E&C eundc.de

Entwicklung und Chancen
junger Menschen
in sozialen Brennpunkten

Konferenz der Quartiersmanager/innen aus E&C-Gebieten unter Beteiligung der kommunalen E&C-Ansprechpartner/innen

Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung – Handlungsstrategien für Kinder und Jugendliche in E&C-Gebieten

Dokumentation zur Veranstaltung am 12. und 13. Juli 2004 in Essen

Stiftung SPI

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Impressum

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

Ansprechpartner:
Rainer Schwarz

Redaktion:
Lisa Kuppler (Wels Productions)

Layout:
MonteVideo Mediadesign

Inhalt:

5 **Grußwort**
Theo van Stiphout

7 **Einführung**
Rainer Schwarz, Andreas Hemme

9 **Das Setting „Stadtteil" als prioritäres Handlungsfeld für den Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Primärprävention**
Eberhard Göpel

15 **Mehr Gesundheit im Quartier – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten**
Gesine Bär

19 **Krankenkassen als Initiatoren der Gesundheitsförderung für benachteiligte Kinder und Jugendliche**
Michael Bellwinkel

24 **Gesundheitliche Situation von benachteiligten Kindern und Jugendlichen**
Liane Schenk, Thomas Lampert

31 **Sexualaufklärung als Beitrag zur Gesundheitsförderung**
Monika Hünert

I. Qualifizierung von E&C-Akteuren/innen zu Gesundheitsförderern/innen

34 **Position 1:** Rolf Löhr

35 **Position 2:** Birgit Müller

37 **Position 3:** Andrea Pauli

39 **Zusammenfassung**
Rainer Schwarz

II. Schwangerschaften Minderjähriger – „Perspektiven" in benachteiligten Stadtteilen?

40 **Casa Luna**
Iris Schöning

45 **Sie ist ja selber noch ein halbes Kind …**
Anke Erath

51 **Die ungestillte Sehnsucht nach Schwangerschaft und Mutterschaft? Ein vergessenes Thema in der Sexualpädagogik**
Barbara Wittel-Fischer

III. Praktische Ansätze der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche im Stadtteil durch Partizipation und Qualifikation

56 **Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt, Berlin**
Regine Sigloch

59 **Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie**
Tülin Duman

61 **MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen**
ginko – Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung Nordrhein-Westfalen
Angelika Fiedler

64 **Seviecebüro Lokale Bündnisse für Familie, Bonn, Berlin**
Elisabeth Goos-Wille

IV. Felder der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen

65 **Stadtumbau Leinefelde: ein gesundheitsförderndes Setting?**
Petra Franke

69 **Die medizinisch-soziale Kontaktstelle PFLASTER – ein Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit in Erfurt**
Holger Koch

73 Liste der Referentinnen und Referenten

76 Teilnehmerliste

80 Tagungsprogramm

Theo van Stiphout

Grußwort

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich begrüße ich Sie ganz herzlich zu dieser gemeinsamen Tagung in unserem Haus. Ich freue mich, dass Sie sich einbringen wollen, um mit Blick auf die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen Wege zur gesundheitsförderlichen Stadtteilentwicklung voran zu bringen.

Kinder und Jugendliche sind diejenigen, die durch gesellschaftliche Zusammenhänge und soziale Umstände am wesentlichsten und vor allem am nachhaltigsten geprägt werden. Daher stehen sie auch heute, in Zeiten wieder zunehmender sozialer Unterschiede nicht selten großen Belastungen gegenüber. Diese wirken sich mittelbar wie unmittelbar auf ihre Entwicklung und ihre gesundheitliche Situation aus. Auch in einem Land wie Deutschland, in dem ein System der sozialen Sicherung z.B. bei Krankheit ein Höchstmaß an Chancengleichheit der Versorgung sicherstellen soll, lassen sich bezüglich der Ausgangsbedingungen zur Entstehung und Entwicklung von Gesundheit und Krankheit erhebliche Differenzen erkennen.

Nicht erst seit der Wiedereinführung des § 20 in das Sozialgesetzbuch V im Jahr 2000 ist es den BKK ein Anliegen, durch geeignete Maßnahmen der Prävention in die Zukunft von Kindern und Jugendlichen zu investieren. Mit dieser Rechtsgrundlage ergeben sich über die Anstrengungen im Bereich der Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen hinaus Handlungsmöglichkeiten für gesetzliche Krankenkassen. Generell ist die Herausforderung an die Prävention als derzeit viel beschworene vierte Säule im Gesundheitswesen jedoch nur gesamtgesellschaftlich zu bewältigen. Dies darf nicht alleine auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung fokussiert bleiben. Gleichwohl wollen wir unseren Beitrag beisteuern.

Insbesondere vor dem Hintergrund einer gesamtgesellschaftlichen Betrachtung des Themenfeldes wird gerade bezüglich gesundheitsförderlicher Initiativen für Kinder und Jugendliche die Bedeutung des sogenannten Setting-Ansatzes deutlich. Kinder und Jugendliche sind im Rahmen ihrer Entwicklungsprozesse erst noch dabei, ihre Verhaltensmuster auszubilden und Grenzen auszutesten. Ansätze der Verhaltensprävention können daher wichtige Grundsteine für die weitere Entwicklung legen. Sie greifen aber letztlich immer zu kurz, wenn negative Ausgangs- und Umfeldbedingungen diese Initiativen konterkarieren. Mangelnde Vorbildfunktionen in Elternhaus und Schule sowie gesundheitliche Belastungen durch Wohnsituationen und fehlende Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten sind hier nur einige Beispiele.

Aus diesem Grund sind Sie ganz wesentliche Multiplikatoren gesunder Zukunftsentwicklungen von Kindern und Jugendlichen. Auch wenn Ihre Tätigkeitsfelder wahrscheinlich nicht – oder noch nicht – den expliziten „Stempel" der Gesundheitsförderung tragen, sind Sie in Ihrem Arbeitsfeld wichtige Schlüsselpersonen. Sie können interdisziplinäre und intersektorale Vernetzungen ermöglichen. Ohne solche Vernetzungen ist effektive Gesundheitsförderung im Stadtteil und durch Stadtteilentwicklung nur schwer möglich.

Welche Rolle kann nun der GKV im Themenfeld der Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen in sozial schwierigeren Situationen zukommen? Sicher sind die Möglichkeiten einer praktischen Umsetzung vor Ort durch die Kassen selbst eher begrenzt. Dennoch hat sich das BKK-System dieser Herausforderung gestellt.

Um den im Gesetz festgeschriebenen Auftrag, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten, umzusetzen, startete der BKK Bundesverband im letzten Jahr sein Programm „Mehr Gesundheit für alle". Ziel der Initiative ist es, Maßnahmen der Prävention für sozial Benachteiligte zu fördern und zu erproben. Wir wollen damit beispielhaft das Engagement und die Kompetenzen der BKK auf diesem Gebiet verdeutlichen. Die Selbstverwaltung des BKK Bundesverbandes hat für diesen Zweck in 2003 und 2004 jeweils Mittel in Höhe von 1,7 Mio. EUR zur Verfügung gestellt.

Auf der Basis von Gutachten und Expertisen namhafter Experten/innen wie z.B. Prof. Rolf Rosenbrock (u.a. Mitglied im Sachverständigenrat) und unter Evaluation der Projekte verfolgen wir in dem Programm zwei sich ergänzende Ausrichtungen.

Zum einen werden in derzeit mehr als zwanzig Einzelprojekten modellhaft Instrumente, Verfahren und Vorgehensweisen erprobt mit dem Ziel, diese Ansätze – sofern sie sich als tauglich erweisen – zu verbreitern. Solch gute Praxisbeispiele empfehlen wir dann auch gezielt den BKK in den Regionen zur Nachahmung. Schwerpunktmäßig werden derzeit Projekte für vier Zielgruppen gefördert:

- Kinder / Jugendliche
- Arbeitslose / von Arbeitslosigkeit Bedrohte
- Migranten und Migrantinnen
- alte Menschen

Einige dieser Projekte werden Sie im Laufe dieser Tagung etwas näher kennen lernen können.

Zeitgleich investieren wir bewusst in Strukturen, um die Bedingungen für die Durchführung von Präventionsprojekten zu verbessern. Wie bei den Einzelprojekten kooperieren wir dabei mit etablierten Partnern. Schon im Sommer 2003 hatte der BKK Bundesverband beispielsweise mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen abgeschlossen.

Mit denselben Partnern, der BZgA und Gesundheit Berlin e.V., haben wir kürzlich vereinbart, uns am Aufbau sogenannter regionaler „Knoten" zur Verbreitung der Prävention für sozial Benachteiligte zu beteiligen. Der BKK Bundesverband wird über das Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen zwei solcher „Knoten" betreiben, einen in Berlin und einen hier in Essen für das Land NRW. Zwei weitere „Knoten" in Sachsen und Sachsen-Anhalt wird der BKK Bundesverband finanziell unterstützen. Ziel dieser „Knoten" ist es, zur Vernetzung von Aktivitäten und Akteuren in der Region beizutragen, Synergien freizusetzen und auf diesem Wege das Thema insgesamt zu befördern.

Auch die heutige Veranstaltung, in Kooperation mit der Regiestelle von E&C, bettet sich in diese Ausrichtung ein und wurde aufgrund einer Empfehlung eines für den BKK Bundesverband erstellten Gutachtens initiiert. Wir hoffen, mit dieser Tagung Wege zu mehr Gesundheit für alle, insbesondere für Kinder und Jugendliche in sozial weniger privilegierten Stadtgebieten, befördern zu können.

Ich wünsche Ihnen einen lebendigen und anregenden Austausch, der viele neue und praktische Impulse für Ihre und unsere Anstrengungen in diesem Themenfeld ermöglicht und danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Kontakt:
Theo van Stiphout
BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen
Telefon: 1791240
Email: stiphoutvant@bkk-bv.de

Rainer Schwarz, Andreas Hemme

Vorwort

Die Leitlinien der Bund-Länder-Gemeinschaftsinitiative „Die Soziale Stadt" weisen die Gesundheitsförderung im Stadtteil als ein grundlegendes Handlungsfeld von integrierter Stadtentwicklung und Quartiersmanagement aus (ARGEBAU Empfehlungen 2000). Trotzdem stellte sich in einer ersten evaluierenden Untersuchung des Deutschen Instituts für Urbanistik heraus, dass in den ersten drei Programmjahren dem Ziel der Förderung der Gesundheit von den Quartiersmanager/innen nur wenig explizite Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Als bedeutsamer wurden von den lokalen Akteuren solche Zielstellungen betrachtet wie die Verbesserung von Wohnumfeld- und Wohnungsqualität, der Ausbau von Beteiligungsmöglichkeiten oder die Verbesserung des Zusammenlebens im Stadtteil.

Die moderne Gesundheitsförderung sieht aber gerade in der Umsetzung auch dieser Zielstellungen ihre Aufgabe. Beteiligung und gesellschaftliche Teilhabe, Empowerment und ökologische Lebensbedingungen, gesundes Wohnen und soziales Eingebundensein sind spätestens seit der Ottawa-Charta von 1986 maßgebliche Handlungsmaximen der Gesundheitsförderung. Gesine Bär benennt das implizit gesundheitsförderliche Agieren der lokalen Akteure von Sozialer Stadt und von E&C folgerichtig als mittelbare Gesundheitsförderung (Bär, hier S. 16).

Die Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten" (E&C), die Partner-Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Sozialen Stadt widmet sich seit 2001 intensiv dem Handlungsfeld der Gesundheitsförderung, insbesondere der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen. Mehrere gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) organisierte Expertenwerkstätten und das erste Fachforum der Regiestelle E&C zum Thema Gesundheitsförderung mit dem Titel: „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten" hatten die Analyse der Gesundheitssituation in den Programmgebieten von E&C im Fokus. Das Fachforum zog eine ernüchternde Bilanz: Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Schichten, aus Familien mit Migrationshintergrund und aus ausschließenden Verhältnissen wachsen in sozialen Brennpunkten mit wesentlich größeren gesundheitlichen Risiken auf. Sie haben nicht in gleicher Weise wie Aufwachsende aus anderen Stadtteilen und Regionen Chancen des gesunden Heranwachsens; sie erkranken weit häufiger, haben eine geringere Lebenserwartung und geringere Chancen, an Gesundheitsförderung zu partizipieren. Die sozialwissenschaftlichen Befunde der zu Ungunsten sozial Schwacher ausgeprägten Gesundheitsungerechtigkeit erwiesen sich als unumstritten. Jedoch erfahren diese Befunde nur marginal (kommunal)politische Beachtung. Schwerwiegendes Hindernis für integriertes Handeln im Feld Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche war, so ein weiteres Fazit dieses ersten Fachforums Gesundheit, dass trotz der Anstrengungen der verschiedenen in diesem Feld tätigen Institutionen und Behörden kooperative Handlungsansätze kaum zu verzeichnen sind.

Die Kooperation zwischen kommunalen Akteuren wurde zum Gegenstand des zweiten Fachforums Gesundheit von Regiestelle E&C und BZgA: „VERNETZUNG – MACHT – GESUNDHEIT, Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten" (2003). Hier trafen sich die für identische Gebiete zuständigen Sozial-, Gesundheits- und Jugendhilfemanager/innen – zum Teil erstmalig – zu einer strategischen Kooperationsverabredung. Neue Kooperationspartner kamen ins Spiel, so der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BV BKK) und die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (insbesondere Niedersachsen und Gesundheit Berlin e.V.). Mit diesen Kooperationspartnern rückten die gesundheitsfördernden Aspekte der Stadtteilentwicklung und das Setting Stadtteil zunehmend in die Aufmerksamkeit von E&C.

Gesundheitsfördernde Handlungsansätze und Kooperationen auf der Ebene der Stadtteile standen daher im Zentrum des 2004 folgenden E&C-Fachforums: „Perspektive: Gesunder Stadtteil – Gesundheitsfördernde Setting-Ansätze und Jugendhilfestrategien in E&C-Gebieten". Eine Vision entsteht: Der „Lokale Aktionsplan gesunder Stadtteil" als Bestandteil eines integrierten Handlungskonzeptes. Diese Vision und erste Ansätze zu ihrer Realisierung sind Gegenstand der hier dokumentierten Konferenz für lokale Ansprechpartner/innen aus öffentlicher und freier Jugendhilfe, Quartiersmanagement, öffentlichem und privatem Gesundheitswesen:

1. Referate

Neben den unmittelbar auf die stadtteilbezogene Entwicklung und Einbindung der Gesundheitsförderung gerichteten Aktivitäten der lokalen Akteure finden sich gesundheitsförderliche Aspekte auch in verschiedenen anderen hier bearbeiteten Themenfeldern, wie z. B.:

Behinderung, Ernährung, Gendergerechtigkeit, Sexualität, Familie in sozialen Brennpunkten, ungewollte Schwangerschaften bei Minderjährigen etc..

2. Arbeitsgruppen

Gute Beispiele von themenbezogen agierenden Quartiersmanagements und lokalen Projekten, wie sie in den Arbeitsgruppen der vorliegenden Konferenz-Dokumentation vorgestellt werden, entsprechen in vielerlei Hinsicht den Vorstellungen von stadtteilbezogener Gesundheitsförderung.

3. Workshop

Bei der Etablierung gesundheitsfördernder Setting-Ansätze in benachteiligten Stadtteilen können die Quartiersmanager/innen eine besondere Rolle spielen. Hierfür gilt es, Rahmenbedingungen zu gestalten, Qualifikation und Ressourcen zu vermitteln.

Im Fazit der Konferenz entstand ein erster Aufriss zum Prototyp „Aktionsplan Gesunder Stadtteil". Ausgangspunkt für einen „Aktionsplan Gesunder Stadtteil" können solche Einrichtungen und Projekte sein, in denen bereits Gesundheitsförderprojekte mit einem Setting-Verständnis für die Gesundheitsförderung bestehen. Aus den Erfahrungen der Setting-Arbeit der letzten Jahre sind dies Betriebe, Schulen, Kindertagesstätten und Stadtteilzentren. Wichtig hierbei: die Einbindung von Eltern, insbesondere von Eltern mit Migrationshintergrund. Dies gelingt derzeit in den sozialen Brennpunkten den Kindertagesstätten am besten. Hier wird oft schon im Setting Gesundheit gefördert, es werden nicht nur Einzelprojekte durchgeführt, sondern organisationelle Zusammenhänge gesundheitsfördernd verändert wie z.B.: die Ernährung der Kinder umgestellt, über gesunde Ernährung mit den Kindern und Eltern gesprochen, die Rauchgewohnheiten von Müttern und Vätern thematisiert, Bewegungsgewohnheiten in den Blick genommen und das Umfeld Bewegung anregend gestaltet. Solche Einrichtungen können im Stadtteil so etwas wie Gesundheits-Kommunikationspunkte sein: Saatkörner, die den Setting-Ansatz in den Stadtteil hinein tragen.

Parallel hierzu bedarf es der Qualifizierung von lokalen Akteuren anderer Handlungsfelder, z.B. der Quartiersmanager/innen zu Gesundheitsförderern/innen. Unterstützend sollten diesen Netzwerkressourcen und Gesundheitsförderungs-, Stadtentwicklungs- und soziales Know-how an die Hand gegeben werden. Quartiersmanager/innen können so gesundheitsfördernd in den eigenen Handlungsfeldern, wie Vernetzung, Partizipation und lokale Steuerung arbeiten; Handlungsfelder die im Stadtteil entwickelt werden müssen, wenn Stadtteil-Setting-Arbeit gelingen soll. Lokale Steuerung beispielsweise setzt voraus, modellhaft oder auch stadtweit auf Sozialräume bezogen zu agieren, hierbei auch die Kommunalpolitik auf seiner Seite zu haben, nicht in fachlichen Kategorien zu planen und zu steuern, sondern auf den Stadtteil oder das Quartier bezogen. Hierzu zählt weiter, Steuerungselemente wie Budgets, Good-Governance-Strategien und Bürger beteiligende Formen des Regierens im Stadtteil zu etablieren. Weiterhin ein wirkungsorientiertes Monitoring, wie z. B. die Methode der offenen Koordinierung, Evaluation und transparente Managementverfahren, wie das Abschließen von Kontrakten mit freien Trägern und zivilgesellschaftlichen Akteuren vor Ort – Arbeit für Jahrzehnte. Das was jetzt u.a. im Gesundheitsbereich passiert – das Öffnen der fachlichen Perspektive in andere Bereiche hinein – ist hierbei ein wesentlicher Schritt. Auf diesen Weg begibt sich die Programmplattform E&C mit der hier vorgelegten Dokumentation der gemeinsam mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung organisierten Konferenz: „Perspektive: Gesunder Stadtteil – Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung – Handlungsstrategien für Kinder und Jugendliche in E&C-Gebieten".

Eberhard Göpel

Das Setting „Stadtteil" als prioritäres Handlungsfeld für den Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Primärprävention

Zunächst möchte ich mit diesem Beitrag die Ziele und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung verdeutlichen und anschließend skizzieren, welche Möglichkeiten für die Gemeinwesen-Arbeit im Setting „Stadtteil" daraus entstehen können.

Mit der krisenhaften Entwicklung der volkswirtschaftlichen sowie sozial- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen auf der staatlichen Ebene gewinnt der kommunale Lebensraum als konkreter Ort der alltäglichen Lebensgestaltung der Menschen verstärkt an Bedeutung. Hier treten die sozialen und gesundheitlichen Probleme prekärer Lebenslagen in Erscheinung und hier werden sie für die Menschen unmittelbar erlebbar. Hier können sich aber auch im Rahmen einer kommunalen Daseinsvorsorge neue Unterstützungsstrukturen zur Sicherung elementarer Lebensbedürfnisse mit den betroffenen Bürger/innen bilden. Dies ist das Ziel von Gemeinwesenarbeit und einer gemeindebezogenen Gesundheitsförderung.

Eine Verständigung über elementare Lebensbedürfnisse, mit dem Ziel einer nachhaltigen Gesundheitsförderung, kann dabei zu einer Re-Aktivierung kommunaler Selbstverwaltung und bürgerschaftlicher Kompetenzen und Potentiale führen. „Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie leben, lieben, spielen und arbeiten. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in der Lage ist, selbst Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen" heißt es in einer Erklärung der Weltgesundheitsorganisation. Gesundheitsförderung unterstützt daher bürgerschaftliches Engagement in den alltäglichen Lebensräumen der Menschen und ist dabei mit Gemeinwesenarbeit verbunden.

In einer Zeit der Globalisierung von Kommunikations- und Wirtschaftsbeziehungen und der Auflösung nationalstaatlicher sozialer Sicherungsstrukturen, muss neu erfunden werden, in welchen sozialen Zusammenhängen die grundlegenden Lebensbedürfnisse und -wünsche der Menschen mit einer nachhaltigen Entwicklungsperspektive aussichtsreich realisiert werden können.

Wohnung, Wohn-Umfeld, Stadtteil und Kommune sind dabei wesentliche räumliche Gliederungen. Persönliche Lebensbedürfnisse, Partnerschaft, Familie, Nachbarschaften und Interessengemeinschaften, Arbeitskollegen/innen, Stadtteil-Bewohner/innen und Gemeinde-Mitglieder sind wesentliche soziale Gliederungen. Essen, Trinken, Bewegen, soziale Begegnungen, sinnvolle und kreative Tätigkeiten, Bildung und persönliche Entdeckungen, soziale Anteilnahme und gemeinschaftliches Engagement sind wesentliche gesundheitliche Entwicklungs-Aspekte. Die Verknüpfung dieser Gesichtspunkte zu einer individuell, gemeinschaftlich und gesellschaftlich stimmigen und nachhaltigen gesundheitsfördernden Lebensweise bildet eine kulturelle und politische Herausforderung der kommenden Jahrzehnte angesichts der globalen Veränderungen der Wirtschaftsformen, bei denen zwei Drittel der Menschen künftig in den Industriestaaten durch die Automatisierung von Produktion und Dienstleistungen für die wirtschaftlichen Kernfunktionen überflüssig werden.

Viele Menschen werden daher für eine „volle Beschäftigung" außerhalb tradierter Lohnarbeitsverhältnisse einen eigenen Sinn und selbstbestimmte Tätigkeitsformen finden müssen. Dies ist zugleich auch eine Chance, gesellschaftlich notwendigen Tätigkeiten im Bereich der Haus- und Familienarbeit oder der Gemeinwesenarbeit künftig mehr öffentliche Anerkennung zu verschaffen.

Diese Entwicklung kann zu einer neuen Epoche von „Gründerjahren" für das städtische und ländliche Zusammenleben führen, wobei die städteplanerische Fantasie und Kreativität des ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts viele Anregungen für neue Initiativen vermitteln kann. Auch damals ging es um eine „Lebensreform" und um eine Besinnung auf grundlegende Lebensfunktionen wie Licht, Luft und fließendes Wasser in Wohnungen, Parks in der Stadt, öffentliche Sport- und Spielmöglichkeiten, Theater, Musik und Kulturräume, Gewerbeförderung, öffentliche Verkehrs- und Transportmöglichkeiten, Bibliotheken, Gesundheitszentren, soziale Unterstützung für Bedürftige, sozial-kulturelle Initiativen, öffentliche Medien, politische Beteiligung, eine existenzielle Grundsicherung.

Nach einer Phase der Expansion der Weltbezüge im 20. Jahrhundert durch massenmediales Fern-Sehen, globale Kommunikation,

Touristik und Wirtschaftstätigkeit ist für eine zunehmende Zahl an Menschen inzwischen ein korrespondierender persönlicher Lebensbezug nicht mehr hinreichend gegeben. Konstatiert wird in der Literatur das Syndrom eines „erschöpften Selbst" und eine ansteigende Verbreitung psychischer Störungen – vor allem im Bereich depressiver Verstimmungen und der Suchtentwicklung.

Die Fähigkeit zum Nah-Sehen, zur persönlichen Kommunikation, zur Entdeckung und Gestaltung der unmittelbaren Umgebung, zu schöpferischer Selbsttätigkeit, zur reflexiven Besinnung und Muße, zum Lebensgenuss und zur Lebenslust, zum gemeinsamen Spiel und Engagement sind in einem erschreckendem Maße bei vielen Menschen eingeschränkt und stehen ihnen für die Gestaltung eines selbstbestimmten Lebens nicht hinreichend zur Verfügung.

Eine unsichere Lebens- und Erwerbssituation, geringe Bildungs- und Sozialkompetenzen, prekäre Familienverhältnisse und ein Leben an der Armutsgrenze erzeugen ein großes Gefälle in den gesundheitlichen Lebenschancen. Es gibt viele epidemiologische Hinweise, dass die Mehrzahl der chronischen Krankheitsverläufe, die gegenwärtig mehr als die Hälfte der Krankenversicherungskosten ausmachen, in hohem Maße durch Leitbilder und einen Lebensstil beeinflusst wird, denen das Gespür für elementare Lebensfunktionen häufig fehlt.

Nach Jahren des Mangels und der körperlichen Anstrengungen galt es lange als Errungenschaft, sich mit Autos, Fahrstühlen oder Rolltreppen passiv bewegen zu lassen und sich Nahrungs- und sog. Genussmittel ohne äußere Begrenzungen einverleiben zu können. Als Konsumentinnen und Konsumenten umworben, steht uns heute alles fertig zur Verfügung, solange wir an den Kassen die verlangten Zahlungen leisten können. Beim Einkaufen im „Super-Markt", beim „Urlaub mit allem inklusive", bei endlosen Fernseh-Sendungen oder in dauerhafter Musikberieselung werden zwar passive Umsorgungsbedürfnisse kommerziell variantenreich bedient, aber es verkümmert das Gespür und die Kompetenz zu einer aktiven Gestaltung und zur Pflege der elementaren Lebensfunktionen im Alltag. Das entsprechende Wissen ist in vielen Familien nicht mehr vorhanden und in den Routinen öffentlicher Bildungseinrichtungen meist ebenfalls nicht.

Mit so schlichten Gewohnheiten wie einer Rückkehr zum Trinkwasser statt ständigem Konsum von Zucker-Farbstoff-Mixturen oder alkoholisierten Getränken, Obst, Gemüse und Vollkorn-Produkten statt fettigen Würsten, Kartoffel-Chips und Pommes mit Mayonnaise, Bewegung an frischer Luft und in anregender Umgebung statt Couchsitzen und Stubenhocken, sozialen Kontakte und sozialem Engagement statt einsamem Fernsehen und passivem Rückzug lassen sich drei Viertel der Alltags-Leiden deutlich reduzieren, die heute massenhaft in die Arztpraxen führen und mit dem Konsum bunter Pillen behandelt werden.

Die Zahl der Menschen, die mit unterschiedlichen Suchtmitteln ihr Alltagsbewusstsein betäuben, steigt und hat die Dimension einer Volksvergiftung erreicht. Diesen sozial vermittelten Problemlagen durch eine weitere Steigerung des Medikamenten-Konsums und eine hochtechnisierte medizinische Behandlung zu begegnen ist abwegig. Mehr als zwei Millionen Menschen sind bereits von Psychopharmaka, Schmerz- und Schlaftabletten abhängig und bei älteren Menschen sind bei mehr als einem Viertel der Krankenhaus-Einweisungen Nebenwirkungen ihrer Medikamente der Grund der stationären Behandlung.

Ob Herz-Kreislauf-Probleme, Zuckerkrankheit, Allergien, Atemleiden, Rückenprobleme, depressive Verstimmungen oder Sucht-Probleme – in den meisten Fällen lässt sich gut nachvollziehen, wie in einer zunächst meist undramatischen kontinuierlichen Fehlbelastung der Selbstregulation des eigenen Organismus krankhafte Entwicklungen ihren Weg genommen haben.

Die viel diskutierte Finanz-Krise des Gesundheitswesens in Deutschland ist bei Ausgaben in Höhe von mehr als 250 Milliarden Euro pro Jahr weniger ein Finanz- als in erster Linie ein Fehlsteuerungs-Problem, da das Gesundheitswesen gegenwärtig nicht auf die Förderung der Gesundheitskompetenz der Menschen ausgerichtet ist, sondern einen ökonomischen Vorteil durch die vielfältigen Leiden gewinnt, die als medizinische Behandlungsprobleme eingestuft werden können. Es gibt keinen Wirtschaftsbereich, der in den letzten 40 Jahren für die Aktionäre konstant einen derart hohen Gewinn erzeugt hat, wie die pharmazeutische Industrie und das ist leicht verständlich, denn je unsicherer die Menschen im Umgang mit sich und den Mitmenschen sind und je weniger Unterstützung sie in ihrem unmittelbaren Lebenszusammenhang finden, um so größer ist der Markt für einen kompensatorischen Konsum von Schönheitsmitteln, Statussymbolen, Medikamenten und die Abhängigkeit von medizinischen Reparaturleistungen. Wenn sich zum Beispiel alle Frauen und Männer an den Gedanken gewöhnt haben, dass nur tägliche Hormoneinnahmen davor schützen, dass die Haut runzelt, die Haare ausfallen oder die sexuelle Erregung nachlässt, dann werden damit zwar nur wenige Arbeitsplätze geschaffen, da die Pillenproduktion hochautomatisiert ist, aber

es wird ein profitabler Wirtschaftsbereich für Aktionäre und die Gewerbesteuer gesichert.

Die Krise der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung ist in hohem Maße mit den untauglichen Angeboten verbunden, pharmazeutische und medizinische Kompensationsmöglichkeiten für sozial vermittelte Problemlagen zu entwickeln. Dies ins öffentliche Bewusstsein gebracht zu haben, ist ein Verdienst der Selbsthilfe- und Patientenbewegung der letzten 20 Jahre. Die Regelungen des § 20 SGB V geben den Krankenkassen nun endlich die Möglichkeit und den Auftrag, nicht nur am Ende der Erkrankungsentwicklung der Menschen tätig zu werden, sondern Möglichkeiten der Primärprävention und der Gesundheitsförderung zu suchen.

Im internationalen Rahmen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits seit 30 Jahren auf die Notwendigkeit einer grundlegenden Umsteuerung der Prioritäten öffentlicher Gesundheitsleistungen hingewiesen und in vielen anderen Ländern ist auch eine entsprechende Umstellung erfolgreich eingeleitet worden. Das Handlungskonzept der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung ist auf wirksame Ansätze für eine Gesundheitsförderung in den alltäglichen Lebensräumen der Menschen ausgerichtet: auf die Unterstützung von Familien, Nachbarschaften, Kindertagesstätten, Schulen und anderen öffentlichen Einrichtungen in den Gemeinden, dort wo die Menschen „leben, lieben, spielen und arbeiten".

Im Vergleich zu vielen anderen Ländern, ist der Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung in Deutschland allerdings noch besonders gering entwickelt. Hier bestehen gravierende Defizite sowohl in den kommunalen Planungs- und Organisationskompetenzen, als auch in den Möglichkeiten der Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger an Aktivitäten einer nachhaltigen Gesundheitsförderung und Daseinsvorsorge in ihren alltäglichen Lebensräumen.

Verschiedene international inspirierte kommunale Entwicklungsprogramme, wie das Gesunde-Städte-Netzwerk, die Lokale Agenda 21 oder das Programm Soziale Stadt haben in den letzten Jahren Einsichten in die politisch-strukturellen Voraussetzungen einer nachhaltigen kommunalen Gesundheitsförderung ermöglicht: Die Stärkung grundlegender Lebens-Kompetenzen gelingt dann, wenn die Bürgerinnen und Bürger zum Einen sich selbst als aktiv Gestaltende ihres Alltags erleben können und sich darin im kommunalen Umfeld unterstützt fühlen, und wenn sie zum Anderen durch gemeinschaftliche Aktivitäten die Rahmenbedingungen ihres Alltagslebens verändern und verbessern können und sich auch darin im kommunalen Umfeld unterstützt fühlen.

Gute Beispiele, geeignete Ressourcen und eine positive öffentliche Resonanz können einen gemeinschaftlichen Lernprozess stützen, der im persönlichen Alltag verankert ist und von dort aus Bemühungen um eine erweiterte Lebensqualität auf der Ebene von Nachbarschaften und Arbeitsorganisationen, Stadtteilen und der Heimatstadt formt.

Bemühungen um eine gesundheitsförderliche Lebensgestaltung in den eigenen vier Wänden können unterstützt werden durch korrespondierende Bemühungen im öffentlichen Raum etwa durch gesundheitsfördernde Kindertagesstätten und Schulen, Gesundheitsförderung in Betrieben und Verwaltungen oder Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die selbst zu einem Vorbild werden, zum Beispiel als gesundheitsförderndes Krankenhaus, gesundheitsförderndes Gesundheitsamt, gesundheitsfördernde Krankenkasse.

Auch wenn im 21. Jahrhundert die Konkretisierungen einer gesundheitsfördernden Alltags-Gestaltung anders zu lösen sind als in früheren Jahrhunderten, kann eine historische Rückbesinnung viele Anregungen zu den folgenden Fragen vermitteln:

- Wie haben die Menschen früher ihr Zusammenleben in Städten und Dörfern organisiert? Was war ihnen bei der Gestaltung von Häusern, Plätzen und Straßen wichtig und welchen Gemeinschafts-Funktionen wurden besondere Aufmerksamkeit und besondere Anstrengungen gewidmet? Welche Wohn- und Stadtteil-Strukturen sind den Lebensbedürfnissen des 21. Jahrhunderts angemessen?
- Wie haben Menschen früher in häuslichen, dörflichen und städtischen Lebensgemeinschaften die Gesamtheit ihrer grundlegenden Lebensbezüge gestaltet und gesichert, bevor es eine Haushalts-, Arbeitslosen-, Unfall-, Pflege-, Renten- und Krankenversicherung gab? Wie könnten Formen solidarischer Unterstützung auf Gegenseitigkeit im 21. Jahrhundert aussehen, die nicht über Geldtransfer organisiert sind?
- Wie haben die Generationen vor uns den kleinen Frust des Alltags bewältigt, bevor es Bier, Schnaps, Zigaretten und Schokoladenriegel gab? Wie können Formen des lustvollen Genießens im 21. Jahrhundert aussehen, die die Gesundheit fördern statt sie zu zerstören?
- Wie haben die Generationen vor uns im Jahresverlauf ihre Ernährung gestaltet bevor es Tiefkühl-Gerichte, Instant-Suppen, Big-Mac's und Kartoffel-Chips gab? Wie können soziale Formen regionaler Selbst-

versorgung und gemeinschaftlichen Kochens und Essens im 21. Jahrhundert aussehen, die die Menschen zusammenbringen und nicht sozial isolieren?

- Wie haben die Menschen früher ihre Kommunikation und ihr soziales Zusammenleben gestaltet, bevor es Videorecorder, Satelliten-Fernsehen, Internet und Handy gab? Wie können Kommunikationsformen im 21. Jahrhundert mit den erweiterten technischen Möglichkeiten aussehen, die die Verständigung und das Zusammenleben der Menschen fördern und unterstützen?
- Wie haben die Menschen früher in ihren Wohnungen gelebt, bevor sich ihr häusliches Zusammenleben auf Hunde, Katzen und Wellensittiche und gelegentliche Besuche anderer Menschen beschränkte? Wie können Formen des generationsübergreifenden Zusammenlebens im 21. Jahrhundert aussehen?

In dem Maße, in dem derartige Fragen gemeinsam erörtert und diskutiert werden, wird Stadtentwicklung praktisch und konkret, denn nach der Kleidung und der Wohnung ist das kommunale Umfeld die dritte Schutzhülle für das eigene Leben, für die sich der gestaltende Einsatz lohnt. Gemeinwesenarbeit schafft einen Rahmen für derartige Gestaltungsbemühungen im eigenen Wohnungsumfeld. Die Verknüpfung dieser Aktivitäten auf der Ebene der Stadt im Rahmen des Gesunde-Städte-Projektes schafft einen Entwicklungsimpuls für die Stadtentwicklung, der von den Interessen, Bedürfnissen und Tätigkeiten der Bewohner/innen getragen wird und die Stadtteile in einen lebendigen Austausch und Zusammenhalt bringen kann. Hier ist daher der wesentliche Ansatzpunkt für eine nachhaltige Gesundheitsförderung und für den Abbau sozial vermittelter Ungleichheit der Gesundheitschancen.

Ein derartiger gemeinsamer Lern- und Entwicklungsprozess ist durchaus anspruchsvoll, aber auch reizvoll für alle Stadtbewohner/innen, denen bewusst ist, in welch hohen Maße das eigene Wohlbefinden von dem sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen, architektonischen und ökologischen Umfeld in einer Gemeinde bestimmt wird. Bürgerschaftliches Engagement für eine gesundheitsfördernde Gemeinwesenarbeit und Stadtentwicklung ist daher eine unmittelbare persönliche Investition für das eigene Wohlbefinden in einem erweiterten Kontext des Zusammenlebens. Um dieses Engagement wirksam zu machen, sind einige einfache, aber wichtige Initiativen notwendig:

- Für die Verknüpfung vieler Einzelaktivitäten ist es hilfreich, wenn es einen integrierenden Entwicklungsrahmen gibt, der zu gemeinsamen Zielbestimmungen, systematischer Kommunikation und Aktivität und zur regelmäßigen Vergewisserung genutzt werden kann. Dies gilt für alle Ebenen sozialer Initiativen – von der gemeinsamen Urlaubsplanung in Familien über die Aktivitäten in Vereinen oder Gemeinwesengruppen bis zum Stadtrat. Das Gesunde-Städte-Projekt, die Lokale Agenda 21 und das Programm Soziale Stadt bieten auf der Ebene der Stadtentwicklung eine derartige Zielbestimmung. Sie kann in Familien, Vereinen, Organisationen, Gemeinwesengruppen und im Stadtrat konkretisiert werden, um lebendig und praktisch zu werden.
- Die Verknüpfung vieler Einzelaktivitäten zu einem wirkungsvollen Gesamtprozess der Stadtentwicklung auf der Grundlage demokratischer Beteiligung der Bewohner/innen ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe für die kommunale Selbstverwaltung. Ob die Meinungsbildung am Familientisch über die Diskussionen in den Nachbarschaften schließlich in den Stadtrat in einer gut informierten Form eingebracht werden kann, ist an viele Voraussetzungen geknüpft. Es muss beispielsweise Transparenz und Information über die wesentlichen Problemlagen der Stadtentwicklung organisiert werden; es muss öffentliche Medien geben, die die Informationen für alle Bewohner/innen zugänglich machen; es muss Gelegenheiten zur differenzierten öffentlichen Meinungsbildung und zur Mitbestimmung geben etc.. Eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ist kaum vorstellbar ohne eine öffentliche Kultur beteiligungsorientierter Kommunikation und hier liegen auch die Möglichkeiten für die Einbeziehung des Sachverstandes der Gesundheitsberufe und der Krankenkassen zum Beispiel in die lokalen Gesundheitskonferenzen.
- Für die wirkungsvolle Verknüpfung vieler Einzelaktivitäten sind schließlich auch andere Formen der Organisation kommunaler Selbstverwaltung notwendig. Angesichts der sehr begrenzten öffentlichen Mittel für Verwaltungsaufgaben (die ja von den Bürger/innen zu finanzieren sind) ist künftig sehr viel genauer zu prüfen, an welchen Stellen welche öffentlichen Infrastrukturen den größten Wirkungsgrad bei der Erschließung der Ressourcen und des Engagements in der Gemeinde haben. Der Versuch, eine Stadtentwicklung allein aus einem zentralen Rathaus zu organisieren, wird angesichts der Komplexität der Entwicklungsbedingungen zunehmend aussichtslos. Kommunale Selbstverwaltung wird künftig in einem hohen Maße Planungs- und Dienstleistungsfunktionen für bürgerschaftliches Engage-

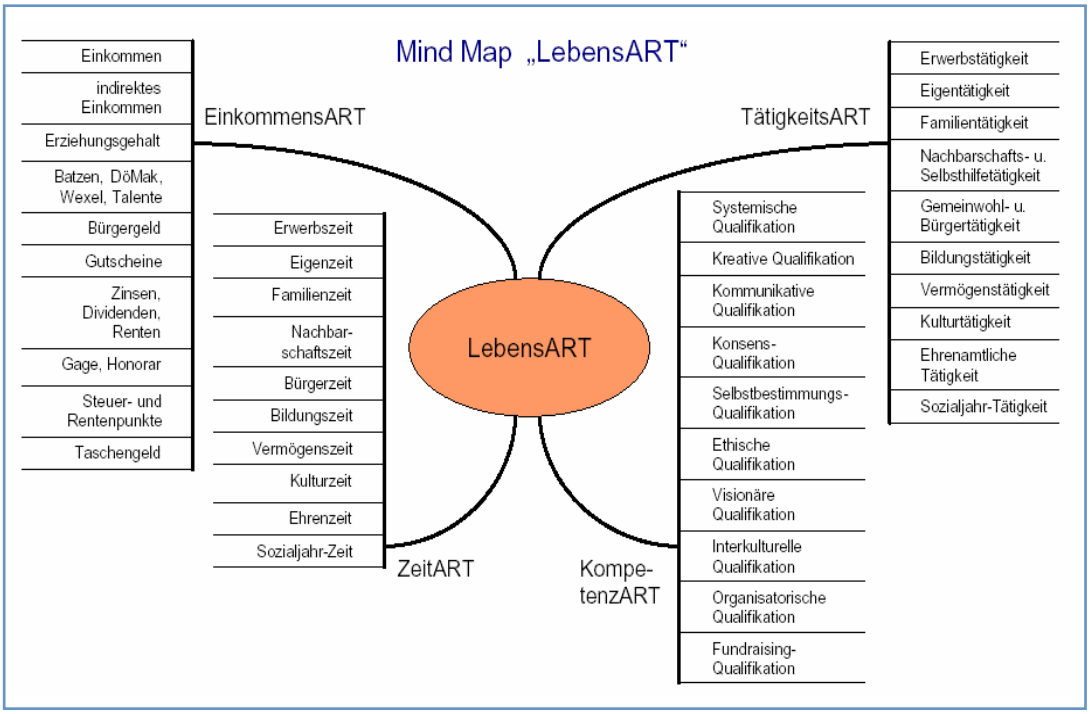
ment in den Stadtteilen übernehmen, um das Mitwirkungspotential der Bürger/innen und wichtiger Organisationen zu erschließen und zu unterstützen.

Wie eine derartige Verwaltungsreform gestaltet werden kann, wird in vielen europäischen Ländern diskutiert. Die Entwicklung eines lebendigen und wirkungsvollen Gemeinwesen-Engagements ist dabei ein Schlüsselfaktor, an dem sich künftiges Verwaltungshandeln messen lassen muss. Lokale Gemeinwohl-Fonds und Bürger-Stiftungen können zusätzliche Handlungsmöglichkeiten eröffnen.

Wer sich auf eine gesundheitsfördernde Gemeinwesenarbeit einlässt, beteiligt sich daher an der Erfindung neuer Strukturen der Gestaltung öffentlichen Zusammenlebens und der Verknüpfung persönlicher Lebensinteressen mit dem erweiterten Zusammenhang des Gemeinwesens, in dem sie oder er lebt und dessen Entwicklung auch die eigenen Entwicklungschancen maßgeblich bestimmt. Es gibt eine starke Evidenz, dass sozial vermittelte Ungleichheiten der Gesundheitschancen tief in den jeweiligen Lebens-Milieus verankert sind.

Beim Entdecken neuer Lösungen für grundlegende Fragen der Lebensgestaltung sind Fantasie und Kreativität gefragt und deshalb können „Ideen-Werkstätten" in den Stadtteilen eine geeignete Form sein, um sich und andere zu neuen Ideen und Handlungsformen zu ermutigen. Derartige „Zukunftswerkstätten" können dazu beitragen, den Möglichkeitsraum zu erweitern, in dem unser Denken und Handeln im Alltag häufig beschränkt ist. Die folgende Übersicht aus einer Zukunftswerkstatt zum Thema „Lebens-Art" zeigt zum Beispiel wie vielfältig sich der Umgang mit Zeit, Geld, Kompetenzen und Tätigkeiten gestalten lässt. In ähnlicher Weise lassen sich auch andere grundlegende Lebensanforderungen in einer kreativen Form entfalten:

- Wie könnten z. B. unterschiedliche Bildungsformen in einer Stadt aussehen und organisiert werden, wenn wir uns von der Vorstellung befreien, Bildung finde nur durch Lehrer vermittelt in Schulhäusern und am Anfang des Lebens statt?
- Wie könnten neue Formen wechselseitiger Unterstützung im Alter aussehen, wenn wir uns von der Vorstellung befreien, das wir das Alter einsam in Heimen und in Abhängigkeit von Pflegekräften zuzubringen haben?
- Oder: Wie könnten neue Formen demokratischer Beteiligung und Politik in einer Stadt aussehen und organisiert werden, wenn wir uns von der Vorstellung befreien, Politik finde nur durch Parteien statt?



Alle Bemühungen um gesundheitliche Aufklärung und wohlmeinende Gesundheitsberatung müssen der Einsicht Rechnung tragen, dass gesundheitsmotivierte Veränderungen der Lebensweise mit vielfältigen Lebensbezügen des Alltags verknüpft sind. Diese sind häufig nur zu einem äußerst wackeligen Sinngefüge zusammengefügt, das bereits bei kleinen Veränderungen ins Wanken geraten und zu größeren Krisen führen kann. Weder Ernährungsberatungen noch Rückenschulen können in diesem Zusammenhang auf nachhaltige Wirkungen hoffen.

Es ist daher an der Zeit, dass die Krankenkassen aus dieser Einsicht Konsequenzen ziehen und zur Umsetzung der gesetzlichen Aufgabenstellung nach § 20 SGB V mit denjenigen die Zusammenarbeit suchen, die mit partizipativer Gemeinwesenarbeit im Setting „Stadtteil" langjährige Erfahrungen haben. Programme wie das Gesunde-Städte-Netzwerk oder Soziale Stadt können dabei als Katalysatoren genutzt werden, um der kommunalen Gesundheitsförderung in Deutschland eine wirkungsvolle und nachhaltige Form zu geben. Eine Rückbesinnung auf den Beginn der Krankenkassen im 19. Jahrhundert kann dabei die Frage stimulieren, wie „Ortskrankenkassen" im 21. Jahrhundert aussehen müssten, die sich aktiv für die Gesundheit ihrer Versicherten im Setting „Stadtteil" engagieren.

Kontakt:
Prof. Dr. med. Eberhard Göpel
Hochschule Magdeburg-Stendal
Breitscheidstr. 2
39114 Magdeburg
Telefon: 0391 / 886 4304
Fax. 0391 / 886 4736
Email
eberhard.goepel@sgw.hs-magdeburg.de

Gesine Bär

Mehr Gesundheit im Quartier – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten

Hintergrund

Im Herbst 2003 hat der BKK-Bundesverband das Institut für Stadtplanung und Sozialforschung beauftragt, sozial benachteiligte Stadtteile als Orte für Gesundheitsförderung zu untersuchen. Dabei sollte die Auswertung der Programme Soziale Stadt und E&C im Mittelpunkt stehen (Weeber+Partner 2004). Im Folgenden präsentiere ich einige Ergebnisse aus diesem Gutachten.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen sollen gezielter als bislang soziale Benachteiligungen berücksichtigen. Nachweislich wirken Armut, Arbeitslosigkeit und andere soziale Benachteiligungen auch hierzulande negativ auf die Gesundheit. So schreibt auch der Gesetzgeber den Krankenkassen im Sozialgesetzbuch V vor, dass sie mit Präventionsangeboten der ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen entgegenwirken sollen. Dabei ist Prävention allgemein auch ein wichtiger Baustein zur Absicherung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Im Rahmen der Gesundheitsreform wird sogar das Ziel formuliert, diesen Bereich zu einer vierten Säule des Gesundheitssystems auszubauen.

In diesem Zusammenhang werden Stadtteile und dabei insbesondere soziale Brennpunkte als Orte für gesundheitsfördernde Interventionen gewissermaßen „entdeckt". Die Konzepte und Ansätze dafür, wie besonders sozial benachteiligte Zielgruppen gesundheitlich gestärkt werden können, sind sehr unterschiedlich, wobei vor allem ein pragmatisches Vorgehen charakteristisch ist. Ziel ist es, für eine nachhaltige Prävention nicht nur gesundheitsförderndes Verhalten zu vermitteln, sondern verstärkt auch Lebensverhältnisse und Lebensumwelt zu beeinflussen. Konzept und Methode zugleich bildet dabei der Setting-Ansatz. In den 1980er Jahren durch die WHO formuliert, ist er die theoretische Klammer, die sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Ansätze vereint. Auf eine kurze Formel gebracht, bedeutet Setting-Arbeit: „Fähigkeiten entwickeln – aktive Beteiligung sicherstellen – eine gesunde Lebenswelt schaffen". (Kilian et al. 2004, S. 54) Mit dieser Zielstellung liegt der derzeit wirksamste Ansatz einer nachhaltigen Gesundheitsförderung vor.

Untersuchungsdesign

Leitfrage unseres Gutachtens war es, ob und in welcher Weise der Setting-Ansatz in benachteiligten Stadtteilen zu finden ist. Es sollte zudem dargestellt werden, welche gesundheitsfördernden Projekte im Stadtteil bislang typischerweise betrieben werden. Unser Untersuchungsbereich umfasste – wie schon erwähnt – die Förderprogramme Soziale Stadt und E&C (mit einem kurzen Ausblick auf LOS). Sowohl die Programmstrukturen, die Instrumente der Umsetzung sowie die konkreten Projekte waren dabei von Interesse. Unsere Datenbasis bestand im Wesentlichen aus den veröffentlichen Projektdokumentationen zu den Förderprogrammen. Zudem haben wir ergänzend Quartiersmanagerinnen befragt und unsere eigenen Erfahrungen aus der Arbeit in Programmgemeinden der Sozialen Stadt eingebracht.

Viele konzeptionelle Gemeinsamkeiten bei Gesundheitsförderung und Stadtentwicklung

Als erstes Ergebnis ist festzuhalten, dass in den hier vorzustellenden Fördergebieten der Sozialen Stadt unterstützende Strukturen aufgebaut und Projekte initiiert worden sind, die eine große Übereinstimmung mit den Zielen moderner Gesundheitsförderung aufweisen. Zwischen den Ansätzen der untersuchten Förderprogramme und dem Setting-Konzept gibt es sowohl inhaltlich als auch methodisch große Gemeinsamkeiten. Zu den inhaltlichen Gemeinsamkeiten zählen der Fokus auf die Verminderung sozialer Benachteiligungen sowie der Versuch einer ganzheitlichen Förderung für ein Gebiet. Im Bereich methodischer Herangehensweisen gibt es ebenfalls starke Parallelen:

Die Prozessorientierung ist hier wie dort wichtig. Sie beinhaltet die gemeinsame Zielformulierung, das Aufstellen und Fortschreiben von integrierten Handlungskonzepten, Projektmanagement und nicht zuletzt Monitoring oder andere Formen der Prozessbegleitung.

Das ganze Methodenbündel zu Partizipation und Empowerment der Beteiligten sowie vernetztes Handeln und Bündeln von Ressourcen, das heißt die Kooperationen verschiedener Ressorts und Fachgebiete, sind weitere gemeinsame Zielstellungen.

Gebiete der Sozialen Stadt als Interventionsorte für die Gesundheitsförderung

Folgende Aspekte machen die Fördergebiete der Sozialen Stadt als Orte für eine Gesundheitsförderung interessant:

- Rund 330 Stadtteile im gesamten Bundesgebiet werden gefördert.
- Es existieren Partnerschaften mit verschie-

denen Ministerien und Bundesämtern, um diese Gebiete entsprechend der einzelnen Ressortaufgaben zu fördern. Die Soziale Stadt – als Städtebauförderung – und die Programmplattform E&C des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend bilden dabei den Kern. Auch das Engagement der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist an dieser Stelle hervorzuheben.

- Investitionen in Höhe von rund einer Milliarde Euro sind seit 1999 allein im Programm Soziale Stadt durch die öffentliche Hand bereitgestellt worden. Nicht mitgerechnet sind dabei die Ausgaben der Arbeitsverwaltung sowie die der privaten Investoren, wie z. B. der Wohnungsunternehmen.
- Mitwirkungsstrukturen werden seit Programmbeginn 1999 aufgebaut. Sie sind vor allem dort gut entwickelt, wo die Bürgerinnen und Bürger über Mittel entscheiden konnten. Dabei lässt sich auch ein Gesundheitsinteresse der Menschen ablesen: Das Beispiel Berliner Quartiersfonds zeigt, dass allein 10 Prozent der rund 700 von den Bürgerjurys bewilligten Projekte explizit dem Handlungsfeld Gesundheit zugeordnet sind.
- Für alle Quartiere sind integrierte Handlungskonzepte entwickelt worden, die unterschiedliche Handlungsfelder zu einem lokal abgestimmten und regelmäßig fortzuschreibenden Entwicklungskonzept vereinen. Auch die Gesundheitsförderung zählt zum Katalog der Handlungsfelder.
- Insgesamt zielt eine Vielzahl laufender Projekte auf eine direkte oder mittelbare Gesundheitsförderung.
- Seit diesem Jahr ist die Soziale Stadt auch im Baugesetzbuch verankert und damit gewissermaßen auf Dauer eingeplant.

In vielen Quartieren haben sich effektive Netzwerke und Beteiligungsstrukturen entwickelt, an die es sich anzuknüpfen lohnt. Eine verstärkte Integration der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialen Stadt ist möglich und wichtig, damit in den Stadtteilen keine Parallelstrukturen hierfür geschaffen werden.

Gezielte Gesundheitsförderung auf Quartiersebene

Unter gezielter Gesundheitsförderung haben wir für unsere Betrachtung alle Projekte und Aktivitäten der Handlungsfelder „Gesundheitsförderung" und „Sport und Freizeit" zusammengefasst. Folgende Ergebnisse sind dabei festzuhalten:

Bei der Befragung aller Quartiersmanagements 2002 war das Thema „Gesundheit" noch Schlusslicht unter den genannten Handlungsfeldern. (Böhme et al. 2003, S. 101) Entsprechend sind in der Mehrzahl der Gebiete die Akteure der Gesundheitsförderung noch nicht hinreichend mit den Quartiers-Strukturen vernetzt. Hervorzuheben sind jedoch auch einige „Vorreiter-Gebiete", in denen Gesundheitsförderung bereits gut in das lokale Handlungskonzept eingebunden werden konnte. Es lässt sich auch feststellen, dass in den Programmgemeinden der Sozialen Stadt insgesamt der Bereich der Gesundheitsförderung derzeit an Bedeutung gewinnt. Das zeigte sich beispielsweise schon bei den vier E&C-Fachforen zum Thema Gesundheit. Und auch diese Konferenz mit der hohen Beteiligung der Quartiersmanagements unterstreicht das wachsende Interesse am Thema in den Fördergebieten. Es ist folglich eine jüngere Entwicklung, dass der Setting-Gedanke der Gesundheitsförderung in den Fördergebieten verankert und umgesetzt wird.

Aus den bereits vorhandenen positiven Beispiele lassen sich unterschiedliche Projekttypen bilden: Netzwerke zur gesundheitsfördernden Entwicklung des Stadtteils, Gesundheitshäuser und gute Einzelprojekte, vor allem zu Bewegung und Ernährung. Die Hauptzielgruppen dabei sind vor allem Kinder und Jugendliche, sowie Frauen – hier insbesondere Migrantinnen und Mütter.

Ein guter Ansatzpunkt, um die Gesundheitsförderung stärker in den Quartieren zu verankern, sind die Gesundheitshäuser. Sie bieten vor Ort ein breites und bedarfsgerechtes Angebotsspektrum für die dort lebenden Menschen. Betrachtet man die Definition der im Aufbau befindlichen Bundesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitshäuser, (BAG 2004) dann spiegelt sich hier der Setting-Ansatz eins zu eins wider:

- Partizipation mit besonderer Berücksichtigung von sozial Benachteiligten und Migranten/innen,
- Ganzheitlichkeit des Ansatzes und interdisziplinäres Arbeiten,
- Empowerment,
- Bündelung von Ressourcen und Kompetenzen.

Die Gesundheitshäuser können somit zentrale Motoren der Setting-Entwicklung im Stadtteil werden. Allerdings gibt es erst wenige solcher Einrichtungen, die nicht-kommerziell und zudem stadtteilbezogen arbeiten.

Für unseren Zusammenhang ist vor allem wichtig, die große Nähe des Setting-Ansatzes zur Stadtteilarbeit zu sehen. So ist nämlich vielerorts nur einen kleiner Schritt notwendig, um Nachbarschaftszentren, Bürgertreffs oder Gemeinschaftsräume zu zentralen Orte der Gesundheitsförderung im Gebiet weiterzuent-

wickeln. Über die integrierten Handlungskonzepte sind sie meistens auch in den größeren Entwicklungskontext des Quartiers eingebunden. In diesen Einrichtungen sind bereits viele Aktivitäten angesiedelt, die den Bereichen Ernährung und Bewegung zugeordnet werden können – und natürlich auch Treffen, die die gesellschaftliche und politische Teilhabe verbessern. Die Nachbarschaftszentren bieten somit wichtige Anknüpfungspunkte, um stärker auch in Richtung Gesundheitsförderung erweitert zu werden. Ein großer Vorteil liegt darin, dass für gesundheitsfördernde Angebote keine besonderen Strukturen aufgebaut werden müssen, sondern Vorhandenes erweitert werden kann. Dies erleichtert zudem die Erreichbarkeit der gewünschten Zielgruppen, da man an funktionierende, niedrigschwellige Projekte anschließen kann. Die Anbindung an die Gesamtentwicklung über das integrierte Handlungskonzept muss allerdings gegeben sein, da auch im Bereich der Gesundheitsförderung die Erfahrungen der Präventionskurse aus den achtziger Jahren gezeigt haben, dass verhaltensbezogene Einzelmaßnahmen wie Bewegungs- und Ernährungskurse nicht von nachhaltiger Wirkung sind.

Mittelbare Gesundheitsförderung im Quartier

Im Bereich der mittelbaren Gesundheitsförderung haben wir die Handlungsfelder „Wohnumfeld", „Verkehr", „Umwelt" sowie „Beschäftigung", „Ausbildung und Qualifizierung" und „Schulen und Bildung" ausgewertet. Hier sind so genannte Multi-Ziel-Projekte typisch. Das heißt, gute Projekte liegen quer zu den Handlungsfeldern und vereinen unterschiedliche Zielsetzungen miteinander. Es lassen sich aber auch bestimmte Themenschwerpunkte benennen. Vor allem im städtebaulichen Bereich gibt es viele Projekte. Hier kommt die Anbindung der Sozialen Stadt im Städtebaubereich zum Ausdruck. Dabei leisten Verbesserungen im Wohnumfeld und öffentlichen Raum auch einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung.

Typische Multi-Ziel-Projekte werden häufig zusammen mit den Kitas und Schulen im Quartier durchgeführt. Neben den schon erwähnten Nachbarschaftstreffs sind diese Einrichtungen nicht nur wichtige Settings für die Gesundheitsförderung, sondern auch zentrale Partner bei der Quartiersentwicklung. Auf Grund ihrer wichtigen Funktion für das jeweilige Quartier, sollten Kitas und Schulen künftig noch stärker eingebunden werden. Die vielerorts bereits vorhandene Öffnung der Schulen gegenüber dem Stadtteil bildet dafür eine wichtige Voraussetzung.

Ein Beispiel[1]

Die Grundschule Köllnische Heide liegt im Programmgebiet High-Deck-Siedlung in Berlin-Neukölln. Die Schule läuft mit 700 Schülerinnen und Schülern im Ganztagsbetrieb, daher ist die Verknüpfung von Unterricht und Freizeit zentral. Die Neugestaltung des Außengeländes sollte diesen Ansprüchen Rechnung tragen. In der Projektumsetzung konnten letztlich die Handlungsfelder Wohnumfeld, Schule, Beschäftigung verknüpft werden. Auf die Beteiligung von Erziehern/innen, Eltern und Schülerinnen und Schülern wurde besonderer Wert gelegt. Am Bau wirkten Schülerinnen und Schüler, aber auch arbeitslose Eltern (mittels Vergabe-ABM) mit. Mosaiken und Spielplatzentwürfe kamen im Kurs „Spielplatz-Träume" zustande. Die neuen Bewegungsangebote, wie der „Fliegende Teppich" oder die „Pokemon-Rutsche", werden auch außerhalb der Schulzeit gut angenommen.

Die Bestandsaufnahme im Bereich mittelbarer Gesundheitsförderung zeigt, dass es mehr gesundheitsfördernde Angebote gibt, als man zunächst vermutet. Mittelbare Effekte entstehen durch Maßnahmen im Wohnumfeld, bei der sozialen Integration, in Kooperation mit Schulen und mit Qualifizierungs- wie Beschäftigungsprojekten. Der Verbesserung der Lebensumwelt kommt eine wichtige Bedeutung zu. Strukturell ist in den letzten Jahren auch vieles entstanden, was den Zielen des Setting-Ansatzes entspricht. Das gilt vor allem für den Bereich der Mitwirkung und Beteiligung sozial benachteiligter Zielgruppen.

Aber auch hinsichtlich der mittelbaren Gesundheitsförderung gilt, dass die Maßnahmen bislang nicht hinsichtlich ihrer gesundheitsfördernden Wirkungen verfolgt oder evaluiert werden. Damit geht auch einher, dass Gesundheitsbelange der Bewohner/innen in der Regel nicht Teil des Monitorings sind. Das ist nicht weiter verwunderlich, da sich gerade die mittelbar gesundheitsfördernden Effekte nur schwer messen und bewerten lassen.[2]

Quartiersmanagements für mehr Gesundheit im Stadtteil

Einige Vorschläge, wie der Setting-Ansatz in der Sozialen Stadt stärker verankert und vor allem stärker verbreitet werden kann, möchte ich beispielhaft für die Quartiersmanagements ausformulieren. Die Quartiersmanagements können in diesem Prozess einen wichtigen Beitrag leisten. Dazu müssen sie stärker als Ansprechpartner für „Gesundheitsförderer" wahrgenommen werden. Einige Interviewpartner/innen sagten uns, dass im Quartier möglicherweise mehr zur Gesundheitsförderung passiert als sie wüssten, da sie nicht unbedingt

1) Für eine ausführliche Darstellung der einzelnen Untersuchungsbereiche mittelbarer Gesundheitsförderung sowie verschiedener Projektbeispiele siehe Weeber+Partner 2004, S. 30ff.

2) Partizipative Verfahren der Evaluation können hier Ansatzpunkte bieten (vgl. Wright 2004)

von den jeweiligen Akteuren für diese Aktivitäten eingebunden würden.

Aktiv sollten die Quartiersmanagements vor allem auf die Krankenkassen als Kooperationspartner zugehen, um hier zum einen von den Erfahrungen in verschiedenen Modellprojekten zu profitieren und zum anderen konkrete Möglichkeiten für den Einsatz der Präventionsmittel im Stadtteil aufzuzeigen. Weiterhin sollten die Multiplikatoren im Gebiet für den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit stärker sensibilisiert werden. Gemeinsam mit den Partnern vor Ort können so die versteckten Entwicklungspotenziale zum Thema Gesundheitsförderung aufgedeckt und in das Handlungskonzept integriert werden. Damit wäre lokal ein großer Schritt in Richtung „Gesunder Stadtteil" getan.

Ein solcher Prozess setzt aber natürlich voraus, dass wichtige andere Akteure, beispielsweise in den lokalen und regionalen Verwaltungen und in den Krankenkassen-Niederlassungen vor Ort, in ähnlicher Weise auf eine gebietsbezogene Förderung orientieren. Eine inhaltliche Unterstützung und finanzielle Förderung der Quartiersarbeit besonders durch die Krankenkassen wäre aus unserer Sicht wünschenswert. Auch hier ist das Spektrum der Fördermöglichkeiten breit: Denkbar ist das Zusammenstellen und Verbreiten von Präventions-Know-How, die Entwicklung von Indikatoren und Verfahren für eine begleitende Projektevaluation sowie die Bereitstellung von finanziellen Mitteln.

Fazit – Potenzial der Fördergebiete nutzen

Gesundheitsförderung und Soziale Stadt ergänzen sich gut. Eine stärkere Zusammenführung der Ansätze kann Synergien mit sich bringen. Der konzeptionelle Ansatz, die methodische Herangehensweise und auch einzelne Projekt-Beispiele zeigen, dass in der Sozialen Stadt der Setting-Ansatz auf Stadtteilebene schon praktiziert wird. Da dies nicht immer explizit geschieht und der Gesundheitsbereich bundesweit auch bislang nur mit wenigen Projekten unterfüttert ist, können hier deutliche Impulse durch Gesundheitsakteure – wie die Krankenkassen – gesetzt werden. Dem gemeinsamen Ziel von Gesundheitsförderung und Sozialer Stadt, die Lebensbedingungen für sozial benachteiligte Menschen zu verbessern, könnte man so einen Schritt näher kommen.

Literatur:

BAG – Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheitshäuser (2004): Zielsetzung der BAG/BAOG, abgerufen unter http://www.osnanet.de/gesundheitszentrumos/BAG.htm am 01.07.2004.

Böhme et al.: „Handlungsfelder integrierter Stadtentwicklung", in: Difu (Hg.): Strategien für die Soziale Stadt. Erfahrungen und Perspektiven – Umsetzung des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt". Berlin 2003, S. 98-147.

Kilian, H. et al.: Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. Gutachten im Auftrag des BKK-Bundesverbandes. Berlin 2004 (erscheint demnächst in Rosenbrock (i.E.))

Rosenbrock, R. et al. (Hg.) (i.E.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Bundesprogramm „Mehr Gesundheit für Alle". Bremerhaven.

Weeber+Partner: Der Stadtteil als Ort für Gesundheitsförderung. Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. Gutachten im Auftrag des BKK-Bundesverbandes, Berlin 2004 (erscheint demnächst in Rosenbrock (i.E.))

Wright, M.: Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings. Expertise im Auftrag des BKK-Bundesverbandes, Berlin 2004 (erscheint demnächst in Rosenbrock (i.E.)

Kontakt:
Dipl. Soz. Gesine Bär
Institut für Stadtplanung und Sozialforschung, Weeber+Partner
Stadtteilbüro Stendal-Stadtsee
Adolf-Menzel-Str. 18
39576 Stendal
Telefon: 03931490748
Email: stadtteilbuero@stadtsee.de

Michael Bellwinkel

Krankenkassen als Initiatoren der Gesundheitsförderung für benachteiligte Kinder und Jugendliche

Einem so großen Publikum die Ansätze und Überlegungen der Krankenkassen und hier insbesondere natürlich der Betriebskrankenkassen zur Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche vorstellen zu können, freut mich sehr. Herr van Stiphout hat in seiner Begrüßung bereits die wesentlichen Eckpunkte der Initiative des BKK Bundesverbandes „Mehr Gesundheit für alle" dargestellt. Ich will nun in meinem Beitrag diesen Faden aufgreifen und sie mit unserer Vorgehensweise weiter vertraut machen sowie mögliche Anknüpfungspunkte aufzeigen, bei denen wir uns vorstellen können, dass Krankenkassen und Quartiersmanager/innen zusammenarbeiten können und damit bereits einen Anstoß für die weiteren Diskussionen dieser Konferenz geben.

Ausgangslage

Seit dem Jahr 2000 haben die Krankenkassen in Gestalt des § 20 SGB V wieder eine gesetzliche Grundlage für die Durchführung von Gesundheitsförderung und Prävention, nachdem sie ihnen zwischenzeitlich entzogen worden war. Danach sollen die Krankenkassen Leistungen zur allgemeinen primären Prävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen. Von vielen zunächst wenig beachtet ist eine Bestimmung, wonach Krankenkassen auch einen Beitrag zur „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen" erbringen sollen. Diese etwas sperrige Formulierung bedeutet letztlich nichts anderes, als dass Krankenkassen auch Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte durchführen sollen. Die Krankenkassen haben damit vom Gesetzgeber einen sozialkompensatorischen Auftrag erhalten, der in dieser Form für die gesamte Sozialversicherung ein absolutes Novum darstellt. In keinem anderen Sozialgesetzbuch werden Sie einen solchen Auftrag finden. Für die Krankenkassen bedeutet dies Ehre und Bürde zugleich: Ehre, weil ihnen zugetraut wird, neue Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte zu entwickeln, Bürde, weil dieses Feld noch vergleichsweise unerschlossen ist und von den Krankenkassen eine enorme Innovations- und Entwicklungsleistung fordert.

Gleichwohl ist der im Gesetz geforderte Ansatz, spezielle Wege der Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte zu suchen, richtig. Denn die Erfahrungen aus den neunziger Jahren, als die Krankenkassen schon einmal den Auftrag hatten, Gesundheitsförderung zu betreiben, haben sehr deutlich gezeigt, dass sozial Benachteiligte über die üblichen Kursangebote, z.B. den Ernährungskurs bei der VHS, nicht erreicht werden. Alle empirischen Untersuchungen, auch die aktuellen Evaluationen der Krankenkassen zur Nachfrage der derzeit angebotenen Präventionskurse zeigen, dass dieser traditionelle Ansatz nahezu ausschließlich die Mittelschicht in der Bevölkerung erreicht. Typisch ist die Teilnehmerin mittleren Alters mit einem durchschnittlichen Einkommen.

Um sozial Benachteiligte zu erreichen, muss man offensichtlich ganz andere Wege gehen. Wie schwierig das ist, das haben wir in den letzten Jahren, in denen wir uns mit diesem Thema beschäftigen, erleben müssen. Doch wem erzähle ich das, Sie erleben dies in Ihrer täglichen Arbeit sicherlich noch viel direkter als wir. Wir mussten feststellen, dass es auf dem Feld der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte noch fast keine praktischen Erfahrungen gab und wir etablierte Akteure mit der Lupe suchen mussten.

Auch im BKK-System wie auch bei den anderen Kassenarten fehlten diese Erfahrungen. Der BKK Bundesverband hat deshalb im Jahr 2001 zunächst in Kooperation mit einer BKK, der NOVITAS Vereinigten BKK, versucht, modellhaft erste Gehversuche auf diesem Feld zu unternehmen. Gemeinsam haben wir in einem von sozialen Problemen geprägten Stadtteil im Duisburger Norden (Neumühl) ein erstes, mittlerweile preisgekröntes Projekt gestartet, an dessen Ausgangspunkt die schlechte Ernährung der dort lebenden Kinder stand (Die BKK 9/2001, S. 427-429).

Bei diesem Projekt mussten wir lernen, dass es für eine einzelne BKK sehr schwer ist, außerhalb des Betriebs Setting-Projekte durchzuführen. Wir haben uns deshalb im Kreise der GKV-Spitzenverbände dafür eingesetzt, Kassenarten übergreifende Projekte zu etablieren. Nach einem langen, fast zweijährigen Abstimmungsprozess ist es im Sommer 2003 gelungen, das gemeinsame Projekt „Gesund leben lernen" auf den Weg zu bringen. In Schulen dreier Bundesländer (Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz) sollen überwiegend in sozialen Brennpunkten unterschiedliche Präventionsansätze erprobt und evaluiert werden.

Beim BKK Bundesverband wollten wir aber den uns gestellten gesetzlichen Auftrag schnel-

ler und vor allem auch breiter angehen. Wir haben deshalb schon im Sommer 2002 mit den BKK Landesverbänden verabredet, dass wir in einer konzertierten Aktion gemeinsam die BKK bei der Umsetzung ihres gesetzlichen Auftrags unterstützen. Die Vorstände des BKK Bundesverbandes und der BKK Landesverbände haben damals empfohlen, jeweils 5 Prozent des Richtwertes gem. § 20 Abs. 3 SGB V von derzeit 2,70 Euro je Versichertem/r für Maßnahmen der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte auf der Bundes- und Landesebene zur Verfügung zu stellen. Der Verwaltungsrat des BKK Bundesverbandes ist dieser Empfehlung gefolgt und hat im Haushalt für die Jahre 2003 und 2004 jeweils Mittel in Höhe von rd. 1,7 Mio. Euro für diesen Zweck zur Verfügung gestellt. Damit war der finanzielle Grundstein für die Initiative „Mehr Gesundheit für alle" des BKK Bundesverbandes gelegt.

Motivation

Nun werden Sie fragen, warum kümmert sich der BKK Bundesverband um einen gesetzlichen Auftrag, der sich doch eigentlich an die Krankenkassen direkt wendet. Um dies verständlich zu machen, muss ich kurz auf die Strukturen des BKK-Systems eingehen. Das BKK-System ist sowohl von einem hohen Wachstum in den letzten Jahren als auch von einem erheblichen Konzentrationsprozess gekennzeichnet. Der Marktanteil beträgt derzeit rund 20 Prozent bei aktuell etwa 220 BKK. Trotz dieses Wachstums- und Konzentrationsprozesses – vor wenigen Jahren gab es noch dreimal mehr BKK bei geringerem Marktanteil – handelt es sich bei der Mehrzahl der BKK noch immer um kleine Einheiten mit wenigen tausend Mitgliedern und nicht selten einem Personalstand von weniger als zehn Mitarbeitern/innen. Eine solche BKK, die durchaus mit Erfolg im Betrieb Gesundheitsförderung betreiben kann, könnte z.B. ein stadtteilbezogenes Projekt angesichts ihrer begrenzten Ressourcen gar nicht durchführen. Große BKK erstrecken sich häufig über die gesamte Republik und haben deshalb vor Ort ebenfalls nur wenige Mitglieder. Den Verbänden im BKK-System fällt insofern eine Unterstützungsfunktion zu. Der BKK Bundesverband füllt diese Rolle seit vielen Jahren dadurch aus, dass er für und mit den BKK innovative Programme zur Gesundheitsförderung durchführt. Die Initiative „Mehr Gesundheit für alle" ist eines dieser Programme.

Ein zweiter Grund ist die soziale Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland, von der BKK ebenso betroffen sind wie alle anderen Kassenarten. Auch BKK versichern unterprivilegierte, häufig von Armut betroffene Bevölkerungsgruppen, wie Arbeitslose, Migranten/innen bis hin zu Obdachlosen. Ich muss hier nicht weiter ausführen, dass diese Gruppen überproportional von Gesundheitsrisiken bedroht sind. Zahlreiche Studien haben mittlerweile nachgewiesen, dass das Risiko zu erkranken mit sinkendem Einkommen, niedrigem sozialen Status und geringem Ausbildungsstand steigt. Angesichts anhaltend hoher Arbeitslosigkeit, zunehmender Armut bei Kindern, Alleinerziehenden und Migranten/innen sowie der aktuellen Sozialgesetzgebung, die weitere Verarmungsprozesse auslösen dürfte, ist eine Verschlechterung der Gesundheit zunehmend größer werdender Bevölkerungsgruppen zu befürchten. Für uns als Krankenversicherung ist dies Verpflichtung und Herausforderung, uns dieser zu befürchtenden und teilweise auch schon eingetretenen Entwicklung wirksam entgegen zu stellen. Dies sind wir unseren Mitgliedern schuldig. Wir tun dies aber auch, um zu vermeiden, dass zusätzliche Gesundheitsleistungen erbracht werden müssen, die zusätzliche Kosten verursachen und letztlich vom Beitragszahler zu finanzieren sind. Damit hat das Thema auch einen sehr relevanten gesundheitsökonomischen Aspekt.

Mit unserem Engagement verfolgen wir aber auch noch einen weiteren Zweck, der sich direkt an die Politik richtet. Wir wollen nämlich zeigen, dass Krankenkassen sehr wohl in der Lage sind, ihrem gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte nachzukommen. Allerdings nicht allein, sondern in Kooperation mit geeigneten Partnern im Sinne von Gemeinschaftsprojekten. Damit haben wir schon sehr frühzeitig in der Diskussion um die Präventionsstiftung und das Präventionsgesetz einen Akzent gesetzt. Wir nehmen auch ganz unbescheiden für uns in Anspruch, mit unserer Initiative „Mehr Gesundheit für alle" eine Art Blaupause für die derzeit zwischen Gesundheitsministerium und den Spitzenverbänden der Sozialversicherung verhandelte Präventionsstiftung vorgelegt zu haben. Diese soll nach aktuellem Verhandlungsstand mit 50 Mio. Euro Fördermitteln pro Jahr aus den Kassen der Sozialversicherung ausgestattet werden, von denen die GKV mit 35 Mio. Euro den Löwenanteil tragen wird. Auf Drängen der Krankenkassen wird sich diese bundesweit angelegte Präventionsstiftung schwerpunktmäßig mit der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte befassen. So ist der aktuelle Verhandlungsstand. Allerdings gibt es seitens der Bundesregierung starke Bestrebungen, auch andere Bereiche, z.B. die betriebliche Gesundheitsförderung, in die Förderung durch die Stiftung aufzunehmen. Die Krankenkassen halten dies nicht für sinnvoll, weil dieses Feld dem Wett-

bewerb unterliegt, bereits sehr etabliert ist und letztlich Mittel, die derzeit für sozial Benachteiligte vorgesehen sind, für betriebliche Aktivitäten abzweigen würde, denn auch den Euro kann man nur einmal ausgeben. In die bisherigen Verhandlungen noch gar nicht einbezogen waren die Länder. Diese haben aber mittlerweile ihre Vorstellungen konkretisiert: Die SPD-regierten Länder fordern, 50 Mio. Euro in eine Bundesstiftung (davon GKV: 36 Mio. Euro) und 100 Mio. Euro in Länderfonds (davon GKV: 72 Mio. Euro) zu steuern. Die CDU-regierten Länder fordern eine reine GKV-Lösung, nach der 90 Mio. Euro ausschließlich in Länderfonds gezahlt werden sollen.

Vorgehen

Gerade bei den Betriebskrankenkassen gibt es auf dem Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung langjährige Erfahrungen, die bis in die achtziger Jahre zurück reichen. Diese decken sich mit den Grundsätzen, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Wissenschaft entwickelt wurden. Stichworte sind hier u.a.:

- Bedarfsorientierung,
- Änderung von Verhalten und Verhältnissen,
- Verankerung der Gesundheitsförderung in den Strukturen und
- Partizipation.

Wir haben nun versucht, das Know-how und die praktischen Erfahrungen, die wir über Jahre hinweg im arbeitsweltbezogenen Kontext gesammelt haben, auf Settings zu übertragen, in denen wir sozial Benachteiligte antreffen. Um diesen Transfer schnell leisten zu können, haben wir bereits laufende Projekte gesucht, die wir unterstützen und ausweiten können. Darüber hinaus entwickeln wir mit kompetenten Partnern neue Projektansätze und setzen diese um. Die geförderten Projekte lassen sich grundsätzlich zwei Typen zuordnen:

(1) Zum einen erproben wir modellhaft Instrumente, Verfahren und Vorgehensweisen mit dem Ziel, diese Ansätze – sofern sie sich als tauglich erweisen – zu verbreitern. Diese guten Praxisbeispiele empfehlen wir gezielt den BKK in den Regionen zur Nachahmung.

(2) Zum anderen investieren wir bewusst in Strukturen, um die Bedingungen für die Durchführung von Präventionsprojekten zu verbessern. Ein Beispiel dafür ist der Aufbau regionaler Knoten zur Prävention für sozial Benachteiligte. Hier kooperieren wir mit der BZgA und Gesundheit Berlin e.V.. Aber auch die Kooperation mit dem KVR und E&C, die heutige Veranstaltung und mögliche weitere sich daraus ergebende Aktivitäten zählen wir dazu.

Parallel dazu haben wir eine Reihe von Experten/innen, allen voran Prof. Rosenbrock vom Sachverständigenrat, um die Erstellung von Expertisen zu unterschiedlichen, uns relevant erscheinenden Fragestellungen gebeten. Wir erhoffen uns davon, die Zahl der Fehler, die in einem neuen Feld stets drohen, zu minimieren. Zugleich wollen wir zu einer Weiterentwicklung des gesamten Themenfeldes beitragen und zwar sowohl auf der praktischen wie auch auf der theoretischen Ebene. Wenn es durch die Veröffentlichungen zudem gelingen würde, noch eine Debatte über das eine oder andere Thema anzustoßen, wäre dies ein weiterer wünschenswerter Effekt.

Damit sind die drei wichtigsten Ziele unseres Vorgehens auch bereits genannt. Ich will sie noch einmal zusammenfassen:

- Entwicklung, Erprobung und Verbreitung neuer Ansätze für die Präventionspraxis
- Unterstützung des Aufbaus geeigneter und notwendiger Präventionsstrukturen
- Verbreitung des Themas Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte in der öffentlichen Diskussion

Bei der Auswahl der Zielgruppen haben wir uns gemäß unserer Grundsätze am Bedarf orientiert. Dabei haben wir die vier, von Herrn van Stiphout schon genannten Hauptzielgruppen identifiziert, bei denen wir den höchsten Bedarf für gesundheitsfördernde Interventionen sehen:

- von Armut betroffene Kinder und Jugendliche,
- Arbeitslose / von Arbeitslosigkeit Bedrohte,
- Migranten und Migrantinnen,
- alte Menschen.

Die folgende Auflistung gibt Ihnen einen Überblick über die Projekte, die der BKK Bundesverband auf diesen einzelnen Feldern derzeit fördert. Ich kann natürlich nicht auf alle eingehen, will aber anhand einzelner Beispiele (Abb. 1 und 2) das Vorgehen des BKK Bundesverbandes verdeutlichen.

Strukturbildende Aktivitäten:

- Rosenbrock-Expertise und drei Ergänzungsgutachten
- Umsetzung der Projektergebnisse in Beratungskonzepte für die BKK
- Aufbau von regionalen Knoten zur Prävention für sozial Benachteiligte
- Unterstützung von E&C-Aktivitäten zur Gesundheitsförderung
- Kooperation mit dem Kommunalverband Ruhrgebiet (KVR)

Von Armut betroffene Kinder und Jugendliche:

- Expertisen „Schule und Gesundheit" und „Adipositasprävention"
- Food, Fun, Fantasy
- Klasse 2000
- be smart – don't start
- OPUS Netzwerk gesundheitsförderlicher Schulen
- Gesundheitsaudit für Schulen
- Wettbewerb „Gesunde Kitas im Ruhrgebiet"
- Gesunder Kindergarten
- Förderung von Gesundheitspotentialen sozial benachteiligter Kinder in Kitas
- Kinder aus suchtbelasteten Familien
- Kiez/Stadtteil-Detektive in Berlin und im Ruhrgebiet

Arbeitslose bzw. von Arbeitslosigkeit Bedrohte:

- Expertise „Gesundheit und Arbeitslosigkeit" + Ergänzungsgutachten
- BKK Job Fit – Gesundheitsorientierte Selbstmanagement-Beratung für Arbeitslose
- Motivierende Gesundheitsgespräche mit Arbeitslosen
- B.E.A.M. –Gesundheitsmodul zur beruflichen Wiedereingliederung
- Gesundheitsorientierte Outplacement-Beratung

Migranten und Migrantinnen:

- Expertise „Migranten und Gesundheit"
- Mit Migranten – Für Migranten
- Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie
- Lehrforschungsprojekt „Migration und Sucht„

Alte Menschen:

- Sturzprävention bei älteren Menschen in Altenheimen

Diskussion

Bei der Konzipierung und Durchführung dieser Projekte sind wir auf eine Reihe von Problemen und Fragen gestoßen, die offensichtlich typisch für Projekte mit sozial Benachteiligten sind. Einige möchte ich exemplarisch nennen und zur Diskussion stellen:

1. Das zentrale Problem ist das des Zugangs, d.h.: Wie bringe ich Gesundheitsförderung an die sozial benachteiligte Zielgruppe?

Bei Kindern oder Jugendlichen erscheint dies vermeintlich einfach, denn man findet sie in Kitas und Schulen in klaren Strukturen und deshalb empfehlen auch die Experten/innen, diese Settings für die Gesundheitsförderung vorrangig zu nutzen. Als Einstieg sind diese Einrichtungen, sofern sie sich für Gesundheitsförderung interessieren lassen, sicherlich hilfreich und nützlich, wenngleich auch nicht immer hinreichend. Denn die Ursachen der Probleme von Kindern und Jugendlichen liegen ja überwiegend im familiären und sozialen Umfeld, werden in die Einrichtungen erst hinein getragen und lösen dort nicht selten Überforderungen aus.

2. Eine zweite zentrale Frage ist, welche gesundheitsförderlichen Inhalte sollen transportiert und wie sollen sie vermittelt werden?

Hinlänglich bekannt – auch aus aktuellen Medienberichten – ist, dass insbesondere Unterschichtskinder übergewichtig sind und erhebliche Defizite bei den motorischen Fähigkeiten aufweisen. Ziel von Gesundheitsförderung muss also sein, dass Kinder und Jugendliche normalgewichtig und beweglicher werden, d.h. sie sollten sich gesünder ernähren und mehr bewegen. Die Frage ist aber: Wie vermittele ich dies meiner Zielgruppe. Um hierauf eine Antwort zu finden, hat der BKK Bundesverband ein Gutachten in Auftrag gegeben, in dem die derzeit praktizierten Ansätze untersucht werden. Das Ergebnis ist ernüchternd: Es konnte kein einziges Programm ermittelt werden, das sich an sozial benachteiligte Kinder wendet und präventiv vor Übergewicht und Bewegungsmangel schützt oder Übergewicht und Bewegungsmangel dauerhaft reduziert. Es wurde deutlich, dass Ernährungs- und Bewegungsfachleute offenbar gar nicht in der Lage sind, einen Zugang zu sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu finden und ihre Inhalte zu vermitteln.

3. Eine weitere Frage ist, wie inhaltlich komplex ein Projekt sein darf, damit am Ende noch seine Wirkungen nachvollziehbar sind.

Bei der Diskussion des eben genannten Gutachtens in einem Workshop in der letzten Woche wurden eine Reihe von Hinweisen gegeben, von denen ich hier einige nennen möchte und die möglicherweise zu weiterer Diskussion anregen:

- Projekte zur Gesundheitsförderung sollten immer einen klaren Setting-Bezug haben, um die Menschen in ihrem sozialen Umfeld, also dort, wo sie leben, zu erreichen. Die Experten/innen empfehlen vorrangig Grund-, Haupt- und Sonderschulen in sozialen Brennpunkten, da hier alle Kinder/Jugendlichen erreicht und Stigmatisierungen vermieden werden. Als weitere Settings werden Kitas, Sportvereine und auch die Familien genannt.

- Die Projektbeteiligten müssen die Sprache der Kids und Eltern sprechen und sich in ihrem soziokulturellen Umfeld auskennen: z.B. Sozialarbeiter/in oder sog. „Keyperson".
- Die Projekte sollten die Kids und die Eltern beteiligen – Stichwort: Partizipation –, denn nur so lässt sich Motivation für das Thema entwickeln.
- Die Anlage der Projekte sollte ressourcenorientiert sein nach dem Motto: Was steckt in den Kids drin, was macht ihnen Spaß, wie kann ich sie stark machen?
- Gesundheitsförderung sollte so früh wie möglich beginnen, möglichst schon vor der Schule, also in Kitas, noch besser schon bei den Müttern während der Schwangerschaft.
- Die Projekte sollten grundsätzlich einfach angelegt und auf ein klar definiertes, gut messbares Ziel ausgerichtet sein, z.B.: den Schulweg statt mit Bus und Bahn zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen. Erhofftes Ergebnis: Verbesserung der Beweglichkeit und Vermeidung von Übergewicht. Beides lässt sich am Ende des Projektes gut überprüfen.
- Die vorhandenen Hilfesysteme sollten sich vernetzen und zusammen arbeiten, z.B. die Sozial- und Jugendämter, die Erziehungsberatung, die Schulärzte/innen, die Sportvereine ... und natürlich auch die Quartiersmanager/innen. Bei all diesen besteht häufig schon ein direkter Zugang zu den Familien, der nicht erst mühsam entwickelt werden muss.

Soweit die Auswahl der Statements.

Für mich ist in dieser Diskussion deutlich geworden, dass für das Gelingen von Gesundheitsförderungs-Projekten für sozial Benachteiligte das Fachwissen von Ökotrophologen/innen oder Sportlehrern/innen offenbar weniger entscheidend ist als die Kompetenz von Sozialarbeitern/innen und Sozialpädagogen/innen. Denn solange ich als Experte für Gesundheitsförderung keinen Zugang zu den sozial benachteiligten Kids finde und/oder meine Inhalte nicht in einer für diese verständlichen Sprache transportieren kann, werde ich kaum Erfolg haben. Sozialarbeitern/innen unterstelle ich positiv, dass sie eher in der Lage sind, sowohl einen Zugang zu sozial benachteiligten Zielgruppen als auch den richtigen Ton zu finden, um Themen der Gesundheitsförderung zu transportieren.

Wenn das Entscheidende zur Vermeidung von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen ist, diese kontinuierlich in Bewegung zu bringen – so die Experten/innen auf unserem Workshop in der letzten Woche –, so gelingt das einem Quartiersmanager/einer Quartiersmanagerin in Verbindung mit einem Übungsleiter/einer Übungsleiterin des örtlichen Fußballvereins möglicherweise besser, als einem Bewegungsexperten/einer Bewegungsexpertin, der/die keinen Draht zu den Kids aufbauen kann.

Ohnehin bin ich der Überzeugung, dass vieles von dem, was Sie als Quartiersmanager/innen routinemäßig tun, sehr viel mit Gesundheitsförderung und Prävention zu tun hat. Indem Sie Menschen stärken, vor dem Abgleiten in schlimmere Situationen bewahren, Not lindern, Konflikte entschärfen, Unterstützung bieten, Vernetzungen herstellen und noch vieles mehr tun, leisten sie zugleich etwas für die Gesundheit der Betroffenen, auch wenn Sie das möglicherweise nicht mit dem Begriff der Gesundheitsförderung in Zusammenhang bringen.

Nach meinem Eindruck denken Sie als Quartiersmanager/innen und wir als Gesundheitsförderer häufig dasselbe Ding – nur eben von zwei unterschiedlichen Seiten her. Ich würde es sehr begrüßen, wenn die Veranstaltung heute und morgen dazu beitragen könnte, diese unterschiedlichen Denkrichtungen füreinander verständlicher zu machen und es erkennbar wird, wo gleiche oder ähnliche Interessenlagen vorliegen und wo es Kooperations- und Entwicklungsfelder gibt, auf denen die unterschiedlichen Kompetenzen sinnvoll zusammengeführt werden können.

Kontakt:
Michael Bellwinkel
BKK Bundesverband, Abteilung Gesundheit
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen
Telefon: 02011791472
Email: BellwinkelM@bkk-bv.de

Liane Schenk, Thomas Lampert

Gesundheitliche Situation von benachteiligten Kindern und Jugendlichen

Während noch in den siebziger Jahren die Altersarmut dominierte, sind heute Kinder und Jugendliche am häufigsten von Armut betroffen. Gegenwärtig leben über 14 Prozent der unter Achtzehnjährigen – und damit ein höherer Anteil als in jeder anderen Altersgruppe – in Haushalten, die als einkommensarm einzustufen sind (BMA 2001, Becker & Hauser 2003). Dennoch konzentrierte sich die Forschung zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit bis vor kurzem auf die Bevölkerung im Erwerbsalter und vernachlässigte Kinder und Jugendliche ebenso wie ältere Menschen. Erst seit einigen Jahren liefert die Forschung Erkenntnisse zu Auswirkungen von Armut und sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Heranwachsenden (vgl. u.a. Böhm et al. 2003; Ellsäßer et al. 2002; Klocke 2001; Hurrelmann et al. 2003). Trotz des verbesserten Forschungsstandes bestehen nach wie vor zahlreiche Datendefizite und Wissenslücken. So beschränken sich Untersuchungen auf einzelne Aspekte der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter, nehmen nur bestimmte Altersgruppen ins Visier oder sind lokal bzw. regional begrenzt. Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), den das Robert-Koch-Institut derzeit durchführt, wird diese Datenlage verbessern und bundesweit repräsentative Daten zu einer breiten Palette von gesundheitsbezogenen Themen bereitstellen.

Nach einer kurzen Einführung in den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey wird dieser Beitrag einige Ergebnisse aus der Pilotphase zum Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen vorstellen. Im zweiten Teil wird die Gesundheit von Migrantenkindern und Kindern ohne Migrationshintergrund verglichen und gefragt, inwieweit soziale oder aber kulturspezifische und migrationsbedingte Faktoren für die Unterschiede verantwortlich sind.

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey

Im Zeitraum zwischen Mai 2003 und April 2006 werden etwa 18.000 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen null und achtzehn Jahren bundesweit in insgesamt 150 Orten untersucht. Sie werden nach einem statistischen Zufallsverfahren aus den jeweiligen Einwohnermelderegistern ausgewählt und in ein Studienzentrum eingeladen. Dort finden eine schriftliche Befragung, eine medizinische Untersuchung sowie ein ärztliches Interview statt. Die medizinische Untersuchung beinhaltet u.a. einen Sehtest, Körper- und Blutdruckmessungen, eine Schilddrüsenultraschalluntersuchung und verschiedene Tests zur motorischen Entwicklung. Außerdem werden Blut- und Urinanalysen vorgenommen. Befragt werden Eltern sowie Kinder und Jugendliche ab dem elften Lebensjahr nach körperlicher und seelischer Gesundheit, nach Krankheiten, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen sowie nach der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Kurth et al. 2002a,b).

Themenschwerpunkte des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys

Körperliche Gesundheit
- Allgemeines, körperliche Entwicklung
- akute und chronische Krankheiten
- Unfallverletzungen
- Schmerzen
- Behinderungen
- Schwangerschaft, Geburt
- angeborene Fehlbildungen

Psychische Gesundheit
- frühe Entwicklung
- psychisches Wohlbefinden
- psychische Krankheiten, z.B. Depression
- Verhaltensauffälligkeiten, z.B. ADHS
- Lebensqualität

Soziales Umfeld, Lebensbedingungen
- Soziodemographie
- soziale Ungleichheit
- soziale Kontakte, soziales Netz
- Schutzfaktoren, personale Ressourcen
- Familie, Lebensumfeld

Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken
- Ernährung
- Stillanamnese
- Essstörungen
- Adipositas
- Rauchen, Alkohol-, Drogenkonsum
- Freizeitaktivitäten
- körperliche Aktivität, motorische Kompetenz

Gesundheitliche Versorgung
- Impfstatus
- Inanspruchnahme ambulanter Leistungen
- Inanspruchnahme stationärer Leistungen
- Behandlungen
- Medikamentenkonsum
- Krankenversicherung

Wie messen wir soziale Ungleichheit? Ein Merkmal zur Beschreibung der vertikalen sozialen Ungleichheit ist die Schichtzugehörigkeit des Haushaltes, die über das Haushaltsnettoeinkommen, Bildungsniveau und die berufliche Stellung der Eltern im Rahmen der schriftlichen Befragung erfasst wird. Darüber hinaus werden weitere Merkmale für eine differenziertere Beschreibung ungleicher Lebenssituationen erfragt, die die materielle Versorgung des Kindes, Familiensituation, Wohnverhältnisse, Bedingungen in der Kita oder Schule sowie die Freizeit und Gleichaltrigengruppe betreffen (Lampert et al. 2002).

bungsmethoden und Feldzugängen soziale und gesundheitliche Unterschiede angemessen erfasst und abgebildet werden können.

Der allgemeine Gesundheitszustand des untersuchten Kindes wurde im Rahmen des ärztlichen Interviews von den Eltern auf einer Skala mit vier Ausprägungen (sehr gut, gut, zufrieden stellend, weniger gut) eingeschätzt. Wie Abbildung 2 verdeutlicht, bestehen erhebliche Schichtunterschiede in der subjektiven Gesundheit zu Ungunsten von Kindern und Jugendlichen aus der unteren sozialen Schicht. Bei den bis zehnjährigen Kindern sind diese noch stärker ausgeprägt als bei Jugendlichen im Alter von elf bis siebzehn Jahren.

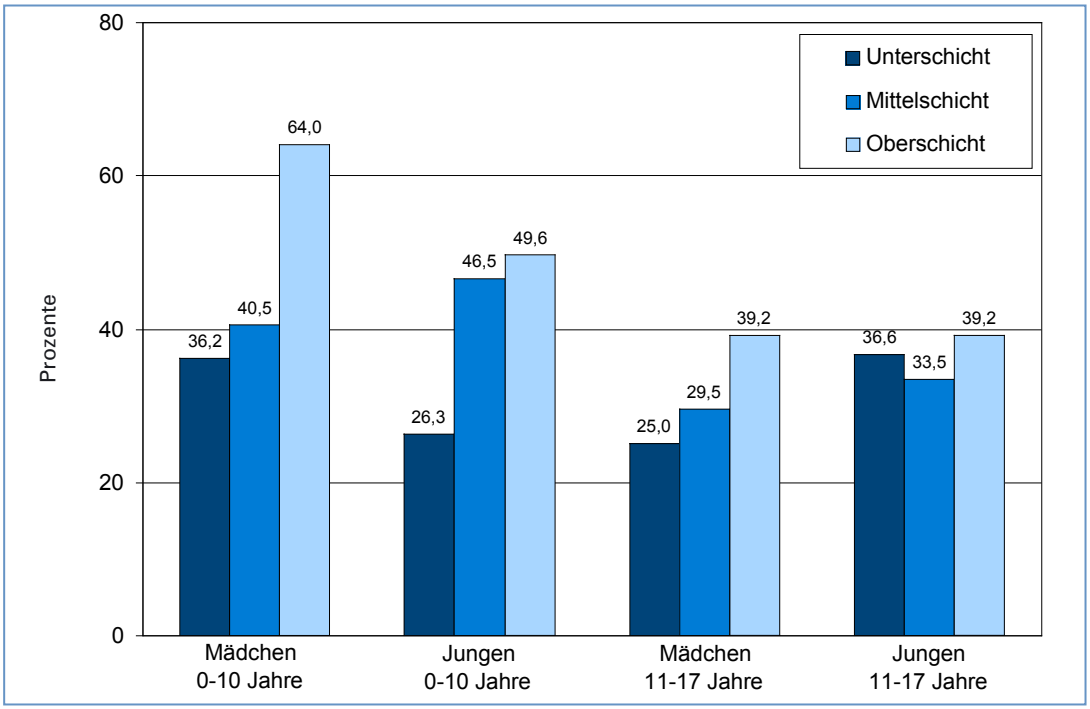


Abb.2: Sehr gut eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand bei 0- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozialer Schichtzugehörigkeit (Elternurteil)
Quelle: KiGGS-Pre-Test (N=1.480)

Ergebnisse des Pre-Tests zum Einfluss der Sozialschicht

Vorangegangen ist der Hauptphase ein einjähriger Pre-Test, an dem sich 1.630 Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern aus vier verschiedenen Orten beteiligten. Die Pilotphase wurde vor allem genutzt, um Stichprobendesign, Feldzugang, Erhebungsinstrumente, Strategien zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft – insbesondere auch bei Migranten – sowie den Untersuchungsablauf zu optimieren (Kamtsiuris et al. 2002, Schenk 2002). Im Folgenden werden Pre-Test-Ergebnisse zum Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf einige ausgewählte Aspekte der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen dargestellt. Wenngleich die Ergebnisse nicht repräsentativ für Deutschland sind und auch größere Fallzahlen abzuwarten bleiben, um sich abzeichnende Unterschiede zu bestätigen, so liefern sie doch einen Hinweis darauf, inwieweit mit den vorhandenen Erhe-

Übergewicht wird seit einiger Zeit als ein Gesundheitsproblem im Kindes- und Jugendalter diskutiert. Ein zu hohes Körpergewicht beeinträchtigt nicht nur die Gesundheit und Lebensqualität der Heranwachsenden, sondern bedeutet auch ein erhöhtes Krankheits- sowie Sterberisiko in höheren Lebensjahren. Abbildung 3 zeigt eine schichtabhängige Verteilung von Übergewicht. Übergewicht wird dabei mit Hilfe des Body-Mass-Index unter Nutzung der aktuellsten Referenzwerte für Kinder und Jugendliche in Deutschland bestimmt (Kromeyer-Hausschild 2001). Im Kindesalter sind Mädchen und Jungen aus der untersten Sozialschicht im Vergleich zu ihren Gleichaltrigen aus der höchsten Sozialschicht etwa dreimal so häufig übergewichtig, im Jugendalter immerhin doppelt so oft.

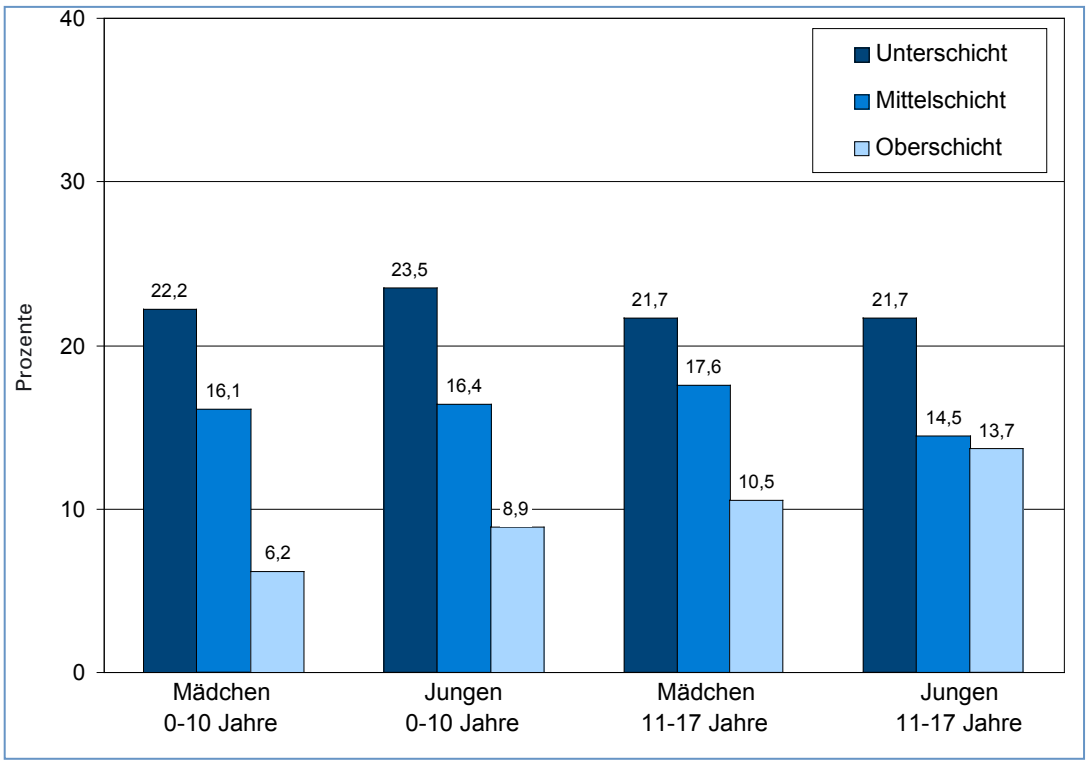


Abb 3: Übergewicht bei unter 18-Jährigen nach Schichtzugehörigkeit (Messwerte)
Quelle: KiGGS-Pre-Test (N=1.384)

Schmerzen sind ein verbreitetes, aber erst wenig untersuchtes Problem bei Kindern und Jugendlichen. Im KiGGS wird daher ein Schmerzfragebogen eingesetzt (Roth-Isigkeit et al. 2002). Tabelle 1 dokumentiert die schichtspezifische Verteilung von Kopfschmerzen, Migräne, Bauch- und Magenschmerzen, Rücken- und Gliederschmerzen sowie Zahnschmerzen. Kopfschmerzen und Migräne treten danach bei Mädchen in der unteren Sozialschicht häufiger auf als in den anderen beiden Schichten. Bei Jungen sind Migräne und vor allem Bauch- bzw. Magenschmerzen besonders häufig in der unteren Sozialschicht zu beobachten. Auch von Zahnschmerzen sind Mädchen und Jungen aus der unteren Sozialschicht am häufigsten betroffen. Allein Rücken- und Gliederschmerzen folgen bei Mädchen wie Jungen einem umgekehrten Verteilungsmuster mit der stärksten Betroffenheit in der höchsten Sozialschicht. Dieses Ergebnis widerspricht bisher vorliegenden Untersuchungen, denen zufolge bei Jugendlichen kein Zusammenhang zwischen Rückenschmerzen und Schichtzugehörigkeit besteht (Ravens-Sieberer et al., 2003).

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Vor allem bei den späteren Untersuchungen im vierten und sechsten Lebensjahr driften die Anteile der Nicht-Teilnehmenden zwischen Unterschicht und den anderen sozialen Schichten deutlich auseinander.

Tabelle: Schmerzen in den letzten vier Wochen bei 3- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozialer Schichtzugehörigkeit (Selbst- oder Elternurteil*; Angaben in Prozent)

	Mädchen			Jungen		
	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht
Kopfschmerzen	43,9	37,1	36,5	28,6	26,6	30,0
Migräne	17,9	8,1	7,0	11,3	7,6	7,8
Bauch-/ Magenschmerzen	29,3	31,6	26,9	29,3	16,6	16,2
Rücken-/ Gliederschmerzen	10,4	13,4	16,4	9,3	14,4	15,5
Zahnschmerzen	12,8	9,0	6,6	18,9	8,4	8,4

* Jugendliche ab 14 Jahren wurden selbst zum Vorkommen von Schmerzen befragt. Für Kinder und Jugendliche bis 13 Jahre wird auf die Angaben der Eltern zurückgegriffen.
Quelle: KiGGS-Pre-Test (N=1.342)

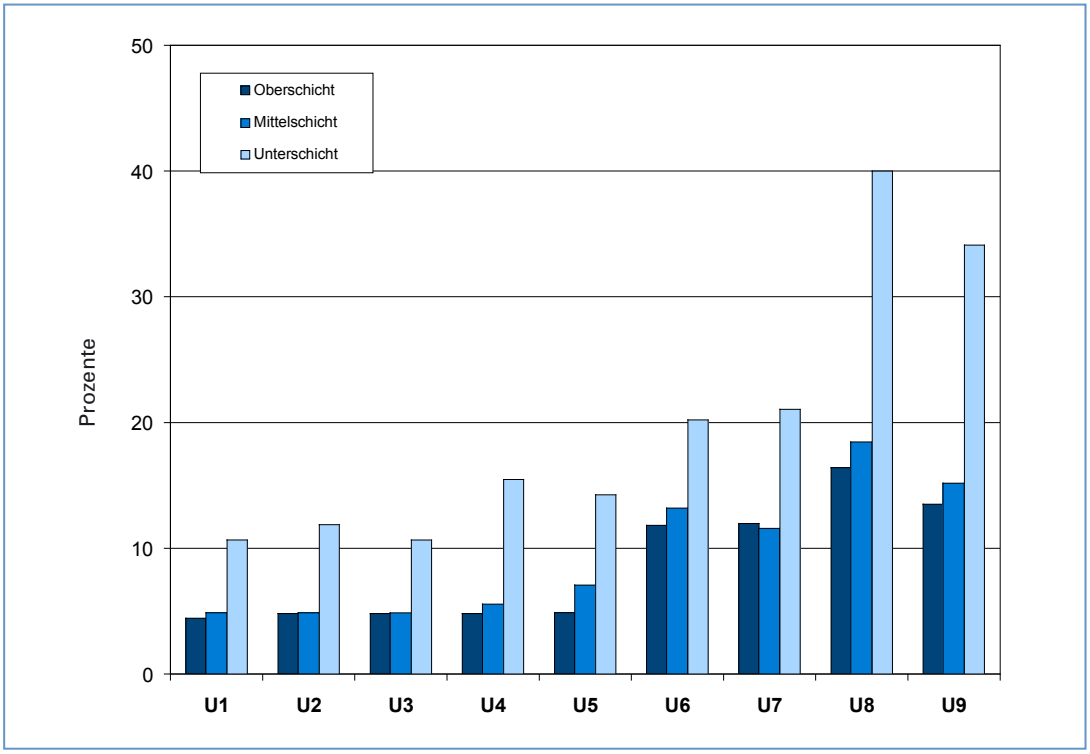


Abb. 4: Nicht-Teilnahme an den U1- bis U9-Untersuchungen nach Schichtzugehörigkeit (Elternangabe)
Quelle: KiGGS-Pre-Test

Die Ergebnisse dokumentieren eindrucksvoll, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche stärkeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Schichtabhängige Unterschiede betreffen dabei sowohl den Gesundheitszustand als auch das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Präventions- und gesundheitsfördernde Konzepte müssen daher zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden und verstärkt Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status erreichen.

Migration und Gesundheitsverhalten

Migranten/innen gehören bekanntermaßen häufiger sozial benachteiligten Schichten an als Nicht-Migranten/innen, was sich auch in den Ergebnissen der KiGGS-Pilotphase widerspiegelt. Sind Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen nun auf diesen Schichteffekt zurückzuführen, oder müssen zusätzlich andere Faktoren zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen diesen beiden Gruppen herangezogen werden, die sich etwa aus einem anderen kulturellen Hintergrund oder aus speziellen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem ergeben? Dieser Frage wird im Folgenden nachgegangen.

Unter Migranten werden Kinder und Jugendliche verstanden, deren Lebenssituation entweder durch eine eigene Migrationserfahrung oder durch die Migrationserfahrung der Eltern geprägt ist. Migranten/innen ist somit gemeinsam, dass sie sich in der Einwanderergesellschaft – gewissermaßen zwischen der Herkunftskultur und der Kultur des Aufnahmelandes – kulturelle Praktiken aneignen und sozial orientieren. Auch in der dritten Generation kann der Migrationshintergrund noch prägend sein. Migranten/innen der dritten Generation erfassen wir aus Gründen einer ansonsten zu aufwendigen Operationalisierung jedoch nur, sofern sie oder ihre Eltern eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit haben. Bezogen auf die Stichprobenqualität des Pre-Tests muss einschränkend angemerkt werden, dass Kinder und Jugendliche mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit generell und aus einzelnen Länder wie der Türkei und Jugoslawien im Besonderen unterrepräsentiert sind.

Am Beispiel der Mundhygiene und Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen soll den Unterschieden zwischen Migranten- und Nicht-Migranten nachgegangen werden: Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien putzen seltener ihre Zähne, gehen in größeren Abständen zum Zahnarzt und sind in geringerem Maße in kieferorthopädischer Behandlung (Abb. 5).

Gleichzeitig wird von einer Schieflage der Kariesverteilung gesprochen (Kühnisch et al. 2003). Im Rahmen von KiGGS wird nicht der Zahnstatus erhoben. Es kann aber die Angabe, ob die Kinder innerhalb der letzten vier Wochen über Zahnschmerzen geklagt haben, als Indikator für die Zahngesundheit herangezogen werden. Danach waren Migrantenkinder wesentlich häufiger von Zahnschmerzen betroffen als Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, wie aus Abbildung 6 hervorgeht.

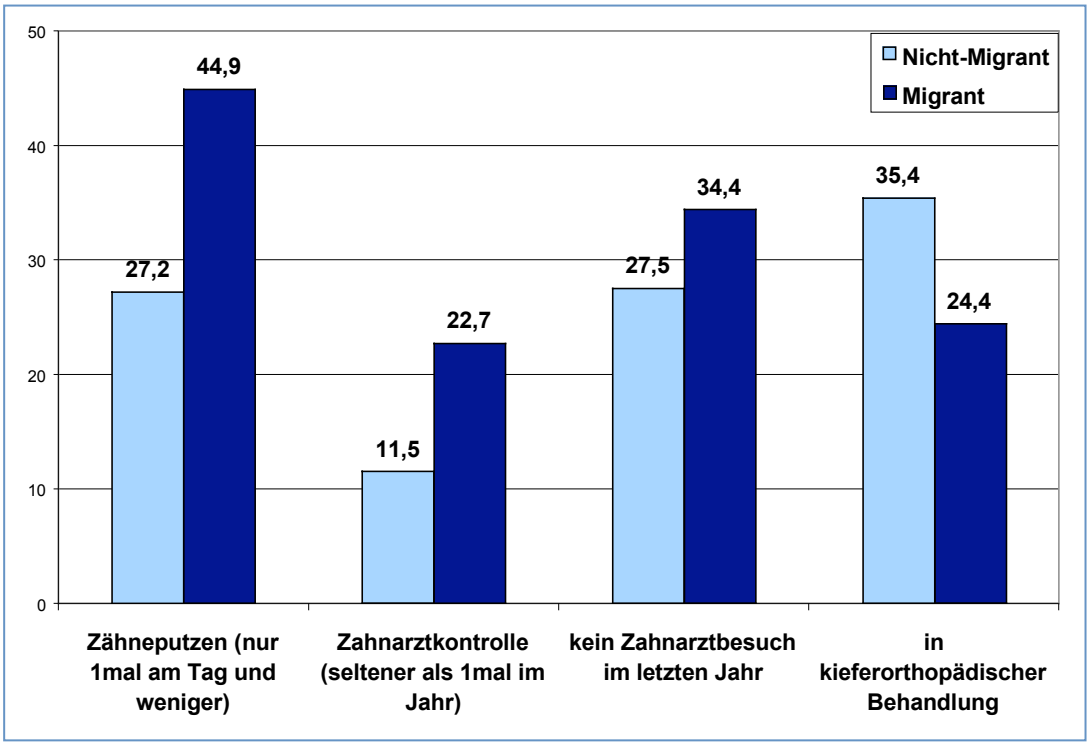


Abb 5: Mundhygiene und Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen von Migranten und Nicht-Migranten
Quelle: RKI-Pre-Test

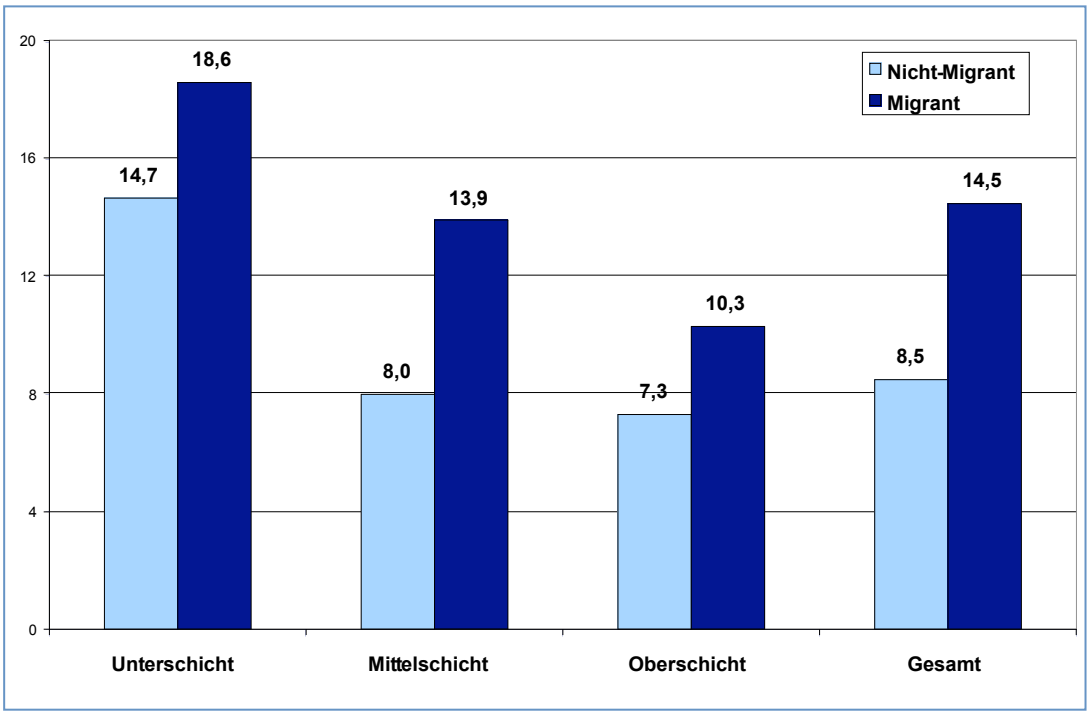


Abb 6: Zahnschmerzen in den letzten vier Wochen von Migranten und Nicht-Migranten
Quelle: RKI-Pre-Test

Eine mögliche Erklärung für die berichteten Unterschiede zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen könnte die überproportionale Zugehörigkeit der Migrantenfamilien zu den unteren sozialen Schichten sein, da Mundhygiene und Zahngesundheit schichtspezifisch geprägt sind (Lampert/ Schenk 2004). Dies soll wiederum am Beispiel des Putzverhaltens geklärt werden. Es zeigt sich hier, dass sich ein Schichtgefälle in beiden Gruppen – sowohl in der Gruppe der Migranten/innen als auch der Nicht-Migranten/innen – finden lässt. Mit der Schicht nimmt jeweils auch die Häufigkeit des Zähneputzens ab. Gleichzeitig macht Abbildung 7 aber deutlich, dass sich Unterschiede im Putzverhalten zwischen Migranten und Nicht-Migranten in allen drei Schichten gleichermaßen manifestieren.

Da auch bei Kontrolle des Schichteinflusses Differenzen im Gesundheitsverhalten von Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen bestehen bleiben, müssen für diese Unterschiede neben der Schicht noch weitere Faktoren verantwortlich sein. Für den Bereich der Mundhygiene und zahnmedizinischen Prophylaxe sind das zum einen kulturspezifische Besonderheiten,

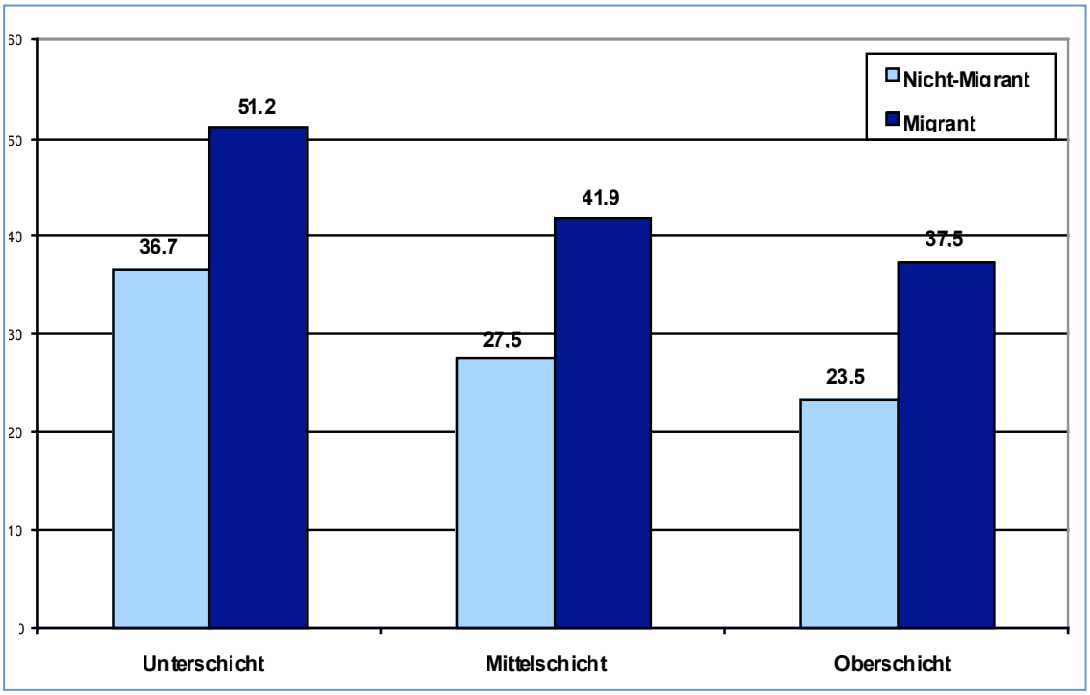


Abb 7: Zahnpflege von Migranten und Nicht-Migranten nach Schichtzugehörigkeit
Quelle: RKI-Pre-Test

wie z.B. durch weniger Zucker geprägte Ernährungsgewohnheiten in den Herkunftsländern und damit einhergehend ein fehlendes Problembewusstsein für die kariogene Wirkung von Zucker, andere Putztechniken oder Unterschiede in den Konzepten von Krankheit und Gesundheit, wonach Gesundheit als gott- oder schicksalsgegeben und daher außerhalb der eigenen Einflussnahme und Verantwortung gesehen wird (Pavkovic 2001, Yüksel 2001). Hürden bei der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen resultieren aus sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient, aus Informationsdefiziten über Prophylaxemöglichkeiten – vor allem wenn sich die Gesundheitssysteme von Herkunfts- und Aufnahmeland unterscheiden –, aus aufenthaltsrechtlichen Beschränkungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, das nur das Recht auf Akut-, nicht aber prophylaktische Behandlung einräumt, sowie aus einer ethnozentristischen Angebotsausrichtung. Fehlendes Verständnis für eine andere Lebensweise, Ernährungs- und Hygienegewohnheiten kann die Angst vorm Zahnarzt vergrößern, Schamgefühle auslösen und deshalb zu einer geringeren Inanspruchnahme führen (Van Steenkiste 2004).

Fazit und Ausblick

Bereits die Ergebnisse des KiGGS-Pre-Tests verdeutlichen, dass sowohl zwischen sozialer Schicht als auch zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen erhebliche Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bestehen. Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen lassen sich auch dann finden, wenn der Schichteinfluss kontrolliert wird. Zur Erklärung müssen also zusätzlich kulturspezifische und migrationsbedingte Faktoren herangezogen werden. Neben einer schicht- ist damit auch eine kultursensible Prävention und Gesundheitsförderung erforderlich.

Nach Abschluss der Hauptphase von KiGGS werden die formulierten Hypothesen anhand größerer Fallzahlen unter Einbeziehung weiterer Aspekte des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheit überprüft werden können. Es wird möglich sein, z.B. durch Berücksichtigung von Herkunftsland, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer weitere Einflussfaktoren von gesundheitlicher Ungleichheit zu ermitteln und Zielgruppen für Gesundheitsprävention zu identifizieren und differenzierter zu beschreiben.

Literatur:

Becker, I./ Hauser, R.: „Zur Entwicklung von Armut und Wohlstand in der Bundesrepublik Deutschland – eine Bestandsaufnahme", in: Butterwegge, C./ Klundt, M. (Hg.): Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Familien und Sozialpolitik im demografischen Wandel, Opladen 2003, S. 25-41.

Böhm, A./ Ellsäßer, G./ Kuhn, J./ Lüdecke, K., Ranft, M./ Rojas, M.: „Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg", in: Das Gesundheitswesen, 65, 2003, S. 219-225.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Lebenslagen in Deutschland – Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bonn 2001.

Ellsäßer, G./ Böhm, A./ Kuhn, J./ Lüdecke, K./ Rojas, G.: „Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern – Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen", in: Kinderärztliche Praxis, 4, 2002, S. 248-257.

Hurrelmann, K./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hg.): Jugendgesundheitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, Weinheim/München 2003.

Kamtsiuris, P/ Bergmann, K. E./ Dippelhofer A./ Hölling, H./ Kurth, B.-M./ Thefeld, W.: „Der Pre-Test des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys: Methodische Aspekte und Durchführung", in: Das Gesundheitswesen, 64 (Sonderheft 1), 2002, S. 99-106.

Klocke, A.: „Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit", in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 03/01, Robert Koch-Institut, Berlin 2001.

Kromeyer-Hauschild, K./ Wabitsch, M./ Kunze, D. et al.: „Perzentilen für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben", in: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 149, 2001, S. 807-818.

Kühnisch, J./ Senkel, H./ Heinrich Weltzien, R.: „Vergleichende Untersuchung zur Zahngesundheit von deutschen und ausländischen 8- bis 10-Jährigen des westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreises", in: Das Gesundheitswesen, 65, 2003, S. 96-101.

Kurth, B.-M./ Bergmann, K. E./ Dippelhofer, A./ Hölling, H./ Kamtsiuris, P./ Thefeld, W.: „Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden", in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45 (11), 2002, S. 852-858.

Kurth, B.-M./ Bergmann, K. E./ Hölling, H./ Kahl, H./ Kamtsiuris, P./ Thefeld, W.: „Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitssurvey – Das Gesamtkonzept", in: Das Gesundheitswesen, 64 (Sonderheft 1), 2002, S. 3-11.

Lampert, T./ Schenk, L./ Stolzenberg, H.: „Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey", in: Das Gesundheitswesen, 64 (Sonderheft 1), 2002, S. 48-52.

Lampert, T./ Schenk, L.: „Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung. Konzeptionelle und analytische Zugänge des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)", in: Jungbauer-Gans, M./ Kriwy, P. (Hg.): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, Weinheim/ München 2004.

Pavkovic, G.: „Auswirkungen von Familie und Erziehung in verschiedenen Kulturen auf die Mundgesundheit", in: Schneller, T./ Salman, R./ Goepel, Ch. (Hg.): Handbuch Oralprophylaxe und Mundegesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa, Bonn 2001, S. 77-90.

Ravens-Sieberer, U./ Thomas, C./ Erhart, M.: „Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen", in: Hurrelmann, K./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, Weinheim/München 2003, S. 19-98.

Roth-Isigkeit, A./ Ellert, U./ Kurth, B.-M.: „Die Erfassung von Schmerz in einem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey", in: Das Gesundheitswesen, 64 (Sonderheft 1), 2002, S. 125-129.

Schenk, L.: „Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey", in: Das Gesundheitswesen, 64 (Sonderheft 1), 2002, S. 59-68.

Van Steenkiste, M. (2004): „Zugang zu zahnärztlichen Leistungen und Einstellung zum Zahnarzt bei deutschen und türkischen Eltern", in: Das Gesundheitswesen, Bd. 66 2004, S.93-101.

Yüksel, T.: „Oralprophylaxe in der islamischen Kultur", in: Schneller, T./ Salman, R./ Goepel, Ch. (Hg.): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa, Bonn 2001, S. 91-97.

Kontakt:
Liane Schenk
Robert-Koch-Institut Berlin
Seestraße 10
13353 Berlin
Telefon: 0188/87543447
Email: SchenkL@rki.de

Monika Hünert

Sexualaufklärung als Beitrag zur Gesundheitsförderung

Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS). Sie verfolgt das Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen. Sie hat die Aufgabe, Strategien und Konzepte für gesundheitsförderliche Maßnahmen, sowie Fortbildungen und Arbeitshilfen für Multiplikatoren/innen zu entwickeln. Die BZgA führt außerdem Kampagnen zu verschiedenen Themen durch, z.B. zur Sucht- und Aidsprävention, zur Blut- und Plasma- sowie Organspende. Mittelfristiger Schwerpunkt ist die „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen".

Um die gesunde körperliche, geistige und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu fördern, verfolgt die BZgA folgende Strategien:

- einen lebensbegleitenden und ganzheitlichen Ansatz,
- Stärkung der Gesundheitsförderungskompetenz von Eltern und Betreuungspersonen (und Multiplikatoren/innen),
- Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen (Stärkung und Entwicklung von eigenverantwortlichem Verhalten) und
- den Setting-Ansatz, da neben der individuellen Ansprache die Arbeit im Setting aufgrund der guten Erreichbarkeit der Zielgruppe z.B. im Kindergarten und in der Schule, Erfolg versprechend ist.

Sexualaufklärung ist ein wichtiger Bereich der Kinder und Jugendgesundheit der in der BZgA in der entsprechenden Abteilung (Sexualaufklärung, Familienplanung und Verhütung) verortet ist.

Gesetzlicher Hintergrund und Grundlage der Sexualaufklärung und Familienplanung in der Bundesrepublik

Durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) vom 27. Juli 1992 ist Sexualaufklärung als öffentliche Aufgabe bestätigt worden und hat damit einen Bedeutungszuwachs erhalten. Die BZgA ist durch dieses Gesetz beauftragt, gemeinsam mit den obersten Landesbehörden und Familienberatungseinrichtungen aller Träger Konzepte zu entwickeln und bundeseinheitliche Maßnahmen zur Sexualaufklärung zu erarbeiten und zu verbreiten. Konkretisiert wurde dieser Auftrag in einem mit den Bundesländern abgestimmten Rahmenkonzept.

Das Rahmenkonzept geht von einem umfassenden Begriff von Sexualität aus. Sexualität ist danach ein existentielles Grundbedürfnis des Menschen und ein zentraler Bestandteil seiner Identität und Persönlichkeitsentwicklung. Für jeden Menschen ist Sexualität mit ganz unterschiedlichen Hoffnungen, Erwartungen und Erfahrungen verbunden; sie ist darüber hinaus eingebettet in ein komplexes Netz aus Normen und Wertvorstellungen auf gesellschaftlicher Ebene. Eine, darauf aufbauende Sexualaufklärung beschränkt sich nicht auf bloße Wissensvermittlung über biologische Vorgänge wie Zeugung und Schwangerschaft, sondern thematisiert neben sachlichen Informationen auch die Beziehungen zwischen Menschen. Damit sind Liebe, Freundschaft und Emotionalität ebenfalls Gegenstand einer ganzheitlich orientierten Aufklärungsarbeit. Ziel ist es, Menschen zu einem eigen- und partnerverantwortlichen, gesundheitsgerechten Umgang mit Sexualität zu befähigen.

Diesen Anspruch setzen wir mit vielen unterschiedlichen Partnern um. Unsere Arbeit ist wissenschaftlich durch Studien und Expertisen begründet. Sie entstehen immer in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten, um die Fachlichkeit sicherzustellen. Multiplikatoren/innen aus den verschiedensten Arbeitsfeldern, z.B. Schule, Jugendarbeit oder Verband sind wichtige Partner und Unterstützer/innen bei der Umsetzung unserer Themen.

Im Folgenden werde ich konkrete Angebote, aufgefächert für die verschiedensten Zielgruppen, beschreiben, die in der praktischen Arbeit vor Ort eingesetzt oder bekannt gemacht werden können. Ich gehe davon aus, dass Sexualaufklärung bisher nicht Thema Nr. 1 auf der Agenda Ihrer Tätigkeit ist, Sie aber dennoch häufig mit dem Themenkomplex in Ihrer Arbeit konfrontiert werden. Wir möchten Sie motivieren, die folgenden Angebote auf die Verwertbarkeit und Umsetzung in Ihren Quartieren zu prüfen. Insgesamt sind wir neugierig auf Ihre Fragen, Anregungen und Rückmeldungen für unsere Arbeit, insbesondere im Hinblick auf eventuell notwendige Qualifizierungen im Themenfeld.

Nun zu den Angeboten:

Für Jugendliche gibt es seit einigen Jahren den Internet-Auftritt www.loveline.de. www.loveline.de ist mittlerweile das umfangreichste Informationsportal für jüngere Jugendliche zum Thema Liebe, Partnerschaft und Verhütung.
Folgende Elemente sind dort zu finden:

- Infoshop: Übersicht über die Medien und Materialien der BZgA. Monatlich werden

4.700 Broschüren online bestellt und 2.800 Medien heruntergeladen (Angaben 1-4/2004).
- FAQs: Antworten auf die häufigsten Fragen Jugendlicher zur Sexualität.
- Liebeslexikon: Mit über 350 Begriffen, Zeichnungen, O-Tönen und Videos das größte Sexuallexikon für Jugendliche im Netz.
- Chat: Verschiedene themenorientierte Chat-Räume, Fragen an Experten/innen (Sexualpädagogen/innen, Ärzte/innen).

Entwickelt wurde dieser Internetauftritt auf der Basis der CD-ROM „loveline", die wir auch weiterhin zur Verfügung stellen. Trotz der Zuwächse von PCs in Privathaushalten, gibt es immer noch viele Jugendliche, die keinen eigenen Zugang haben, hier bietet sich der Einsatz der CD-ROM z.B. in Schulen – wir wissen, dass mit der CD-ROM erfolgreich in Sonder- und Förderschulen gearbeitet wird – oder Jugendzentren an. An dieser Stelle verweise ich auf ein Programm des BMFSFJ, dass die Möglichkeit bietet, Jugendzentren mit PCs auszustatten. (Näheres finden Sie unter http://www.jugend.info/)

Eine weitere Möglichkeit das Thema in ihrem Quartier mit unserer Unterstützung zu platzieren, sind die Jugendfilmtage. Seit 1999 bietet die BZgA die Jugendfilmtage als größeren Event zur Aidsaufklärung in Zusammenarbeit mit den Cinemaxx-Kinos an. Filme wie „Crazy", „Das erste Mal" oder „Billy Elliot", sind Impulse für die Auseinandersetzung von Jugendlichen mit Sexualität. Die Anmeldung erfolgt über die Schule, Lehrer/innen werden in einem Workshop entsprechend geschult, um die Themen der Filme im Unterricht nachzubereiten. In diesem Jahr gibt es erstmalig ein Angebots-Paket, das speziell für kleinere regionale Einsätze z.B. in Quartieren konzipiert ist. Damit lassen sich folgende Ziele verfolgen:
- Handlungsorientierte Auseinandersetzung von Schülern/innen (11-18 Jahre) mit Sexualität, Liebe, Freundschaft, Schwangerschaft, Verhütung, HIV/Aids und weiteren STDs.
- Praktische Anregungen für Lehrer/innen oder auch andere Multiplikatoren/innen.
- Öffentlichkeitswirksamer und nachhaltiger Impuls für die regionale Aufklärungsarbeit.
- Bekanntmachung von Beratungsstellen und Stärkung regionaler Präventionsstrukturen.

Bei der Umsetzung unterstützen wir Sie mit:
- einer Aufwandspauschale 200 EUR für Kooperations-Mitmachaktionen,
- Infomedien und „Give-aways",
- telefonischer Beratung, Coaching, organisatorischer Unterstützung,
- überregionalen Planungs-Workshops für regionale Projektkoordinatoren/innen als strategisches Instrument für strukturschwache Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern,
- dem praxisnahen Internetleitfaden Jugend-FilmTage unter www.gib-aids-keine-chance.de.

Wir wollen damit die Möglichkeit bieten, Sexualaufklärung noch stärker vor Ort anzubinden und zu vernetzen. Ein ausführlicher Flyer informiert Sie über alle notwendigen Schritte.

Vor dem Hintergrund des Themas „minderjährige Schwangere" planen wir ein Projekt, das Jugendliche bei der Berufsfindung und Familienplanung unterstützt. In 7. und 8. Klassen von Haupt- und Gesamtschulen wird eine Mitmachaktion gestartet, die Kompetenz und Zukunftsperspektiven vermitteln soll. Agenturen für Arbeit, die Schulen, Jugendliche, Eltern und ortsansässige Betriebe sind Partner in diesem Projekt. Nach Abschluss der Konzeptionsphase werden wir Sie ausführlich informieren.

Die Projektidee entstand vor dem Hintergrund, dass Jugendliche mit Berufsfindung und Lebensplanung oft auf Strukturen treffen die ihnen und ihren Fragen nicht gerecht werden. Das Thema „minderjährige Schwangere" wird in diese Projektkonzeption mit eingebunden, da junge Frauen oft mit einer Schwangerschaft die wegen mangelnder oder nicht abgeschlossener Schulbildung und nicht vorhandenem Ausbildungsplatz sonst fehlende Lebensperspektive ersetzen wollen.

Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche bei Teenagern sind ein besonders sensibles gesellschaftliches und politisches Thema, insofern auch ein beliebtes Thema der fachlichen Diskussion und der öffentlichen Berichterstattung. In periodisch wiederkehrenden Zeiträumen wird immer wieder von „dramatisch" angestiegenen Schwangerschaftsabbruch-Zahlen bei Teenagern berichtet. Leider handelt es sich dabei weniger um eine seriöse Auseinandersetzung mit dem Thema als vielmehr um eine ideologisch geführte, wenig an den realen Fakten orientierte und häufig stark moralisierende Debatte.

Fakt ist, dass die Abbruchzahlen bei den Minderjährigen kontinuierlich gestiegen sind, wohingegen die ausgetragenen Schwangerschaften in dieser Altersgruppe relativ gleich geblieben sind; dennoch kann derzeit bei genauerer Auswertung des Datenmaterials nicht von einem „dramatischen" Anstieg gesprochen werden. Trotzdem ist eine Schwangerschaft bei Jugendlichen sicherlich ein relevantes Thema für Prävention und Beratung. Leider ist immer

noch zu wenig über Hintergründe und Ursachen der Entwicklung bei Schwangerschaftsabbrüchen von Minderjährigen bekannt. Aus einigen qualitativen Studien lassen sich Tendenzen über Hintergründe und Motive für den Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen ableiten:

- eine ungeklärte Beziehung zum Kindsvater,
- Angst, eine Schul- oder Berufsausbildung nicht abschließen zu können,
- wirtschaftliche und soziale Abhängigkeit von den Eltern,
- Angst vor der Verantwortung für ein Kind.

Die Entscheidung, die Schwangerschaft nicht abzubrechen, treffen die Mädchen oft aus Mangel an anderen Lebensperspektiven.

Ob nun viele minderjährige Mädchen von einer ungewollten Schwangerschaft betroffen sind oder wenige, ist für das einzelne Mädchen, das diesen Konflikt erlebt letztlich unerheblich. Jedes Mädchen, das diese Erfahrung macht, braucht Hilfe und solidarische Unterstützung.

Wie dies geleistet werden kann, werden wir in der Arbeitsgruppe diskutieren und gemeinsam überlegen, welche weiteren Möglichkeiten zur Verfügung stehen oder gestellt werden müssen.

Kontakt:
Monika Hünert
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Telefon: 0221/ 899 23 23
Email: huenert@bzga.de

I. Qualifizierung von E&C-Akteuren/innen zu Gesundheitsförderern/innen

Position 1: Rolf Löhr

An die Akteure in Soziale Stadt- und E&C-Gebieten werden vielfältige Anforderungen gestellt. Sie reichen von der Aktivierung der Bevölkerung über die Verständigung mit der Stadtverwaltung und der Politik bis hin zu Fragen der Förderung lokaler Unternehmen, Aktivierung von Schulen und nicht zuletzt Förderung von Gesundheit, dies alles auf der Basis aufgebauten Vertrauens von und zu allen übrigen Akteuren. Zur Bewältigung dieser komplexen und in sich sehr unterschiedlichen Aufgaben ist es nicht hilfreich, für jede dieser angedeuteten Fachrichtungen eine spezielle, an Fachhochschul-Studiengängen orientierte Ausbildung durchzuführen. Dies gilt auch für den Bereich der Gesundheitsförderung. Es muss vielmehr davon ausgegangen werden, dass die in diesem Feld tätigen Sozialarbeiter/innen die grundlegende Bereitschaft und Befähigung zu ihrer Tätigkeit haben. Worauf es dann ankommt, ist, ein Grundverständnis z.B. für die Fragen der Gesundheitsförderung zu haben und die richtigen Kontakte aufbauen und vermitteln zu können. Hilfreich erscheint daher eine berufsbegleitende Fortbildung, die sich in ihrer Ausrichtung an den folgenden sieben Fragen orientiert, aber nicht die Qualität eines weiteren Fachhochschulstudiums erreicht. Denkbar wären z.B. ein- oder mehrtägige Seminare mit und für die relevanten Akteursgruppen.

(1) Für wen soll die Qualifizierung erfolgen?
Das hängt von der Fortbildung und vom Einsatz der Akteure/innen ab.

(2) Wie soll die Qualifizierung erfolgen?
Hier kommt der Selbstqualifizierung und selbstorganisierten berufsbegleitenden Fortbildung die entscheidende Rolle zu.

(3) Was soll qualifiziert werden?
Hier sollte es um das Grundverständnis der Gesundheitsförderung und ihrer möglichen und tatsächlichen Akteure gehen, nicht darum, selbst Gesundheitsförderer/in zu werden.

(4) Wozu soll die Qualifizierung erfolgen?
Sie soll die Eigenverantwortlichkeit fördern, aber auch die Fähigkeit, sich in Diskursen und Konflikten mit dem Ziel einer Verbesserung der Situation der Gesundheitsförderung für die Menschen im Gebiet einzusetzen.

(5) Mit welchem Selbstverständnis soll die Fortbildung erfolgen?
Die Fortbildung setzt das Selbstverständnis bei den Fortzubildenden voraus, Zugang zu den Problemen und Handlungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung zu gewinnen, um so die notwendige Anstoßfunktion wahrnehmen zu können.

(6) Welcher Nutzen soll aus der Qualifizierung folgen?
Für die Fortzubildenden soll die Selbständigkeit und Kompetenz bei der Wahrnehmung der vermittelnden und initiativen Aufgaben im Quartier gestärkt werden.

(7) Welchen Umfang soll die Qualifizierung annehmen?
Sie muss sich an der hohen Belastung der im Quartier Aktiven orientieren und sich auf die notwendigste Grundinformation beschränken.

Darüber hinaus erscheint es mir wichtig, bei den Akteuren/innen in der Stadtverwaltung und in der Stadtpolitik das Verständnis für Gesundheitsförderung zu stärken. Es erscheint daher sinnvoll, das Thema der Gesundheitsförderung in den Bau- und in den Gesundheitsausschüssen der kommunalen Gesundheitsverbände sowie in den Ministerkonferenzen auf der Landesebene (ARGEBAU, GMK) zur Sprache zu bringen. Das in Vorbereitung befindliche Präventionsgesetz könnte hierfür eine Hilfe bieten. Auch Seminare etwa des difu in Kooperation mit dem BKK Bundesverband zu Fragen der Gesundheitsförderung könnten auf der kommunalen Ebene das Problembewusstsein in dieser Hinsicht stärken.

Kontakt:
Dr. Rolf-Peter Löhr
Deutsches Institut für Urbanistik
Straße des 17. Juni 112
10623 Berlin
Telefon: 030/39001220
Email: loehr@difu.de

Position 2: Birgit Müller

1. Doppelstrukturen vermeiden – gibt es nicht schon Gesundheitsförderer/innen? Müssen E&C-Akteure/innen überhaupt als Gesundheitsförderer/innen qualifiziert werden?

Generell, aber besonders in Zeiten knapper Ressourcen ist die Schaffung von Doppelstrukturen wenig sinnvoll. Beim Aufbau neuer Strukturen sollte deshalb zunächst eine intensive Analyse dahingehend stattfinden, ob möglicherweise bereits Strukturen bestehen bzw. inwieweit andere Programme und Akteure ähnliche Ziele verfolgen und Kooperationen sinnvoll scheinen.

Einige bereits bestehende und etablierte Strukturen in der Gesundheitsförderung sollen hier deshalb knapp vorgestellt, anschließend ein kurzes Fazit gezogen werden. (Die Aufzählung der Strukturen ist selbstverständlich nicht vollständig, vielmehr werden hier landes- bzw. bundesweite Strukturen erläutert, mit denen Erfahrungen der Autorin vorliegen).

Gesunde Städte-Netzwerk

Das Gesunde Städte-Netzwerk ist ein Zusammenschluss von 60 Kreisen und Städten mit dem Ziel der Vernetzung, des gegenseitigen Austausches und der Beratung zur Gesundheitsförderung. Konzeptionelle Basis ist die Ottawa-Charta von 1986, die u.a. folgende Kernbereiche identifiziert:

- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Gesundheitsdienste neu orientieren

Eine Kernstrategie zur Umsetzung ist das koordinierte Zusammenwirken der Verantwortlichen im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor. Die Mitglieder verpflichten sich auf dieser Basis zur Umsetzung des Neun-Punkte-Programms des Netzwerkes:

(1) Zustimmung durch den Rat der Stadt
(2) Benennung einer zuständigen Person
(3) Entwicklung einer ressortübergreifenden gesundheitsfördernden Politik
(4) Gesundheitsförderung als Entscheidungskriterium bei öffentlichen Planungen etablieren
(5) Rahmenbedingungen für Bürgerbeteiligung: Empfehlung für die Schaffung geeigneter Unterstützungs- und Koordinierungsstrukturen
(6) Gesundheits- und Sozialberichterstattung
(7) Teilnahme an Netzwerk – Aktivitäten (z.B. Mitgliederversammlung, Symposien, Arbeitskreise, regionale Netzwerke)
(8) Informationstransfer ins Netzwerk
(9) Erfahrungsbericht über die kommunalen Aktivitäten im Netzwerk und in der Kommune

Dem Ziel von E&C gegenübergestellt, Mittel und Aktivitäten zu bündeln, um u.a. die Lebensbedingungen und Chancen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, sowie nachhaltige Entwicklungen anzustoßen, lassen sich bereits auf den ersten Blick überschneidende Zielvorstellungen bzw. Strategien erkennen.

Wie sieht nun die Praxis aus? Im Gesunde Städte-Netzwerk sind seit 2002 Kompetenzzentren eingerichtet worden. Aktuell existieren Kompetenzzentren zu den Bereichen Kinder- und Jugendgesundheit (Stuttgart und Rhein-Kreis Neuss), Gesundheitskonferenz (Herne), Migration, Integration und Gesundheit (Berlin), Migration und öffentliche Gesundheit (Frankfurt am Main), stadtteilbezogene bürgerorientierte Stadtteilentwicklung (Halle), Gesundheitshaus (Münster), kommunales Gesundheitsmanagement, gesundheitlicher Verbraucherschutz (Unna).

Die beiden Kompetenzzentren für Kinder- und Jugendgesundheit (Rhein-Kreis Neuss und Stuttgart) haben in einer Befragung die Projekte der Mitglieder des Gesunde Städte-Netzwerkes zur Kinder- und Jugendgesundheit gesammelt. Dabei zeigte sich, dass viele Gesunde Städte-Projekte und -Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche mit dem Schwerpunkt auf sozialer Benachteiligung (z.B. Rostock, Nürnberg, Rhein-Kreis Neuss, Dresden, Berlin) durchgeführt werden. Es zeigen sich also auch in der Praxis Überschneidungen zwischen den Überlegungen des E&C-Programms, gesundheitsfördernde Maßnahmen in beteiligten Städten und Kreisen durch E&C-Akteure durchzuführen, sowie bereits bestehenden Aktivitäten im Rahmen des Gesunde Städte-Netzwerkes.

Landesvereinigungen für Gesundheit

In den einzelnen Bundesländern gibt es Landesvereinigungen für Gesundheit, die z.T. selbst Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchführen bzw. den Aufbau solcher Projekte unterstützen (siehe auch www.bvgesundheit.de/profil/landesverbaende.html).

NRW: Gesundheitskonferenzen

Die Einrichtung einer Gesundheitskonferenz in Kreisen bzw. kreisfreien Städten in NRW ist durch das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst geregelt. Ziel dieser Gesund-

heitskonferenz ist es, v.a. durch verbesserte Transparenz, Vernetzung und Koordination die gesundheitliche und soziale Lage vor Ort zu verbessern. Mitglieder der Gesundheitskonferenz sind unterschiedliche Akteure, in erster Linie aus dem Gesundheits- und Sozialwesen.

Im Rahmen der Gesundheitskonferenz werden Themen ausgewählt, zu denen Arbeitskreise gebildet werden. Diese analysieren die Lage im ausgewählten Bereich, formulieren Handlungsempfehlungen, die von der Gesundheitskonferenz verabschiedet werden. Diese Handlungsempfehlungen werden anschließend umgesetzt und evaluiert. Auch hier finden sich beim Blick in die Praxis viele Gesundheitskonferenzen, die Projekte und Maßnahmen durchführen, die auf sozial benachteiligte Gruppen abzielen.

Internet-Datenbank der BZgA: Gesundheitsförderungsprojekte Schwerpunkt soziale Benachteiligung

Das bundesweite Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" wird seit Ende 2002 in Zusammenarbeit von BZgA und Gesundheit Berlin e.V. durchgeführt. Ein Schwerpunkt des Projektes ist eine online recherchierbare Datenbank, die einen bundesweiten Überblick über Angebote zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten gibt (www.datenbank-gesundheitsprojekte.de).

Neben den genannten Strukturen (Gesunde Städte-Netzwerk, Landesvereinigungen, Gesundheitskonferenzen, BZgA-Datenbank) gibt es weitere zahlreiche Verbände, die Gesundheitsförderung mit unterschiedlichen Projekten und Maßnahmen umsetzen. Nicht zu vergessen die Gesundheitsämter, die auf diesem Gebiet vielerorts Projekte mit sozial Benachteiligten durchführen und wichtige Ansprechpartner sind.

Fazit: In einigen Städten und Kreisen gibt es bereits gut ausgebaute Strukturen in der Gesundheitsförderung, in NRW beispielsweise durch die Gesundheitskonferenzen, bundesweit durch die Mitgliedschaft im Gesunde Städte-Netzwerk. Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die in beteiligten Städten bzw. Kreisen durchgeführt werden, setzen ihren Schwerpunkt zum Teil auf sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche. Im Rahmen weiterer Überlegungen der E&C-Akteure zu gesundheitsfördernden Aktivitäten sollten deshalb zunächst entsprechende Institutionen vor Ort (Gesundheitskonferenz, Gesundheitsamt, Vereinigungen etc.) kontaktiert und Kooperationsmöglichkeiten zu den Arbeitsergebnissen des Workshops ausgelotet werden.

2. Qualifizierungsaspekte für E&C-Akteure/innen

Sicherlich gibt es auch Städte und Kreise, die in den oben genannte Strukturen noch nicht etabliert sind. Hier könnten E&C-Akteure/innen, ausgebildet im Bereich der Gesundheitsförderung, einen wirksamen Beitrag leisten. Welche wesentlichen Qualifikationen braucht es für Gesundheitsförderer/innen nun?

Im Rhein-Kreis Neuss wird seit den vergangenen zwei Jahren ein Unterstützungsnetzwerk für Kindergärten und Schulen aufgebaut, die ihre Schule/ihren Kindergarten kontinuierlich gesundheitsförderlich weiterentwickeln. Dabei werden Schulen und Kindergärten von Personen des Unterstützungsnetzwerks beraten. Diese kommen aus dem kommunalen Gesundheits- und Bildungswesen und wurden bzw. werden dafür qualifiziert, Kindergärten und Schulen kompetent zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung zu beraten.

Aufgrund dieser Erfahrungen werden Qualifikationen in folgenden Gebieten als wichtig erachtet, um im Bereich Gesundheitsförderung erfolgreich arbeiten bzw. beraten zu können.
Für Gesundheitsförderung allgemein:

- Salutogenese (Gesundheitsförderung contra Gesundheitserziehung),
- Ottawa-Charta mit Setting-Ansatz,
- Partizipation,
- Empowerment.

Für die Inhalte der Gesundheitsförderung:

- persönliche Ressourcen, Arbeitsplatz- und Lebensraumgestaltung,
- Kommunikations- und Organisationsstrukturen,
- Methodentraining: Moderationsmethode, Projektmanagement,
- Evaluation/Qualitätssicherung,
- Netzwerksteuerung,
- Kenntnisse der Organisationsentwicklung,
- Strukturbildung.

Kontakt:
Birgit Müller
Referentin für Gesundheitsförderung
Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendgesundheit des Gesunde Städte- Netzwerkes
Gesundheitsamt Rhein-Kreis Neuss
Auf der Schanze 4
41515 Grevenbroich
Telefon: 021816015390
Email: birgit.müller@rhein-kreis-neuss.de

Position 3: Andrea Pauli

1. Grundsätzliche Überlegungen zur Verankerung von Gesundheitsförderung in E&C-Gebieten

Die Implementierung von Gesundheitsförderung auf Quartiersebene verfügt über ein hohes Potenzial, um in einem setting- und alltagsorientierten Ansatz, der Verhältnis- und Verhaltensfaktoren in einer Handlungsstrategie vereint, zielgruppenspezifisch vorzugehen. Dieses auszuschöpfen ist maßgeblich mit den lokalen Akteuren/innen auf Quartiersebene und damit schwerpunktmäßig an die Quartiersmanager/innen[1] und deren Qualifikation verknüpft (Altgeld 2004). Wie die Diskussionen und Beiträge des Workshops sowie der gesamten Fachkonferenz verdeutlichen konnten, verfügen lokale Akteure/innen als intermediäre Instanz mit einem breiten Aufgabenspektrum und der Nähe zur unmittelbaren Lebenswelt der im Stadtteil lebenden Bevölkerung über vielfältige Möglichkeiten Gesundheitsressourcen zu aktivieren und zu stabilisieren. Ihre Kenntnis der Determinanten, die Gesundheit und Wohlbefinden der Bewohner/innen in benachteiligten Wohnquartieren fördern, erhalten oder auch hemmen, stellt eine wertvolle Ressource dar, die stärker genutzt werden sollte. Die im Hinblick auf Gesundheitsförderung erforderlichen Kompetenzen, die bei den lokalen Akteuren/innen in den E&C-Gebieten angesichts der heterogenen beruflichen Profile nicht vorausgesetzt werden können, legen das Angebot einer Qualifizierung in diesem Handlungsfeld nahe. Sie kann zudem die Präzisierung und Vereinheitlichung des unscharfen Profils des Quartiersmanagements unterstützen und die Transparenz der Qualifikation gegenüber anderen Akteuren/innen erhöhen.

Dennoch sind auch die im Verlauf der Diskussion wiederholt vorgebrachten Vorbehalte der Workshopteilnehmer/innen gegenüber einer Qualifizierungsmaßnahme ernst zu nehmen. Sie reflektieren möglicherweise die Befürchtung, mit einem zusätzlichen Qualifikationserwerb für sämtliche ungelöste Probleme im Quartier bei gleichzeitig geringen personellen und finanziellen Kapazitäten einstehen zu müssen.

2. Qualifizierung der „Basis" im Quartier

Der im Rahmen des Workshops diskutierte Vorschlag der Qualifizierung der „Basis", legt mit Blick auf eine mögliche Entlastung der lokalen Akteure/innen und der Steigerung der Beteiligungsrate der Wohnbevölkerung an Angeboten zur Gesundheitsförderung den sogenannten „Peer-Ansatz"[2] nahe (Kleiber et al. 1998). Zentrales Charakteristikum des „peer-involvements" ist die Orientierung von Organisations- und Projektstrukturen am „bottom-up„-Prinzip. Basierend auf der Grundannahme, dass die Bewohner/innen im Quartier die besten Experten/innen für die eigene Gesundheit sind, könnte der Peer-Ansatz eine geeignete niederschwellige und am Empowerment orientierte Strategie darstellen, die Ansprechbarkeit und Motivation ansonsten schwer erreichbarer Zielgruppen sowie die Akzeptanz gesundheitsfördernder Angebote zu erhöhen. Die Qualifizierung von Quartiersbewohnern/innen als „peers" – nach dem Vorbild bereits bestehender Ansätze im Bereich „peer education" z.B. in Schulen – kann somit dazu beitragen, das Thema Gesundheit stärker im Stadtteil zu verankern, Eigeninitiative sowie die Fähigkeit zur Selbsthilfe weiter zu entwickeln und die Verbreitung des Gesundheitsgedankens zu fördern.

3. Sozialraumbezogene Bildungsbudgets

Da die Umsetzung von Gesundheitsförderung an die im Quartier vertretenen Berufsgruppen gebunden ist, die in der Regel ein breites fachliches Spektrum abdecken, ist die Idee der sozialraumbezogenen, individuellen Bildungsbudgets sehr zu begrüßen. Für diese Variante spricht auch, dass die Handlungs- und Problemfelder in den E&C-Stadtteilen zwar vergleichbar sind, jedoch – abhängig von den lokalen Strukturen – durchaus verschiedener Schwerpunktsetzungen im Bereich der Gesundheitsförderung bedürfen. Dieser „Quartiersbesonderheit" sollte das Qualifizierungsangebot z.B. in Form individuell kombinierbarer Module Rechnung tragen.

4. Rahmenbedingungen einer Qualifizierungsmaßnahme

Die Frage, welche Wissensbestandteile und Handlungskomponenten aus dem komplexen Themenbereich Gesundheitsförderung in eine Qualifizierungsmaßnahme einfließen sollten, konnte im Rahmen des Workshops nur ansatzweise beantwortet werden. Deutlich geworden ist, dass es nicht darum gehen kann und soll „Gesundheitsexperten/innen" auszubilden. Aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften wird als wesentlich erachtet, in Orientierung am beruflichen Alltag im Quartier, anwendungsbezogen Handlungskompetenzen zu vermitteln, die darauf ausgerichtet sind, das Bewusstsein für Gesundheit und Gesundheitsförderung in benachteiligten Quartieren zu schärfen. In Anknüpfung an die Schlüsselkompetenzen, die während des Fachforums im Januar 2004 formuliert wurden, erfordert dies von den lokalen Akteuren/innen erkennen und definieren zu können

1) Im Folgenden wird der Terminus „lokale Akteure/innen" gewählt, der sowohl Quartiersmanager/innen wie auch andere kommunale und freie Akteur/innen und kommunale Entscheidungsträger/innen einschließt.

2) „Peer" beschreibt in diesem Kontext eine Person aus demselben Quartier, die derselben sozialen Gruppe angehört

- für welche Zielgruppe,
- mit welchen Zielen,
- unter welchen Rahmenbedingungen,
- mit welchen Kooperationspartnern,
- mit welchen Methoden etc.

gesundheitsfördernde Interventionen zu planen und durchzuführen sind.

Die Erstellung eines Manuals/Leitfadens „Gesundheitsförderung im Quartier" könnte die wichtigsten Informationen bündeln und in komprimierter Form einen Überblick über methodisches Vorgehen, Planungsschritte, Rahmenbedingungen, verfügbare Materialien, Kontaktadressen etc. zur Verfügung stellen. Vorbildcharakter haben hier u.a. Angebote der BZgA sowie der „Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe", der vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (2003) vorliegt und insbesondere die Problematik der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern aufgreift.

Schriftliche Materialien können jedoch nicht den persönlichen Austausch ersetzen. Daher wäre es eventuell sinnvoll lokale und überregionale Arbeitsgruppen „Gesundheitsförderung im Quartier" anzubieten, welche die Bildung von Kooperationsstrukturen und Netzwerken befördern. Der kontinuierlichen Durchführung von Fachforen, die praktische Ansätze und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen präsentieren und zugleich Raum für den gegenseitigen Austausch geben, ist eine hohe Bedeutung beizumessen. Die rege Beteiligung an der Fachkonferenz sowie das Interesse der Teilnehmer/innen an den Themen der Arbeitsgruppen reflektierte sehr deutlich den hier vorliegenden Bedarf an Informationen, die für die Arbeit im Quartier bedeutsam sind.

5. Zusammenfassung

Traditionelle, auf Wissensvermittlung ausgerichtete „Fortbildung", so das persönliche Resümee der Fachkonferenz, wird der Arbeit der lokalen Akteure/innen im Quartier nicht gerecht. Die Diskussionen im Rahmen des Workshops, die Anregungen, aber auch die Bedenken einiger Teilnehmer/innen gegenüber einer Qualifizierung dürften deutlich gemacht haben, dass Überlegungen für ein Qualifizierungsangebot nur unter Einbeziehung der Arbeitsrealität und Arbeitsbelastungen der Akteure/innen vor Ort zu realisieren sind und die Akzeptanz/Nachfrage einer Qualifizierung zu Gesundheitsförderern/innen maßgeblich bestimmen werden. Erforderlich ist daher ein Konzept, das sich durch flexible Strukturen auszeichnet und den Adressaten/innen bzw. ihrem individuellen beruflichen Profil sowie der Dynamik der Arbeit im Quartier entspricht und sich praktikabel in den beruflichen Alltag integrieren lässt.

Die Fortführung des begonnenen Diskurses mit den lokalen Akteuren/innen ist anzustreben und deren aktive Beteiligung an der detaillierteren Erarbeitung des organisatorischen und inhaltlichen Rahmens einer Qualifizierungsmaßnahme zu unterstützen.

Literatur:

Altgeld, T.: Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI, Berlin 2004.

Kleiber, D./Appel, E./Pforr, P.: „Peer Education in der Präventionsarbeit: Begründungen, Erfahrungen und Entwicklungsanforderungen. Dokumentation der Fachtagung Peer Education Berlin, 22.10.-24.10.1998", in: Gesundheitsförderung, Themen & Konzepte. Schriftenreihe Nr. 12, 11/98, 1998: S.8-20.

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Hg.): Gesunde Kinder – gleiche Chancen für alle? Ein Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe. Bielefeld 2003.

Kontakt:
Andrea Pauli (MPH; Dipl. Soz.päd.)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Umwelt und Gesundheit
Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
Telefon: 0521-106-4363
Email: andrea.pauli@uni-bielefeld.de

Zusammenfassung der Arbeitsergebnisse: Rainer Schwarz

Teilnehmer/innen:

Dr. Birgit Hoppe, Stiftung SPI, Berlin
Dr. Rolf Löhr, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin
Peter Stieglbauer, Sozial- und Jugendbehörde, Stadt Karlsruhe
Andrea Pauli, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen
Martin Schabler, Julius B – Jugendarbeit und Quartiersmanagement, Gelsenkirchen
Birgit Müller, Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendgesundheit im Gesunde-Städte-Netzwerk, Neuss
Moderation: Andreas Hemme, Rainer Schwarz, Regiestelle E&C, Berlin

Ziel des Workshop war es, Inhalte, Form und Rahmenbedingungen einer möglichen Qualifizierung der lokalen Akteure aus E&C-Gebieten zu erarbeiten. Der Workshop wurde als Fishbowl-Diskussion durchgeführt. Es gelang, alle Teilnehmer/innen des WS intensiv in die Arbeit zu involvieren.

Für die Diskussion waren die im Januar auf dem Fachforum „Perspektive: Gesunder Stadtteil" bei einer Podiumsdiskussion zu Qualifizierungsbedarfen erarbeiten Eckpunkte (Kompetenzbereiche, Lehr- und Lernformen, Rahmenbedingungen) einleitend. Die Debatte im WS folgte den sieben Leitfragen:

Was soll es sein?
Wozu?
Mit welchem Selbstverständnis?
Für wen?
Wie?
Was braucht es?
Mit welchem Nutzen?

Als Ergebnis der Arbeit des Workshops entstanden Ideen für die Qualifizierung von Quartiersmanagern/innen, kommunalen und freien lokalen Akteuren/innen und kommunalen Entscheider/innen:

(1) Berufsbegleitendes Fortbildungsmodul zur Einrichtung, Finanzierung, Gestaltung und dem Einsatz von auf den Sozialraum bezogenen, individuellen und übertragbaren Bildungsbudgets.
(2) Erproben von sozialräumlichen Bildungsbudgets und deren Management in Anlehnung an die LOS-Strategie.
(3) Regionale Gesundheitsförderungs-Konferenzen mit dem Ziel der Aufklärung und des Setzens von Impulsen zum Einrichten sozialräumlicher Gesundheitsförderung zur Verringerung von Gesundheitsungerechtigkeit in sozialen Brennpunkten.
(4) Beratung von Kommunen, die das Thema Gesundheitsgerechtigkeit für junge Menschen aus benachteiligenden Stadtteilen in Angriff nehmen möchten.
(5) Durchführen von Partner/innenbörsen und zur Verfügung stellen von Know-how und Material hierfür.
(6) Bereitstellen von Handlungsanweisungen und methodischem Material sowie Angebotsübersichten für lokale Akteure/innen, die neu im Feld Gesundheitsförderung agieren.

II. Schwangerschaften Minderjähriger – „Perspektiven" in benachteiligten Stadtteilen?

Iris Schöning

Casa Luna

Casa Luna ist eine stationäre Einrichtung für junge schwangere Mädchen oder Mütter im Alter von 14 bis ca. 20 Jahren. In Einzelfällen ist auch eine Aufnahme von Mädchen unter 14 Jahren möglich. Träger ist der Verein Kriz e. V. – Bremer Zentrum für Jugend- und Erwachsenenhilfe. Casa Luna gibt es seit 1990, gestartet wurde mit einem Angebot für betreutes Wohnen für Schwangere und junge Mütter. Seit 1992 gibt es auch eine Notunterkunft und im Laufe der Jahre hat sich das Haus als langfristiges Wohn- und Hilfsangebot immer weiter entwickelt. Die Einrichtung ist nicht konfessionell gebunden. Seit 1994 besteht eine Pflegesatz-Entgeltvereinbarung als alleinige Finanzierungsgrundlage. Das Alter der jungen Mütter ist in den letzten Jahren deutlich gesunken. Es wurden bereits mehrfach dreizehnjährige Mütter aufgenommen. Dadurch wurde eine 24-Stunden-Betreuung mit zusätzlichen Nachtwachen erforderlich.

Schwangere und Mütter, die sich beraten lassen oder im Casa Luna wohnen möchten, können sich telefonisch oder persönlich melden. Eine Vermittlung über das Amt für soziale Dienste, Pro Familia, Krankenhäuser oder Frauenärzte/innen ist ebenfalls möglich. Das Wohnangebot des Casa Luna umfasst die Notaufnahme und längerfristiges Wohnen im Haus. Die Aufnahme erfolgt frühestens ab der 13. Schwangerschaftswoche. Fünf junge Mütter wohnen in einer Wohngemeinschaft zusammen. Jede hat ein großes Zimmer gemeinsam mit ihrem Kind. Bad und Küche teilen sich jeweils zwei Mütter und sind auch dafür verantwortlich. Zum Haupthaus gehören drei weitere Wohnungen, die von den Müttern bezogen werden können, wenn sie ausreichend Selbständigkeit erworben haben, um mit ihrem Kind allein zu leben. Diese Wohnungen befinden sich in unmittelbarer Nähe des Haupthauses. Mutter und Kind werden intensiv begleitet und unterstützt. Das Allein-Wohnen mit dem Kind kann erprobt werden, ohne das die Frauen ganz auf sich allein gestellt wären.

Der letzte Schritt in die Selbständigkeit beginnt mit dem Einzug in eine eigene Wohnung. Dieser Übergang wird mit einer befristeten Nachbetreuung begleitet. Der Verein bietet außerdem noch ambulante Betreuung für junge Mütter an, die bereits selbständig in verschiedenen Stadtteilen leben. Die Dauer der Betreuung ist abhängig vom Bedarf der jungen Frau, der auf einer Hilfeplankonferenz festgelegt und halbjährlich überprüft wird. Die Aufnahme kann auf der Grundlage von §§34, 41,42 KJHG erfolgen.

Die familiären Hintergründe

Die jungen Mütter sind durch ihre Biographien oft stark belastet. Sie mussten Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, Missbrauch, Bindungslosigkeit und Alkoholmissbrauch in der Familie erleben. Auch Erwerbslosigkeit, materielle Not und Trennung der Eltern spielen oft eine Rolle. Die Eltern waren mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert und erwarteten viel zu früh selbständiges und unabhängiges Verhalten von ihren Kindern. Die Mädchen mussten schon früh erwachsen werden, sich selbst und ihre Geschwister versorgen und die Sorgen der Eltern mittragen. Damit waren sie überfordert und es fand eine Rollenverschiebung statt. Weil die Mädchen häufig nicht ihre Eltern als positive Vorbilder erleben konnten, mussten sie sich stark machen, um Halt und Orientierung zu spüren. Sie wurden in ihrer Identitätsbildung verunsichert, konnten keine altersentsprechende Kindheit erleben und ihr Selbstwertgefühl wurde gering entwickelt. Das Gefühl bedingungslos geliebt zu werden ist ihnen nicht bekannt. Einige Mädchen waren auch „auf Trebe". Die Eltern wussten nicht, wo sie sich aufhielten. Andere wurden vor ihrer Schwangerschaft schon in anderen Jugendhilfemaßnahmen betreut.

Gründe für frühe Schwangerschaften

Die Gründe für eine Schwangerschaft sind sehr vielfältig. Mit den Schwangerschaften ist immer die Hoffnung auf einen Neubeginn verbunden, um die bisherigen Lebensbedingungen positiv zu verändern. In der Entscheidung, das Baby zu behalten, drückt sich die Sehnsucht nach etwas Eigenem aus, das Liebe und Geborgenheit gibt und die eigenen erfahrenen Defizite ausgleicht.

Die jungen Frauen, die im Casa Luna leben, haben häufig Grenzüberschreitung in ihrer Kindheit erleben müssen. Ihre Erfahrung ist, dass Sexualität und Gewalt eng beieinander liegen. Ihre eigene noch kindliche/jugendliche Sexualität durften sie nicht langsam und spielerisch entdecken. In ihrer Suche nach Geborgenheit und Liebe können sie selten stabile Liebesbeziehungen eingehen. Sie suchen sich immer wieder Beziehungen, in denen Sexualität und Gewalt verknüpft sind. So bewegen

sie sich in alten, ihnen vertrauten und bekannten Verhaltensmustern, die ihnen scheinbare Sicherheit geben, da hier die Spielregeln bekannt sind. Auch Alkohol und Drogen spielen oft eine Rolle.

Wenn die Mädchen erfahren, dass sie schwanger sind, ist dies zumeist ein Schock. Die meisten haben sich nicht bewusst für eine Schwangerschaft entschieden. Unzureichendes Wissen über Verhütungsmittel, innere Abwehr und Ekel vor der Einnahme der Pille sowie Unsicherheit im Umgang mit Kondom und Diaphragma sind Gründe für ungeschützten Geschlechtsverkehr. Außerdem haben sehr junge Mädchen noch keinen Menstruationsrhythmus und wissen deshalb nicht, wann ihr Körper empfängnisbereit ist. Zudem entwickeln Mädchen, die missbraucht wurden, keine gute Körperwahrnehmung. Sie haben kein adäquates Kälte- und Wärmeempfinden, spüren Körpertemperatur und Gerüche kaum. Auch die körperlichen Veränderungen in der Schwangerschaft werden erst sehr spät wahrgenommen.

Einige junge Frauen entscheiden sich aber auch bewusst für eine Schwangerschaft und planen sie. Hinter dem Wunsch nach einem Kind verbirgt sich bei ihnen häufig das Bedürfnis den Vater des Kindes zu binden, um mit ihm gemeinsam eine kleine heile Welt aufzubauen.

Wenn eine Schwangerschaft feststeht, geraten die jungen Frauen in eine Konfliktsituation und müssen sich schnell und unter erheblichem Druck aus ihrem sozialen Umfeld entscheiden. Moralische Wertvorstellungen spielen häufig eine Rolle bei der Entscheidung für das Kind. Eine Abtreibung wird oft als Mord empfunden. Manche Mädchen verheimlichen die Schwangerschaft vor Freunden und Familie über den kritischen Zeitpunkt von zwölf Wochen hinaus oder länger. Sie befürchten von der Familie oder dem Jugendamt zu einer Abtreibung gedrängt zu werden. Gerade junge Mädchen im Alter von 13 oder 14 Jahren sind unsicher, ob sie schwanger sind oder nicht. Der Körper des Mädchens ist noch im Wachstum, verändert sich, wird üppiger und runder in den Formen. Auch die Eltern bemerken oft erst sehr spät dass „etwas nicht stimmt." Die Schwangerschaft bietet – bei aller Ambivalenz – auch die Möglichkeit, die Familie zu verlassen und mit dem Freund eine eigene Wohnung zu beziehen.

Viele der Mädchen sind nicht regelmäßig zur Schule gegangen oder waren Schulverweigerinnen. Ihr Ansehen in der Schule war gering und ein erfolgreicher Abschluss unwahrscheinlich. Sowohl die Schwangerschaft als auch die Mutterschaft legitimieren das Fernbleiben von der Schule. Die Mädchen erwerben erstmalig einen anerkannten sozialen Status, der finanzielle Sicherheit und Orientierung bietet. Sie erfahren also erstmalig eine Aufwertung ihres Selbstwertgefühls.

Rollenkonflikte der jungen Mütter

Die Verantwortung für ein Kind stellt psychisch und physisch höchste Anforderung an die jungen Mütter. Sie selbst schätzen ihre Fähigkeiten sehr hoch ein. Sie glauben auf vieles verzichten zu können und haben noch keine realistische Vorstellung von den zukünftigen Belastungen und Veränderungen. Sie bewegen sich noch auf einer spielerischen Ebene im Umgang mit ihren Zukunftsvisionen als zukünftige Mutter. Viele Mädchen empfinden sich nach der Geburt eher als große Schwester und nicht als verantwortliche Mutter. Die mütterlichen Gefühle für das Kind entwickeln sich häufig erst in den ersten Lebensmonaten. Mit der Geburt des eigenen Kindes spüren die Mütter ihre eigene Sehnsucht nach Versorgung, Bemutterung und Liebe. Sie bräuchten ihre eigenen Mütter, um sich versorgen und lieben zu lassen, um auch ihr eigenes Kind gut versorgen zu können. Die Großmütter lehnen diese neue Rolle aber oft ab. Die Mädchen fühlen sich dann von ihrer Mutter verlassen und dafür bestraft, dass sie selber ein Kind geboren haben.

Das Leben im Casa Luna

Ziel von Casa Luna ist es, dass sich Mutter und Kind gemeinsam positiv entwickeln können. Die Jugendlichkeit der Mütter beinhaltet viele Ambivalenzen. Die junge Frau ist selbst noch ein Kind, das betreut, versorgt und geliebt werden möchte. Die Bedürfnisse, Träume und Wünsche, das Ausprobieren verschiedener Verhaltensweisen und Lebensstile, die Konfrontation und die Abgrenzung sind typisch jugendliche Verhaltensweisen. Dies ist jedoch kaum vereinbar mit den Bedürfnissen eines Babys nach Ruhe, Zuverlässigkeit, Beständigkeit, Sicherheit und einer liebevollen Beziehung. Die Betreuung von Mutter und Kind ist somit häufig ein Spagat zwischen den Bedürfnissen der Mütter und denen der Babys. Die neue Realität ist schwer zu verkraften und überfordert die Mädchen oft.

Die jungen Mütter können nur schwer Hilfe und Entlastung annehmen. Sie spüren ihre ambivalenten Gefühle gegenüber dem Kind. Sie haben Angst, dass z.B. eine Tagesmutter von dem Kind als die bessere Mutter angesehen wird. Sie sind sehr kritisch und prüfen genau, wer diese Aufgabe übernehmen darf. Vertrauen und konkurrenzloses Verhalten sind die wichtigsten Vorrausetzungen hierfür. In der ersten Zeit zählen zu den engsten Vertrauens-

personen die Großmütter und die Pädagoginnen im Haus. Auch Freunde, die als Partner gewünscht werden, bekommen schnell einen Vertrauensvorschuss. Sie dürfen und sollen sofort Verantwortung für die Babys übernehmen. Der häufige Partnerwechsel wird von den jungen Frauen nicht als Risiko für ihre Kinder gesehen. Die Babys reagieren darauf oft mit „Klammern" an der Mutter. Die Mutter ist die einzige konstante Person im Leben der Kinder. Diese Lebensphase der jungen Mütter ist von vielen Widersprüchen gekennzeichnet. Sie fühlen sich überfordert, erschöpft, in ihren Freiräumen eingeengt, sind wenig belastbar und reagieren häufig somatisch. Sie fühlen sich von den Ansprüchen und Bedürfnissen der Kinder an und über ihre Grenzen gebracht, erleben durch das Kind aber auch eine positive und sinnstiftende Bedeutung. Von der Familie, Freunden, Pädagoginnen und Mitbewohnerinnen fühlen sie sich herausgefordert, manchmal angegriffen und unverstanden.

Ob die Mädchen es schaffen eine sichere und positive Mutter-Kind-Beziehung aufzubauen hängt von ihren eigenen Ressourcen, ihrer Bindungsfähigkeit, ihren intuitiven mütterlichen Kompetenzen und ihrer Bereitschaft ab, sich mit der eigenen Entwicklung kritisch auseinander zu setzen.

Schule und Beruf

Die meisten Bewohnerinnen haben noch keinen Hauptschulabschluss. Die erste Zeit mit dem Baby ist sehr anstrengend und an einen Schulbesuch mit festen Zeitstrukturen ist nicht zu denken. Mutter und Baby brauchen Zeit, um sich kennen zu lernen und mit der neuen Lebenssituation vertraut zu machen. Für diese Phase wird eine Schulbefreiung beantragt.

Nach maximal einem Jahr Babypause beginnt die Suche nach einer geeigneten Schule. Es ist schwierig eine für die neuen Lebensumstände passende Schule zu finden. Die Mädchen sind in ihrer gesamten Entwicklung weiter als gleichaltrige Schülerinnen. Sie können sich oft nicht vorstellen an ihre alte Schule zurückzukehren. Auch die Inhalte und Zeiten der Schulen sind nicht auf die Lebenssituation junger Mütter abgestimmt. Individuelle Absprachen sind schwierig.

In Bremen gibt es eine Mutter-Kind-Schule mit acht Plätzen. Dort kann der Hauptschulabschluss nachgeholt werden, während die Kinder im gleichen Gebäude in einer Kindergruppe betreut werden. Die Suche nach geeigneten Lehrstellen gestaltet sich als sehr schwierig. Auch hier sind die vorgeschriebenen Zeiten für junge Mütter nicht zu bewältigen. Der Arbeitsbeginn ist häufig zu früh, da die Kinder noch nicht zur Tagesmutter oder in die Kindergruppe gebracht werden konnten. Es gibt in Bremen ein Ausbildungsprojekt für junge Mütter, in dem eine kaufmännische Ausbildung absolviert werden kann. Mutter und Kind bewältigen einen langen, anstrengenden Schul-/Arbeitstag. Danach geht es mit Baby versorgen, Hausaufgaben machen, Einkaufen, Aufräumen, Wäschewaschen, und Kochen weiter. Die Mütter haben einen 12- bis 14-Stunden Tag. Da die Kinder nachts noch keinen festen Schlafrhythmus haben, sind Mutter und Kind oft unausgeschlafen. Ein erfolgreicher Abschluss der Schule oder der Ausbildung ist selten. Einige Mädchen flüchten dann in die zweite Schwangerschaft, um weiterhin finanziell abgesichert zu sein. Um junge Mütter wieder in Schule und Ausbildung integrieren zu können, bedarf es größerer Abstimmung auf ihre konkrete Lebenssituation. Dazu gibt es bereits zwei neue Projekte in Bremen: Integration junger Mütter in den Arbeitsmarkt und Ausbildungsvorbereitung. Neu ist auch eine Schwangerschaftsbegleitung für Minderjährige durch eine Klinik.

Junge Mütter benötigen viel Unterstützung, um ihren eigenen Weg zu finden. Es dauert häufig Jahre bis die ersten Ziele erreicht sind. Die noch unsichere Bindungsqualität in der Mutter-Kind-Beziehung ist ein Risikofaktor für die Kinder. Durch die Jugendlichkeit der Mütter bietet sich die Chance der frühen Intervention und die Möglichkeit, die Pubertät zur Entwicklung einer neuen Bindungs-/Beziehungsqualität zu nutzen. Die Mädchen lernen durch Konflikte und Konfrontationen gemeinsam hindurchzugehen und aus der Krise gestärkt herauszukommen.

Casa Luna schafft Freiräume zur Selbstfindung, zur persönlichen Orientierung, zur Weiterentwicklung und bietet Unterstützung bei Schule und Berufsfindung. Hierzu gehört auch ein externes Nachhilfeangebot für die Schülerinnen. Casa Luna bietet zweimal wöchentlich eine eigene Kindergruppe als Entlastung für die Mädchen an. Bei Bedarf können die Mädchen externe therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. In Krisensituationen wird Ferienentlastung oder Wochenendpflege für die Kinder ermöglicht. Zur Entlastung von Mutter und Kind organisiert Casa Luna gelegentlich auch Patenschaften.

Die Geschichte von Sabrina und Anna[1]

Ich möchte hier von der Aufnahme eines dreizehnjährigen Mädchens berichten. Im Mai 2000 rief uns Frau K. an und fragte, ob ihre dreizehnjährige Tochter Sabrina mit ihrer drei Wochen alten Tochter Anna von uns betreut werden könnte. Wir vereinbarten einen Termin und Frau und Herr K. erschienen mit ihrer Tochter Sabrina. Wir erfuhren eine sehr berührende Geschichte.

1) Namen und Daten aus Datenschutzgründen geändert.

Sabrina hatte ihre Schwangerschaft bis zum letzten Tag vor ihren Eltern verheimlicht. Auf alle Fragen nach ihrer emotionalen und körperlichen Veränderung reagierte sie mit Abwehr. Auch direkte Fragen nach einer eventuellen Schwangerschaft verneinte sie. Ihre Eltern fühlten sich in dieser Situation hilflos, sie wussten zwar von dem wesentlich älteren Freund, wollten Sabrina aber nicht zu sehr bedrängen. Sabrina ließ sich bereitwillig auf vorgeschlagene Diäten sowie vermehrte gemeinsame Sportaktivitäten ein, ohne sich ihren Eltern anzuvertrauen. Ihre allgemeine Veränderung fand dann als Pubertät eine Erklärung bei den Eltern und auch in der Schule. Am letzten Tag der Schwangerschaft teilte Sabrina ihren Eltern mit, dass sie schwanger sei und wahrscheinlich Wehen habe. Es war keine Zeit mehr für Auseinandersetzungen und Diskussionen. Die Wehen wurden stärker und Familie Z. musste in die Klinik, wenige Stunden später wurde Anna geboren.

Mit ihrer sehr einsamen und konsequenten Geheimhaltung der Schwangerschaft hat Sabrina es geschafft eventuelle Konflikte, Diskussionen und Überzeugungsarbeit zu umgehen, sich aber gleichzeitig Möglichkeiten vorbereitender Unterstützung verschlossen. Sabrinas Eltern bekamen nicht die Chance sich mit ihrer neuen Rolle als Großeltern vertraut zu machen und sich auf die neue Lebensrealität einzustellen. Die gesamte Familie stand unter Schock und war zunächst orientierungslos und handlungsunfähig. Nach Aussagen der Eltern wurde von der Klinik eine Anzeige gegen den Erzeuger des Kindes Anna vorgenommen, da Sabrina zum Zeitpunkt der Geburt erst 13 Jahre und der Erzeuger bereits 24 Jahre alt war. Es kam schon in der Klinik zu einer Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt, um die Situation und weitere Vorgehensweise zu klären. Sabrina konnte nicht mit ihrer Tochter bei ihren Eltern leben, da sie es aus persönlichen Gründen ablehnten bzw. es nicht leisten konnten. Es entstand die Idee eine Pflegefamilie für Anna zu suchen. Nach ca. fünf Tagen verließen Sabrina und Anna die Klinik, mussten aber getrennte Wege gehen. Anna kam im Sinne einer Übergangslösung in ein Heim und Sabrina zurück nach Hause. Die Trennung war für beide sehr schmerzvoll. Sabrina ging direkt nach den Ferien wieder zur Schule und das Leben ging zunächst weiter als wäre nichts geschehen. Sabrina besuchte ihre kleine Tochter täglich nach der Schule und blieb einige Stunden bei ihr. Die Abschiedsmomente waren immer wieder herzzerreißend. Die Idee mit der Pflegefamilie gestaltete sich sehr schwierig.

Frau K. erfuhr über eine Gynäkologin von Casa Luna und nahm Kontakt zu uns auf. Wir klärten in einigen Gesprächen die Situation und die Bedürfnisse. Nach dem zweiten Gespräch hatte Sabrina bereits entschieden, gemeinsam mit ihrer Tochter im Casa Luna leben zu wollen. Sie war bereit, mit dreizehn Jahren ihr Elternhaus zu verlassen, und plötzlich viel Verantwortung zu übernehmen. Auch wir hatten uns entschieden den beiden die Chance eines gemeinsamen Lebens zu geben. Aufgrund einer weiteren Anfrage eines ebenfalls 13-jährigen Mädchens beschlossen wir eine konzeptionelle Veränderung und Anpassung an die Bedürfnisse dieser sehr jungen Mütter, was auch die Einrichtung einer Nachtbereitschaft beinhaltete.

Ich begleitete Sabrina vor dem Einzug ins Casa Luna in das Heim, lernte ihr Baby kennen und machte mich mit ihr vertraut. Gemeinsam bereiteten wir Anna auf die bevorstehende Veränderung vor und erzählten ihr, dass sie nun bald gemeinsam mit ihrer Mama ein neues Zuhause haben würde. Es war beeindruckend zu sehen wie das Baby innehielt, genau unseren Worten zu lauschen schien, zu lächeln begann und zunehmend ruhiger wurde. Es entstand eine sehr berührende Atmosphäre. Anna war vom Heim als unruhiges und weinerliches Baby beschrieben worden. Ich erklärte Sabrina die Hintergründe des Verhaltens von Anna: über das Weinen und Schreien brachte sie ihre Angst, Traurigkeit, Einsamkeit und ihr Verlassensein zum Ausdruck. Wir hatten sehr intensive und berührende Gespräche, über ihre und Annas emotionale Befindlichkeit. Anna wurde zunehmend ruhiger, kontaktfreudiger, entspannter – sogar ihre Haut wurde rosiger.

Im Juli 2000 zogen Sabrina und Anna dann ins Casa Luna ein. Sabrina bekam von ihren Eltern viel Unterstützung. Ich vereinbarte mit Sabrina, die Sommerferien zu nutzen, um sich im Casa Luna einzugewöhnen. Es war für beide eine neue Situation und es war wichtig, dass sie viel Zeit hatten, sich miteinander vertraut zu machen. Diese erste Anbahnungsphase wurde von mir intensiv und mit regelmäßigen Ritualen (z. B. gemeinsames Abendprogramm: Baden, Flasche geben, Singen und Babymassage) begleitet. Sabrina bekam ihre Zuwendung und Versorgung in Form von „mothering the mother".

Obwohl es Sabrinas Entscheidung war, war der Auszug aus dem Elternhaus sehr schmerzhaft. Sie stellte an sich selbst sehr hohe Ansprüche und konnte diese nicht immer erfüllen. Es kam zu Überforderungssituationen, in denen sie autoaggressive Verhaltensweisen zeigte. In solchen Situationen war Sabrina schwer zugänglich und verschlossen, es war z.T. unmöglich mit ihr in Kontakt zu kommen. Es gab Zeiten, in denen sie sich stundenlang unter einer Wolldecke versteckte, weglief, sich

selbst verletzte, Türen eintrat oder sich im Zimmer einschloss. Es war für Sabrina wichtig, dass sie klare Grenzen gesetzt bekam, um sich „gehalten" zu fühlen. Sie musste aber immer wieder an diese Regeln und Bedingungen erinnert werden. Zum Ferienende wurde dann von den Mitarbeiterinnen gemeinsam mit Sabrina eine einjährige Baby-Pause für sinnvoll gehalten und beschlossen.

In den Krisensituationen verlor Sabrina den Blick und das Einfühlungsvermögen für ihr Baby. Manchmal verbrachte sie dann mehrere Stunden mit ihm im abgedunkelten Zimmer. Anna durfte das Zimmer nicht verlassen und Sabrina lehnte jeden Kontakt und jede Unterstützung ab. Anna zeigte sich in dieser Zeit sehr ängstlich, unsicher und orientierungslos. Ein kleines Beispiel hierfür war, dass sie nicht mehr in Sabrinas Zimmer wollte. Sie reagierte panisch, weil sie dort existentiell bedrohliche Stunden erlebt hatte. Es folgten intensive Gespräche mit klaren Absprachen, wie sich Sabrina zum Schutz ihrer hilflosen Tochter in Krisenmomenten zu verhalten habe. Sie zeigte sich einsichtig und betroffen. Es war für uns spürbar, dass sie im Interesse und zum Wohle ihres Kindes handeln wollte und unsere Hilfe offen annahm. Sie nutzte die Unterstützung, agierte ihre Aggression zielgerichtet an einem Sandsack aus, zog sich allein in ihr Zimmer zurück oder nahm andere Hilfe in Anspruch. Inzwischen kann Sabrina gut und Anna gegenüber verantwortlich mit ihren Aggressionen umgehen.

Nach einem Jahr zog Sabrina mit Anna in ein vom übrigen Wohnbereich abgeschlossenes Appartement innerhalb unseres Hauses. Fast zeitgleich begann Sabrina auf eigenen Wunsch ein Praktikum in einem Anwaltsbüro, das an drei Tagen pro Woche stattfand. An den anderen beiden Tagen nahm sie am Förderunterricht zur Vorbereitung auf die Mutter-Kind-Schule teil. Anna wurde in dieser Zeit von einer gemeinsam ausgesuchten Tagesmutter betreut. Von Februar 2002 bis Sommer 2003 besuchte Sabrina mit Anna die Mutter-Kind-Schule und erreichte ihren Hauptschulabschluss. In diesem Jahr war Sabrina häufig sehr erschöpft, so dass sie im Sommer eine Mutter-Kind-Kur verordnet bekam. Danach zogen die beiden in eine von uns angemietete Wohnung, nur 200 Meter vom Casa Luna entfernt. Die Betreuung fand und findet weiterhin in vollem Umfang statt.

Sabrina bewarb sich an der zweijährigen Handelsschule, wurde angenommen und wird dort vorrausichtlich ihren Realschulabschluss im nächsten Jahr erreichen. Sie wird in diesem Jahr achtzehn, Anna ist vier Jahre alt und besucht seit Sommer letzten Jahres einen Kindergarten, in dem sie sich sehr wohl fühlt. Zum Herbst ist der nächste Schritt in die Selbständigkeit geplant. Wir sind gemeinsam auf Wohnungssuche und Sabrina wird ihre erste Wohnung allein mit ihrer Tochter mieten. Die Betreuung findet dann nur noch mit einer reduzierten Stundenzahl statt.

Sabrina und Anna leben jetzt seit vier Jahren in unserer Einrichtung und ich begleite sie von Anfang an als Bezugspädagogin. Es war und ist eine schöne und sehr bewegte Zeit. Sabrina ist auf dem Weg eine interessierte junge Frau zu werden und das ehemals einsame Baby wächst zu einem fröhlichen Kind heran. Nicht vergessen möchte ich die stolzen Großeltern, sie bieten sehr viel Unterstützung, die Sabrina und Anna sehr helfen.

Kontakt:
Iris Schöning
Mitarbeiterin von Casa Luna/Kriz e.V.
Projektleiterin Baby Bedenkzeit (Bremen)
Mendestr. 20
28203 Bremen
Telefon: 0421/324171
Email: casaluna@web.de

Anke Erath

Sie ist ja selber noch ein halbes Kind...

1. Einleitung

Geht es um das Thema Schwangerschaft und Mutterschaft im Jugendalter, werden oft diese oder ähnliche Fragen gestellt:

Wieso werden junge Mädchen „im Zeitalter der Pille" überhaupt noch ungewollt schwanger?

Wie soll denn nun ihre Zukunft aussehen? „Verbaut" sich das junge Mädchen nicht alle Chancen für eine eigenständige Zukunft?

„Sie ist doch selber noch ein Kind!" Kann sie denn einem Kind schon eine kompetente Mutter sein?

„Sie verpasst doch ihre Jugend!" Kann es einem so jungen Mädchen gelingen, ihre Jugend zu genießen, sich auszuprobieren und gleichzeitig eine gute Mutter zu sein?

Solche Alltagsfragen berühren einige der zentralen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter und damit einher gehende Erwartungen, die Jugendliche erfüllen müssen, um eine stabile Erwachsenenidentität zu erlangen. Heute gilt die Lebensphase Jugend als Zeit, in der die jungen Menschen „frei gestellt" sind für die Bewältigung dieser und anderer Entwicklungsaufgaben. Der „Freiraum" wird aber nicht nur gewährt, sondern es wird auch erwartet, dass die Jugendlichen ihn nutzen.

Die in den oben genannten Fragen angesprochenen Entwicklungsaufgaben sind:

Sexualität – Aufnahme intimer sexueller Beziehungen zu Partnern/innen. Dazu gehören u.a. sexuelle Aufklärung, kompetentes Verhütungsverhalten und Gesundheitsvorsorge.

Bildung, Ausbildung – Entwicklung von Strategien für und Vorstellungen über das, was die Jugendlichen beruflich anstreben und was sie dafür können bzw. erlernen müssen.

Rolle – Aneignung der Verhaltensmuster, die in unserer Gesellschaft von einer Frau (hier Mutter), einem Mann (hier Vater) erwartet werden.

Kontakte zu Gleichaltrigen – Aufbau eines Freundeskreises sowie neuer, vertiefter Beziehungen zu anderen Jugendlichen (Peers).

Auf die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben bei jugendlichen Schwangeren und Müttern wird im Folgenden einzugehen sein.

Nach einem Überblick über die Häufigkeit von Geburten bei Jugendlichen werden Sie Einblicke in spezifische Schwierigkeiten bei der Bewältigung der oben vorgestellten Auswahl von Entwicklungsaufgaben erhalten, denen sich junge Schwangere und Mütter gegenüber sehen.

Daraufhin werden einige Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Jugendliche Schwangere und Mütter und jugendliche Paare mit Kind" (Auftraggeberin BZgA) vorgestellt. Diese bilden die Grundlage für die in Profilen zusammengefasste und systematisierte Information zu Identitätsentwicklungsprozessen bei jugendlichen Schwangeren und Müttern.

Abschließend wird versucht, Anregungen zu erarbeiten, die den Aufbau einer unterstützenden Infrastruktur für die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben fördern können. Bei sehr früher Mutter- bzw. Elternschaft muss davon ausgegangen werden, dass die o.g. Entwicklungsaufgaben noch nicht oder noch nicht vollständig bewältigt sind. Die mit der Bewältigung einhergehenden vielfältigen Anforderungen an die Jugendlichen werden noch komplexer, wenn sie sehr früh Verantwortung für ein Kind übernehmen. In dieser schwierigen Lebenssituation brauchen die meisten der jugendlichen Schwangeren und Mütter Unterstützung. Das Gleiche gilt für jugendliche leibliche und soziale Väter. Aus zeitlichen Gründen kann deren Lebenssituation hier aber nicht berücksichtigt werden.

2. Hintergrundinformationen

Zu Beginn eine wichtige Vorbemerkung: Ungeplant schwanger werden junge Mädchen aus allen sozialen Schichten und Bildungsmilieus. Der weit verbreitete Eindruck, dass überwiegend Jugendliche aus den unteren sozialen Schichten und aus schwierigen Lebensverhältnissen „vorzeitig" Mutter werden, gründet nicht nur in gängigen Vorurteilen, sondern auch darin, dass sie gesellschaftlich sichtbarer sind. Sie hatten vorher meist schon Berührung mit Jugendämtern bzw. mit diversen Jugendhilfemaßnahmen und leben oft während ihrer Schwangerschaft konzentriert in Mutter-Kind-Einrichtungen oder betreuten Wohngemeinschaften. Sie sind damit auch für die Forschung leichter erreichbar als junge Mädchen, die ohne öffentliche Unterstützung ihre Schwangerschaft austragen und ihre Kinder entweder unter Mithilfe und in der Privatsphäre der Herkunftsfamilien oder allein bekommen und aufziehen.

Und nun einige Zahlen zu Geburten bei Jugendlichen bis unter 21 Jahren: Neunzehn- und Zwanzigjährige wurden in die Studie einbezogen, weil viele Jugendliche in diesem Alter entweder noch in einer Ausbildung sind oder im Übergang von Schule zum Studium. Dies sind Phasen, in denen Schwangerschaft und Geburt meist als „zu früh" oder „zur Unzeit" empfunden werden, eben weil bestimmte Entwicklungsaufgaben noch nicht abgeschlossen sind und sein können. Die folgende Tabelle

zeigt die neuesten Angaben des Statistischen Jahrbuchs der Bundesrepublik Deutschland 2003 zu Geburten bei Jugendlichen:

Alter	1999	2000	2001
Bis unter 18 Jahre	4.740	4.796	5.240
18 bis unter 21 Jahre	33.048	34.401	33.753
Summe	37.788	39.197	38.993

Im Jahr 2001 wurden also 5.240 der unter 18-Jährigen Mutter. Seit 1999 ist in dieser Altersgruppe ein kontinuierlicher Anstieg der Geburten zu verzeichnen. Die Summe der Geburten bei den Jugendlichen im Alter von 18 bis unter 21 Jahren steigt im Vergleich zu der der Minderjährigen sprunghaft an. Im Jahr 2001 ist bei ihnen ein leichter Rückgang gegenüber dem Jahr 2000 festzustellen, aber ein Anstieg gegenüber 1999 ersichtlich. Es bleibt festzuhalten, dass im Jahr 2001 fast 39.000 Jugendliche unter 21 Jahren Mutter wurden. Aus diesen Zahlen können wir nicht ablesen, wie viele Jugendliche in dieser Altersgruppe ungeplant schwanger wurden, sondern nur, dass diese jungen Mädchen sich entschieden haben, das Kind auch auszutragen.

3. Profile jugendlicher Mütter anhand ausgewählter Entwicklungsaufgaben

Gehen wir hier davon aus, dass ein Profil typische Eigenschaften einer Person oder einer Personengruppe betrachtet und mit einem bestimmten Erkenntnisinteresse beschreibt, dann lassen sich Profile von jugendlichen Müttern mit interessiertem Blick auf die vier ausgewählten Entwicklungsaufgaben Sexualität, Bildung und Ausbildung, Rolle sowie Kontakt zu Gleichaltrigen entwickeln. Um diese Profile zu veranschaulichen, werden sie als fiktive Personen vorgestellt, die jeweils die charakteristischen Eigenschaften und Lebenserfahrungen in sich vereinen.

Adele wird typische entwicklungsspezifische Schwierigkeiten bei den Themen Sexualität (mit Aufklärung, Verhütung, und Krankheitsprophylaxe) und bei sexuellen Beziehungen verkörpern.

Barbara wird wichtige Hemmnisse bei der Entwicklungsaufgabe Bildung/Ausbildung repräsentieren, besonders die der Vereinbarkeit von Ausbildung/Beruf und Kind.

Carla wird verdeutlichen, ob und wie die Entwicklungsaufgabe „Rollenfindung" gelöst wird, d.h. welche Schwierigkeiten eine jugendliche Mutter haben kann, ihre Mutterrolle zu finden und auszugestalten.

Dorothee zeigt auf, welche Schwierigkeiten junge Mütter beim Aufbau eines eigenen Freundeskreises sowie neuer, vertiefter Beziehungen zu Gleichaltrigen haben und lösen müssen – eine wichtige Entwicklungsaufgabe im Jugendalter.

Da es in diesem Vortrag um erforderliche und wünschenswerte Unterstützungsmöglichkeiten gehen wird, werden nur die Schwierigkeiten, die jugendliche Schwangere und Mütter bei der Erfüllung ihrer Entwicklungsaufgaben haben, in diese Profile eingehen. Daher ist es wichtig zu betonen, dass die Forschungsergebnisse auch zeigen, dass einige der Befragten jeweils bestimmte Entwicklungsaufgaben erstaunlich souverän und kompetent gelöst haben. Die meisten der Jugendlichen hatten jedoch Schwierigkeiten bei der Lösung zumindest einer, meist aber mehrerer Entwicklungsaufgaben und hätten Unterstützung benötigt. Bei allen vier Mädchenprofilen werden die Entwicklungsaufgaben sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt des Kindes betrachtet.

a) Adele, 16 Jahre (Entwicklungsaufgabe Sexualität)

Adele hat ein recht umfängliches Wissen über Verhütung, das aber oberflächlich, von Alltagsmythen unterlaufen ist und als abstrakt gebliebener Lernstoff längerfristig nicht handlungsrelevant wird. Sie berichtet von langweiligem und wenig interessantem schulischen Aufklärungsunterricht, der die sie interessierenden Themen wie Gefühle (beim ersten Mal, bei einem Abbruch, bei der Verwendung der „Pille danach" usw.) gar nicht thematisierte. Mit ihrer Mutter konnte sie nur bedingt über sexuelle Themen sprechen, weil sie vermutete, die Mutter sei gehemmt und mit der tatsächlichen sexuellen Erfahrung ihrer Tochter überfordert, denn diese Generation hätte ja nicht gelernt, über Sexualität zu sprechen. Sie wehrte Gesprächsinitiativen der Mutter mit verharmlosenden Halbwahrheiten über ihre sexuellen Erfahrungen ab.

Adele berichtet von ihrem „ersten Mal" (Kohabitarche) als negative Erfahrung, obwohl alle ihrer Freundinnen vorher sagten, es sei „wunderbar". Sie zog aus ihrer Erfahrung die Konsequenz auszuprobieren, ob Sexualität mit anderen Jungen schöner sei und wurde sexuell sehr aktiv. Sie sagt, dass sie mit „vielen Jungen" geschlafen habe, aber meist nur kurz mit ihnen zusammen war. Von einer Freundin berichtet sie, dass diese nach einer ebenfalls negativen Erfahrung bei „ersten Mal" über längere Zeit abstinent geblieben sei und Sex auch heute

noch „scheußlich" fände.

Adele versuchte, mit ihren Sexualpartnern über Verhütung zu sprechen, was meist scheiterte. Auch der Vater ihres Sohnes verweigerte sich dieser Kommunikation, wollte auch kein Kondom verwenden und meinte, sie könne ja die Pille nehmen. Sie war jedoch mit der regelmäßigen Einnahme überfordert, wie sie selbst sagt. Ihre Freundin sprach dieses Thema gar nicht erst an. Um die Pille zu bekommen, musste sie zum Gynäkologen, ein erster Besuch, vor dem sie Angst hatte und an den sie ungern zurückdenkt. Den gynäkologischen Stuhl sah sie da zum ersten Mal und war entsetzt, der Arzt erschien ihr zu sachlich, gefühllos und die Untersuchung empfand sie als schmerzhaft und demütigend. Sie ging danach nur zum Gynäkologen, wenn sie ein neues Pillen-Rezept brauchte. Erst als sie schwanger war, überwand sie ihren Abscheu, weil sie die Notwendigkeit der vorgeburtlichen Untersuchungen aus Verantwortung für das Kind einsah und diese regelmäßig wahrnahm.

Hier wird erkennbar, dass Jugendliche allgemein ebenso wie jugendliche Schwangere und Mütter bei der Entwicklungsaufgabe Sexualität Unterstützung brauchen

- bei einer auf das Individuum zugeschnittenen Aktualisierung und Sicherung von Aufklärungswissen und der realistischen Einschätzung von Alltagsmythen vom „ersten Mal",
- bei der Stärkung der Bereitschaft und des „Mutes" junger Mädchen, mit ihrem Partner über Verhütung zu sprechen und sich auch kommunikativ durchzusetzen, um so die Bereitschaft der jungen Männer, ihrerseits Verhütungsverantwortung zu übernehmen, zu wecken,
- bei einer realistischen Vorbereitung auf die gynäkologische Untersuchung bzw. bei der Verarbeitung gemachter Erfahrungen.

b) Barbara, 17 Jahre (Entwicklungsaufgabe Bildung/Ausbildung)

Barbara hat immer wieder gehört, wie wichtig ein eigener Beruf heute auch für Mädchen ist. Sie hat diesen Anspruch internalisiert und ist fest entschlossen, eine Berufsausbildung zu machen. Als sie erfährt, dass sie schwanger ist, hält sie an ihrem Vorsatz fest, will aber nach der Geburt des Kindes erst einmal eine „Babypause" und dann ihren Realschulabschluss machen, ehe sie sich auf die Suche nach einer Lehrstelle begibt. Die Babypause begründet sie mit ihrer Überzeugung, dass eine „gute Mutter", die sie sein möchte, zumindest am Anfang voll für ihr Kind da sein sollte.

Vor ihrer Schwangerschaft wollte sie nach dem Realschulabschluss aufs Gymnasium wechseln, Abitur machen, anschließend für ein Jahr als Au-pair-Mädchen ins Ausland gehen und dann vielleicht studieren oder Stewardess werden. Als sie von der Schwangerschaft erfuhr, revidierte sie ihre Zukunftsperspektiven, weil sie diese Pläne als „mit einem Kind nicht vereinbar" einschätzte. Sie will nun Bürokauffrau werden, trauert aber ihren ursprünglichen Plänen sehr stark nach.

Nach acht Monaten Babypause und zu Beginn des neuen Schuljahres geht sie wieder zur Schule, ihre Tochter bleibt während der Schulzeit bei ihrer Mutter, die arbeitslos ist. Als die Mutter dann überraschend Arbeit findet, hat Barbara große Schwierigkeiten, Betreuung für ihr Kind zu bekommen. Erst als eine Freundin ihr von der Möglichkeit berichtet, durch das Jugendamt eine Tagesmutter finanziert zu bekommen, kann sie ihren Schulabschluss doch noch machen. Sie schließt die Schule mit gutem Zeugnis ab.

Schon während des letzten Schuljahres hat sie sich intensiv um einen Ausbildungsplatz als Bürokauffrau bemüht und sich immer wieder beworben, bisher erfolglos. Zum einen gibt es in ihrer Gegend kaum Lehrstellen und viele Bewerberinnen und Bewerber. Zum anderen aber hat Barbara mehrfach Erfahrungen gemacht, die sie vermuten lassen, dass sie wegen des Kindes keine Stelle bekommt. Besonders alleinerziehende Mütter gelten als unzuverlässige Arbeitnehmerinnen, so ihr Eindruck, weil Kinder z.B. krank werden, die Betreuungsperson ausfällt oder die Kinderkrippe schließt. Potentielle Arbeitgeber unterstellen, dass so häufige Fehlzeiten entstehen.

Mittlerweile – nach anderthalb Jahren – ist Barbara nicht nur entmutigt, sondern auch voller Zweifel, ob sie sich für den richtigen Lehrberuf bewirbt. Sie beginnt zu resignieren und sucht nach Rechtfertigungen für eine völlige Aufgabe ihres Strebens nach einem eigenständigen Beruf.

Hier wird erkennbar, dass jugendliche Schwangere und Mütter besonders bei der Entwicklungsaufgabe Bildung und Ausbildung Unterstützung brauchen

- bei der Klärung der Beweggründe für die Entscheidung für oder gegen eine längere Babypause,
- bei der Entscheidung für oder gegen eine (meist reduktive und bedauerte) Anpassung der beruflichen Aspirationen an Vorstellungen von Mutterschaft und bei der Prüfung der Notwendigkeit der Aufgabe der ursprünglichen Berufs- bzw. Bildungswünsche,
- bei der Ausbildungsplatzsuche und ggf. bei der Überzeugung möglicher Arbeitgeber davon, dass jugendliche Mütter meist be-

sonders verantwortungsbewusste Auszubildende bzw. Arbeitnehmerinnen sind, da sie durch das Kind Verantwortung zu übernehmen gelernt haben.

c) Carla, 15 Jahre (Entwicklungsaufgabe Rollenfindung)

Als Carla schwanger war, hatte sie nur diffuse Vorstellungen davon, wie ein Leben mit Kind für sie aussehen würde. Als das Kind dann da war, musste sie sich ihrer Rolle als Mutter stellen und wollte auch alles lernen, was von einer „guten Mutter" in unserer Gesellschaft erwartet wird.

Doch der Alltag mit Kind, die schulischen Anforderungen, dazu die wiederkehrenden Auseinandersetzungen mit dem Kindsvater und schließlich die Trennung von ihm machten ihr so zu schaffen, dass sie ihr Kind – wie sie selbst erzählt – „vernachlässigte", es z.B. häufig einfach schreien ließ und ihm nicht regelmäßig zu essen gab. Wenn sie sich besonders mies fühlte, ließ sie das Kind allein und „haute ab", manchmal kam sie die ganze Nacht nicht nach Hause und schlief dann fast den ganzen Tag. Einmal hatte sie so einen Vorsorgetermin beim Kinderarzt versäumt. Diese Nachlässigkeit bereitete ihr heftige Schuldgefühle, da ihr gerade diese Untersuchungstermine immer sehr wichtig waren und sind, denn, wenn die positive Entwicklung des Kindes vom Arzt bestätigt wird, ist das für sie das nach außen gerichtete Zeichen ihres verantwortungsvollen Umgangs mit dem Kind. Hatte sie sich dann wieder gefangen, war sie tief zerknirscht, wollte alles wieder gut machen, was sie vorher versäumt hatte und verwöhnte das Kind maßlos.

Manchmal wurde ihr „himmelangst", wenn sie an ihre und ihres Kindes Zukunft dachte. Dann kam sie sich unfähig vor, denn eine gleichaltrige weitläufige Bekannte hatte fast zur gleichen Zeit ein Kind bekommen, hatte dann ihren Schulabschluss geschafft und machte eine Ausbildung, kam mit dem Freund, seinen und ihren Eltern gut aus und war dabei auch noch fröhlich. Weil es bei der Bekannten so viel besser läuft, ist Carla überzeugt, dass sie ihre eigenen Probleme selbst verschuldet habe und sie nun mal eine Versagerin sei. Besonders unzulänglich und unfähig kam sie sich vor, als ihr Kind hohes Fieber bekam. Sie geriet in Panik. Sie wusste nicht, was sie tun sollte und konnte den Kinderarzt nicht erreichen.

Immer wenn ihre Mutter anbot, das Kind für ein Wochenende zu nehmen, damit Carla einmal mit ihren Freunden ausgehen und sich dann richtig ausschlafen könne, weigerte sie sich, das Angebot anzunehmen. Sie hätte dann immer nur ein schlechtes Gewissen dem Kind gegenüber, denn, so ihre Überzeugung – eine gute Mutter habe nun einmal immer für ihr Kind da zu sein. Außerdem will sie ihrer Mutter beweisen, dass sie auch allein zurecht kommt.

Hier wird deutlich, dass jugendliche Schwangere schon während der Schwangerschaft und oft noch lange nach der Geburt bei der Entwicklungsaufgabe Rollenfindung Unterstützung brauchen

- bei der individuellen Klärung der Erwartungen an die Mutterrolle und ggf. der Erarbeitung von Rolleninhalten, die sowohl die Bedürfnisse der jungen Mutter berücksichtigen als auch die Voraussetzungen für ein gesundes und gesichertes Aufwachsen des Kindes schaffen,
- bei der Entwicklung von Handlungsstrategien zur Bewältigung der Mutterrolle und bei der praktischen Einübung adäquater Umgangsweisen mit dem Kind,
- bei der inhaltlichen Ausgestaltung des bei fast allen jugendlichen Müttern vorhandenen ausgeprägten Gefühls der Verantwortung für das Kind,
- bei der Gesundheitsvorsorge für das Kind, indem z.B. Kinderärzte über die Vorsorgeuntersuchungen hinaus eigeninitiativ Informationen über angemessenes Verhalten bei Krankheit des Kindes vermitteln,
- bei der Fähigkeit, das Kind hin und wieder in vertrauenswürdige fremde Hände abgeben zu können und ohne Schuldgefühle eigenen Interessen nachzugehen.

d) Dorothee, 18 Jahre (Entwicklungsaufgabe Kontakt zu Gleichaltrigen)

Diese junge Mutter betont, wie glücklich sie mit ihrer kleinen Tochter sei, dass sie keinen Kontakt zu ihren früheren Freunden/innen mehr pflege und auch keine neuen gleichaltrigen Freunde/innen gefunden habe. Sie unterstreicht, dass sie keine Zeit zum Ausgehen mit Freunden/innen habe, aber auch keinen Wert darauf lege. Sie lebe jetzt „in einer ganz anderen Welt" und wolle sich nicht mehr mit den für sie unwichtigen Themen und den „Problemchen" ihrer früheren Freunde/innen befassen. Sie seien ihr zu kindisch und albern. Sie hingegen trage eine große Verantwortung für ihr Kind, sei durch ihren Sohn „gereift", während ihre früheren Freunde/innen sich nur über Klamotten oder banale Auseinandersetzungen mit den Eltern unterhalten könnten. Sie könne damit nichts mehr anfangen, da sie nun ganz andere Interessen habe und sich mit viel wichtigeren Dingen befassen wolle und müsse.

Außerdem hätte sie ihre Familie, in der sie „aufginge", und ihre Geschwister, mit denen sie sich hin und wieder träfe und gut verstünde. Mehr brauche sie nicht und sei auch an einem neuen Freund nicht interessiert. Den

Kindsvater, der auch ihr erster und einziger Freund war, hat sie verlassen. In diesem Zusammenhang sagt sie aber dann doch, dass sie sich manchmal einsam fühlt, um gleich wieder zu betonen, dass ihr kleiner Sohn, seine Fortschritte und sein Lächeln sie für alles andere entschädigten.

Hier wird deutlich, dass jugendliche Mütter oft schon während der Schwangerschaft, aber besonders nach der Geburt des Kindes, bei der Entwicklungsaufgabe „Kontakte zu Gleichaltrigen" Unterstützung brauchen

- bei der Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen, um der Isolation zu entkommen und einen eigenständigen Freundeskreis aufbauen zu können,
- bei der Erkenntnis, dass mütterliche Isolation zu einer übertriebenen Konzentration oder Fixierung auf das Kind führen kann, die diesem dann in seiner Entwicklung schadet,
- beim Anstoßen des Erkenntnisprozesses, dass Freundschaften mit Gleichaltrigen für die eigene Persönlichkeitsentwicklung sehr wichtig sind,
- beim Überwinden von Schwierigkeiten und Hemmnissen, die die Kontaktaufnahme und -pflege mit Gleichaltrigen erschweren oder verhindern.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, Anregungen zu entwickeln, wie sich Quartiersmanager/innen in die Entwicklung von Unterstützungsangeboten für die Zielgruppe einbringen können. Wichtig ist dabei die Erkenntnis, dass mögliche Angebote keineswegs nur zielgruppenspezifisch genutzt werden können, sondern – auch in präventiver Absicht – für alle Jugendlichen eines Wohnbereichs zur Verfügung stehen.

4. Anregungen für den Aufbau von Unterstützungsnetzen

Als ein Ergebnis der oben dargestellten Forschung wurde deutlich, dass der Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben für jugendliche Schwangere groß und ein längerfristiger ist. Es wurde aber auch deutlich, dass sie in der Regel nur ein, höchstens zwei Mal in den Genuss von Unterstützung (z.B. durch Beratung in Schwangerenberatungsstellen) kommen. Das trifft besonders für die jungen Mädchen zu, die nicht durch verschiedene Jugendhilfemaßnahmen unterstützt werden oder Hilfen für junge Erwachsene erhalten. Nicht zuletzt hat das mit der „Komm-Struktur" der meisten Beratungseinrichtungen, Ämter oder Arztpraxen zu tun. Diese „Komm-Struktur" ist für viele der Jugendlichen eine Überforderung. Weder sind sie umfassend informiert, welche und wo ihnen Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, noch sind sie – z.B. in Beratungssituationen, bei Ämtern oder beim Arzt – in der Lage, die für sie relevanten und wichtigen Fragen zu formulieren oder auch nur zu denken. Häufig sind sie auch schon überfordert, überhaupt Termine zu machen bzw. sie dann einzuhalten, besonders wenn sie weite Wege und Anfahrten haben. Daher wäre es sinnvoll, Unterstützungsangebote deutlicher auf einer „Geh-Struktur" aufzubauen, nämlich Jugendliche dort abzuholen, wo sie leben, d.h. eine wohngebietsspezifische und zentrale Unterstützungs-Infrastruktur aufzubauen.

Eine solche unterstützende Infrastruktur kann jugendlichen Müttern bzw. Eltern sowie ihren Kindern wohnortnah helfende Angebote machen, die sie bei der Bewältigung ihrer Entwicklungs- und ihrer Mutter- bzw. Elternaufgaben unterstützen. Gleichzeitig bietet sie die Möglichkeit präventiver Angebote für alle Jugendlichen im Quartier.

1. So wäre z.B. im Wohngebiet möglichst zentral die Errichtung eines **Informationsstützpunktes** wichtig, in dem alles Wissenswerte z.B. zu den Bereichen Sexualaufklärung und Gesundheitsförderung, Schwanger- und Elternschaft, finanzielle Absicherungsmöglichkeiten für jugendliche Mütter bzw. Eltern oder Vermittlung und Finanzierung von Wohnungen bzw. Plätzen in Mutter-und-Kind-Einrichtungen für diese Klientel zur Verfügung stünde. Damit verbunden wäre eine intensive Öffentlichkeitsarbeit erforderlich, so dass diese Informationsquelle im Stadtviertel auch allgemein bekannt würde. Solche Öffentlichkeitsarbeit muss offensiv sein und die Information in alle Bereiche tragen, in denen sich Jugendliche bewegen („Geh-Struktur„). Der Zugang sollte unkompliziert (niedrigschwellig) sein.

2. Quartiersmanager/innen könnten zudem eine ihrer Aufgaben darin sehen, eine **Vernetzung und zentrale Ansiedlung unter einem Dach** (Beratungszentrale)

- von Personen (regelmäßige Sprechstunden z.B. einer Gynäkologin oder eines Gynäkologen, einer Hebamme – Hilfen bei der Entwicklungsaufgabe Sexualität),
- von Ämtern (regelmäßige Sprechstunden z.B. von Jugendamts-, Sozialamts-, Wohnungsamtsmitarbeitern/innen – Hilfen bei mehreren der genannten Entwicklungsaufgaben),
- von Einrichtungen (regelmäßige Sprechstunden z.B. von Angehörigen von Schwangerenberatungsstellen, sozialen Diensten, Mutter-und-Kind-Heimen – Hilfen u.a. bei der Entwicklungsaufgabe Rollenfindung),

- von „Arbeitgebern" (mehrmalige Treffen mit potentiellen Anbietern von Ausbildungsplätzen, ggf. mit Beratungspersonal von Fachhochschulen und Universitäten – Hilfen bei der Entwicklungsaufgabe Bildung/Ausbildung)

zu initiieren und zu planen.

Dieses zu festen Zeiten an einem Ort tätige und damit leicht und regelmäßig ansprechbare Fachpersonal könnte besonders jugendlichen Schwangeren und Müttern und ggf. deren Partnern bei der Lösung der genannten Entwicklungsaufgaben helfen. Außerdem wäre es in der Lage, in Zusammenarbeit mit Schulen, in Jugendclubs oder an anderen Treffpunkten Präventionsangebote zu machen („Geh-Struktur„).

3. Als weiterer Aufgabenbereich für Quartiersmanager/innen bietet sich die **Organisation wohnortnaher Angebote für jugendliche und junge (werdende) Eltern** an. Wie die Forschungsergebnisse auch gezeigt haben, nehmen jugendliche Schwangere und Mütter Angebote wie Schwangerengymnastik, Geburtsvorbereitungs- und Mutter-und-Kind-Kurse sehr wenig in Anspruch. Gründe dafür sind u.a. dass sie für sie oft zu weit entfernt angeboten werden oder mit öffentlichen, für die Jugendlichen oft zu teuren Verkehrsmitteln schwer erreichbar sind. Regelmäßige Angebote im Stadtteil oder mit organisierter Mitfahrmöglichkeit würden die Bereitschaft zur Teilnahme bei oft vorhandenem Interesse fördern.

Sehr wichtig gerade für jugendliche Mütter, die entweder zur Schule gehen oder eine Ausbildung machen, ist auch die Organisation von Kinderbetreuung. Solche Angebote sollten sowohl auf fester Ganz- oder Halbtags- als auch auf flexibler Basis für spontanen Bedarf verfügbar sein. Gerade für jugendliche Mütter, die noch Schwierigkeiten bei der Alttagsorganisation eines Lebens mit Kind haben, ist die Möglichkeit, ihr Kind spontan und für kurze Zeit in Betreuung zu geben, von großer Bedeutung.

4. Sinnvoll wäre zudem die **Organisation von Selbsthilfe-Netzen** im Quartier. Gerade vor dem Hintergrund der Gefahr der Isolation jugendlicher Schwangerer und Mütter wäre es sehr wichtig, z.B. Gesprächsrunden bzw. Treffen zum kennen lernen zu initiieren (Hilfen bei der Entwicklungsaufgabe Kontakte zu Gleichaltrigen). Oft fühlen sie sich den Jugendlichen ihrer Altersgruppe nicht mehr zugehörig und unverstanden, haben aber gleichzeitig Schwierigkeiten, mit älteren Müttern Kontakt aufzunehmen, weil sie befürchten, von ihnen wegen ihres jugendlichen Alters nicht vollwertig akzeptiert zu werden. Zudem wäre eine Unterstützung der sehr jungen Mütter z.B. bei der Organisation von Kinderkleidungs-Tauschbörsen und gegenseitiger Kinderbetreuung wünschenswert, die sowohl eine finanzielle Entlastung als auch Kontakte untereinander ermöglichen könnten.

Schlussbemerkung

Abschließend ist anzumerken, dass die hier erarbeiteten Vorschläge gleichsam einen Rahmen darstellen, der je standortspezifisch ausgefüllt werden muss. Es wäre unrealistisch zu erwarten, dass eine solche umfassende Unterstützungs-Infrastruktur in einem Zuge und in allen Teilaspekten gleichzeitig entwickelt werden könne. Zudem muss eine Prüfung vor Ort sowohl den unmittelbaren und spezifischen Bedarf ermitteln als auch Prioritäten für eine Umsetzung im Rahmen der Möglichkeiten festlegen.

Die Studienergebnisse sind in folgendem Fachheft der BZgA veröffentlicht worden: „Wenn Teenager Eltern werden. Lebenssituation jugendlicher Schwangerer und Mütter sowie jugendlicher Paare mit Kind"
(Best.-Nr. 13300025), ab 3. Auflage
Schutzgebühr: 7 Euro
Bestelladresse: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimerstr. 220, 51109 Köln,
Email: order@bzga.de

Kontakt:
Anke Erath
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimerstraße 220
51109 Köln
Email: erath@bzga.de

Barbara Wittel-Fischer

Die ungestillte Sehnsucht nach Schwangerschaft und Mutterschaft? – Ein vergessenes Thema in der Sexualpädagogik

1. Hinführung: Ein vergessenes Thema

„Die ungestillte Sehnsucht nach Schwangerschaft und Mutterschaft" – dieses Thema ist in der Sexualpädagogik für Mädchen und junge Frauen mehr als ungewöhnlich. Normalerweise wird das Thema Schwangerschaft bei Mädchen problemorientiert bearbeitet: Schwangerschaft gilt es zu verhindern und Sexualpädagogik soll hierzu ihre Informations- und Aufklärungsarbeit leisten. Sich mit Sehnsüchten und Wünschen bezüglich Schwangerschaft und Mutterschaft zu befassen, erscheint dagegen nicht nur ungewöhnlich, sondern fremd und gefährlich. In meiner Arbeit als Sexualpädagogin ging es auch mir jahrelang darum, Mädchen und junge Frauen aufzuklären, um ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden, und Mädchen und junge Frauen darin zu bestärken, selbstbestimmt ihre Sexualität zu leben. Die Aufklärungsarbeit geschah immer unter dem Duktus: zu früh ein Kind zu bekommen, ist nicht gut. Damit wurde das Thema Schwangerschaft – geplante oder ungeplante – zwangsläufig problemorientiert bearbeitet.

Ein ganz anderes Licht auf diese Thematik warf die Arbeit mit Aussiedlerinnen (ich verweise hier auf das gemeinsame Projekt „Sprache und Fremdsprache der Liebe" vom Jugendgemeinschaftswerk Reutlingen und dem Kreisverband der Pro Familia Tübingen/Reutlingen) und jungen ausländischen Frauen. Es zeigte sich hier, dass aus deren Leben Schwangerschaft und Mutterschaft nicht wegzudenken sind und somit in sexualpädagogische Konzepte ihren Eingang finden müssen. Diese Erfahrungen hinterfragten meine eigene Praxis, die meiner Kolleginnen und unserer sexualpädagogischen Konzepte.

Ein weiterer Grund, mich dem Thema auf diese Weise zu nähern, ist die zunehmende Zahl ratsuchender Frauen in den Sprechstunden zur „ungewollten Kinderlosigkeit". Immer mehr Frauen über 30 leiden darunter, wenn sie ungewollt kinderlos bleiben. Häufig bedauern diese Frauen, sich nicht schon früher mit dem Thema auseinandergesetzt zu haben.

Ich möchte darum das Thema Schwangerschaft einmal von seiner lebensbejahenden Seite betrachten – trotz aller Mängel auch seitens der Politik, die nötigen Strukturen für ein Leben mit Kindern zu schaffen. In anderen Ländern wie Frankreich oder in den skandinavischen Ländern ist meines Wissens das Alter der Gebärenden im Durchschnitt niedriger als in Deutschland. Ein Grund hierfür liegt sicherlich darin, dass für Frauen und Familien besser vorgesorgt ist.

Um Missverständnissen vorzubeugen, möchte ich ausdrücklich darauf hinweisen, dass mir als Pro Familia Mitarbeiterin durch die Beratungspraxis (v.a. Schwangerschaftskonfliktberatung und Jugendberatung) die hoch problematischen Aspekte der Fälle, wenn Mädchen und junge Frauen real Mutter werden, wohl bekannt sind und es in meinem Beitrag nicht darum geht, eine neue junge Mütterlichkeit romantisierend heraufbeschwören zu wollen. Mein Anliegen ist also nicht, konkret junge Mutterschaft (junge Frauen sollen Mütter werden) zu proklamieren, sondern anzuregen, sich mit Sehnsüchten und Wünschen in der sexualpädagogischen Arbeit befassen zu dürfen. Die sexualpädagogische Arbeit erlebt ja gerade darin ihre Stärken, sich mit Wünschen, Träumen, Hoffnungen, Sehnsüchten zu befassen, also mit jenen unbewussten Gefühlen zu Körperlichkeit, Liebe und zur Sexualität, die Frauen leiten und durchs Leben führen. Dies sollte auch beim Thema „Schwangerschaft" geschehen. Wir wissen ja alle aus unserer Beratungsarbeit, wie stark das Unbewusste den Menschen steuert und sich seinen Weg bahnt. Deshalb sollten alle Facetten beim Thema „Schwangerschaft" betrachtet werden dürfen, also auch die verklärenden, die verrückten, die realitätsfernen Seiten. Dabei lassen sich vier Thesen formulieren:

- Die Sehnsucht nach Schwangerschaft und Mutterschaft und der Wunsch eine Familie zu haben ist nicht nur bei Aussiedlerinnen, sondern auch bei hierzulande aufgewachsenen Mädchen anzutreffen.
- Diese Sehnsucht wird von Sexualpädagogen/innen nicht genügend wahrgenommen.
- Eine zukunftsweisende Sexualpädagogik muss sich dem Thema „Schwangerschaft und Mutterschaft" stellen. Sie kann sich dem Thema dabei nicht nur problemorientiert nähern, sondern muss sich auch seinen phantasie- und machtvollen Seiten öffnen.
- Eine Sexualpädagogik, die sich allen Potentialen und Lebenswegen von Mädchen und Frauen zuwendet, hilft ihnen in der Gestaltung der Lebensplanung. Sie verhindert unter Umständen ein böses „Erwachen", wenn es aus biologischen oder anderen Gründen nicht mehr möglich ist, einen Kinderwunsch in das eigene Lebenskonzept zu integrieren.

Diese vier Thesen sollen im folgenden untermauert werden.

2. Ungestillte Sehnsucht?

Die erste These lautet: Mädchen und junge Frauen sehnen sich danach, Schwangerschaft und Mutterschaft als ihre Themen besetzen zu dürfen.

In der Projekt- und Seminararbeit, in der sexualpädagogischen Beratungsarbeit, in der Jugendberatung, in der Schwangerenberatung wie in der Schwangerschaftskonfliktberatung taucht das Thema „Schwangerschaft und Mutterschaft" in seinen unterschiedlichen Facetten mit allen dazugehörigen Ambivalenzen immer wieder auf. Wenn man hinhört, machen Mädchen und junge Frauen durch ihre Fragen deutlich, dass sie ein starkes Interesse am Thema Schwangerschaft und Mutterschaft haben. Das Thema „Schwangerschaft" interessiert Mädchen und Jungen nicht nur von seiner biologischen Seite: „Was passiert in meinem Bauch – die Entwicklung des Embryos bis zur Geburt". Spannend sind vor allem die Vorstellungen und Träume, die damit verbunden sind. Kleine Mädchen (und auch kleine Jungen) lieben es, das was die Erwachsenen ihnen täglich vorleben nachzuspielen: die Vater-Mutter-Kind-Spiele. Sie proben ihre Rollen ein und versuchen das echte Leben nachzuahmen. Das Baby muss gewickelt und gefüttert werden und man kann manchmal nur erstaunt sein, mit welcher Präzision die Bemutterung des Babys vonstatten geht. Schon ein- bis zweijährige Kleinkinder versorgen ihre Babys und sind dann schon selber groß.

Beginnend in der Vorpubertät und während der Pubertät begegnet uns die Auseinandersetzung mit Babys schon realer: Mädchen (und ich kenne auch ein paar Jungs) möchten mit Babys mehr zu tun haben. Sie interessieren sich für den Babysitterjob, bei dem sie sich gerne verantwortlich fühlen, auf das Baby aufpassen, es umsorgen und hüten wollen. Das Spiel, das sie als Kind gespielt haben möchten sie nun realer haben. In der Pubertät beschäftigen sich die Mädchen mit den sich anbahnenden ernsthafteren Beziehungen und damit natürlich auch mit der Frage nach Verhütung. Auch hier wird das Thema Schwangerschaft thematisiert – einige Beispiele: „Ich kann mir das gar nicht vorstellen mit so einem dicken Bauch!", „Tut die Geburt nicht unglaublich weh?", „Und wie kommen eigentlich die Babys da unten – durch dieses Loch heraus? Da passen die doch nie durch!" Die Vorstellungen über Schwangerschaft und Geburt werden realer und mit der sich entwickelnden Realität fordern Ängste und Befürchtungen ihren Raum. Die Mädchen hierbei sexualpädagogisch zu begleiten und sie mit ihren Fantasien nicht allein zu lassen ist sehr wesentlich.

Es gibt aber auch die andere Seite: „Ich will später oder bald auch mal Kinder haben", „Schwangere Frauen sehen immer so glücklich aus", „Wenn ich mal eine eigene Familie habe, dann weiß ich genau, was ich anders mache als meine Mutter!", „Wenn du ein Baby hast, bist du nie mehr allein!" Die Beschäftigung mit Babys ist somit in jeder Alters- und Entwicklungsstufe verschieden.

Zu dem Punkt, dass man also genau hinhören muss, wenn Mädchen oder auch Jungen davon erzählen gehört aber auch, dass Schwangerschaft und Mutterschaft in den Lebensentwürfen von Mädchen nicht mehr so selbstverständlich integriert sind. Mädchen und Frauen streben eine gute Ausbildung und eine spätere Berufslaufbahn an. Die Themen Ausbildung, Qualifizierung und Behauptung auf dem Arbeitsmarkt sind häufig so dominant, dass ein Kinderwunsch völlig zurückgestellt wird. Fast möchte man sagen, der Kinderwunsch ist über Jahre hinweg geradezu zu einem Tabuthema geworden. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt verschärft diese Situation für Mädchen und junge Frauen enorm. Bis die Frauen sich heute erlauben, in ihrem Lebensentwurf noch an etwas anderes als die Berufsabsicherung zu denken, können Jahre vergehen. Hier muss natürlich unter den Mädchen differenziert werden: Mädchen mit wenig Berufsaussichten, die sich in einer beruflichen Warteschleife befinden, das BVJ (Berufsvorbereitungsjahr) besuchen, werden häufig sehr früh schwanger und verfolgen weniger berufliche Pläne als Mädchen, die eine akademische Laufbahn einschlagen.

3. Unerkannte Sehnsucht?

Die zweite These behauptet, dass gerade dieses Interesse von Mädchen, sich mit dem Thema „Schwangerschaft und Mutterschaft" auseinander zu setzen und die damit verbundenen Sehnsüchte von Sexualpädagogen/innen ungenügend wahrgenommen werden. Dabei möchte ich noch einmal betonen, dass ich hier nicht die konkrete Ebene, also die Umsetzung, meine, sondern die Ebene, sich in der sexualpädagogischen Arbeit mit eigenen Wünschen, Visionen und Sehnsüchten befassen zu dürfen.

In der sexualpädagogischen Arbeit geht es seit ihren Anfängen in den siebziger Jahren hauptsächlich um Verhütung. Auch wenn das Themenspektrum sexualpädagogischen Arbeitens sich in den letzten Jahrzehnten um vielfache Themen erweitert hat, nimmt das Thema Verhütung, vor allem in der Präventionsarbeit, einen zentralen Platz ein. Hierfür werden die Sexualpädagogen/innen auch häufig gerufen: vielen Schulen und Trägern sozialer Einrichtungen brennt das Thema Verhütung unter den Nägeln, wenn Jugendliche „in das Alter" kommen, wenn sich sexualisiertes Verhalten zeigt, wenn Mädchen und Jungen nicht mehr mitein-

ander reden können und sich nur doof finden oder wenn eine Jugendliche an der Schule beispielsweise ungewollt schwanger geworden ist. Auf dem Gebiet „Verhütung" sind wir unschlagbar gut, weil wir nicht nur Methodenwissen verbreiten, sondern die Verhütung und den Akt des Verhütens in seiner ganzen psychodynamischen Bandbreite erfassen und bearbeiten können. Dazu verhilft uns unsere vielfache Erfahrung in der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung.

Schwangerschaft und Mutterschaft wurde in der Arbeit mit Mädchen lange Zeit nur problemorientiert wahrgenommen. Eigene Sehnsüchte, Wünsche und Visionen zu Schwangerschaft und Mutterschaft tauchten in der Sexualpädagogik mit Mädchen und jungen Frauen kaum auf. Hier kommt der Rolle der Pädagogin eine ganz entscheidende Bedeutung zu. Was hindert uns Sexualpädagogen/innen daran, nicht nur die verhütende Seite des Themas zu bearbeiten, sondern uns auch den Sehnsüchten nach Mutterschaft und Babywelt zu widmen? Kann es sein, dass wir Angst vor dem Vorwurf haben, Teenagerschwangerschaften damit den Weg zu ebnen? Haben wir die Befürchtung, dass wir Mädchen indirekt auffordern könnten, über die Arbeit mit ihren Visionen und Träumen zu Babys, früh Kinder zu bekommen und dabei zu wenig die Schwierigkeiten benannt zu haben?

Oder haben wir unbewusst die Phantasie, dass mit der Vermeidung des Themas „Schwangerschaft und Mutterschaft" in seinen lebensbejahenden Seiten Teenagerschwangerschaften vermieden werden könnten? So nach dem Motto: Nur keine schlafenden Hunde wecken?

Haben wir Sorge, dass wir mit dem Thema „Schwangerschaft und Mutterschaft" für eine rückständige Sexualpädagogik eintreten ? Erscheint es uns progressiver, für eine sichere Verhütung, für Gleichberechtigung in der Partnerschaft, für das „Stark-sein" von Mädchen[1], für sexuelle Aufklärung etc. einzutreten?

Vielleicht stehen uns auch unsere eigenen Erfahrungen im Wege? Sind nicht viele Sexualpädagoginnen meiner Generation dadurch geprägt, dass wir Wünsche nach Schwangerschaft und Elternschaft viele Jahre – nämlich während Schule und Ausbildung – ganz selbstverständlich ausgeklammert haben? Gehören wir nicht einer Generation von Frauen an, denen beigebracht wurde, dass zuerst die Ausbildung kommt und dann das Kinderkriegen? Die Erfahrungen unserer Mütter, die Erfahrungen von anderen Müttern und Nur-Hausfrauen, die Emanzipationsbewegung haben uns sicherlich beeinflusst und wir hatten den Antrieb, unser „Dasein nicht nur für andere" hinzugeben, sondern auch etwas Eigenes zu haben und unsere berufliche Identität zu entwickeln. Das war und ist ein wahrer Fortschritt (Beck-Gernsheim, 1983, S. 307-334). Aber kann dies uns auch so geprägt haben, dass wir nun in Folge den Mädchen und jungen Frauen den Jungen und jungen Männern gar nicht mehr spinnerte Träume – die zugegebenermaßen oft sehr unrealistisch sind – über Kinder und das eigene Nest lassen können? Und uns oftmals nichts anderes einfällt als diesem Thema nur mit Nüchternheit zu begegnen?

Und noch eine letzte Frage: Warum findet das Schöne, das Wunder, das Einmalige, das Glück, das Babys – bei allen Schwierigkeiten – so mit sich bringen, so wenig in der Sexualpädagogik seinen Platz? Wo sollte es den Raum dafür geben? In der Schule? Hier wird viel Wissen, meist biologisches vermittelt. Zuhause durch die Eltern? Dies ist sicher möglich und passiert immer, wenn in der Familie solche Themen generell ihren Raum haben. Zu bedenken ist allerdings, dass Jugendliche im ständigen Ablöseprozess stehen und nicht mehr alles – und am wenigsten ihre sexuellen Träume und Fantasien – mit den Eltern bereden möchten. So müssen wir zu dem Schluss kommen, dass in der außerschulischen Sexualpädagogik eine Chance liegt, Jugendlichen für diese Themen eine Plattform zu bieten. Im schulischen Rahmen ist es nur als Projekt sinnvoll, das von Sexualpädagogen/innen, die von außen kommen, geleitet wird und die Lehrer-Schüler-Beziehung in keiner Weise tangiert.

Wir müssen uns fragen, warum wir diesen Themen so wenig nachgehen, bzw. so wenig unsere Spürnasen auf diese Fährte setzen. Wird die Beschäftigung und Auseinandersetzung mit „Schwangerschaft und Mutterschaft" von der Pädagogin nämlich anerkannt und als wichtig erachtet, wird sie dieses Thema auch wahrnehmen und inhaltlich behandeln können. Fehlt der Pädagogin dagegen die Wertschätzung für dieses Thema (aus welchen Gründen auch immer), wird sie selbst Anfragen und vorsichtig formuliertes Interesse von Mädchen nicht aufnehmen. Damit findet das Thema keinen Eingang in die sexualpädagogische Arbeit mit Mädchen und jungen Frauen.

Das starke Interesse der Mädchen und jungen Frauen, sich mit der eigenen Lebensplanung und der Integration von Schwangerschaft und Mutterschaft auseinandersetzen zu wollen, zeigt den hohen Bedarf heutiger Generationen, sich diesem Thema zu stellen. Erst die Auseinandersetzung damit hilft, einen eigenen Standpunkt zu finden. Dabei müssen unter anderem folgende Fragen geklärt werden:

- Möchte ich mit einem Kind leben? Was bedeutet das für mich?
- Möchte ich mich völlig dem Beruf und meiner Karriere widmen? Was bedeutet das für mich?

1) So wie es in der Achtzigern und auch noch in den neunziger Jahren üblich war. Dieser Ansatz wurde später als defizitärer Ansatz in der Mädchenarbeit kritisiert.

- Unter welchen Bedingungen kann ich mir beides vorstellen?

4. Erkannte Sehnsucht?

Eine zukunftsweisende Sexualpädagogik, so formuliert in der dritten These, muss sich dem Thema „Schwangerschaft und Mutterschaft" widmen.

Mädchen und junge Frauen mit dem Thema Schwangerschaft und Mutterschaft allein zu lassen, weil emanzipatorische Konzepte sich in den letzten Jahren aus verständlichen Gründen auf andere Inhalte (Beruf, Ausbildung, Gleichrangigkeit von Mädchen und Jungen, Stärkung des Selbstbewusstseins für Mädchen, Selbstverteidigung etc.) gestützt haben, ist heute sicherlich keine zukunftsweisende Sexualpädagogik für Mädchen und junge Frauen mehr. Denn sie stehen einerseits in der schwierigen Situation, sich in der Arbeitswelt ihren Platz sichern zu müssen. Sie wollen zugleich auch die anderen Seiten, die ihre Weiblichkeit und ein weiblicher Lebensentwurf bieten können, gerne leben, bzw. sich zumindest mit solch einem Lebensentwurf auseinandersetzen. Und sie haben auch das Recht darauf, sich einen weiblichen Lebensentwurf zu schaffen, der Wünsche nach Erfüllung im Beruf und Wünsche nach Eigenem und Wünsche nach Familie/Kindern integriert.

Sexualpädagogische Konzepte sollten die häufig in Deutschland zu beobachtende Zweiteilung von Beruf *oder* Familie durch ein *und* ersetzen, und sie sollten Mädchen und Frauen in ihren Lebensentwürfen und deren Ausgestaltung begleiten.

5. „Bewusste" Lebensgestaltung

Wenn junge Frauen anfangen, über Schwangerschaft und Mutterschaft bezüglich des eigenen Lebens nachzudenken, sind sie häufig in einem Alter „wo es Zeit wird", sich damit zu befassen. Allerdings kann dies Frauen unter Druck setzen, wenn die biologische Uhr bereits tickt. In Folge davon kommt das Thema „ungewollte Kinderlosigkeit" – statistisch betrachtet – vermehrt auf Frauen und Paare zu. Der Anstieg der Ratsuchenden in den Sprechstunden der Pro Familia oder in den Frauenkliniken zum Thema der ungewollten Kinderlosigkeit belegt dies. „Kinder haben" wird mit einem Mal aus biologischen Gründen zum schwierigen und komplizierten Thema. Auf Grund dieser Entwicklung sollte sich eine zukunftsweisende Sexualpädagogik allen denkbaren Lebenswegen von Mädchen und Frauen öffnen, um unterschiedliche Lebenskonzepte bewusst zu machen. Eine in die Zukunft weisende Sozialpädagogik hilft in der Gestaltung einer Lebensplanung und verhindert unter Umständen ein „böses Erwachen", wenn es aus biologischen oder aus anderen Gründen nicht mehr möglich ist, einen Kinderwunsch ins Lebenskonzept zu integrieren.

Natürlich kommt auch eine Sexualpädagogik mit diesem Ansatz an ihre Grenzen, und das soll hier nicht verschwiegen werden, denn „bewusst" das Thema Schwangerschaft und Mutterschaft zu bearbeiten ist immer nur begrenzt möglich. Die unbewussten Dimensionen, warum sich junge Frauen Kinder wünschen, warum sich manche das gar nicht vorstellen können, warum es bei manchen erst geschieht, wenn es bereits zu spät ist und warum manche Schwangerschaften trotz Verhütung entstehen, lassen sich nicht über pädagogisches Handeln klären. Jedoch halte ich es für wichtig, Anstösse zu geben, für Orientierungshilfen zu sorgen und somit zur Bewusstwerdung beizutragen.

6. Eine zukunftsweisende Sexualpädagogik

Es gibt also unter umgekehrten Vorzeichen auch heute noch die Last und die Unvereinbarkeit der Doppelorientierung für Mädchen und Frauen. Sexualpädagogische Arbeit muss Mädchen und Frauen die Möglichkeit geben, neben aller Berufsorientierung darüber nachdenken zu dürfen, wie sie ihre eigenen Sehnsüchte und Wünsche nach Muttersein ernst nehmen können, und wie sie ihren Lebensentwurf – entsprechend ihren Wünschen – gestalten können.

Dieser Anspruch erfordert ein Umdenken der Pädagogen/innen einerseits (siehe Abschnitt „Unerkannte Sehnsucht„), aber auch der sexualpädagogischen Konzepte andererseits.

Neue Ansätze

Welche neuen Ansätze oder Konzepte könnte es in der Sexualpädagogik für Mädchen und Frauen geben? In jeder Alterstufe können je nach Interesse der Mädchen und jungen Frauen sexualpädagogische Bausteine entwickelt werden, die das lange vergessene Thema „Schwangerschaft und Mutterschaft" wieder in die breite Palette sexualpädagogischer Themen aufnimmt.

- Für Jüngere (8- bis 12-jährige): Babysitterkurs – Mädchen setzen sich im Spiel mit Babys (Puppen) mit ihrem weiblichen, körperlichen und inneren Potential auseinander. Sie sind im Kurs euphorisch dabei, mit Babys „wie in echt" umzugehen, sie finden kein Ende beim Saubermachen, sie wickeln und wiegen in den Schlaf. Im Spiel können sie ihre Phantasien, wie es ist, eine Mama zu sein, auf eine positive und unbeschwerte Art ausleben. Die Lust daran, lässt sich auch darüber erklären, dass sie im Spiel wieder eigene Wünsche nach „Klein-sein", „Umhegt-werden", „Behütet-werden" ausleben

können und sich an ihre Zeit als Kleinkinder erinnert fühlen.

- Bei Pubertierenden und jungen Erwachsenen sollte das Thema „Mutterschaft" explizit aufgenommen werden und zwar in folgenden Bereichen: zum Thema Verhütung, zum Thema Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung, zum Thema Geschlechtsrolle, zum Thema Partnerschaft und nicht zuletzt bei Lebensentwürfen und -phantasien. Die Themen könnten im einzelnen lauten:

a. Wo möchte ich im Alter von fünfundzwanzig Jahren, von dreißig Jahren, von fünfunddreißig Jahren in Bezug auf Kinder, Beruf, Partnerschaft, Hobbys und andere Interessen stehen (fiktiv, aber realistische Selbsteinschätzung gefragt)?
b. Malen von Lebensvisionen (Wünsche)
c. „Mein Baby und ich" – Männer- und Frauengruppen getrennt, Assoziationen sammeln und sich über Unterschiedlichkeiten und Gemeinsamkeiten austauschen, Vorstellungen, Träume und Visionen abtasten.
d. „Mama sein", „Papa sein" – was gehört zu der Rolle? Wie stelle ich es mir vor? Freuden und Einschränkungen; getrennte Gruppen, Männer als auch Frauen bearbeiten beides (Mama sein und Papa sein).

Wenn in diesen Bereichen das Thema Mutterschaft seinen genuinen Stellenwert erhält und sich Pädagogen/innen frei genug fühlen, den Mädchen und jungen Frauen unterschiedliche Lebenskonzepte (ein Leben mit Kindern, ein Leben ohne Kinder, ein Leben mit Partnerschaft, ohne Partnerschaft, ein Leben, das sich vorrangig der Selbstverwirklichung widmet) zuzugestehen, müssen sie nicht befürchten, mit diesem Ansatz eine in der Sexualpädagogik traditionalistisch geprägte Linie einzuschlagen. Vielmehr wissen sie dann, dass eine zukunftsweisende Sexualpädagogik Mädchen und jungen Frauen den Zugang zu allen möglichen weiblichen Potentialen offen hält.

Und die Jungen?

Sie merken meinem Artikel an, dass er mehr von den Mädchen und jungen Frauen spricht als von den Jungen und den jungen Männern. Schwangerschaft und Geburt sind Themen, die auch Jungen und junge Männer betreffen, allerdings haben Mädchen meiner langjährigen Erfahrung nach einen engeren, näheren Bezug zu diesen genuin weiblichen Themen.

Ich hatte vorpubertierende Jungs in unseren Babysitterkursen und ich kannte auch pubertierende Jungen und ältere, die sich für Schwangerschaft und Babys sehr interessiert haben. Es war jedoch eine geringe Anzahl. Entwicklungspsychologisch geht es bei Jungen um ihre Ausbildung von Männlichkeit und dazu gehört häufig die Abgrenzung von all dem Babykram. Das romantische, verklärte Reden über Babys das wir hauptsächlich immer wieder an Mädchen beobachten können, drückt ihre ganze Sehnsucht nach so etwas Kleinem und Süßem aus. Erzählt auch von Ihrer Sehnsucht nach Harmonie, Geborgenheit, Klein-sein-dürfen, dem Bedürfnis nach dieser schnuckeligen Babywelt.

In der sexualpädagogischen Arbeit stellen wir immer wieder fest: Mädchen und Jungen haben unterschiedliche Träume und Wünsche. Es gibt weniger Jungen, die davon träumen, bald ein Kind zu bekommen. Es scheint für Jungen wenig attraktiv zu sein. Sowohl in der Fantasie als auch in der Realität. Woran das liegt, darüber kann ich leider nur spekulieren. Schon A. Remberg hat in ihrer Studie „Jugendliche Schwangere und Mütter" festgestellt, dass die Situation der Jungen und der Väter viel zu wenig erforscht ist. Hier besteht also dringender Bedarf!

Jungen „fehlt" der direkte körperliche Bezug zu Schwangerschaft und Mutterschaft. Sie haben nicht die monatliche Regelblutung und müssen sich daher nicht einmal gedanklich damit auseinandersetzen, dass sie nun geschlechtsreif sind. Es ist alles viel rationaler und daher natürlich auch distanzierter. Jungen definieren ihre Rolle eher als Versorger und sie träumen auch davon, irgendwann mal vielleicht Familie zu haben. Die Träume sind anders, aber darüber wissen wir bisher viel zu wenig.

Literatur:

Beck-Gernsheim,E.: Vom „Dasein für andere" zum Anspruch auf ein Stück „eigenes Leben", in: Soziale Welt JG.34, 1983, S.307-334.

Wittel-Fischer, Barbara: „Das Unbewusste ist unbestechlich!", in: Katharina Eisch und Marion Hamm (Hg.): Die Poesie des Feldes. Beiträge zu ethnographischer Kulturanalyse (Untersuchung des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen, Bd.93), Tübinger Vereinigung für Volkskunde, Tübingen 2001.

Wittel-Fischer, Barbara: Die unbewusste Sehnsucht nach Schwangerschaft und Mutterschaft? Ein vergessenes Thema in der Sexualpädagogik, BzgA FORUM 1-2001.

Kontakt:
Barbara Wittel-Fischer
Paarberaterin bei profamilia
Mathilde-Annecke-Weg 15
48147 Münster
Telefon: 0251/2896118
Email: b.wittel@t-online.de

III. Praktische Ansätze der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche im Stadtteil durch Partizipation und Qualifikation

Regine Sigloch

Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt

Das Projekt „Kiezdetektive" wurde vom Kinder- und Jugendbüro Marzahn entwickelt. Seit 1999 wird diese Maßnahme auch in Kreuzberg, jetzt auch in Friedrichshain, auf Initiative der Lokalen Agenda 21 des Gesunde Städte-Netzwerks durchgeführt. Im Juni 2000 wurde das Projekt mit dem Gesunde Städte Preis der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Das Ziel des Projekts: Kinder sollen als Experten/innen in eigener Sache in Planungs- und Entscheidungsprozesse im Rahmen von nachhaltiger gesunder Stadtentwicklung und -gestaltung eingebunden werden. Das Projekt richtet sich an die Altersgruppe der sechs bis zwölfjährige Kinder. Der Ablauf ist folgender: Nach einer Kiezerkundung folgt die Gestaltung einer Ausstellung im Rathaus und eine Kinderversammlung mit den Bezirkspolitikern/innen. Etwa sechs Monate später gibt es eine Folgeversammlung, auf der die Umsetzungsergebnisse nachgefragt werden (1).

Bisher haben sich 15 Schulen, Kitas und Freizeiteinrichtungen beteiligt. Ca. 300 Kinder waren als Kiezdetektive unterwegs.

Friedrichshain-Kreuzberg ist der kleinste Berliner Bezirk mit einer Fläche von 20,2 km². Er ist mit knapp 245.000 Einwohnern/innen am dichtesten besiedelt. Im Vergleich zu Treptow-Köpenick mit 388 m² je Einwohner verfügt ein/e Einwohner/in von Friedrichshain-Kreuzberg nur über 7 m² Grünfläche. Friedrichshain-Kreuzberg hat den niedrigsten Sozialindex Berlins (2), für den die höchste Arbeitslosenrate, der zweithöchste Anteil an Sozialhilfeempfängern/innen und Migranten/innen, Wohnungen mit einer hohen Belegungsdichte und den daraus resultierenden Problemen typisch sind. Dennoch verfügt der Bezirk über viele wertvolle Ressourcen. Hierzu zählen die reiche „Projektelandschaft", die Vielzahl der Kulturen, das hohe Potential an Selbsthilfe, nachbarschaftliche Kiezstrukturen, gute Modelle von Stadtplanung und -entwicklung und eine lange Tradition der Bürgerbeteiligung. Hier setzt auch das Projekt zur Kinderbeteiligung „Kiezdetektive" an (1). Das besondere an diesem Bezirk ist, dass ein Ost- und ein Westbezirk nach der Bezirksreform zusammengelegt wurden, die unterschiedlicher nicht sein könnten.

Kiezerkundung

Damit man die Jungen und Mädchen gleich als „Kiezdetektive" erkennen kann, werden sie mit Stirnbändern, Armbinden und Ausweisen ausgestattet. Auf den Stirnbändern und Armbinden steht „Kiezdetektiv". Fotoapparate sollten möglichst von zu Hause mitgebracht werden. Tonbänder oder Schreibblöcke dienen der Dokumentation. Die „Kiezdetektive" finden „Probleme und Schätze".

Schätze sind die positiven Dinge wie zum Beispiel (3):

- Der Gemüseladen gegenüber vom Schülerladen ist ein Schatz. Der Besitzer ist immer freundlich zu uns.
- Uns gefällt, dass in Kreuzberg so viele Menschen unterschiedlicher Herkunft leben.
- Der Kinderbauernhof im Görlitzer Park.
- Wir erhielten Schutz vor einem Pitbull in einem Naturkostladen.
- Wir fanden die Aktion „Kiezdetektive" sehr schön.

Bei der Kinderversammlung werden die Zettel mit den Schätzen in eine Schatztruhe geworfen.

Probleme sind die negativen Dinge – Beispiele hierfür (3):

- Hundescheiße überall.
- Um die Bäume herum liegen Flaschen, Dosen, kaputte Wäscheständer und ganze Plastiktüten voller Hausmüll.
- Belästigung einer Mädchengruppe der Lenau-Schule durch Jungen des Velo-Fit-Fahrradladen-Projekts.
- Zäune zwischen dem freiem Grundstück der Kita Schlesische Straße/Mädchenprojekt Rabia und der Seniorenfreizeitstätte Falckensteinstraße und fehlender Kontakt zwischen Kita-Kindern und Senioren.
- Die islamische Grundschule kritisierte, dass die vom Bezirksamt zugesagten Spielgeräte noch nicht gekommen sind.
- Wir wollen einen Zebrastreifen über die Prinzenstraße an der Baerwaldbrücke. Dies ist eine sehr gefährliche Stelle, da die Straße den Park kreuzt und hier sehr viele Kinder und alte Menschen unterwegs sind.
- Die Drogenszene am Kotti macht uns Angst, weil da immer so komische Gestalten rumhängen.

Kinder, die an der aktuellen Kiezerkundung teilgenommen haben, berichteten folgendes:

- Kinder aus der Lemgo-Grundschule wurden Zeuge, wie in der Hasenheide ein Drogendealer verhaftet wurde.
- Ein Kind von der Schulstation der Ludwig-Hoffmann-Schule wurde von einem Punker geschlagen, der sich von dem Kind belästigt fühlte.
- Die Kinder wurden in eine andere Schule in Friedrichshain umgesetzt, weil die alte u.a. wegen einer Rattenplage gesperrt wurde.

Die „Problemzettel" werden in einen Müllsack geworden.

Die Kinderversammlung findet im BVV-Saal des Rathauses statt und dauert etwa zwei Stunden. Ansprechpartner sind üblicherweise der/die Bürgermeister/in, der/die Stadtrat/-rätin für Gesundheit und Soziales, der/die Stadtrat/-rätin für Jugend, der/die Stadtrat/-rätin für Stadtentwicklung und der/die Stadtrat/-rätin für Schule. Die Moderation wird von den beteiligten Kindern übernommen. An der Versammlung nehmen ca. vier bis fünf Gruppen teil. Jede Gruppe stellt mit einer Redezeit von jeweils zehn Minuten zwei Probleme und zwei Schätze vor. Alle anderen Ergebnisse werden auf Denkzettel geschrieben und entweder in die Schatztruhe oder in den Müllsack gesteckt, die die Politiker/innen mitnehmen. Die Redezeit der Politiker/innen von jeweils drei Minuten wird von den Kindern mit einer Eieruhr und einer Glocke genau kontrolliert. Kinder und Erwachsene, die nicht unmittelbar beteiligt sind, können als Zuschauer/innen die Veranstaltung auf der Tribüne des BVV-Saales verfolgen (1).

Fazit

Die Kinder werden bei jedem Durchgang zwar immer dieselben „Schätze" und „Probleme" (z.B. Müll, Hundescheiße etc.) finden, aber das eigene Aktivsein fördert die allgemeine Entwicklung der Persönlichkeit sowie Wahrnehmung, Selbstbewusstsein und Verantwortlichkeit, zielt auf das Erleben demokratischen Handelns und stellt somit einen umfassenden Ansatz zur Gesundheitsförderung dar, da Ressourcen gestärkt werden. Um Johannes Siegrist zu zitieren: „Nach Antonovsky lassen sich salutogene Wirkungen besonders gut auf der psychosozialen Ebene beschreiben, und zwar in Form eines ausgeprägten Kohärenzsinns. Menschen, die Ereignissen ihrer Umwelt mit einem hohen Grad an Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit begegnen, weisen ein erhöhtes Gesundheitspotential auf" (4). Kinder können so in gewisser Weise eine Primärprävention, d.h. eine Risikosenkung (5) bewirken, indem die Situation in ihrem Wohnumfeld von Politiker/innen verbessert wird.

Zusammenfassend sei noch einmal auf die Methode eingegangen.

Bei einem Methodenworkshop werden die beteiligten Pädagogen/innen zum Ablauf der Maßnahme unterwiesen. Dann folgen die Erkundungen, die Ausstellung, die Kinderversammlung, die Ergebniskontrolle, die Dokumentation und eine Evaluation.

Die Voraussetzungen bzw. Bedingungen für den Erfolg der Maßnahme lauten:

- Ernstnehmen der Kinderbeteiligung durch die Politiker/innen,
- personelle Kontinuität bei den Politiker/innen,
- Wille zum Umsetzen der Ergebnisse,
- Zuverlässigkeit von Politik und Verwaltung,
- intensive Öffentlichkeitsarbeit,
- kontinuierliche Betreuung des Projekts durch die verantwortliche Projektkoordination.

Stand des aktuellen Durchlaufes

Die beteiligten Kinder stammen größtenteils aus Migrantenfamilien.

Ludwig-Hoffmann-Schule, Friedrichshain, acht Kinder der Schulstation (5 Fragebögen zurück) und ein pädagogischer Betreuer.

Nürtingen Schule, Mariannenplatz 28, Kreuzberg, ca. 25 Kinder der Klasse 5b haben am 4. Mai den Kiez erkundet. Sie wurden in drei Gruppen aufgeteilt und haben den Lausitzer Platz, die Oranien-, die Adalbertstaße und den Mariannenplatz „untersucht" (21 Fragebögen zurück). Beteiligt sind vier pädagogische Betreuer/innen (eine davon ist die Klassenlehrerin).

Lemgo Schule, Böckhstr. 5, ca. 25 Kinder der Klasse 5b haben den Kiez erkundet, ebenfalls in drei Gruppen. Sie waren u.a. in der Hasenheide unterwegs (22 Fragebögen zurück).Hier gibt es zwei Helfer/innen der AWO und drei pädagogische Betreuer/innen (eine davon ist wieder die Klassenlehrerin).

Literatur:

(1) Zwei Informationsblätter Kiezdetektive-Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin.

(2) Sozialstrukturatlas Berlin 2003, Kurzfassung, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Pressestelle, Berlin 2004.

(3) Internetauszug aus der Web-Site des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg.

(4) Siegrist, J.: „Gesundheitsverhalten – psychosoziale Aspekte. Determinanten gesundheitsrelevanten Verhaltens", in.: Das Public Health Buch, Urban & Fischer, 2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, München, Jena 2003, S. 141.

(5) Rosenbrock, R.: „Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung", in.: Qualitässicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2004, S. 61.

Kontakt:
Regine Sigloch
„Kiezdetektive„
Sven-Hedin-Str. 46
14163 Berlin
Telefon: 030/ 8090 9630
Email: reginesigloch@hotmail.com

Tülin Duman

Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie, Gesundheit Berlin e.V.

Eltern müssen als wichtige Akteure bei gesundheitsfördernden Maßnahmen für Kinder und Jugendliche miteinbezogen werden, damit das erlernte präventive Gesundheitsverhalten auch im Elternhaus umgesetzt, bzw. verbessert wird. Dies gilt insbesondere für Familien mit Migrationshintergrund, die aus kulturellen oder religiösen Gründen andere Lebensgewohnheiten haben und somit der Unterschied zwischen Schule und Elternhaus in den Bereichen Ernährung, Erziehung, Lebensumfeld und gesundheitliche Versorgung deutlich ausgeprägt ist.
Mütter spielen dabei eine große Rolle. Besonders in türkischsprachigen Familien kümmern sich hauptsächlich Frauen um die gesundheitliche Versorgung ihrer Kinder. Aus diesem Grund sollten Maßnahmen und Angebote, die darauf abzielen, das Präventionsverhalten einzuüben und zu verbessern

- sich an Mütter (als Multiplikatorinnen) richten,
- die Mütter direkt in die Gestaltung und Durchführung der Angebote einbeziehen,
- sich an kulturell bedingte Hintergründe anpassen,
- zur Qualifizierung der Müttern führen.

Der BKK Bundesverband und Gesundheit Berlin e.V. setzten sich mit zwei Projektmodulen das Ziel, türkischsprachige Migrantinnen in ihrer Kompetenz als Gesundheitsmanagerinnen der Familie zu stärken.

Modul A – Türkischsprachiges Kiezkochbuch

Das Projektmodul befasst sich intensiv mit dem Thema gesunder und ausgewogener Ernährung, das aufgrund der Übergewichts-Problematik besonders bei türkischsprachigen Kindern und Jugendlichen in den Fokus des Gesundheitswesens gerückt ist. Anders als bei den deutschen Kindern, ist das Problem Übergewicht bei türkischsprachigen Kindern und Jugendlichen nicht abhängig von Einkommen und sozialer Schicht der Eltern, sondern hat kulturell bedingte Hintergründe.

Inhalte des Projektes:

- Aufbereitung und Gestaltung eines Kiez-Kochbuchs,
- Vermittlung der themenspezifischen Inhalte in Form eines Kochkurses,
- Vermittlung der themenspezifischen Inhalte in Form eines Gesprächskreises,
- Vermittlung theoretischer und praktischer Kenntnisse zu Grundlagen einer ausgewogenen Ernährung, Ernährungsgewohnheiten, Kinderernährung, Essstörungen bei Jugendlichen, Prävention von Übergewicht bei Kindern und Prävention von Essstörungen.

Besonders berücksichtigt wurden dabei die spezifischen Ernährungsgewohnheiten des türkischsprachigen Kulturraumes bzw. die Art und Weise, wie türkischsprachige Familien sich hier in Deutschland ernähren.

Ziele des Projektes:

- Vermittlung theoretischer und praktischer Kenntnisse über eine gesunde und ausgewogene Ernährung.
- Sensibilisierung der Zielgruppe zu den Themen „Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen" und „Essstörungen bei Jugendlichen".
- Stärkung der Strukturen und Selbstorganisation von Frauengruppen und Fraueninitiativen im Setting Kiez bzw.Quartier.

Zielgruppe:

Türkischsprachige Frauen und ihre Familien

Kooperationspartner:

Interkulturelles Gemeinwesenzentrum mit Gesundheitsförderung, Berlin-Wedding.

Ergebnisse des Projekts:

Als konkrete Ergebnisse des Projektmoduls „Kiez-Kochbuch" wurde zum einen ein Kochbuch „Gesund Essen mit Freude" herausgegeben, das neben Rezepten auch Informationen in türkischer Sprache zum Thema gesunde Ernährung enthält. Bei der Gestaltung der Inhalte wurden kulturspezifische Aspekte berücksichtigt. Analog zur praktischen Durchführung des Moduls wurde zum anderen ein Kursmanual erstellt, das als Grundlage zur Implementierung weiterer Kurse für türkischsprachige Migranten/innen zum Thema Ernährung dient.

Modul B – Aufbau eines Frauen-Internettreffs im Kiez/Quartier:

Mit diesem Projektmodul wird ein Frauen-Internettreff aufgebaut, der Migrantinnen als Anlaufpunkt für gesundheitliche Fragestellungen dienen soll. Gefördert wird hier vor allem das gesundheitsfördernde Potential von Migrantinnen im Sinne einer Selbsthilfestruktur. Sie sollen Orientierung zu gesundheitlichen Themen und zur Angebots- und Unterstützungsstruktur in ihrem Umfeld erhalten, sowie Gesundheitsseiten im Internet kennen lernen, die beispielsweise auch für ihre Kinder interessant

sind. Internetkenntnisse bzw. der Umgang mit neuen Medien sind für die Frauen ein attraktiver Aufhänger und das Internet ein geschätztes Hilfsmittel, um sich mit gesundheitlichen Themen zu beschäftigen.
Indem Frauen befähigt werden, sich selbst und ihre Familie bzw. Bekannte und Nachbarschaft im Schneeballsystem mit Informationen zu versorgen, wird ihre Kompetenz als Gesundheitsmanagerinnen gestärkt.

Inhalte des Projektes:

- Vermittlung von Internetkenntnissen als Informations- und Kommunikationsmittel im gesundheitlichen Bereich.
- Vermittlung von Gesundheitsinformationen für präventives Gesundheitsverhalten nach Relevanz für die Teilnehmerinnen.
- Organisation und Einrichtung der Infrastruktur eines Frauen-Internettreffs.

Ziele des Projektes:

- Stärkung der gesundheitsfördernden Strukturen im Quartier.
- Förderung der Selbständigkeit, Kommunikationsfähigkeit und interkulturellen Kompetenz der Zielgruppe.
- Schaffung einer Infrastruktur zur Errichtung eines Frauen-Internettreffs im Kiez in Eigenregie der Frauen.

Zielgruppe:

Türkischsprachige Mütter

Kooperationspartner:

AWO Begegnungszentrum Adalbertstraße, Berlin-Kreuzberg.

Voraussetzung für den Erfolg des Projektes war die gute Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner AWO Adalbertstraße. Den Mitarbeitern/innen war es in einem langen Prozess gelungen, sich als niedrigschwelliges Angebot im Stadtteil zu etablieren. Über vielschichtige Angebote, die sich an alle Mitglieder der Familien und auch an Alleinstehende richten, konnte eine große Akzeptanz der Zielgruppen für das Begegnungszentrum aufgebaut werden. Dadurch gelingt der Zugang auch zu Gruppen, die sonst nur schwer zu erreichen sind.

Ergebnisse des Projektes:

Aus dem Projektmodul „Aufbau eines Frauen-Internettreffs" ist in enger Kooperation mit dem AWO Begegnungszentrum Adalbertstraße eine Art Selbsthilfetreffpunkt von Migrantinnen für Migranten/innen zum Thema Gesundheit entstanden, der von den Teilnehmerinnen inhaltlich selbst gestaltet wird. Das Internet dient dabei als schnelles Informations- und Kommu-

Kontakt:
Tülin Duman
Gesundheit Berlin e. V.
Friedrichstr. 231
10969 Berlin
Telefon: 030/ 4431 9084
Email: duman@gesundheitberlin.de

Angelika Fiedler

MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen

MOVE ist ein Interventionskonzept zur Förderung und Unterstützung der Veränderungsbereitschaft von jungen Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum. MOVE ist ein sekundärpräventives Ergänzungsinstrument im System der Suchtvorbeugung, denn es gestattet, gerade die Jugendlichen anzusprechen, die an der „Schwelle" zur Abhängigkeit stehen, ohne bereits erkennbar auffällig geworden zu sein.

Ausgangslage

Aktuelle Zahlen belegen, dass Erfahrungen mit Alkohol und illegalen Drogen wie Ecstasy und Cannabis bei einem großen Teil der Jugendlichen zum Alltag gehören. Der Konsum der meisten Jugendlichen bleibt weitgehend experimentell und benötigt nicht zwingend eine Behandlung. Für die Gruppe der riskant Konsumierenden sind jedoch Maßnahmen notwendig, die ihnen angemessene Unterstützung bieten, um ein Abgleiten in die Abhängigkeit zu verhindern.

Jugendliche Konsumenten/innen definieren sich in der Regel nicht als suchtgefährdet oder gar abhängig solange keine schwerwiegenden Folgeprobleme aufgetreten sind und nutzen von sich aus kaum die bestehenden institutionellen Beratungsangebote. Konzepte und Strukturen der institutionellen Hilfen scheitern vor allem an der „Komm-Struktur" von Beratungsstellen (ohne Problembewusstsein geht kein/e Jugendliche/r in eine Beratungsstelle) sowie am Fehlen geeigneter Beratungskonzepte und eines theoretischen Hintergrundes für die Arbeit mit (noch) nicht veränderungsbereiten Jugendlichen, die jedoch, aufgrund verschiedener Indikatoren, als besonders suchtgefährdet erscheinen. Andererseits stehen „Kontaktpersonen" von Jugendlichen (Mitarbeiter/innen in der außerschulischen Jugendarbeit und anderen Einrichtungen der Jugendhilfe, Fachkräfte in Sportvereinen, Schule etc.) immer wieder vor der Frage, wie sie bei einem beobachteten riskanten Konsumverhalten von legalen oder illegalen Rauschmitteln angemessen reagieren können.

Das Konzept MOVE

Hier bietet sich das Konzept der **Mo**tivierenden Kurzinter**ve**ntion, **MOVE** an. Bereits bestehende „Alltagskontakte" zu konsumierenden Jugendlichen werden für systematische Interventionen genutzt.

MOVE stützt sich auf internationale Erfahrungen mit Kurzinterventionen, die zeigen, dass kurze Beratungsgespräche nicht nur besser sind als gar keine, sondern ihr Effekt dem von langfristigen Interventionen durchaus vergleichbar ist. Attraktiv für die Beratung von konsumierenden Jugendlichen sind sie vor allem dadurch, dass sie in unterschiedlichen Situationen – auch „zwischen Tür und Angel" – stattfinden können.

Den theoretischen Hintergrund bilden das „Transtheoretische Modell der Veränderung" (TTM) von Prochaska, DiClemente und Velecier und die Prinzipien des „Motivational Interviewing" (MI) von Miller und Rollnick.

Ziele

MOVE will dazu beitragen, die Kommunikation über Konsumverhalten zwischen Kontaktpersonen und Jugendlichen zu verbessern und eine professionelle Gesprächshaltung zu stärken. Dabei stellt MOVE die Frage, wie motiviert der/die einzelne Jugendliche ist, sich mit seinem/ihrem Konsumverhalten und dessen Risiken auseinander zu setzen oder etwas daran zu verändern. Um auf die Situation des Jugendlichen einzugehen, ist eine empathische, respektvolle und sachliche Gesprächshaltung eine wesentliche Voraussetzung. Dazu gibt MOVE kurze Denkanstöße und geht offen mit Ambivalenzen um. Darüber hinaus will MOVE die Motivation zur Veränderung stärken, gemeinsam mit dem Jugendlichen Ziele formulieren und eventuell konkrete Schritte vereinbaren.

Projektentwicklung MOVE

In der erste Phase, im Jahr 2000, beauftragte das ginko[1] mit Förderung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW die Universität Bielefeld damit, im Rahmen einer Literaturübersicht den aktuellen Forschungsstand zu den Kurzberatungskonzepten, die sich speziell an konsumierende Jugendliche richten, zusammenzutragen und zu bewerten.

In einem zweiten Schritt wurde von der Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung ginko eine Projektgruppe gebildet, deren Aufgabe es war, die Übertragbarkeit der bestehenden Kurzberatungskonzepte auf die Zielgruppe der konsumierenden Jugendlichen und die verschiedenen Praxisfelder der Kontaktpersonen von Jugendlichen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen und ein experimentelles Curriculum zu erarbeiten. Die Anforderungen an ein solches Konzept aus Sicht der verschiedenen beteiligten Gruppen wurden ermittelt und eingearbeitet. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe waren Prophylaxefachkräfte, Mitarbei-

1) ginko – Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung Nordrhein-Westfalen, Mülheim an der Ruhr

ter/innen der Jugendhilfe, Mitarbeiter/innen des Jugendschutzes, planerisch Tätige, ein Trainer auf dem Gebiet des Motivational Interviewing (MI), Mitarbeiter/innen der Universität Bielefeld und eine externe Moderation.

Im dritten Schritt wurden die einzelnen Bausteine des Interventionskonzeptes zu einer drei Tage umfassenden Fortbildung zusammengestellt. Neben den Grundlagen des TTM und MI geht es in dieser Fortbildung auch um die Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung, Hintergrundwissen zu Drogenkonsum und den rechtlichen Grundlagen. Die Fortbildung wird grundsätzlich von zwei MOVE-Trainern/innen angeboten. Das Fortbildungs-Tandem besteht aus einer Präventions- und einer Jugendschutz- bzw. Jugendhilfefachkraft. Die Durchführung dieses Curriculums wurde in einem experimentellen Rahmen erprobt und die modellhafte Realisierung in den Städten Bielefeld, Mülheim, Dortmund, Neuss und Köln durchgeführt (mit wissenschaftlicher Begleitung durch die Universität Bielefeld).

In einem vierten Schritt wurde und wird das Konzept MOVE weiter implementiert, die Umsetzung durch Prophylaxefachkräfte und ihre Jugendschutz/Jugendhilfe-Tandempartner sowie die Zufriedenheit der fortgebildeten Kontaktpersonen evaluiert und die Zielgruppe der konsumierenden Jugendlichen über Focusgruppen kontinuierlich in die Begleitforschung miteinbezogen.

ginko hat inzwischen sechs Multiplikatoren-Fortbildungen angeboten. Die dort ausgebildeten MOVE-Tandems geben das Fortbildungskonzept in ihrer Kommune, ihrem Kreis weiter. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt existieren in Nordrhein-Westfalen circa 50 MOVE-Tandems und mindestens 1000 Kontaktpersonen sind bereits in MOVE fortgebildet worden.

Die Ergebnisse beider Evaluationen zeigen (Kordula Marzinzik, Uni Bielefeld)

(a) ... dass die im ersten Jahr durchgeführte Bedarfserhebung zu einer motivierenden Kurzberatung tatsächlich auch den Kern des gegenwärtigen Bedarfs in der Arbeit mit konsumierenden Jugendlichen getroffen hat. Dieser Bedarfsfeststellung war zu entnehmen, dass die Beschäftigten in Jugendhilfe und außerschulischer Jugendarbeit einen enormen Bedarf haben an professionellem Umgang mit drogenerfahrenen Jugendlichen in ihren Einrichtungen; die nun erkennbare erhebliche Inanspruchnahme des daraus entwickelten Fortbildungskonzepts MOVE belegt – auch gemessen an tatsächlichem Nutzungsverhalten – den großen Bedarf;

(b) ... dass die Wahl der Konzeption der Projektentwicklung – nämlich die gewissenhafte Beteiligung aller relevanten Akteure am Entwicklungsprozess der Intervention – zu durchschlagendem Erfolg geführt hat, da mit Hilfe dieser interdisziplinären Projektgruppe offenbar ein passgenaues Fortbildungskonzept entwickelt werden konnte, das die Bedürfnisse und Erfordernisse der späteren Anwender/innen genau getroffen hat;

(c) ... eine hochgradige, und selbst für die Beteiligten am Forschungsprojekt in diesem Ausmaß überraschende Zufriedenheit mit dem Fortbildungsangebot. Diese Zufriedenheit betrifft einerseits die Form und Qualität der Fortbildung, und andererseits die dort vermittelten Inhalte. Die Evaluation belegt den Nutzen der motivierenden Kurzberatung im außerschulischen Setting, sowohl im Hinblick auf die Qualität (etwa im Hinblick auf Bedarfsgerechtigkeit, konzeptionelle Qualität, methodische Vermittlungsleistung, Akzeptanz, Erreichbarkeit und Praktikabilität) als auch in Bezug auf die Wirksamkeit (etwa bezogen auf den Wissens- und Kompetenzzuwachs, die Nützlichkeit für den Berufsalltag sowie die Wirkungen bei den Endverbrauchern/innen). Die differenzierten Rückmeldungen der Teilnehmer/innen, die direkt im Anschluss an die Fortbildungen formuliert wurden, zeigen zusätzlich, dass die Durchführung des Curriculums unterschiedlichen Rahmenbedingungen standhält und eine entsprechend hohe Flexibilität gewährleistet ist;

(d) ... nicht zuletzt auch, dass die Erfahrungen und Kenntnisse über bisherige Grenzen und Schwierigkeiten des Fortbildungskonzepts besonders hilfreich sind, denn sie bieten das tragfähige Fundament für die praxistaugliche Optimierung von MOVE. Die Rückmeldungen der Teilnehmer/innen aus der Pilotphase führten beispielsweise u.a. dazu, dass das Verhältnis von Theorie- und Praxisteilen sowie die Ausrichtung auf unterschiedliche Zielgruppen noch stärker an die Bedarfe und Bedürfnisse der Mitarbeiter/innen angepasst wurde.

Weitere Informationen, aktuelle Termine und Angebote, die Evaluationen im Volltext als pdf-Dateien etc. sind unserer homepage www.ginko-ev.de/move.html zu entnehmen.

Literatur:

Keller, St. (Hg.): Motivation zur Verhaltensänderung – das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis, Lambertus, Freiburg i.Br. 1999.
Miller W.R., Rollnik St.: Motivierende Gesprächsführung – Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Alkoholproblemen, Lambertus, Freiburg i Br. 1999

Kontakt:
Angelika Fiedler
ginko-Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung NRW
Kaiserstraße 90
45468 Mülheim/Ruhr
Telefon: 0208/ 3006 935
Fax: 0208/ 3006 949
Email: a.fiedler@ginko-ev.de

Elisabeth Goos-Wille

Lokale Bündnisse für Familie: Viele Partner für mehr Familienfreundlichkeit

Familienfreundlichkeit liegt nicht allein in der Zuständigkeit des Bundes, der Kommunen oder der Wirtschaft, sondern verlangt gemeinsame Verantwortung und gemeinsame Lösungen. Die unterschiedlichsten Akteure aus ganz Deutschland machen sich deshalb seit rund eineinhalb Jahren gemeinsam auf den Weg und gestalten ihre unmittelbare Umgebung: praxisorientiert, kostengünstig und damit zukunftsweisend.

Die unmittelbaren Lebens- und Arbeitsbedingungen der Familien werden im lokalen und regionalen Umfeld bestimmt. Familienfreundlichkeit wird damit zum harten Wirtschafts- und maßgeblichen Standortfaktor. Hier setzen die „Lokalen Bündnisse für Familie" an und entwickeln auf kommunaler oder Landkreis-Ebene individuelle Handlungsfelder. Die Partner: Vertreterinnen und Vertreter aller gesellschaftlich relevanten Gruppen, allen voran: Kommunen, Familien und über 1.000 Wirtschaftsunternehmen!

Das Servicebüro arbeitet eng mit starken Partnern zusammen: die Industrie- und Handelskammern, der BKK Bundesverband, das Bundesministerium für Verteidigung, die Deutsche Telekom AG, der Deutsche Gewerkschaftsbund, der Deutsche Städte- und Gemeindebund sowie die Wirtschaftsjunioren seien hier exemplarisch benannt.

Kontakt:
Servicebüro Lokale Bündnisse für Familie
c/o JSB Dr. Jan Schröder Beratungsgesellschaft mbH
Berlin: Charlottenstraße 65, 10117 Berlin
Bonn: Am Neutor 5, 53113 Bonn
Telefon: 0180/ 5252 212
Fax: 0180/ 5252 213
Email:
info@lokale-buendnisse-fuer-familie.de
Internet:
www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de

V. Felder der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen

Petra Franke

Stadtumbau Leinefelde – gesundheitsförderndes Setting?

Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fokussiert der Setting-Ansatz die Rahmenbedingungen unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2003, S.205). In diesem Kontext stellt ein Stadtteil zweifelsohne ein Setting dar.

Ob bzw. inwieweit es in Leinefelde gelungen ist, die städtebaulich notwendige, nicht explizit auf Gesundheitsförderung abzielende Umstrukturierung eines Stadtteils gesundheitsfördernd zu gestalten soll im Folgenden aufgezeigt werden.

1. Stadtentwicklung – Ausgangssituation und Problemlage

Die Entwicklung Leinefeldes ist in besonderer Weise mit der Entwicklung von Wohnen und Arbeiten verknüpft. Binnen weniger Jahrzehnte wuchs das ehemalige Dorf mit ca. 2500 Einwohnern/innen zu einer Industriestadt mit 16500 Einwohnern/innen an. Auf Basis des sogenannten Eichsfeldplans, einem Industrialisierungsprogramm der SED-Regierung, wurde zu Beginn der sechziger Jahre in Leinefelde mit dem Bau eines großen Textilkombinats begonnen. Parallel (zeitlich und räumlich) dazu entstand ein Wohngebiet in Plattenbauweise um den Arbeitskräften die aus dem gesamten Gebiet der DDR angesiedelt wurden, Wohnraum zur Verfügung stellen zu können.

Zum Zeitpunkt der Wende hielt die Stadt Leinefelde einige zweifelhafte Rekorde: nicht nur eines der größten Textilwerke Europas war hier ansässig, der Altersdurchschnitt der Bevölkerung betrug (ähnlich wie in einem Entwicklungsland) 25 Jahre und Leinefelde hatte mit über 90 Prozent industriell gefertigter Wohnungen gemessen am Gesamtwohnungsbestand, weltweit den größten prozentualen Anteil Plattenbausubstanz.

In Folge des Zusammenbruchs der industriellen Beschäftigungsgrundlage setzten zu Beginn der neunziger Jahre signifikante Abwanderungsbewegungen aus dem Neubaugebiet ein.

2. Strategie – Risiken und Potenziale

Unter Berücksichtigung der besonderen Probleme aber auch Chancen formulierten die verantwortlichen Akteure der Stadtentwicklung folgendes Leitbild: „Die Stadt Leinefelde stellt sich der Herausforderung den einseitig strukturierten Industrie- und Wohnstandort aus der Ära der Planwirtschaft zu einem wirtschaftlich und sozial stabilen und mit den regionalen Potentialen harmonisierenden Gemeinwesen zu transformieren.„

Daraus resultierte eine städtebauliche Strategie bei der es um eine komplexe und interdisziplinäre Berücksichtigung der Themenfelder Arbeiten, Wohnen und Natur geht. So gehören zu den wesentlichen Elementen der Strategie

(1) die Sicherung der wirtschaftlichen Grundlage der Stadt Leinefelde durch die Verbesserung der Standortfaktoren, eine Diversifizierung und Ausweitung der Wirtschaftsstruktur verbunden mit dem Ausbau der verkehrstechnischen Infrastruktur,
(2) die Umstrukturierung der Plattenbausiedlung, die Aufwertung der altstädtischen Bereiche sowie Neubau,
(3) die Stabilisierung des Wohnstandortes durch Sicherung und Aufwertung der sozialen, schulischen, kulturellen und kommerziellen Infrastruktur,
(4) die Sicherung einer hohen ökologischen Qualität und Nachhaltigkeit der Transformation.

Verbunden mit der Ausarbeitung einer städtebaulichen Rahmenplanung durch das Büro GRAS * Gruppe Architektur und Stadtplanung, erfolgten detaillierte Analysen und Prognosen zum künftigen Wohnraumbedarf. So wurde bereits 1994 deutlich, dass langfristig ca. 50% des Mietwohnungsbestandes nicht mehr benötigt werden und der verbleibende Bestand eine tiefgreifende Veränderung erfahren muss.

Kernstrategie

Die Umstrukturierung der Plattenbausiedlung zu einem – den aktuellen Anforderungen des Wohnungsmarktes und der reduzierten Bevölkerungszahl entsprechenden – lebendigen Stadtteil wurde mit Beschluss des Rahmenplans und der darin festgelegten Kernstrategie besiegelt.

Die Kernstrategie begründet zum einen die Stabilisierung eines Kernbereichs (in der Grafik ockerfarben hinterlegt)

durch Aufwertung, Modernisierung und Umbau auf hohem architektonischem Niveau sowie die Beseitigung städtebaulicher Missstände durch Rückbau und Abriss. Weiterhin werden periphere Anpassungs- und Umstrukturierungsbereiche (gelb gekennzeichnet) zur Sicherung der Flexibilität ausgewiesen und zum dritten definiert die Kernstrategie Randgebiete (violett dargestellt) für den flächenhaften Abriss mit Nachnutzungskapazitäten für Wohnen, Gewerbe und Verkehr.

Vor dem Hintergrund zunehmender Leerstände und um den steigenden und differenzierteren Ansprüchen an Mietwohnungen gerecht zu werden wurde 1996 ein Wettbewerb ausgelobt der die Veränderungs- und Aufwertungspotentiale der Plattenbauten ausloten sollte.

Der erste Preisträger, das Münchner Büro Meier-Scupin & Petzet kreierte einen Katalog von Grundrissmöglichkeiten mit unterschiedlichen Standards, es schuf vier Haustypen mit verschiedenen Grundriss- und Erschliessungstypologien.

Grüne Zimmer

Das Büro Forster und Schnorr Architekten aus Frankfurt thematisierte vorrangig die Verbesserung der Verflechtung zwischen Wohnung und Freiraum, dazu gehören die angemessene Einordnung der Gebäude in das unmittelbare Wohnumfeld, die Schaffung sogenannter „grüner Zimmer" für alle Erdgeschosswohnungen, d.h. direkter Zugang zu den mietfrei verfügbaren Außenbereichen. Weiterhin nahm auch dieser Preisträger praktische Veränderungen in den Wohnungen vor, so gibt es nun eine großzügigere Grundrissordnung sowie einige im Erdgeschoss eingeordnete Maisonettewohnungen.

Mit der Realisierung der Maßnahmen erzielte man neben der Verbesserung des Wohnkomforts ein ansprechendes Wohnumfeld und konnte durch die Erhöhung des Abstandes zwischen öffentlichem und privatem Freiraum das subjektive Sicherheitsempfinden der Bewohner/innen steigern – dies ist unter dem Blickwinkel Gesundheitsförderung meines Erachtens nicht unbedeutend.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt zur Stabilisierung des Wohnstandortes ist die Sicherung und Aufwertung der sozialen Infrastruktur. In der Leinfelder Südstadt existiert ein dichtes Netz sozialer Infrastruktureinrichtungen. Ein besonderer Mittelpunkt ist das sogenannte „Soziale Zentrum". In dieser umgebauten ehemaligen Kindergartenkombination sind u.A. das Frauenzentrum, die Volkssolidarität und der Behindertenverband mit der Leinefelder Tafel und Suppenküche beheimatet.

Die Stadt Leinefelde übertrug alle Kindertageseinrichtungen mit den sehr großräumig bemessenen Außengeländen in freie Trägerschaft und beteiligte sich in hohem Maße an der Sanierung und Modernisierung der Einrichtungen. Die drei Grund- und Regelschulen sowie das Gymnasium sind ebenfalls saniert; besonders hochwertig und architektonisch bemerkenswert erfolgte der Umbau einer Plattenbauschule zum staatlichen berufsbildenden Zentrum. Ein neu gebautes Jugendzentrum mit ansprechenden Außenanlagen, zahlreiche Sportstätten sowie Einrichtungen mit Mischnutzung komplettieren die hochwertige Infrastrukturausstattung der Südstadt. Die Frauennotwohnung und die Obdachlosenbetreuung befinden sich ebenso im Stadtteil wie ein Projekt zu betreutem Wohnen für Jugendliche und ein Seniorenwohnheim.

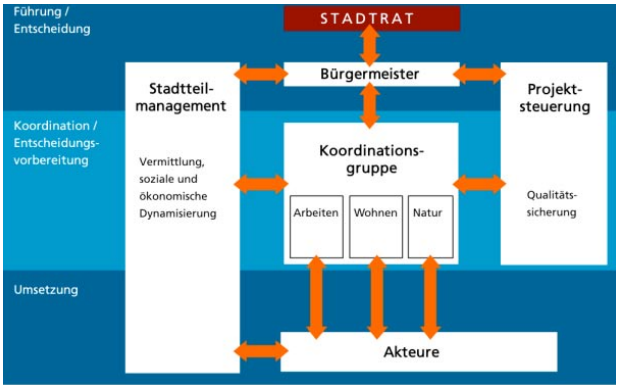
Die Verwaltung des kommunalen Wohnungsunternehmens hat als Zeichen der Bürgernähe ihren Sitz ebenfalls im Quartier und stellt darüber hinaus in einem rückgebauten Block ihren Mietern/innen Räumlichkeiten zur Durchführung privater Feiern zur Verfügung. Der daran angrenzende japanische Garten ist eine besondere Form der Wohnumfeldgestaltung.

Da das Wohnumfeld ein wichtiger Faktor bezüglich der Wohnqualität ist, spielt der Bereich Natur bei allen Planungen eine wesentliche Rolle. Neben vielen grünen Bereichen in und um die Wohnanlagen, zieht sich ein zusammenhängender Grünzug – die sogenannte grüne Achse von Nord nach Süd durch die Leinefelder Südstadt. Zur Aufwertung und Gestaltung dieser Achse wurde im Jahr 2003 ein zweistu-

Wohnumfeldgestaltung

figer landschaftsarchitektonischer Ideen- und Realisierungswettbewerb durchgeführt.

Im Prozess wachsen die Architekten/innen und Umsetzenden vor Ort ebenso an ihren Aufgaben wie das Management und die Strategen/innen. Eine Steuerungsgruppe bestehend aus dem Bürgermeister, dem Bauamtsleiter und dem Büro GRAS leitet den Planungsprozess. Entsprechend der verschiedenen Aufgabenstellungen und Problemlagen werden partiell weitere Akteure einbezogen. Dazu gehören die Wohnungsunternehmen, die verantwortlichen Architekten/innen, verschiedene Fachämter und auch Bürger/innen. Die Stadt Leinefelde hat eine geeignete Form der Koordination und Umsetzung für eine nachhaltige Stadtentwicklung aufgebaut und sichert damit im langjährigen Umbauprozess die Qualität aller Maßnahmen.



Wie in der Organisationsstruktur deutlich sichtbar ist, sind die drei genannten Themenfelder Arbeit, Wohnen und Natur auch durch entsprechende Arbeitsgruppen repräsentiert. Das Quartiersmanagement hat in Leinefelde eine kooperierende, koordinierende und begleitende Aufgabe.

Neben der regelmäßigen Durchführung von Bewohnerbefragungen ist die Arbeit in verschiedenen Ausschüssen (Sozialausschuss, AG Barrierefreie Stadt, Familienfreundliche Kommune) wesentlicher Bestandteil der Arbeit. Darüber hinaus geht es um die Koordination der Tätigkeiten der unterschiedlichsten freien Träger im Stadtteil und die gemeinsame Durchführung verschiedenster Veranstaltungen wie Stadtteilfeste, Ausbildungsbörsen, Informationsveranstaltungen für Eltern drogenabhängiger Kinder oder multikulturelle Höhepunkte. Nicht zuletzt erfolgt durch das Quartiersmanagement die Information und Einbindung der Bewohner/innen bezüglich Aktivitäten im Stadtumbau sowie die Akquise zusätzlicher Fördermöglichkeiten wie LOS oder LOKAST. Insbesondere in den LOS-Projekten wurden im vergangenen Jahr zum Teil vordergründig auf Gesundheitsförderung zielende Projekte durchgeführt.

3. Fazit – Empfehlungen und Ausblick

Ein ganzheitlicher Ansatz, bedarfsorientierte Konzepte und auf Qualität ausgerichtete Maßnahmen bei darstellbaren Kosten sind wesentliche Bestandteile der erfolgreichen Umsetzung der Leinefelder Strategie, die neben den anvisierten und geplanten städtebaulichen Aufwertungen zumindest partiell gesundheitsfördernde Wirkungen erzeugt. Zukunftsfähige Ergebnisse können nur im frühzeitigen und kontinuierlichen Zusammenwirken aller beteiligten Akteure realisiert werden. Dabei trägt die Kommune eine besondere Verantwortung; durch Koordination und Einflussnahme der Stadt wird die Qualität des Prozesses gesichert.

Eine zeitgemäße architektonische Antwort, sichergestellt durch Wettbewerbe, ist als Botschaft der Aufwertung unverzichtbar. Auf der Grundlage eines abgestimmten Rahmenplans wird der Zusammenhang des breiten Spektrums parallel koordinierter Maßnahmen (Umbau, Rückbau, Abriss, Neuordnung, Umnutzung und Neubau) deutlich und für die Bürger/innen erlebbar. Die frühzeitige Einbindung aller Akteure und der ehrliche Umgang mit den Bewohnern/innen sichern die Akzeptanz vor Ort.

Stadtumbau ist ein Prozess der zielorientiert und flexibel unter Nutzung innovativer Ansätze und Synergieeffekte zur Standortsicherheit beiträgt. Mit der Verleihung des Deutschen Städtebaupreises 2003 wurden die Bemühungen der Stadt Leinefelde um einen zukunftsorientierten Stadtumbau gewürdigt. Zu diesem Erfolg haben neben der verantwortungsvollen Führungsrolle der Stadt viele Akteure beigetragen.

Hinausgehend über das explizite Ziel Standortsicherung kann Stadtumbau u.a. durch die Erhöhung des Wohnkomforts und die Schaffung eines ansprechenden Wohnumfeldes einen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten.

Literatur:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim an der Selz 2003.

Stadt Leinefelde (Hg): Stadtentwicklungskonzept 2003.

Kontakt:
Dipl. Päd. Petra Franke,
Büro GRAS * Gruppe Architektur und Stadtplanung
Quartiersmanagement Südstadt / Stabsstelle des Bürgermeisters
Hahn Str. 2
37327 Leinefelde
Telefon: 0360/ 5519 787
Email: suedstadtbuero@leinefelde.de

Holger Koch

Die medizinisch-soziale Kontaktstelle „PFLASTER" – ein Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit in Erfurt

1. Einleitung

Das wissenschaftliche Interesse am Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit" hat in den letzten Jahren sichtlich zugenommen. Inzwischen liegen eine Reihe fundierter Analysen vor (vgl. Mielck 2000), die überzeugend belegen, dass sozial benachteiligte Menschen nicht nur einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, sondern dass es zum Teil auch erhebliche Defizite im Hinblick auf ihre Gesundheitsversorgung gibt. Die wissenschaftlichen Befunde sind so evident, dass von einem Forschungs- und Erkenntnisdefizit schwerlich zu sprechen ist – wohl jedoch von einem Umsetzungsdefizit. Gebraucht werden jetzt vor allem Interventionsansätze, die geeignet sind, einen praktischen Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. In der Bundesrepublik existiert mittlerweile eine Vielzahl von Projekten und Initiativen, die sich dieser Herausforderung gestellt haben. Hierzu gehört auch die medizinisch-soziale Kontaktstelle „Pflaster" des Vereins Kontakt in Krisen (KiK) e.V. in Erfurt.

Die folgenden Ausführungen sollen, ganz im Sinne sozialarbeiterischer Praxisforschung, einen kurzen Einblick in Selbstverständnis, Handlungsprinzipien und Arbeitsergebnisse dieses zielgruppenspezifischen Projektes geben.

2. Ausgangssituation

Aufsuchende und krisenorientierte Sozialarbeit, wie sie vom Verein KiK e.V. geleistet wird, trifft immer wieder auf Menschen in psychosozialen Notsituationen. Oft handelt es sich dabei um chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke und Randständige, die trotz erheblicher gesundheitlicher Belastungen gar nicht oder nur noch unzureichend medizinisch bzw. sozialarbeiterisch versorgt werden. Die Ursachen für diesen bedenklichen Zustand sind vielschichtig. So ist die Mehrheit der Betroffenen aufgrund ihrer Lebensumstände und resignativen Selbstwahrnehmung oft nicht „wartezimmertauglich" (vgl. Schwarzenau 2002). Hinzu kommt die als „Gesundheitsparadox" umschriebene Tendenz, trotz aller offenkundigen objektiven Krankheitssymptome den eigenen Gesundheitszustand subjektiv als zufriedenstellend einzuschätzen. Doch auch Barrieren im Hilfesystem selbst, insbesondere die hochgradige Spezialisierung und deren oft „geheime Moral" (H. Thiersch) sowie die damit verbundene Zuständigkeitsmisere haben ihren Anteil daran, dass Menschen mit fortgeschrittenen und den Lebensalltag hochgradig beeinträchtigenden Erkrankungen nicht zum Arzt gehen bzw. Hilfen nicht in Anspruch nehmen. Und nicht zu vergessen ist, dass es sich um Betroffenengruppen handelt, die nicht selten professionelle Kompetenzen in Frage stellen, zu Überforderung bzw. Ratlosigkeit führen, einen großen Teil der Arbeitszeit binden – und dies alles bei einem höchst unsicheren Ausgang des Hilfeprozesses. Kurz und gut: die Bereitschaft, sich auf solche Menschen einzulassen, ist oft nicht besonders ausgeprägt. So ist die Gefahr auch immer wieder groß, dass sie in Vergessenheit geraten, übersehen werden und als „Bedarf" nicht mehr vorkommen. Doch auch wenn dieser Hilfebedarf von den Betroffenen selbst nicht artikuliert wird, existiert er dennoch: man sieht ihn in den Straßen, hört von ihm durch Berichte und erkennt ihn z. B. bei der täglichen Lebensmittelausgabe.

So war es eigentlich nur konsequent, dass der Verein KiK e.V. Anfang 2000 über ein geeignetes Hilfeangebot nachdachte, dass dieser Problemlage Rechnung trägt. Angeregt durch das „Mainzer Modell" (Trabert 1995), ermutigt durch Prof. G. Trabert und unterstützt durch Amtsarzt sowie Sozialdezernenten der Stadt Erfurt, wurde das Projekt „Pflaster" konzipiert. Auf der Grundlage einer Untersuchung, die Experten/innen- und Betroffeneninterviews auswertete, konnten Bedarf und die Notwendigkeit einer medizinisch-sozialen Kontaktstelle stichhaltig begründet werden. Damit konnte zugleich ein Grad an Informiertheit und Öffentlichkeit erreicht werden, der wiederum aktivierend wirkte. So war die Resonanz unter Erfurter Ärzten überaus erfreulich. Insgesamt vier Mediziner erklärten ihre Bereitschaft zur Mitarbeit. Andere machten auf Patienten aufmerksam, die offenkundig weitergehende soziale Unterstützung benötigten. Die materielle Ausstattung der Kontaktstelle wurde durch Spenden sichergestellt. Mittel des Europäischen Sozialfonds sicherten eine Anschubfinanzierung. Bereits am 1. Dezember 2000 konnte „Pflaster" mit der Arbeit beginnen.

Die von A. Mielck geäußerte Vermutung (Mielck 2000, S. 371), dass sich die Situation von sozial benachteiligten Gruppen erheblich verbessern lässt, wenn relevante Akteure (Sozialarbeiter/innen, Ärzte/innen, Kommunal- und Gesundheitspolitiker/innen) gemeinsam nach praktikablen Lösungen suchen, konnte zumindest für diese Entstehungsphase eindrucksvoll bestätigt werden.

3. Ganzheitlicher und niedrigschwelliger Arbeitsansatz

Struktur und Arbeitsweise der medizinisch-sozialen Kontaktstelle sind im Grunde genommen wenig spektakulär. Im Kern handelt es sich um ein aufsuchendes, niedrigschwelliges Angebot, dessen Ziel es ist, behandlungsbedürftige Menschen in Krisensituationen medizinisch und sozialarbeiterisch zu betreuen und – langfristig gesehen – wieder in die medizinische Regelversorgung zurückzuführen. „Pflaster" macht Ernst mit den Prinzipien von Krisenintervention, Lebensweltorientierung, Ressourcenerhaltung, Flexibilisierung, Ganzheitlichkeit, Vernetzung und Hilfen aus einer Hand.

Auf der medizinischen Ebene geht es darum, die medizinische Not- und Grundversorgung abzusichern und die Klienten/innen für spezialisierte Folgebehandlungen vorzubereiten. Zu diesem Zweck werden feste wöchentliche Sprechzeiten im Gesamtumfang von fünf Stunden durch unterschiedliche Fachärzte angeboten. Die damit verbundene Möglichkeit, sich für einen Arzt der eigenen Wahl entscheiden zu können, kommt einem ersten Schritt zur Wiedererlangung von Selbstverantwortung und Kontrollüberzeugung gleich. Sind Klienten/innen in einem so schlechten gesundheitlichen Zustand, dass sie diese Sprechstunden nicht besuchen können, werden sie dort aufgesucht und behandelt, wo sie sich aufhalten.

Komplementär dazu fällt den Sozialarbeitern/innen die Aufgabe zu, die Kontakte zwischen Klienten/innen und Ärzten/innen herzustellen. Zugleich sind sie sozialtherapeutisch und lebenspraktisch tätig, leisten Informations- und Vermittlungsarbeit. Vieles, was die Klienten/innen für einen „gelingenderen Alltag" (H. Thiersch) benötigen, kann durch den Verein KiK e.V. selbst abgedeckt werden: Beschaffung von Wohnraum oder Hausrat, Lebensmittelspenden, Möglichkeiten zur Körperpflege, aber auch Schuldnerberatung und kleinere Erwerbsmöglichkeiten.

Dieses Zusammenwirken von Medizinern/innen und Sozialarbeitern/innen schafft Voraussetzungen für Hilfen, die präventiv lebenserhaltend wirken und zugleich auf größere Nachhaltigkeit abzielen.

4. Handlungsprinzipien und Ergebnisse

Für alle Beteiligten überraschend war, wie schnell „Pflaster" angenommen wurde. Bereits in den ersten drei Monaten suchten über hundert Klienten/innen die Kontaktstelle auf. Noch erstaunlicher waren jedoch die z.T. beachtlichen Veränderungen in der psychosozialen Gesamtsituation der Betroffenen: sei es durch die Stabilisierung des Gesundheitszustandes, eine spürbare Verbesserung der Einkommenssituation, die Unterbringung in Notunterkünften oder die Motivation zur Aufnahme einer Suchtbehandlung. Und für einige wenige hatte sich bereits nach wenigen Monaten die gesundheitliche und soziale Situation so stabilisiert, dass sie die Hilfe von „Pflaster" nicht mehr brauchten und z.B. wieder ihren Hausarzt aufsuchen konnten.

Das soll freilich nicht bedeuten, dass es keine Rückschläge und Behandlungsabbrüche gibt. Die wohl wichtigste Erfahrung bestand und besteht jedoch darin, dass die Klienten/innen des „Pflasters" mit einem relativ begrenzten Aufwand – und zwar entgegen dem so gängigen Bild von Unmotivierbarkeit – sehr wohl erreichbar und behandlungsbereit sind. Freilich sind hierfür Voraussetzungen erforderlich, die in erster Linie zunächst einmal von den Helfern/innen bzw. vom Hilfesystem selbst zu erbringen sind. Hierzu gehören, im folgenden stark verkürzt wiedergegeben, u.a.:

- die Übernahme von Kontaktverantwortung durch konsequent aufsuchende Arbeit, die den psychodynamischen Verhaltensmustern von Menschen in Krisensituationen (vgl. Rauchfleisch 1996) Rechnung trägt und damit die Ansprechbarkeit für Hilfe wieder herstellt bzw. vergrößert;
- ein Hilfeverständnis, dass sich am Kriterium „lebenssituationsgerecht" orientiert und ein flexibles bzw. abgestuftes Betreuungs- und Behandlungsangebot unterbreitet, das die Hinweise bzw. Wünsche der Klienten/innen aufgreift und auf das sie sich vorerst einlassen wollen bzw. können;
- ein hohes Maß an diagnostischer Kompetenz, die weniger einer einseitig „expertokratisch" ausgerichteten Subsumptionslogik folgt, sondern statt dessen in der Lage ist, die komplexe psychosoziale Dimension von Problemlagen zu erkennen, die „Anfänge" zu gestalten weiß, Gelegenheit für Unterstützung ausmacht, praktikable gangbare Perspektiven eröffnet und zugleich Chancen für gemeinsame Lernprozesse ermöglicht;
- eine intakte Kooperations- und Vernetzungsstruktur (Mediziner/innen, Sozialarbeiter/innen, Suchtkranken- und psychiatrische Hilfen, Sozial- und Wohnungsamt usw.), in der – jenseits aller Konkurrenz und Grenzüberschreitung – „Unterschiede einen Unterschied" (Simon) machen und gemeinsam abgestimmte Hilfeprozesse initiiert werden.

Vor allem jedoch hat sich immer wieder gezeigt, dass gerade in der Verbindung von medizinischer Grundversorgung und praktischer Sozialarbeit ein hohes beziehungsförderndes Potential enthalten ist. Allein schon das

Gespräch über körperliche Befindlichkeiten signalisiert Besorgnis und Anteilnahme, die nicht aufgesetzt wirken und weit über das hinausgehen, was in der Sozialarbeit traditionell unter „guter Beziehung" verstanden wird. Der „medizinisch-sozialarbeiterische Blick" fördert den Respekt vor der subjektiven Sichtweise der Betroffenen, sieht sie von Anfang an in ihrer belasteten Lebensrealität, räumt Zeit für Veränderungsprozesse ein, nimmt sensibel den Wunsch nach Nähe bzw. Distanz wahr und hilft Behandlungsziele zu definieren, die vor Überforderung schützen und zum Durchhalten motivieren. Auf diese Weise wird der – gerade niederschwelligen Hilfeansätzen immanenten – Gefahr aufgedrängter „fürsorglicher Belagerung" und Normalitätserwartung genauso ein Korrektiv entgegengesetzt, wie dem virulenten Drang, vorerst fehlende Mitarbeitsbereitschaft leichtfertig in „Unmotivierbarkeit" der Klienten/innen umzudeuten.

5. Aktuelle Situation

Effektivität und Effizienz der auf diesen Voraussetzungen bzw. Handlungsprinzipien basierenden Betreuungs- und Behandlungsstrategien sind unbestritten und wurden sorgfältig dokumentiert (vgl. Vogt/Kluge 2002). Trotzdem befindet sich „Pflaster" Mitte des Jahres 2004 in einer höchst problematischen Situation. Es drohen nicht nur der Verlust bisher erworbener Kompetenzen und integrierter Hilfeformen, sondern die Existenz der medizinisch-sozialen Kontaktstelle als Ganzes steht zur Disposition. Das liegt zunächst einmal weniger an den Konsequenzen eines Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, das wichtige Prinzipien niedrigschwelliger psychosozialer und medizinischer Hilfen auszuhebeln beginnt. Hier lässt sich vieles noch mit Engagement und einer immer noch beachtlichen Spendenbereitschaft kompensieren. Weit schwerwiegender ist da schon die Tatsache, dass es immer noch kein tragfähiges Finanzierungskonzept gibt. Zwar hat es der Verein KiK e.V. in den letzten drei Jahren immer wieder verstanden, die für „Pflaster" erforderlichen finanziellen bzw. personellen Voraussetzungen zu sichern – ein Engagement, das man von einem sozialen Verein mit Recht erwarten kann und muss. Doch genau dieses Engagement, das mittlerweile die Grenze der Belastbarkeit schon längst überschritten hat, entwickelt nur allzu oft eine problematische Eigendynamik: Es dient relevanten kommunalen und gesundheitspolitischen Akteuren offenkundig auch – und zwar auf der Grundlage einer überaus verkürzten Deutung des Subsidiaritätsprinzips – als Indiz dafür, dass „es doch auch so geht", d.h. ohne die so dringend erforderliche und zudem gesetzlich verankerte finanzielle Unterstützung. Gefördert wird diese Haltung noch durch einen gesellschaftspolitischen Trend, der mit der Forderung nach Eigenverantwortung und Privatisierung von Gesundheitsrisiken sowie zunehmender Ökonomisierung gerade die Legitimation von Hilfen für sozial Benachteiligte zunehmend untergräbt bzw. als wenig sinnvoll erscheinen lässt.

Für „Pflaster" jedenfalls bedeutet dies, dass insbesondere die so unabdingbare konsequent aufsuchende Sozialarbeit weitestgehend zum Erliegen gekommen ist. Eine regelmäßige medizinische Versorgung und sozialarbeiterische Betreuung können kaum noch gewährleistet werden. Die nur noch eingeschränkten Öffnungszeiten kommen einer Erhöhung der Zugangsschwellen gleich. Schon jetzt zeichnet sich eine gravierende Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie der gesamten Lebenssituation vieler ehemaliger Klienten/innen ab. Sollte diese Entwicklung nicht gestoppt werden, wird an die Stelle der medizinischen Grundversorgung die weit kostenintensivere Notversorgung am Straßenrand bzw. im Krankenhaus treten.

Die Situation ist überaus bedenklich und belegt einmal mehr auf drastische Weise, was soziale Ungleichheit im Hinblick auf medizinische Versorgung bedeutet: Die überaus prekäre Lebenssituation sowie ein insgesamt schlechter Gesundheitszustand sozial Benachteiligter treffen auf eine nicht minder prekäre Situation des Hilfeangebotes. Einmal mehr zeigt sich der skandalträchtige Fakt, dass gerade jene, die aufgrund ihrer gesamten psychosozialen Lage und „Bruchbiographien" auf ein hohes Maß an verlässlichen bzw. stabilen Hilfen angewiesen sind, am wenigstens damit rechnen können.

Es ist folglich höchste Zeit für eine neuerliche „konzertierte Aktion", die diesem Trend zumindest in Erfurt entgegentritt. Motivierend könnten hierbei die Erfahrungen aus der Entstehungsphase von „Pflaster" sein, aber auch die Erkenntnis, dass sich eine Gesellschaft, die ihren Anspruch auf Solidarität nicht leichtfertig aufgeben will, von der Unterstützung für die schwächsten ihrer Mitglieder her legitimieren muss – und dies nicht nur verbal, sondern auch durch eine tragfähige Finanzierung. Dabei geht es, auch dies sei angemerkt, um eher bescheidene Summen.

Der Verein KiK e.V. jedenfalls wird hierzu seinen Beitrag leisten. Ermutigung geht dabei auch von der Konferenz „Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung" aus, die u.a. geholfen hat, die gerade für kleinere Vereine so dringend erforderliche Öffentlichkeit herzustellen. Hoffnungsvoll stimmt auch, dass der BKK Bundesverband der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter große Aufmerksamkeit

widmet. So gesehen stehen möglicherweise die Chancen gar nicht so schlecht, dass auch in Zukunft die medizinisch-soziale Kontaktstelle „Pflaster" einen kleinen, gleichwohl wirksamen Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit in Erfurt leisten kann.

Literatur:

Kluge, H./ Vogt, B.: Dokumentation zu Erfahrungen von „Pflaster" (unveröffentlichtes Manuskript), Erfurt 2002.

Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2000.

Rauchfleisch, U.: Menschen in psychosozialer Not: Beratung, Betreuung, Psychotherapie. Zürich 1996.

Schwarzenau, M.: „Medizinische Versorgung Wohnungsloser in Deutschland – wo stehen wir?", in: wohnungslos, Heft 1, 2002, S.1-6.

Trabert, G.: „Integratives Konzept der ambulanten medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen (Mainzer Modell)", in: wohnungslos, Heft 4, 1995, S.152-154.

Kontakt:
Dr. phil. Dr. rer. soc. Holger Koch
Ehrenamtlicher Vorsitzender des Vereins Kontakt in Krisen (KiK) e.V. Erfurt
Magdeburger Allee 114-116
99086 Erfurt
Telefon: 03617/ 4981 133
Email: sozial@kik.jetzweb.de

Liste der Referentinnen und Referenten

Name	Vorname	Institution	Straße	PLZ	Ort	Email	Telefon
Altgeld	Thomas	Landesvereinigung für Gesundheit, Niedersachsen e.V.	Fenskeweg 2	30165	Hannover	thomas.altgeld@gesundheit-nds.de	0511350 00 52
Bär	Gesine	Stadtteilbüro Stendal-Stadtsee, Weeber + Partner	Emser Str. 18	10719	Berlin	stadtteilbuero@stadtsee.de	0308616424
Bellwinkel	Michael	BKK Bundesverband, Abteilung Gesundheit	Kronprinzenstr. 6	45128	Essen	BellwinkelM@bkk-bv.de	020117914 72
Brocke	Hartmut	Stiftung SPI, Regiestelle E&C	Müllerstraße 74	13349	Berlin	info@stiftung-spi.de	03045979333
Duman	Tülin	Gesundheit Berlin e.V.	Friedrichstr. 231	10969	Berlin	duman@gesundheitberlin.de	03044319084
Erath	Anke	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA	Ostmerheimer Str. 220	51109	Köln	erath@bzga.de	02218992323
Fiedler	Angelika	ginko – Landeskoordinationsstelle Suchtvorbeugung NRW	Kaiserstr. 90	45468	Mühlheim an der Ruhr	a.fiedler@ginko-ev.de	02083006935
Franke	Petra	Südtstadtbüro	Hahn Str. 2	37327	Leinefelde	suedstadtbuero@leinefelde.de	03605519787
Goos-Wille	Dr. Elisabeth	Servicebüro Lokale Bündnisse für Familie	Am Neutor 5	53113	Bonn	elisabeth.goos-wille@lokale-buendnisse-fuer-familie.de	01805252212
Göpel	Prof. Dr. Eberhard	Hochschule Magdeburg-Stendal, FB Sozial- und Gesundheitswesen	Breitscheidstr. 2	39114	Magdeburg	eberhard.goepel@sgw.hs-magdeburg.de	03918864304
Hemme	Andreas	Regiestelle E&C	Nazarethkirchstr. 51	13347	Berlin	hemme@eundc.de	45798629
Hoppe	Dr. Birgit	Stiftung SPI, Geschäftsbereich Fachschulen, Qualifizierung und Professionalisierung	Hallesches Ufer 32-38	10963	Berlin	fachschulen@stiftung-spi.de	03025389282

Name	Vorname	Institution	Straße	PLZ	Ort	email	Telefon
Hünert	Monika	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	Ostmerheimer Str. 220	51109	Köln	huenert@bzga.de	02218992323
Koch	Dr. Holger	KiK - Kontakt in Krisen e.V.	Magdeburger Allee 114-116	99086	Erfurt	sozial@kik.jetzweb.de	036174981133
Löhr	Dr. Rolf-Peter	Deutsches Institut für Urbanistik	Straße des 17. Juni 112	10623	Berlin	loehr@difu.de	03039001220
Müller	Birgit	Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendgesundheit im Gesunde-Städte-Netzwerk	Auf der Schanze 4	41515	Grevenbroich	birgit.müller@rhein-kreis-neuss.de	021816015390
Pauli	Andrea	Universität Bielefeld, Fakultät Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe Umwelt und Gesundheit	PF 10 01 31	33501	Bielefeld	andrea.pauli@uni-bielefeld	05211064363
Riesling-Schärfe	Dr. Heike	Regiestelle E&C	Nazarethkirchstr. 51	13347	Berlin	riesling-schaerfe@eundc.de	03045798620
Schabler	Martin	Julius B – Jugendarbeit und Quartiersmanagement Bismarck/Schalke-Nord	Greitenstieg 4	45889	Gelsenkirchen	juliusb@aol.com	0209899266
Schenk	Dr. Liane	Robert-Koch-Institut Berlin	Seestraße 10	13353	Berlin	SchenkL@rki.de	018887543447
Schöning	Iris	Projekt „Casa Luna", KRIZ e.V. – Bremer Zentrum für Jugend- und Erwachsenenhilfe		28203	Bremen	casaluna@web.de	0421324171
Schröer	Dr. Alfons	BKK Bundesverband	Kronprinzenstr. 6	45128	Essen	SchroeerA@bkk-bv.de	02011791270
Schwarz	Rainer	Regiestelle E&C	Nazarethkirchstr. 51	13347	Berlin	schwarz@eundc.de	45798627
Sigloch	Regine	Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt	Sven-Hedin-Str. 46	14163	Berlin	reginesigloch@hotmail.com	03080909630

Name	Vorname	Institution	Straße	PLZ	Ort	email	Telefon
Stieb	Susanne	Caritasverband Darmstadt e.V., Allgemeine Lebensberatung	Heinrichstr. 32A	64283	Darmstadt	s.stieb@caritas-darmstadt.de	06151999149
Stieglbauer	Peter	Stadt Karlsruhe, Rathaus West, Sozial- und Jugendbereich		76133	Karlsruhe	peter.stieglbauer@sjb.karlsruhe.de	07211335410
van Stiphout	Theo	BKK Bundesverband, Vorstand	Kronprinzenstr. 6	45128	Essen	stiphoutvant@bkk-bv.de	02011791200
Wagemann	Thomas	BKK Landesverband, Nordrhein-Westfalen	Kronprinzenstr. 6	45128	Essen	T.Wagemann@bkk-nrw.de	02011791608
Wehmhöner	Margot	BKK Bundesverband, Referat Gesundheitsförderung und Selbsthilfe	Kronprinzenstr. 6	45128	Essen	WehmhoenerM@bkk-bv.de	02011791246
Willamowski	Dr. Gerd	Kommunalverband Ruhrgebiet	PF 10 32 64	45128	Essen	verbandsdirektor@kvr.de	02012069210
Wittel-Fischer	Barbara	Freie Beraterin Pro Familia Münster	Mathilde-Annecke-Weg 15	48147	Münster	b.wittel@t-online.de	02512896118

Teilnehmerliste

Name	Vorname	Institution	Straße	PLZ	Ort	Telefon	Email
Benkert	Carola		Feldkirchenstr. 6	96052	Bamberg	095139205	
Liebers	Emilia						
Luig-Arlt	Helene		Heuberg 5	24977	Langballig b. Flensburg	04636977858	luig-arlt@foni.net
Mulumulu	Ali						
Schwemer	Lisa						
Sigloch	Regine		Sven-Hedin-Str. 46	14163	Berlin	03080909630	reginesigloch@hotmail.com
Nowak	Inge	"Mo.Ki." - Monheim für Kinder	Grünauer Str. 10	40789	Monheim	02173687514	INowak@monheim.de
Künnemann	Dirk	"Wohnen in Nachbarschaften" WIN	Hinter den Ellen 11	28309	Bremen	04219588604	win-hemelingen@nord-com.net
Hermanns	Ulrich	Amt für Kinder, Jugend	Bottlerplatz 1	53111	Bonn	0228775679	ulrich.hermanns@t-online.de
Akbas	Roswitha	Arbeiterwohlfahrt (AWO)	Johann-Friedrich-Oberlin-Str. 11	58099	Hagen	02331632379	fruehbetreuung@awo-ha-mk.de
Wißdorf	Sabine	Arbeitsstelle für Jugendseelsorge	Carl-Mosterts-Platz 1	40477	Düsseldorf	021148476614	politische.bildung@afj.de
Schaffeld	Werner	Bezirksamt Hamburg Mitte	Billstedter Hauptstr. 12	22111	Hamburg	040428547541	werner.schaffeld@hamburg-mitte.hamburg.de
Dornieden	Christine	Bezirksamt Hamburg-Nord	Kümmelstr. 5	20243	Hamburg	040428042793	christine.dornieden@hamburg-nord.hamburg.de
Heidbüchel-Braatz	Helga	Bezirksamt Hamburg-Nord	Postfach 201744	20249	Hamburg	040428042204	helga.heidbuechel-braatz@hamburg-nord.hamburg.de
Hermes	Helmut	Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf	Premnitzer Str. 4	12681	Berlin	030902936857	
Thielebeule	Hellmut	Bezirksamt Mitte	Karl-Marx-Allee 31	10178	Berlin	03020092383	
Bellwinkel	Michael	BKK Bundesverband	Kronprinzenstr. 6	45128	Essen	02011791472	BellwinkelM@bkk-bv.de
Wehmhöner	Margot	BKK Bundesverband	Kronprinzenstr. 6	45128	Essen	02011791246	wehmhoenerM@bkk-bv.de
Ennenbach	Nina	Bundeszentrale für gesundheitliche	Ostmerheimer Str. 220	51109	Köln	02218992339	nina.ennenbach@bzga.de
Erath	Anke	Bundeszentrale für gesundheitliche	Ostmerheimer Str. 220	51109	Köln		erath@bzga.de
Hünert	Monika	Bundeszentrale für gesundheitliche	Ostmerheimer Str. 220	51109	Köln	02218992323	huenert@bzga.de
Knesebeck	Dr. Monika	Bundeszentrale für gesundheitliche	Ostmerheimer Str. 220	51109	Bonn	02218992266	knesebeck@bzga.de
Stöver	Dirk	Bürgerzentrum Neue Vahr	Berliner Freiheit 10	28327	Bremen	04214367355	vahr-win@ewetel.net
Boos	Stefan	Büro Planwerk	Wartburgstr. 12	90459	Nürnberg	09114467210	dauscher@planwerk.de
Stieb	Susanne	Caritasverband Darmstadt e.V.	Heinrichstr. 32A	64283	Darmstadt	06151999149	s.stieb@caritas-darmstadt.de
Löhr	Dr. Rolf-Peter	Deutsches Institut für Urbanistik	Straße des 17. Juni 112	10623	Berlin	03039001220	loehr@difu.de
Mögling	Tatjana	Deutsches Jugendinstitut e. V.	Franckeplatz 1, Haus 12/13	06110	Halle	03456817826	moegling@dji.de
Seifert	Dr. Brigitte	Deutsches Jugendinstitut e´. Vö.	Nockherstr. 2	81541	München	08962306191	seifert@dji.de
Blank	Beate	empowerment consulting	Fraubronnstr. 9/1	70599	Stuttgart	07114597062	blank@empowerment-consulting.de
Rupprecht	Harald	Erneuerungsgesellschaft	Grünstr. 19-21	06766	Wolfen	0349422690	ewn-gmbh@t-online.de

Schug	Norbert	FSG mbH Flensburg	Neustadt 12	24939	Flensburg	04615054014	neustadtbuero@flensburg.de
Hubertus	Werner	Gemeinwesenarbeit Friedrichsthal	Am Kolonieschacht 3	66299	Friedrichsthal	0689788044	cv-gwa-friedrichsthal@quarternet.de
Ohlig	Maria	Genossenschaft am Beutelweg	Röntgenstr. 4	54292	Trier	065113272	maria.ohlig@t-online.de
Stolzenberg	Regina	Gesund?!	Hobrechtstr. 58	12047	Berlin	03069504355	restolzenberg@aol.com
Duman	Tülin	Gesundheit Berlin e. V.	Friedrichstr. 231	10969	Berlin	03044319084	duman@gesundheitberlin.de
Winkler	Dr. Horst	Gesundheitsamt Düsseldorf	Kölner Str. 187	40200	Düsseldorf	02118992621	horst.winkler@stadt.duesseldorf.de
Menn	Dr. Thomas	Gesundheitsamt Frankfurt/Oder	Leipziger Str. 53	15232	Frankfurt/Oder	03355525301	Dr.Thomas.Menn@Frankfurt-Oder.de
Pohl-Hondrich	Barbara	Gesundheitsamt Gießen	Ostanlage 45	35390	Gießen	06419390487	
Kleps	Christel	Gesundheitsamt Hamm	Heinrich-Reinköster-Str. 8	59065	Hamm	02381176422	kleps@stadt.hamm.de
Büchl	Christa	Gesundheitsamt Ingolstadt	Postfach 210964	85024	Ingolstadt	08413051467	christa.buechl@ingolstadt.de
Oefner	Dr. Gabriele	Gesundheitsamt Kassel	Obere Königstr. 3	34112	Kassel	05617875371	gabriele.oefner@stadt-kassel.de
Lemme	Dr. Helga	Gesundheitsamt Leipzig	Stuttgarter Allee 10	04209	Leipzig	03416886050	hlemme@leipzig.de
Ziegler	Dr. Ute	Gesundheitsamt Leipzig	Hermann-Liebmann-Str. 79	04315	Leipzig	03416886050	uziegler@leipzig.de
Belzner	Eva	Gesundheitsamt Ludwigsburg	Hindenburgstr. 20	71638	Ludwigsburg	071411441338	eva.belzner@landkreis-ludwigsburg.de
Schneider	Dr. Barbara	Gesundheitsamt Offenbach	Dreieichenring 24	63067	Offenbach	06980652901	barbara.schneider@offenbach.de
Horacek	Dr. Ulrike	Gesundheitsamt Recklinghausen	Kurt-Schumacher-Allee 1	45657	Recklinghausen	02361534122	ulrike.horacek@kreis-recklinghausen.de
Jochens	Annett	Gesundheitsamt Wilhelmshaven	Görkerstr. 68	26384	Wilhelmshaven	04421161683	annett.jochens@stadt.wilhelmshaven.de
Fuchs	Johannes	Geundheitsamt Konstanz	Maria Ellenriederstr. 4	78462	Konstanz	07531800782	johannes.fzcgs@landkreis-konstanz.de
Ruhkieck	Björn	GEWOS GmbH	Maurienstr. 5	22305	Hamburg	04069712255	stadtteilbuero.grosslohe@gewosl.de
Fiedler	Angelika	ginko - Landeskoordinationsstelle	Kaiserstr. 90	45468	Mühlheim an der Ruhr	02083006935	a.fiedler@ginko-ev.de
Kolbe	Ulf	Hansestadt Stralsund	Knieperdamm 3	18435	Stralsund	03831379425	gesundheitsamt@stralsund.de
Göpel	Prof. Dr. Eberhard	Hochschule Magdeburg-Stendal	Breitscheidstr. 2	39114	Magdeburg	03918864304	eberhard.goepel@sgw.hs-magdeburg.de
Sebening	Rosemarie	Hochschule Magdeburg-Stendal	Breitscheidstr. 2	39114	Magdeburg	03918864711	rosemarie.sebening@gast.hs-magdeburg.de
Bunk	Horst	Integrativer Bürgerverein	Konradstr. 60a	04315	Leipzig	034168709284	jbv_ev@web.de
Kuhtz	Stefan	Integrativer Bürgerverein	Konradstr. 60 a	04315	Leipzig	03416888942	i.b.v.ev.@web.de
Reinhardt	Marion	Internationaler Bund (IB)	Burgstr. 106	60334	Frankfurt /a. M.	06994545245	marion-reinhardt@internationaler-bund.de
Müller	Ingrid	Internationaler Jugendaustausch- und	Heussallee 30	53113	Bonn	02289506230	mueller@ijab.de
Schabler	Martin	Julius B - Jugendarbeit und Quartiers-	Greitenstieg 4	45889	Gelsenkirchen	0209899266	juliusb@aol.com
Koch	Dr. Holger	KiK - Kontakt in Krisen e.V.	Magdeburger Allee 114-116	99086	Erfurt	036174981133	sozial@kik.jetzweb.de
Bühler	Sylke	Kinderbüro de. der Stadt Halle/Saale	Haus 28	06110	Halle/Saale	03456857116	sylke.buehler@halle.de
Horch	Claudia	Kommunalverband Ruhrgebiet	Kronprinzenstr. 25	45128	Essen	02012069345	horch@kvr.de
Müller	Birgit	Kompetenzzentrum für Kinder- und	Auf der Schanze 4	41515	Grevenbroich	021816015390	birgit.mueller@rhein-kreis-neuss.de
Thies	Reinhard	LAG Soziale Brennpunkte	Moselstr. 25	60329	Frankfurt/a. M.	06925782811	LAGSB@aol.com
Heptner	Ingrid	Landeshauptstadt Magdeburg	An der Steinkuhle 6	39128	Magdeburg	03915405387	stadtplanungsamt@magdeburg.de

Altgeld	Thomas	Landesvereinigung für Gesundheit	Fenskeweg 2	30165	Hannover	0511350 00 52	thomas.altgeld@gesundheit-nds.de
André	Ruth	Landeswohlfahrtsverband	Lindenspürstr. 39	70187	Stuttgart	07116375443	ruth.andre@lwv-wh.de
Vogt	Eva-Maria	Leopoldschule Karlsruhe	Leopoldstr. 9	76133	Karlsruhe	07211334694	leopold-ghs@karlsruhe.de
Großmann-Rath	Alberta	Ministerium für Schule, Jugend	Völklinger Str. 49	40221	Düsseldorf	02118963105	alberta.grossmann-rath@msjk.nrw.de
Schreyeck	Lothar	Nordstadtbüro Gießen	Reichenberger Str. 9	35390	Gießen	06419311180	schreyeck@nordstadtbuero.de
Wittel-Fischer	Barbara	PRO FAMILIA	Mathilde-Annecke-Weg 15	48147	Münster	02512896118	b.wittel@t-online.de
Schöning	Iris	Projekt "Casa Luna"	Mendestr. 20	28203	Bremen	0421324171	casaluna@web.de
Barloschky	Joachim	Projektgruppe Tenever	Neuwieder Str. 44 a	28325	Bremen	0421425769	projektgruppe@bremen-tenever.de
Witt-Müller	Karin	Projektgruppe Tenever Bremen	Niewieder Str. 44a	28325	Bremen	03045473447	projektgruppe@bremen_tenever.de
Schenk	Dr. Liane	Robert Koch-Institut Berlin	Seestraße 10	13353	Berlin	04043139366	SchenkL@rki.de
Strenger	Krimhild	S.T.E.G. Stadterneuerungs- und	Schulterblatt 26-36	20357	Hamburg	03044039367	krimhild.strenger@steg-hh.de
Mushold	Silvia	S.T.E.R.N. GmbH	Gleimstr. 46	10437	Berlin	03044039367	qm-falkplatz@stern-berlin.de
Klimeczek	Heinz-Josef	Senatsverwaltung für Gesundheit	Oranienstr. 106	10969	Berllin		heinz-josef.klimeczek@sengsv.verwalt-berlin.de
Goos-Wille	Dr. Elisabeth	Servicebüro	Am Neutor 5	53113	Bonn	01805252212	elisabeth.goos-wille@lokale-buendnisse-fuer-familie.de
Dorff	Jeannette	SPI -Soziale Stadt und Land	Soltauer Str.14	06126	Halle	03456801347	j.dorff@spi-ost.de
Nölke-Schaufler	Sabine	Stadt Augsburg	Tobias-Maurer-Str. 19	86154	Augsburg	08213242850	los@augsburg.de
Schwarzer	Thomas	Stadt Bottrop	Boyer Markt 20	46240	Bottrop	02041479284	stadterneuerung@bottrop.de
Thomas	Christian	Stadt Cottbus	Neumarkt 5	03046	Cottbus	03556122401	bildungsdezernat.stadt@cottbus.de
Zerres	Björn	Stadt Essen	Kopernikusstr. 8	45143	Essen	02018888776	treffpunkt@altendorf.essen.de
Richter	Beatrice	Stadt Flensburg	Rathausplatz 1	24937	Flensburg	0461852289	gesundheitsplanung@flensburg.de
Piott	Silvia	Stadt Fürstenfeldbruck	Heimstättenstr. 24	82256	Fürstenfeldbruck	08141224775	soziale-stadt-ffb@t-online.de
Reckert	Dr. Wilfried	Stadt Gelsenkirchen	Ahstr. 22	45875	Gelsenkirchen	02091693098	wilfried.reckert@gelsenkirchen.de
Claussen	Wiebke	Stadt Hamm	Stadthaus Str. 3	59065	Hamm	02381174149	claussen@stadt.hamm.de
Kröger	Maria	Stadt Jena	Saalbahnhofstr. 9	07743	Jena	03641492739	kroegerm@jena.de
Stieglbauer	Peter	Stadt Karlsruhe		76133	Karlsruhe	07211335410	peter.stieglbauer@sjb.karlsruhe.de
Hübsch	Sabine	Stadt Kassel	Untere Königsstr. 82-84	34117	Kassel	0561779114	
Hoferichter	Burkhard	Stadt Lüneburg	Postfach 2540	21315	Lüneburg	04131309322	Burkhard.Hoferichter@stadt.lueneburg.de
Delius	Martin	Stadt Magdeburg	W.-Höpfner-Ring 4	39116	Magdeburg	03915403104	gottschalk@jga.magdeburg.de
Pabst	Hans-Werner	Stadt Magdeburg	Lübecker Str. 32	39124	Magdeburg	03915406091	hans-werner.pabst@jga.magdeburg.de
Opitz	Stefan	Stadt Münster	Warendorfer Str. 25	48133	Münster	02515913610	stefan.opitz@lwl.org
Bär	Gesine	Stadtteilbüro	Adolf-Menzel-Str. 18	39576	Stendal	03931490748	stadtteilbuero@stadtsee.de
Horbank	Astrid	Stadtteilbüro	Karl-Marx-Allee 14	07747	Jena	03641361057	sblobeda@t-online.de
Grünke	Ramona	Stadtteilbüro "Am Waldrand"	Friedrich-Engel-Str. 18-20	16303	Schwedt/O.	03093492748	stadtteilbuero.stadt@schwedt.de
Sauerbrei	Steffi	Stadtteilbüro Bliebach	H.-Helmholz-Str. 6-8	07552	Gera	03332839570	sb-gerabliebach@t-online.de
Krebs	Marcus	Stadtteilbüro Fasanenhof	Europaplatz 20/6	70565	Stuttgart	03655517804	stadtteilbuero-fasanenhof@web.de
Arslanbenzer	Lale	Stadtteilbüro Forum Lohberg e. V.	Johannesplatz 4-6	46537	Dinslaken	07112805934	lale.arslanbenzer@forum-lohberg.de

Alexander	Klaudia	Stadtteilbüro Ingolstadt	Pfitznerstr. 27	85057	Ingolstadt	02064477883	lafattoria@ingolstadt.de
Schünke	Barbara	Stadtteilbüro Marzahn-Nord	Märkische Allee 414	12689	Berlin	08419315435	stab1@web.de
Mörsdorf	Thomas	Stadtteilbüro Neunkirchen	Hüttenbergstr. 42	66538	Neunkirchen	06821912570	info@stadtteilbuero-nk.de
Heinrichs	Gertrud	Stadtteilbüro Ostersbaum	Platz der Republik 42	42107	Wuppertal	02022451970	nbh.wtal@t-online.de
Zimmer	LindA	Stadtteilbüro Ostrbaum	Platz der Republik 26	42107	Wuppertal	02022451970	linda.zimmer@web.de
Speckenwirth	Martina	Stadtteilbüro Westenheide	Friesenstr. 33	59067	Hamm	02381487897	
Kettner	Angela	Stadtteilbüro Westernheide	Friesenstr. 33	59067	Hamm	02381487897	a.kettner@stadtteilbuero-westernheide.de
Warncke-Seithe	Eberhard	Stadtteilbüro Winzerla	Anna-Siemsen-Str. 25	07745	Jena	03641354570	warncke-seithe@stadtteilbuero-winzerla.jetzweb.de
Demir	Kezban	Stadtteilmanagement Wuppertal	Neumarkt 10	42107	Wuppertal	02025632341	kezban.demir@stadt.wuppertal.de
Pomian	Ulla	Stadtteilmanagement Wuppertal	Neumarkt 10	42107	Wuppertal	02025632341	ulla.pomian@stadt.wuppertal.de
Hoppe	Dr. Birgit	Stiftung SPI	Hallesches Ufer 32-38	10963	Berlin	03025389282	fachschulen@stiftung-spi.de
Franke	Petra	Südtstadtbüro	Hahn Str. 2	37327	Leinefelde	03605519787	suedstadtbuero@leinefelde.de
Dubsky	Anett	Ubanplan GmbH	Eisenacher Str. 56	10823	Berlin	0307879570	urbanplan@urbanplan.de
Habermann	Tobias	Urban - Kompetenzzentrum	Rietschelstr. 2	04177	Leipzig	03418705938	qm@leipziger-westen.de
Golinski	Sonja	URBAN - Konmpetenzzentrum	Rietschelstr. 2	04177	Leipzig	03414204671	quartiersmanagement@kleinzschocher.de
Truttmann	Ute	VorOrtBüro - S.T.E.R.N. GmbH	Senefelder Str. 6	10437	Berlin	03074778221	qm-helmholtzplatz@stern-berlin.de
Stahlhüb	Thorsten	Wohnungsbaugesellschaft	Lessingstr. 2	26382	Wilhelmshaven	04421185155	stadtteilbuero@ewetel.net

E&C
eundc.de

Entwicklung und Chancen
junger Menschen
in sozialen Brennpunkten

Konferenz der Quartiersmanager/innen aus E&C-Gebieten unter Beteiligung der kommunalen E&C-Ansprechpartner/innen

Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung – Handlungsstrategien für Kinder und Jugendliche in E&C-Gebieten

Konferenz

12. und 13. Juli 2004 in Essen

Gesundheitsförderung und die Verringerung gesundheitlicher Chancenungleichheit von Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen hat sich im E&C-Prozess der letzten Jahre zu einem Querschnittsthema entwickelt. Ausgehend von drei bislang in Kooperation mit der BZgA durchgeführten E&C-Fachforen („Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten" in 2002; „Vernetzung – Macht – Gesundheit" in 2003 und „Perspektive: Gesunder Stadtteil" im Januar 2004) wird den gesundheitsfördernden Aspekten der Stadtteilentwicklung zunehmend eine besondere Bedeutung beigemessen.

Gute Beispiele von Quartiersmanagement entsprechen in vieler Hinsicht den Idealvorstellungen von stadtteilbezogener Gesundheitsförderung. Bei der Etablierung gesundheitsfördernder Settingansätze in benachteiligten Stadtteilen können die Akteure im Stadtteil eine besondere Rolle spielen.

Die Konferenz verfolgt das Ziel, die Berufsgruppen aus Stadtentwicklung, Jugendhilfe und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zusammen zu bringen und die bislang oft unzureichende Vernetzung auch unter Einbeziehung anderer Partner (Krankenkassen) auszubauen.

Neben Fachvorträgen werden zwei weitere Arbeitsformen angeboten:

Im Workshop: „Qualifizierung von E&C-Akteuren/innen zu Gesundheitsförderern/innen" werden die Eckpunkte einer Qualifizierungsmaßnahme für Akteure/innen sozialer Stadtentwicklung bzgl. der Gesundheitsförderung im Setting „Stadtteil" erstellt.

In den Arbeitsgruppen werden exemplarische Themen bearbeitet, die in die konzeptionelle Gestaltung dieser Qualifizierungsmaßnahme für E&C-Akteure/innen einfließen werden.

Termin:
12. und 13. Juli 2004

Veranstaltungsort:
BKK Bundesverband
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen

Organisatorische Rückfragen:
MNS – PR und Events
Frau Astrid Nelke-Mayenknecht

Tel.: 0 30. 53 65 58 60
Fax: 0 30. 703 26 68
Email: mail@mns-events.de

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.

Montag, 12. Juli 2004

13.00 **Öffnung des Tagungsbüros, Imbiss**

14.00 **Begrüßung**
K.-Dieter Voß, BKK Bundesverband, Vorstand, Essen
Hartmut Brocke, Stiftung SPI, Direktor, Berlin
Dr. Gerd Willamowski, Kommunalverband Ruhrgebiet, Verbandsdirektor, Essen

14.30 **Einführung ins Thema:**
Andreas Hemme, Rainer Schwarz, Regiestelle E&C, Berlin

14.45 **Das Setting „Stadtteil" als prioritäres Handlungsfeld für den Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Primär-Prävention**
Prof. Dr. Eberhard Göpel, Hochschule Magdeburg-Stendal

Durch Quartiersentwicklung zu mehr Gesundheit?!
Gesine Bär, Weeber und Partner, Institut für Stadtplanung und Sozialforschung, Berlin

16.00 Pause

16.30 **Krankenkassen als Initiatorinnen der Gesundheitsförderung für benachteiligte Kinder und Jugendliche**
Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen

17.15 **Die gesundheitliche Situation von benachteiligten Kindern und Jugendlichen**
Dr. Liane Schenk, Robert-Koch-Institut, Berlin

17.45 **Sexualaufklärung als Beitrag für die Gesundheitsförderung**
Monika Hünert, BZgA, Köln

18.15 **Hinweise für die Workshops und Arbeitsgruppen am 13. Juli**

19.30 Abendessen

Dienstag, 13. Juli 2004

8.00 **Öffnung des Tagungsbüros**

9.00 **Arbeitsgruppen / Workshop**

Workshop **Qualifizierung von E&C-Akteuren/innen zu Gesundheitsförderern/innen**
Dr. Birgit Hoppe, Stiftung SPI, Berlin
Dr. Rolf Löhr, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin
Peter Stieglbauer, Sozial- und Jugendbehörde, Stadt Karlsruhe
Andrea Pauli, Universität Bielefeld
Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen
Martin Schabler, Julius B – Jugendarbeit und Quartiersmanagement, Gelsenkirchen
Birgit Müller, Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendgesundheit im Gesunde-Städte-Netzwerk, Neuss
Moderation: Andreas Hemme, Rainer Schwarz, Regiestelle E&C, Berlin

AG 1 **Schwangerschaften Minderjähriger – „Perspektiven" in benachteiligten Stadtteilen?**
Iris Schöning „Junge Mütter in unterstützenden Wohnformen", Casa Luna, Bremen
Anke Erath „Sie ist ja selber noch ein halbes Kind…", BZgA, Köln
Susanne Stieb „Wenn aus Mädchen Mütter werden – zwischen Windel und Disco", Caritasverband Darmstadt
Barbara Wittel-Fischer „Die ungestillte Sehnsucht nach Schwangerschaft und Mutterschaft? – Ein vergessenes Thema in der Sexualpädagogik mit Mädchen und jungen Frauen", Münster
Moderation: Monika Hünert, BZgA, Köln

AG 2 **Praktische Ansätze der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche im Stadtteil durch Partizipation und Qualifikation**
Regine Sigloch „Kiezdedektive", Kreuzberg-Friedrichshain, Berlin
Tülin Duman „Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie", Gesundheit Berlin e.V., Berlin
Angelika Fiedler „Move – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen", ginko – Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW, Mülheim an der Ruhr
Dr. Elisabeth Goos-Wille, Servicebüro „Lokale Bündnisse für Familie", Bonn, Berlin
Moderation: Margot Wehmhöner, BKK Bundesverband, Essen

AG 3 **Felder der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen**
Petra Franke, Quartiersmanagement Südstadtbüro, Leinefelde
Dr. Thomas Altgeld, Landesvereinigung Gesundheit Niedersachsen, Hannover
Thomas Wagemann, BKK Landesverband NRW, Essen
Dr. Holger Koch, KiK – Kontakt in Krisen e.V., Erfurt
Moderation: Dr. Heike Riesling-Schärfe, Regiestelle E&C, Berlin

10.45 Pause

11.15 **Weiterführung der Arbeitsgruppen / des Workshops**

13.00 Mittagspause

14.00 **Qualifizierung von E&C-Akteuren/innen zu Gesundheitsförderern/innen**
Zusammenführung der Ergebnisse aus Arbeitsgruppen und Workshop
AG 1: „Maßnahmen der Familienförderung"
AG 2: „Kinder- und Jugendlichenbeteiligung in der Gesundheitsförderung – Wie geht das?"
AG 3: „Gesundheitsfördernde Handlungsfelder für den Stadtteil"
Workshop: „Eckpunkte eines Qualifizierungsmoduls für E&C-Akteure/innen in Gesundheitsförderung"
Moderation: Andreas Hemme, Regiestelle E&C, Berlin
Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen

15.30 **Abschlussworte**
Dr. Alfons Schröer, BKK Bundesverband, Essen
Hartmut Brocke, Stiftung SPI, Berlin