vernetzten Institutionen
Bemerkungen	Das Projekt ist ein Baustein in dem Konzept „Hammer Elternschule vor Ort – sozialraumbezogene Familienbildung und Begleitung junger Familien in benachteiligten Lebenslagen“

Titel **U1 - U9 Projekt in Osnabrück**

Ansprechpartner/in Herr Friedhelm Lange

Kontaktadresse
Landkreis Osnabrück
Fachdienst Gesundheit
Herr Friedhelm Lange
Tel. 0541-501-3118
Mobil 0170-2327219
friedhelm.lange@lkos.de

Titel	**Familientreffpunkt Kiezoase**
Ansprechpartner/in	Frau Elke Berg
durchgeführt von	Öffentlicher Gesundheitsdienst und ein freigemeinnütziger Träger (Nachbarschaftsheim Kiezoase)
Kontaktadresse	Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg Frau Elke Berg Rathausstraße 27 12105 Berlin Tel.: 030-75604780 Fax: 030-75607256 berg@ba-temp.verwalt-berlin.de
Zielgruppe	Sozial benachteiligte Familien
Durchführungszeitraum	langfristig
Räumliches Projektgebiet	Stadtteil Berlin-Schöneberg (Norden)
Finanzierung	ÖGD, Zuwendungen, ABM, etc...

Titel	**Frühförderung in Köln-Höhenberg**
Ansprechpartner/in	Frau Müller-Rietschel
durchgeführt von	Gesundheitsamt Köln
Kontaktadresse	Gesundheitsamt Köln Frau Müller-Rietschel Neumarkt 15-19 50667 Köln 0221-22124795
Zielgruppe	Kinder im Alter von 3-6 Jahren
Räumliches Projektgebiet	Köln: Stadtteile Höhenberg und Vingst
Finanzierung	Gesetzliche Krankenversicherung und Sozialamt (BSHG)

Titel	Kinder mit mangelnden Bewegungserfahrungen
Ansprechpartner/in	Frau G. Jasper
durchgeführt von	Entwicklungsgesellschaft Duisburg
Kontaktadresse	Frau G. Jasper Reinerstraße 2 47166 Duisburg Tel.: 0203-9942961 gjasper@eg-du.de
Zielgruppe	Kinder
Durchführungszeitraum	Frühjahr 2002
Räumliches Projektgebiet	Duisburg Stadtteil Bruckhausen
Bemerkungen	Zusammenarbeit mit dem Stadtsportbund Duisburg

Titel	**Klasse 2000: Ein Programm zur Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung an Grundschulen**
Ansprechpartner/in	Frau Dipl.-Psychologin Karin Baar
durchgeführt von	Klasse 2000-Team-Nürnberg Institut für Präventive Pneumologie
Kontaktadresse	Institut für Präventive Pneumologie am Klinikum Nürnberg Frau Dipl.-Psychologin Karin Baar Filandastraße 11 12169 Berlin Tel./Fax 030-70760611 kariba@epost.de www.klasse2000.de
Zielgruppe	1. Klasse Grundschule
Durchführungszeitraum	12 Unterrichtseinheiten pro Schuljahr 4 Schuljahre lang
Räumliches Projektgebiet	2000/2001: Bayern, Baden Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen
Finanzierung	Spenden Patenschaften zwischen Schule und Lions-Club

Titel **Netzwerk Gesunder Kindergarten**

Ansprechpartner/in Frau Dr. Heidemarie Waninger

Kontaktadresse Frau Dr. Heidemarie Waninger
Seeburger Chaussee 2
14476 Groß Glienicke
Tel.: 033201-40847
info@kita-museum.de

Titel	**Runder Tisch Unfallprävention Delmenhorst**
Ansprechpartner/in	Dr. Johannes Böhmann Kinderarzt (ehrenamtliche Tätigkeit)
Kontaktadresse	Kinderklinik Delmenhorst Herr Dr. Böhmann Wildeshauser Str. 92 27753 Delmenhorst Tel. 04221-994401 boehmann.hans@klinikendelmenhorst.de
Zielgruppe	Eltern, Kinder, Multiplikatoren
Durchführungszeitraum	Start: 1995
Räumliches Projektgebiet	Delmenhorst
Finanzierung	Verein für Spenden gegründet

Titel	**Prävention von Kinderunfällen in Dortmund (Runder Tisch)**
Ansprechpartner/in	Herr Dr. Matthias Albrecht Kinderarzt
Kontaktadresse	Städtische Kliniken Dortmund Herr Dr. Matthias Albrecht Kinderchirugische Klinik Beurhausstr. 40 44137 Dortmund Tel. 0231-5021640 Fax 0231-5021950
Durchführungszeitraum	langfristig
Räumliches Projektgebiet	Dortmund
Bemerkungen	Broschüre „Kindersicher ist kinderleicht“ gibt es auch in türkischer Sprache

Titel	**Fit Kids**
Ansprechpartner/in	Dr. Renate Böttge
durchgeführt von	Gesundheitsamt Saar-Pfalz
Kontaktadresse	Gesundheitsamt Saar-Pfalz Frau Dr. Renate Böttge Saarbrücker Straße 2 66386 St. Ingbert Tel.: 0179-5404523 Fax: 06894-385108

Titel	**„gut-drauf“**
Ansprechpartner/in	Herr Mann-Luoma
durchgeführt von	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Kontaktadresse	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Referat 1-14 Herr Mann-Luoma Ostmerheimerstraße 220 51109 Köln Tel.: 0221-89920 mann-luoma@bzga.de
Zielgruppe	Jugendliche
Durchführungszeitrau	langfristig
Räumliches Projektgebiet	bundesweit
Bemerkungen	Schulung von Multiplikatoren aus den Bereichen Schule, offene Jugendarbeit, Sportverein und Reisen

Titel	**Schulprojekt „Gesunde Schule“**
Ansprechpartner/in	Frau Langefeld
durchgeführt von	Gesundheitshaus in Bismarck e.V. (Gelsenkirchen)
Kontaktadresse	Gesundheitshaus in Bismarck e.V. Frau Garbe Franziskusstr. 18-24 45889 Gelsenkirchen Tel. 0209-988-2987 Fax 0209-988-2988 info@gesundheitshaus-bismarck.de Gesundheitsamt Gelsenkirchen Frau Ingeborg Langefeld Kurt-Schumacher-Str. 4/Zi. 302 45875 Gelsenkirchen Tel. 0209-169-2520 Fax 0209-169-3505
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche
Durchführungszeitraum	1 Jahr
Räumliches Projektgebiet	Stadtteil Gelsenkirchen-Bismarck
Finanzierung	abhängig von Projektmitteln

Titel	**Fit • point tenever – Offene Sport- und Bewegungsangebote**
Ansprechpartner/in	Herr Ali Mohammad Zadeh
durchgeführt von	St. Petri Kinder- und Jugendhilfe Bremen
Kontaktadresse	St. Petri Kinder- und Jugendhilfe Frau Anne Vetter Sudwalderstr. 3 28307 Bremen Tel. 0421-42795-0 Fax 0421-42795-16 stpetrikh@t-online.de
Zielgruppe	Kinder/Jugendliche 6 – 17 Jahre
Durchführungszeitraum	seit 1998
Räumliches Projektgebiet	stadtteilbezogen, Übertragung auf ehrenamtliche Peers
Finanzierung	getragen über St. Petri, Stadt, Sponsoren ... Personal: Jahresverträge
Bemerkungen	Kooperationen mit Schulen, Polizei etc.

Titel	**Sterntaler Training: Ein Stressbewältigungskurs für Vorschule, Kita und Hort**
Ansprechpartner/in	Herr Dipl.-Pädagoge Achim Wannicke, Direktor
durchgeführt von	Berliner Institut für Gesundheitspädagogik Kinderakademie
Kontaktadresse	Berliner Institut für Gesundheitspädagogik Kinderakademie Direktor Dipl.-Pädagoge Achim Wannicke Kantstr. 61 10627 Berlin-Charlottenburg Tel. 030-32704994 Fax 030-32704996 info@kinderakademie.de www.kinderakademie.de
Zielgruppe	Kinder in der kritischen Übergangsphase vom Kindergarten zur Grundschule
Durchführungszeitraum	8 wöchentliche Termine à 90 Min. und 2 Elterntreffen
Räumliches Projektgebiet	Berlin/Potsdam
Finanzierung	Das Training kostet 120,00 € pro Kind, Finanzierungsmodelle mit Beteiligung der Krankenkassen werden geprüft
Bemerkungen	Gehstruktur, niedrigschwellig, sozialkompensatorisch, empfohlen von Prof. Dr. Hurrelmann, setting-basiertes Angebot problemorientiert

Titel	**Schulsozialarbeit - Regenbogenschule**
Ansprechpartner/in	Frau Margit Bittner, Schulsozialarbeiterin Rahmenprogramm: Schulen in sozialen Brennpunkten
Kontaktadresse	Frau Margrit Bittner Dessauerstr. 1 38444 Wolfsburg margrit@einer.de
Zielgruppe	Schüler/innen ab 8 Jahren
Durchführungszeitraum	langfristig, mindestens über ein Schuljahr
Räumliches Projektgebiet	auf die Schule begrenzt
Finanzierung	Personal von der Bezirksregierung (Land)
Bemerkungen	Enge Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern im Stadtteil (Freizeitheime, Horte und Kindergärten, Erziehungsberatungsstelle, Allgemeiner Sozialer Dienst (Jugendamt), sozialpädagogische Fachkräfte mit spezifischen Angeboten, Sportvereine) du starke Vernetzung Verschiedene Projekte z.B. „Selbststärkung von Mädchen“: Stärkung des Selbstwertgefühls, Stärkung der Selbstwahrnehmung Gruppenarbeit und Einzelhilfe Gruppenarbeit auf der Basis des Empowerment-Ansatzes

Titel	**Projekt für selbstmordgefährdete Kinder und Jugendliche**
Ansprechpartner/in	Herr Michael Witte
durchgeführt von	neuhland Hilfen für suizidgefährdete Kinder und Jugendliche e.V.
Kontaktadresse	neuhland Herr Michael Witte Nikolsburger Platz 6 10717 Berlin Tel. 030-417283951 Fax 030-41728395 witte@neuhland.de www.neuhland.de
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche
Durchführungszeitraum	langfristig
Räumliches Projektgebiet	Berlin: Beratungsstellen und Krisenunterkünfte jeweils in Friedrichshain und Wilmersdorf
Finanzierung	Bis 1987 Förderung durch das Bundesministerium für Frauen, Familie, Jugend und Gesundheit. Zurzeit wird die Arbeit der Beratungsstellen von der Senatsverwaltung über eine Zuwendung bestritten. Die Kosten für die Unterbringung in den Krisenwohnungen werden über Tagessätze finanziert.

Titel	**GO! Gesundheit und Optimismus**
Ansprechpartner/in	Frau Dipl.-Psychologin Juliane Junge
durchgeführt von	TU Dresden
Kontaktadresse	Technische Universität Dresden Klinische Psychologie und Psychotherapie Frau Dipl.-Psychologin Juliane Junge Chemnitzer Straße 46 01187 Dresden Tel.: 0351-46337468 Fax: 0351-46336984 jjunge@res.urz.tu-dresden.de
Zielgruppe	Jugendliche
Durchführungszeitraum	Oktober 1997 bis März 2001
Räumliches Projektgebiet	Sachsen
Finanzierung	BMBF
Bemerkungen	störungsspezifischen Programm zur Prävention von Angst und Depressionen; Durchführung und Evaluation im Forschungsverbund Public Health Sachsen Programmansätze: kognitive Faktoren, Soziale Faktoren, Bewältigungsverhalten Einsatzmöglichkeit im schulischen Rahmen

Titel	**FIT FOR SCHOOL**
Ansprechpartner/in	Frau Barbara Stanger
durchgeführt von	Förderband e.V.
Kontaktadresse	Förderband e.V. Frau Barbara Stanger B4, 1 68159 Mannheim Tel.: 0621-166610 Fax: 0621-166613 Stanger.foerderband@tesionmail.de
Zielgruppe	Schülerinnen mit auffälligen Fehlzeiten
Durchführungszeitraum	erstreckt sich über 1 Jahr
Räumliches Projektgebiet	Stadt Mannheim

Titel	**Anna O**
Ansprechpartner/in	Frau Ina Klass
durchgeführt von	Jugendamt der Stadt Leipzig
Kontaktadresse	Stadt Leipzig Jugendamt Frau Ina Klass Rossplatz 5-6 04103 Leipzig Tel.: 0341-9604245

Titel	**Jugendgesundheitstag: Treffpunkt für junge Leute zwischen 12 – 16 Jahren** (Forum der Jugendprävention)
Ansprechpartner/in	Frau Konstanze Küpper Herr Dr. Bernhard Stier
durchgeführt von	Projektteam Konstanze Küpper/ Dr. Bernhard Stier
Kontaktadresse	Frau Konstanze Küpper Waldallee 7.43 65817 Eppstein / Bremthal Tel. 06198-574495 kuepperkonny@compuserve.de
Zielgruppe	Jugendliche zwischen 12 – 16 Jahren
Durchführungszeitraum	seit 1998
Räumliches Projektgebiet	unbegrenzt
Finanzierung	BZgA plant die Realisierung von Jugendgesundheitstagen modellhaft zu fördern
Bemerkungen	- regionale, interdisziplinäre Plattform - Vernetzung der Gesundheitsanbieter

Titel	**Gesunde Schule Lübeck**
Ansprechpartner/in	Dr. Hartmut Stöven
durchgeführt von	Gesundheitsamt Lübeck
Kontaktadresse	Gesundheitsamt Lübeck Dr. Hartmut Stöven Sophienstr. 2-8 23560 Lübeck Tel.: 0451-1225332 Fax: 0451-1225390 hartmut.stoeven@luebeck.de
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche
Durchführungszeitraum	langfristig laufendes Kurssystem im Schuljahr
Räumliches Projektgebiet	in einer Hauptschule der Stadt Lübeck
Finanzierung	Krankenkassen
Bemerkungen	Evaluation durchgeführt

Titel	**Medienprojekt**
Ansprechpartner/in	Frau Uta Schröder
durchgeführt von	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. Thüringen
Kontaktadresse	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. / AGETHUR Frau Schröder Carl-August-Allee 1 99423 Weimar Tel. 03643-59223 oder 515611 Fax 03643-501899 info@agethur.de www.agethur.de
Zielgruppe	Klasse 6 - 9
Durchführungszeitraum	seit 2000, längerfristig
Räumliches Projektgebiet	bis jetzt nur Gera, Ausbreitung auf andere Landkreise durch Medienmobil möglich
Finanzierung	Förderung durch die AOK - Die Gesundheitskasse in Thüringen im Rahmen § 20 SGB V.
Bemerkungen	Landesvereinigung plant 09/2002 landesweite Erhebung von Maßnahmen für sozial Benachteiligte

Titel	**Interkulturelles Gemeinwesenzentrum mit Gesundheitsförderung**
Ansprechpartner/in	Frau Sylke Hödt
durchgeführt von	Gemeinsam im Stadtteil e.V.
Kontaktadresse	Gemeinsam im Stadtteil e.V. c/o Kommunales Forum Wedding e.V. Wiesenstraße 29 13357 Berlin Tel.: 030-46507355 Fax: 030/4629447 kom.forum.hoedt@web.de
Zielgruppe	Bewohner/innen des Sprengelkiezes
Durchführungszeitraum	ständige Einrichtung
Räumliches Projektgebiet	Stadtteil Sprengelkiez in Berlin-Mitte (Wedding)
Finanzierung	Eigenmittel der beteiligten Vereine, Anschubfinanzierung durch Quartiermanagement Sparrplatz, Fundraising und öffentliche Werbekampagne
Bemerkungen	Vermittlung eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses

Titel	**Impfungen von Kindern in Übergangswohnheimen**
Ansprechpartner/in	Frau Dr. Stephanie Boßerhoff
durchgeführt von	Gesundheitsamt Bottrop
Kontaktadresse	Gesundheitsamt Bottrop Frau Dr. Stephanie Boßerhoff Gladbecker Straße 66 46236 Bottrop Tel.: 02041-703720 Fax: 02041-703811 stephanie.bosserhoff@bottrop.de
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche in sog. Sammelunterkünften
Durchführungszeitraum	langfristig
Räumliches Projektgebiet	Stadt Bottrop
Finanzierung	Übernahme der Kosten komplett oder zum großen Teil durch das Land NRW, je nach Haushaltslage Erstattung durch die Bezirksregierung Münster
Bemerkungen	- Impfungen einer Personengruppe, die wenig Kontakt zu Präventionsmaßnahmen hat; - Sprachbarriere, geringe Mobilität, Altersstruktur, unbekanntes Gesundheitssystem; - Nach Aufbau eines Vertrauensverhältnisses sehr gute Compliance; - Möglichkeit weitere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einzuleiten.

Titel	**Gesundes Heimfeld (Hamburg)**
Ansprechpartner/in	Frau Dr. Gunhild Muras
durchgeführt von	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Gesundheits- und Umweltamtes Hamburg
Kontaktadresse	Gesundheitsamt Harburg Frau Dr. Gunhild Muras Am Irrgarten 3-9 21075 Hamburg Tel.: 040-42871 2347 Fax: 040-42871 2674 gunhild.muras@harburg.hamburg.de Stadtteilbüro Heimfeld Friedrich-Naumann-Str. 11 21075 Hamburg Tel. 040-7676061 Fax 040-7676063 stabue.heimfeld@planet-interkom.de
Zielgruppe	Eltern und Kinder aus dem Stadtteil
Durchführungszeitraum	langfristig
Räumliches Projektgebiet	Stadtteil Heimfeld-Nord/ Hamburg-Harburg
Finanzierung	Ressourcen der beteiligten Institutionen, Projektgelder der Hamburger AG für Gesundheitsförderung
Bemerkungen	Stadtteilorientierte Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung der Rolle des ÖGD

Titel	Entwicklung eines kommunalen Präventionskonzeptes
Ansprechpartner/in	Frau Silvia von Düffel
durchgeführt von	Gesundheitsamt Oldenburg
Kontaktadresse	Gesundheitsamt Oldenburg Frau Silvia von Düffel Rummelweg 18 26122 Oldenburg Tel.: 0441-2358630

Titel	**Der öffentliche Gesundheitsdienst beim Aufbau eines Handlungsfeldes Kinderarmut und Gesundheitsförderung**
Ansprechpartner/in	Frau Barbara Leykamm
durchgeführt von	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
Kontaktadresse	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg Frau Barbara Leykamm Hoppenlanstraße 7 70174 Stuttgart Tel.: 0711-1849326 Fax: 0711-1849325 leykamm@lga.bwl.de
Bemerkungen	Die Daten für Gesundheitsberichte zur Kinderarmut sind vorhanden. In Modellprojekten wirkt der ÖGD als Initiator. Der ÖGD ist die ideale Anlaufstelle für sozial Benachteiligte. Der Abbau von Barrieren erfordert kommunale Steuerung. Wirksam koordinieren kann besonders der ÖGD. Der ÖGD übernimmt die kompensatorische Versorgung. Der ÖGD ist die natürliche Interessenvertretung für sozial Benachteiligte.

Titel	**Münchener Aktionswerkstatt Gesundheit**
Ansprechpartner/in	Frau Christl Riemer-Metzger
Kontaktadresse	Münchener Aktionswerkstatt Gesundheit Frau Christl Riemer-Metzger Bayerstraße 77a 80335 München Tel.: 089-5438751 Fax: 089-53295657 riemer-metzger@web.de

Titel	**Interventionsprogramm zur Steigerung der Durchimpfungsrate**
Ansprechpartner/in	Frau Petra Freynik
durchgeführt von	Gesundheitsamt Essen
Kontaktadresse	Gesundheitsamt Essen Frau Petra Freynik Bernestraße 7 45121 Essen 0201-8553424 petra.freynik@gesundheitsamt.essen.de
Zielgruppe	Schüler/innen der 6. Klasse
Räumliches Projektgebiet	Essen
Bemerkungen	Impfberatung

Titel	**Förderung kommunikativ-sprachlicher und motorischer Kompetenz**
Ansprechpartner/in	Frau Stefanie Kuhlenkamp
durchgeführt von	Stadtteilbüro Scharnhorst Ost
Kontaktadresse	Mackenrothweg 15 44328 Dortmund Tel.: 0231-5028887 s.kuhlenkamp@vr-web.de

Titel	**Gesundheitstraining in Neusser Schulen – RauchFreiheit**
Ansprechpartner/in	Frau Dr. Evelyn Plamper
durchgeführt von	Institut für Gesundheitsökonomie der Universität zu Köln
Kontaktadresse	Institut für Gesundheitsökonomie der Universität zu Köln Frau Dr. Evelyn Plamper Lindenthalgürtel 22 50935 Köln Tel.: 0221-4786460 evelyn.plamper@medizin.uni-koeln.de
Zielgruppe	Schüler/innen der 5. Jahrgangsstufe
Durchführungszeitraum	Juni 2001 bis Dezember 2002 Weiterführung ist geplant
Räumliches Projektgebiet	regional
Finanzierung	unterstützt vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie, und Gesundheit in NRW und dem BKK Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW
Bemerkungen	- Lehrer/innen werden zu Moderator/innen - Entspannung, Bewegung in den Schulpausen - Vernetzung der Bereiche Schule und Gesundheit - das Projekt ist ein Baustein in der Maßnahme im Rahmen der Landesinitiative zum Nichtrauchen in NRW - wissenschaftliche Begleitung in der 1. Phase

Titel	**Elternberatung „Vom Säugling zum Kleinkind“**
Ansprechpartner/in	Frau Lena Schneider
durchgeführt von	IFFE e.V. – Institut für Fortbildung, Forschung und Entwicklung an der Fachhochschule Potsdam Projektleitung: Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner
Kontaktadresse	IFFE e.V. Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner Friedrich-Ebert-Straße 4 14467 Potsdam Tel.: 0331-2700574 Fax: 0331-5802459 elternbe@fh-potsdam.de www.fh-potsdam.de/IFFE/schrei.htm
Zielgruppe	Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern sowie Fachkräfte im Bereich der frühen Eltern-Kind-Beziehung
Durchführungszeitraum	langfristig
Räumliches Projektgebiet	Potsdam
Finanzierung	gefördert durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg, SOS Kinderdorf e.V., Bundesministerium für Bildung und Forschung
Bemerkungen	Beratungs- und Therapieangebote für die Zielgruppe, Fortbildungsangebote für die Fachkräfte, Vernetzung und Kooperation mit sozialen Einrichtungen in Potsdam, Land Brandenburg und Berlin

Titel	**Jugend mit Zukunft ins nächste Jahrtausend – Bewegung, Spiel und Sport mit Mädchen und Jungen in Stadtteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf**
Ansprechpartner/in	Herr Bernd Mennes
durchgeführt von	Landessportbund NRW
Kontaktadresse	Sportjugend NRW im Landessportbund NRW e.V. Friedrich-Alfred-Str. 25 47055 Duisburg Tel.: 0203-7381647 Fax: 0203-7381857 bernhard.mennes@lsb-nrw.de
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche
Durchführungszeitraum	1997 bis 2000
Räumliches Projektgebiet	Stadtteile in NRW
Finanzierung	Mittel des Ministeriums für Städtebau und Wohnen, und des „Aktionsprogramms Breitensport“
Bemerkungen	Projektverlauf wurde dokumentiert und evaluiert

Titel	**PIN – Patienten-Informations-Netz Berlin (Modellprojekt)**
Ansprechpartner/in	Frau Carola Gold
durchgeführt von	Gesundheit Berlin e.V.
Kontaktadresse	Straßburger Str. 56 10405 Berlin Tel. 030-443190-60 Fax 030-443190-63 post@patienteninfo-berlin.de www.patienteninfo-berlin.de
Zielgruppe	Verbraucher/innen, Patient/innen, vertiefendes Angebot für Migrant/innen
Durchführungszeitraum	langfristig
Räumliches Projektgebiet	Region Berlin
Finanzierung	Förderung durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Titel	**Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten**
Ansprechpartner/in	Frau Erhardt
durchgeführt von	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
Kontaktadresse	Thüringen e.V. / AGETHUR Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. / AGETHUR Frau Erhardt Carl-August-Allee 1 99423 Weimar Tel. 03643-59223 oder 515611 Fax 03643-501899 info@agethur.de www.agethur.de
Zielgruppe	Kinder, Eltern, pädagogische Fachkräfte
Durchführungszeitraum	läuft noch
Räumliches Projektgebiet	Thüringen
Finanzierung	Förderung durch den BKK Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Thüringen im Rahmen von § 20 SGB V.
Bemerkungen	„Model of good practice" bei der BZgA-Fachtagung „Gesundheitsförderung im Kindergarten" 2000 in Bad Honnef

Titel	**Kids for Kids**
Ansprechpartner/in	Frau Uta Schröder, LV
durchgeführt von	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. Thüringen
Kontaktadresse	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. / AGETHUR Frau Schröder Carl-August-Allee 1 99423 Weimar Tel. 03643-59223 oder 515611 Fax 03643-501899 info@agethur.de www.agethur.de
Räumliches Projektgebiet	Thüringen
Finanzierung	Förderung durch die AOK - Die Gesundheitskasse in Thüringen im Rahmen § 20 SGB V.
Bemerkungen	„Model of good practice" bei der BZgA-Fachtagung „Gesundheitsförderung im Kindergarten" 2000 in Bad Honnef

Literaturverzeichnis

BADURA B, SIEGRIST J, (Hg.) (2002) Evaluation im Gesundheitswesen. 2. Auflage. Weinheim Juventa

BARKER D (1994) Mothers, babies and disease in later life. London: BMG Publications

BLANE D, BRUNNER EJ, WILKINSON RG (Hg.) (1996) Health and social organisation. London: Rudledge

Bundesärztekammer (Hg.) (2001) Verletzungen und deren Folge – Prävention als ärztliche Aufgabe. Köln

CURRIE C., HURRELMANN K., SETTERTOBULTE W., SMITH R., Todd J. (eds.) (2000) Health and health behavior among young people. WHO Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents Series No. 1. WHO Europe, Kopenhagen.

GALUSKE, Michael (1999) Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim Juventa

HEMMING B (2002) Sozialräumliche Determinanten der Kindergesundheit. Unveröffentlichte Magisterarbeit Zusatzstudiengang Public Health der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf.

HURRELMANN K, LÖSEL F (Hg.) (1990) Health hazards in adolescents. Berlin: de Gruyter

KOLIP P. (1997) Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Verlag Leske + Budrich, Opladen

KOLIP P., SCHMIDT B. (1999) Gender and Health in Adolescence. WHO Policy Series "Health Policy for Children and Adolescents", Issue 2. WHO Europe, Kopenhagen.
http://www.who.dk/HBSC/hbsc%20page.htm.

KUH D, BEN-SHLOMO, Y (Hg.) (1997) A Life-course Approach to Chronic disease to epidemiology. New York: Oxford University Press

LANGNÄSE K, MAST M, MÜLLER MJ (2002) Social class differences in overweight of prepubertal children in Northwest-Germany. International Journal of Obesity 26, 566 – 572

MARMOT M, WILKINSON RG (Hg.) (1999) Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press

MARTHIENS W., SCHULZE H. (1989) Analyse nächtlicher Freizeitunfälle junger Fahrer (Disco-Unfälle). Berichte zu den Forschungsprojekten 8734 und 8734/2 der Bundesanstalt für Straßenwesen. Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch-Gladbach.

MICHAELIS W, BAUCH J (1993) Mundgesundheitszustand und –verhalten in Ostdeutschland. Materialienreihe Band 11.3. Köln: Deutscher Ärzteverlag

MIELCK A, BLOOMFIELD K (Hg.) (2001) Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrheinwestfalen (Hg.) (2001) Soziale Lage und Gesundheit. Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz. Düsseldorf

SIEGRIST J, FRÜHBUSS J, GREBE A (1998) Sozial ungleiche Gesundheitsrisiken im Kindes- und Jugendalter. Diskurs 1, 76 – 84

SPENCER N (2001) Poverty and Child Health. Second edition. London: Radcliff Medical Press

TRABERT G (2002) Kinderarmut: Zweiklassengesundheit. Deutsches Ärzteblatt 99, A93 - 95

E&C eundc.de

Entwicklung und Chancen
junger Menschen
in sozialen Brennpunkten

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten

Fachforum

4. und 5. Juni 2002 in Düsseldorf

Kinder und Jugendliche in benachteiligten Quartieren weisen gesundheitliche Defizite auf und werden von Gesundheitsförderungsprogrammen nur unzureichend angesprochen. Obwohl die Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit durch eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen belegt sind, existieren wenige Interventionsprogramme für sozial benachteiligte junge Menschen.

Die Regiestelle des Programms „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten" (E&C) möchte gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit diesem Fachforum zum Erfahrungsaustausch aufrufen und die Integration von Gesundheitsinitiativen in die bestehenden sozialraumbezogenen Netzwerke fördern.

Programmverlauf

Dienstag, 4. Juni 2002

12.30 Öffnung des Tagungsbüros

13.00 Begrüßung
Herr Dr. Fricke, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
Frau Dr. Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

13.20 Einführung ins Thema
Herr Hemme, Stiftung Sozialpädagogisches Institut (SPI), Regiestelle E&C

13.30 Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen
Frau Prof. Dr. Luber, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg

14.00 Gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen:
Was wissen wir, was können wir tun?
Herr Prof. Dr. Siegrist, Institut für medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

14.30 Pause und Projektmarkt
Präsentation von stadtteilorientierten Gesundheitsinitiativen

16.00 Impulsreferate zu lebensweltbezogenen Strategien der Gesundheitsförderung:

Alleinerziehend – alleingelassen?
Notwendigkeit und Möglichkeiten zielgruppenspezifischer Interventionen für alleinerziehende Eltern und ihre Kinder
Herr Prof. Dr. Franz, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Düsseldorf

Gesundheitsförderung in Grundschulen am Beispiel Übergewicht und Bewegungsmangel
Herr Prof. Dr. Müller, Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde, Kiel

Stadtteilorientierte Strategien der Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter
Frau Dr. Ellsäßer, Wissenschaftliche Leitung des Forum Unfallprävention des Deutschen Grünen Kreuzes, Marburg

Gesundheitsrelevantes Verhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive
Frau Prof. Dr. Kolip, Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen

17.45 Einführung in die Arbeitsgruppen, Schlusswort zum ersten Tag
Frau Marsen-Storz, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

18.00 Abendessen

19.00 Abendprogramm: **„Apfelklops & Co"**
Rock und Lieder rund um Ernährung und Bewegung, für alle Menschen ab 5
Lieder und Szenen aus dem Bühnenstück der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Präsentiert durch die Gruppe Rumpelstil mit Britta Weyers

Programmverlauf

Mittwoch, 5. Juni 2002

9.00 Beginn der Arbeitsgruppen

„Sozialräumlich – ressourcenorientiert – vernetzt“
Arbeitsgruppen zu stadtteilorientierten Strategien der Gesundheitsförderung

In allen Arbeitsgruppen präsentieren sich zwei bis drei zugeordnete Stadtteil-Projekte. Anschließend werden folgende Punkte ergebnisorientiert diskutiert:

- Klärung der Problemlage
- Sammlung praktikabler Lösungsvorschläge
- Beschreibung der notwendigen Vernetzung
- Folgerungen/Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Arbeit im Stadtteil

Für die fachwissenschaftliche Unterstützung stehen ein bis zwei Experten/innen und eine Moderation zur Verfügung.

AG 1 | Werdende und junge Eltern in schwierigen sozialen Lagen

AG 2 | Chancengleichheit beim Zugang zum Gesundheitswesen?

AG 3 | Kindergarten und Grundschule – Orte der Gesundheitsförderung in sozialen Brennpunkten?

AG 4 | Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter

AG 5 | Das Wechselspiel von Ernährung, Bewegung, Stressregulation im Jugendalter

AG 6 | „Angst essen Seele auf“ – Förderung der seelischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

AG 7 | „Let‘s talk about sex“ – Sexualpädagogische Arbeit mit Jungen und Mädchen in benachteiligten Gebieten

AG 8 | Gesundheit: Ein Thema für Jugendliche in sozialen Brennpunkten?

AG 9 | Gesundheit ist keine Frage der Herkunft – Gesundheitsförderungsansätze für Kinder aus Migranten-Familien

AG 10 | Die besondere Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in sozialen Brennpunkten

12.00 Mittagessen

13.30 **Präsentation der AG-Ergebnisse**

14.30 Podiumsdiskussion zum Thema:
„Ein Mehr an Gesundheit durch stadtteilorientierte Vernetzung?!“

Diskutanten/innen aus den Bereichen:

Krankenkassen:
Herr Dr. Ellis Huber

Soziale Stadt:
Herr Dr. Löhr, BZgA

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)/ Pädiatrie:
Herr Dr. Abel

Public Health:
Herr Dr. Mielck

Gesundheitsförderung:
Herr Altgeld

Gesunde Städte-Netzwerk:
Herr Dr. Geene

Gesundheitswissenschaften:
Frau Prof. Dr. Luber

Moderation: Frau Dr. Pott, BZgA

15.45 **Schlussworte**

16.00 Ende des Fachforums

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Eine Veranstaltung der Regiestelle E&C der Stiftung SPI im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.