

Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtteilen – eine ressortübergreifende Aufgabe

1. Die Entwicklung der Fachforen von E&C spiegelt die wachsende Bedeutung der Zielgruppe „junge Menschen in Armut“ in Deutschland wieder.

Wie wachsen Kinder in Deutschland auf? Vor acht Jahren wäre die Antwort zuversichtlich bis selbstgerecht gewesen, man hätte vom „reichem Industrieland“ geredet, vom Rückgang der Infektionskrankheiten und sich allenfalls wegen illegaler Drogen und Umweltgifte gesorgt. Wer fragte schon nach Kinderarmut in Deutschland?

Manche taten es, die Veranstalter/innen des Kongresses „Armut und Gesundheit“ beispielsweise, und sie luden einen Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit dazu ein. Die ablehnende Antwort kam sieben Wochen später, darin heißt es:

In Ihrem Schreiben behaupten Sie in pauschaler Form, dass Kinder zunehmend von Mangelversorgung und Armut betroffen seien. Die Qualität dieser Aussage entspricht der vieler schlecht recherchierter Presseartikel, die von geradezu beängstigend zunehmender Kinderarmut in unserem Land sprechen. Da wird z. B. behauptet, dass in Deutschland „jedes siebte, in den neuen Bundesländern sogar jedes fünfte Kind“ unter der von der Europäischen Union definierten Armutsgrenze leben würde ... Richtig ist: Diese Behauptung wird an dem Bezug von Sozialhilfe festgemacht. Damit ist ein falscher Parameter gewählt, denn Sozialhilfebezug vermeidet Armut und ist nicht ihr Ausdruck ... Um ein noch exakteres Bild von Kindern und Jugendlichen in der Sozialhilfe gewinnen zu können, ist eine Differenzierung zwischen deutschen und ausländischen Kinder erforderlich ... Die insgesamt hohe Zahl ausländischer Kinder und Jugendlicher in der Sozialhilfe hängt ursächlich mit dem wachsenden Zustrom von Ausländern, z. B. Asylbewerbern, zusammen und ist kein Indiz für zunehmende „Armut“ in Deutschland. Vielmehr ist sie Ausdruck der Wahrnehmung der sozialen Verantwortung durch die Bundesrepublik Deutschland auch gegenüber dieser Personengruppe. ...“

So geht es fast zwei Seiten, zitiert sei nur noch:

Sie selbst stellen auch einen direkten Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit her. Auch hier liefern die vorhandenen statistischen Daten keinen eindeutigen Hinweis darauf, dass mit Sozialhilfebezug zwangsläufig

eine höheres Krankheitsrisiko verbunden ist als es in der Gesamtbevölkerung besteht. Gegenüber 1992 – damals waren 15,8 % erkrankt – ging der Krankenstand bei den Sozialhilfeempfängern 1995 sogar auf 14,7 % zurück.

Dass bei Kindern weder Krankenstandsdaten geführt werden, noch die der Erwachsenen übernommen werden können, sollte dem Schreiber oder der Schreiberin eigentlich bekannt gewesen sein.

Vieles hat sich seither verändert: Es besteht ein Bewusstsein darüber, dass Aufwachsen in Deutschland keine besondere Gnade darstellt, dass es Kindern an vielem fehlt, was sie zur Entwicklung brauchen, dass es Kinderarmut gibt. Wir sehen auch immer klarer, dass alle in Deutschland lebenden Kinder Kinder unserer Gesellschaft sind, und es deshalb unsere Aufgabe ist, ihr Aufwachsen zu begleiten und zu fördern. Immer öfter werden die aus anderen Kulturkreisen stammenden Kinder als Ressource gesehen, die unsere Gesellschaft stärken können. Vielen geht es nicht schnell genug, dennoch können wir feststellen: Es gibt eine Entwicklung bei der Wahrnehmung des Problems und Ansätze zur Überwindung. Im Armutsbericht 2001 heißt es: „Armut bedeutet ... für die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen Einschränkungen und Ausgrenzung als fundamentale Erfahrungen des Aufwachsens. Die möglichen Konsequenzen für Kinder sind geringes Selbstwertgefühl, Depressivität, Einsamkeit, Misstrauen, Nervosität, Konzentrationsschwäche und Resignation in Bezug auf berufliche Chancen.“ Das ist für einen Regierungsbericht sehr deutlich formuliert.

2. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage ist in den letzten sechs Jahren auch in Deutschland beschrieben worden, auch für die „neuen Krankheiten“.

Statistische Routinedaten sind selten so angelegt, dass eine Verknüpfung zwischen sozialen Merkmalen und gesundheitlichen Befunden hergestellt werden kann. Bei dieser Fragestellung sind sie jedoch eine Voraussetzung für Problembeschreibung und -lösung. Inzwischen haben wir zunehmend auch Datenquellen aus Deutschland. Wie zu erwarten, belegen sie die gleichen Zusammenhänge, die auch in anderen Ländern beschrieben wurden. Naturgemäß arbeitet man bei Kindern nicht mit dem Kran-

kenstand. Die drei großen Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung sind: Säuglingssterblichkeit, die Einschulungsuntersuchungen und die Befragungen von Schulkindern bzw. Jugendlichen (MASGF 1999 und 2001). Derzeit läuft ein großer bundesweiter Survey, den das Robert-Koch-Institut (RKI) durchführt, als eine kombinierte Untersuchung ausgewählter Kinder und Jugendlicher mit Befragung der Eltern, bei der ebenfalls soziale Merkmale mit erfasst werden. (www.rki.de)

Diese Daten sind in der Arbeit nützlich und sollten jedem Akteur zugänglich sein. Denn zum einen geht von ihnen eine große Überzeugungskraft aus. Den meisten Menschen, auch Jugendlichen, ist Gesundheit wichtig. Der Nachweis von gesundheitlicher Ungleichheit kann deshalb zur Teilnahme an Aktivitäten, auch für die eigene Gesundheit, motivieren. Und wir sollten davon ausgehen, dass Maßnahmen vor allem dann finanziert werden, wenn für sie ein Nachweis ihrer Wirksamkeit gerade bei sozial Benachteiligten erbracht werden kann. Neben die bekannte Schwierigkeit, Maßnahmen zu evaluieren, tritt die Aufgabe, dass die Ergebnisse sozial gewichtet werden müssen. Kenntnisse der Datenbeschaffung dienen also nicht vor allem einem wissenschaftlichen Selbstzweck. Deshalb folgt eine kurze Darstellung der in Deutschland üblichen Datengewinnung und Auswertung:

Die Säuglingssterblichkeit ist eine Angabe der Melderegister, die Daten kommen also „aus der Statistik“. Diese enthalten Angaben über Alter, Geschlecht, Ehestand, Wohnort, Nationalität. Werden Auswertungen nach sozialem Gefälle durchgeführt, so müssen dazu Merkmale definiert werden, die Hinweise auf das soziale Gefälle geben können, z. B. der Wohnort, etwa ausgewertet nach Postleitzahlbereiche, oder die Angabe der Nationalität. Wie erwartet sehen wir, dass die Säuglingssterblichkeit vom Wohnort abhängt, und auch von der Nationalität, aber auch von der Ehelichkeit. Sie liegt bei der deutschen Wohnbevölkerung bei 4 ‰, bei der ausländischen bei 8 ‰.

Wir verdanken es den Brandenburger/innen, dass inzwischen in mehreren Bundesländern Daten der Einschulungsuntersuchung mit sozialen Merkmalen verknüpft werden. Sie haben als Erste die Auseinandersetzung mit dem Datenschutzbeauftragten aufgenommen und erreicht, dass Fragen nach der Schulbildung der Eltern und ihrer Erwerbstätigkeit als freiwillige Angabe mit den Untersuchungsbefunden verknüpft werden durften. Seither sind die Berliner/innen und Schleswig-Holsteiner/innen diesem Beispiel gefolgt. Das Ergebnis ist deutlich: Bei allen medizinisch relevanten Befunden gibt es ein Gefälle, ob es Einschränkungen im

Sehen und Hören oder Sprachverständnis und -störungen, psycho-motorische, emotionale und soziale Störungen oder psychiatrische Erkrankungen sind. Noch mehr erstaunt, dass es nicht nur bei diesen „Krankheiten neuen Typs,“ sondern auch bei altbekannten körperlichen Erkrankungen wie „Fehler und Erkrankungen des Herzens“ ein Gefälle dergestalt gibt, dass ein hoher Sozialstatus vor Krankheit schützt. Die Ausnahme bilden die Allergien, die mit hohem Sozialstatus zunehmen (MASGS 1999).

Jenseits des Einschulungsalter und bei Jugendlichen ist es schwieriger, die soziale Schicht zu erfassen, meist wird die der Eltern erfragt. Man behilft sich mit Fragen nach sozialen Statuszeichen, wie Autobesitz der Familie, Fragen nach eigenem Zimmer oder Ferienreisen (Mielck 2000, S.46-47). Oftmals wird auch nur pauschal der Schultyp als Hinweis auf soziale Schicht gewählt. Doch das Ergebnis ist immer gleich: Alle dokumentierten Befunde zeigen ein soziales Gefälle, dergestalt, dass ein hoher Sozialstatus vor Krankheit schützt. Ausnahmen sind die Kurzsichtigkeit der „Gymnasiasten“ und, wie schon oben erwähnt, die Allergien (MASGS 2001).

Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte

- an beiden bestehen Defizite!
- erfordern besondere Zugangswege (SGB V)
- bedeuten Vernetzung und Koordination (GMK-Beschluss 2000)
- finden im Setting statt (Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung, gesundheitsziele.de)

Im Vordergrund des Fachforums steht die Gesundheitsförderung, das Suchen geeigneter Zugangswege gerade für sozial Benachteiligte. Gesundheitsförderer/innen stehen in einer gewissen Konkurrenz zu Anbieter/innen von Prävention, fühlen sich zu Recht weniger akzeptiert und unterstützt. Prävention ist die ältere Disziplin, die Krankheiten verhütet und eher Teil ärztlichen Tuns ist. Auch die Krankenkassen können die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen bei Kindern, wie das Impfen oder die Vorsorgeuntersuchungen, besser nachvollziehen und umsetzen. In dieser Situation wird leicht vergessen, dass auch die präventiven Angebote bei sozial Benachteiligten schlechter genutzt werden, obwohl ihr Bedarf nachgewiesenermaßen größer ist. Sie brauchen beides, Gesundheitsförderung und Prävention.

3. Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte erfordert besondere Zugangswege (SGB V)

Kinder und Jugendliche in sozialen Brennpunkten sind, außer bei Allergien, zwar kränker als ihre Altersgenossen aus anderen sozialen Schichten, dennoch mit den herkömmlichen Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung schlechter zu erreichen. Der neugefasste §20 (sog. Präventionsparagraf) im SGB (V), dem Gesetz, das die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen regelt, sagt dazu aus:

... Leistungen ... sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistung ..., insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

Es besteht also ein Problembewusstsein über soziale und gesundheitliche Ungleichheit und, daraus abgeleitet, ein gesetzlicher Auftrag, Methoden zu entwickeln, die geeignet sind, gerade die sozial Benachteiligten zu erreichen.

4. Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte bedeuten Vernetzung und Koordination (GMK-Beschluss 2000)

Kern dieser Inhalte und Methoden ist die Vernetzung der verschiedenen Akteur/innen untereinander. Die in Deutschland besonders ausgeprägte Sektorsierung der Abteilungen, Ressorts und Bereiche wird, auch in internationalen Vergleichen, als das größte Hindernis zur Arbeit in sozialen Brennpunkten beschrieben. Die GMK hat in ihren Sitzungen 1997 und 2000 diese Situation beleuchtet. Dazu im GMK-Beschluss:

Eine problemgerechte Versorgung insbesondere sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen muss eine vernetzte Versorgung sein. Multiprofessionelle Zusammenarbeit in den Stadtteilen kann über das Besser-Kennenlernen der Akteure untereinander zu einer erfolgreichen Vernetzung der gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen und Informationen führen, ein wirksames Frühwarnsystem zur Benennung von Defiziten sein, eine Verständigung auf prioritäre Gesundheitsziele erbringen, vorhandene Stärken weiterentwickeln, das Versorgungsnetz engmaschiger gestalten und zu einer betroffenengerechten Abstimmung von Angeboten und Leistungen führen.

Zum Aufbau dieser regionalen Kooperationsstrukturen bzw. zu ihrer Unterstützung (dort,

wo es sie schon gibt) sind Koordinierungsstellen Voraussetzung auch mit der Zielsetzung einer optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen. Die Trägerschaft dieser Koordinierungsstellen kann je nach regionaler Ausgangssituation unterschiedlich sein. Insbesondere erscheinen aber die bezirklichen Gesundheits- und Umweltämter und die Jugendämter geeignet zu sein, diese Aufgaben zu übernehmen.

Dies wurde im Juni 2000 einstimmig in Schwerin verabschiedet.

In einigen Bundesländern gibt es entsprechende Gesundheitsdienstgesetze, die den Gesundheitsämtern diese Koordinierungsfunktion vorschreiben (Nordrhein-Westfalen und Berlin). An der Umsetzung entsprechender Beschlüsse hapert es allerdings. So bleibt die auch auf dem Fachforum von Januar 2004 gestellte Frage im Raum, warum so wenige Gesundheitsämter bisher Koordinierungsaufgaben wahrnehmen. Andere haben ihre Erfahrungen ausgewertet und veröffentlicht, wie das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) in Nordrhein-Westfalen (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg u.a. 2003).

5. Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte finden im Setting statt! (Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung, gesundheitsziele.de)

Das Forum Prävention und Gesundheitsförderung hat den Setting-Ansatz als Zugangsweg für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche auf die bundesdeutsche Tagesordnung gesetzt. Damit wurde der Empfehlung des Projektes „gesundheitsziele.de“ gefolgt. Von den Arbeitsgruppen, die Gesundheitsziele entwickeln, widmen sich zwei insbesondere der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dies findet in der Arbeitsgruppe zum Suchstoff Tabak statt und in der Arbeitsgruppe mit dem Titel „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung.“ Es wird empfohlen, diese Themen jeweils in den drei Settings Familie/Freizeit, Kindertagesstätten und Schule zu bearbeiten (BMGS 2003, S. 131-164). Die genauen Vorgaben für Maßnahmen stehen noch aus. Insbesondere müssen die anstehenden Prozesse in den jeweiligen Settings noch klarer beschrieben werden.

Ein Arbeiten im Setting ist partizipatorisch. Alle dort Anwesenden sind zu beteiligen, das wären neben den Kindern oder Jugendlichen auch die Eltern und die im Setting Beschäftigten, also Erzieher/innen und Lehrer/innen. Wenn der partizipatorische Ansatz ernst gemeint ist, so bleibt es den dort Anwesenden

vorbehalten, ihre Schwerpunkte zu setzen. Das können auch andere Themenbereiche sein als Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, die Themen wären demnach keine Vorgaben, allenfalls Empfehlungen. Umgesetzt wird, was den betroffenen Eltern, Erzieher/innen, Kinder und Jugendlichen als so bedeutsam erscheint, dass sie sich dafür entscheiden.

Die Aufgaben der verschiedenen Ressorts (Jugend, Gesundheit, Familie, Frauen, Stadtplanung, Verkehr, Umwelt, Schule u.a.)

Wie im oben zitierten GMK-Beschluss ausgeführt, könnte die Trägerschaft dieser anstehenden Aktivitäten bei sehr unterschiedlichen Institutionen liegen. Neben einigen Bundesländern, die in ihrem Gesundheitsdienstgesetzen Koordinationsaufgaben vorsehen, könnten sich auch die im Kinder- und Jugendhilfegesetz für jede Kommune vorgesehenen Jugendhilfeplaner/innen gut dazu eignen. Die Ausgestaltung wird letztlich von den örtlichen Begebenheiten abhängen. Wichtig ist, Gremien zu schaffen, die zur Beteiligung aller wichtigen Akteur/innen einladen, gleichzeitig aber arbeitsfähig bleiben durch eine professionelle Geschäftsführung.

Die Aufgaben der verschiedenen Akteure (Politik, Verwaltung, Träger, Krankenkassen, Medien, Wirtschaft, Sponsoren, Wissenschaft u.a.)

Ob sich jemand als Akteur für diese vernetzenden Aktivitäten eignet, hängt weniger von seiner fachlichen Qualifikation als von sog. Sekundärtugenden ab. Diese beinhalten Wertschätzung, Aufgeschlossenheit, Neugier, Geduld und vielleicht auch positive Vorerfahrungen mit Kooperationen (s. Beitrag Kaba-Schönstein in dieser Dokumentation). Ausschlaggebend ist die Unterstützung der politisch Verantwortlichen, aber auch, im Austausch, ein Verständnis für die besonderen Unterstützungsbedarfe der Politik. Bei den Verwaltungsmitarbeiter/innen sind Flexibilität und auch Weitblick von Vorteil. Anders als Politiker/innen haben sie eine langjährige Arbeitsperspektive. Genaue Kenntnisse der politischen Handlungsspielräume ermöglichen es, mit den jeweils amtierenden politisch Verantwortlichen diejenigen Aufgaben „abzuarbeiten“, die diese aufgrund ihrer politischen Bindung besonders gut vertreten können. Bei der Zusammenarbeit mit Medienvertreter/innen ist deren Bedarf an konkreten Schicksalen und Bildern von Kindern und ihren Familien zu beachten. Auch wenn es schwer fällt: Wir fahren besser, wenn wir diesem Bedürfnis der Medien nachkommen. Ein gutes Beispiel ist die Kooperation eines Mainzer Projektes, wo eine kontinuierliche Kooperation mit dem Südwestfunk zusammenkam und immerhin €150.000 in

die Kassen des Projektes brachte.

Wie können partizipatorische Ansätze evaluiert werden? (Pluralistische Evaluation)

Sind partizipatorische Prozesse schon schwierig zu gestalten, so ist es noch schwieriger, sie zu evaluieren (Luber 2004). Auch die Wissenschaft doktert noch an den geeigneten Evaluationsmethoden herum.

Ein Ansatz ist dabei die pluralistische Evaluation. Dabei wird berücksichtigt, dass die verschiedenen Akteure in einem Setting auch ganz unterschiedliche Ziele und Wertschätzungen haben können. Frühzeitig, aber nicht zu früh, sollten die Moderatoren/innen dies zur Sprache bringen und im Sinne einer Transparenz einfließen lassen. Die Gefahr besteht darin, dass die Einzelinteressen in den Vordergrund geraten und die Gemeinsamkeiten verdrängt werden. Wichtig ist in jedem Fall, dass bei einer Evaluation nicht nur die jeweiligen gesundheitsbezogenen Zielgrößen, sondern auch der Prozess als solcher im Setting evaluiert wird (Naidoo/Wills 2003).

Der Weg führt zum Ziel!

Als Beispiel einer solchen Prozessbegleitung und Evaluation wurden die gut einhundert Teilnehmer/innen der Veranstaltung, die zum Zeitpunkt des Referates noch anwesend waren gefragt, wie die Überschrift des letzten Kapitels lauten sollten. Als Alternativen wurde vorgegeben: Der Weg ist das Ziel! Oder: Der Weg führt zum Ziel! Oder: Wer bestellt, muss bezahlen!

Die erste Variante sollte das Fachforum zu einem eher unverbindlichen Erfahrungsaustausch machen, die zweite eine Verbindlichkeit und die Absicht untermauern, das Diskutierte konkret umzusetzen. Die dritte Möglichkeit betont den Missstand, dass die Finanzierung der geplanten Intervention zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher noch nicht geklärt ist. Die deutliche Mehrheit lag bei der zweiten Variante, die erste hatte mit nur fünf Stimmen die wenigstens auf sich vereinigen können.

Mit diesem Beispiel sollte ein Anstoß zur Reflexion des gemeinsam Erarbeiteten und zur Notwendigkeit der weiteren Umsetzung gegeben werden. Allem Anschein nach hat es geklappt!