

## Integriertes Handlungskonzept in Soziale-Stadt- und E&C-Gebieten

Für Fördergebiete der Bund-Länder-Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt – Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen – und dem Partnerprogramm „Entwicklung & Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist ein auf Fortschreibung angelegtes Integriertes Handlungskonzept vorgesehen, welches von den jeweiligen Kommunen vorzulegen ist. Dieses Handlungskonzept soll einen offenen Rahmenplan, ein spezifisches Leitbild des jeweiligen Quartiers und einen Maßnahmenkatalog darlegen für die Handlungsfelder Bürgermitwirkung und Stadtteileben, Lokale Wirtschaft, Arbeit und Beschäftigung, Entwicklung von Quartierszentren, Förderung sozialer, kultureller, bildungs- und freizeitbezogener Infrastruktur, Verbesserung des Wohnens sowie Verbesserung des Wohnumfelds und Förderung der Ökologie. Bei der Entwicklung des Integrierten Handlungskonzepts ist auf Quartiersebene besonderer Wert auf Aktivierung und Beteiligung der Stadtteilbewohner/innen, auf die Zusammenarbeit und die Netzbildung der örtlichen Akteure und Institutionen sowie auf die Nachhaltigkeit des Prozesses zu legen.

Das Programm Soziale Stadt sieht ferner die fachübergreifende Umsetzung der Gemeinschaftsinitiative in Städten, Gemeinden, Ländern und auf Bundesebene vor. Das heißt, sozialraumorientierte Maßnahmen und Projekte sollen interdisziplinär erarbeitet und der Prozess der Stadtteilerneuerung gemeinsam entwickelt und begleitet werden. Für alle seitens der ARGEBAU empfohlenen bzw. vorgeschlagenen „typischen Maßnahmen“ der einzelnen Bereiche werden als beteiligte Institutionen Schulen, Kindergärten, Kammern, Verbände, Wirtschaftsressorts, Wohnungsunternehmen u.a. und für die Kommune die Fachbereiche Sozial-, Jugend-, Gesundheits-, Kultur-, Planungsamt u.a. benannt. Im Leitfaden der ARGEBAU heißt es:

*Die Förderung in den Stadtteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf muss vor allem zwei Ansprüche erfüllen: Zum einen ist der gebündelte und zielgenaue Einsatz aller verfügbaren Ressourcen und Programme erforderlich; hierfür sind optimale Organisationsformen zu entwickeln. Zum anderen ist ein Leitprogramm notwendig, das die Gesamt-*

*koordination des Quartiersentwicklungsprozesses leistet. [...] Es ist in erster Linie Sache der Städte und Gemeinden, das integrierte Förderprogramm umzusetzen. Da die Bündelung aller verfügbaren Programme und Ressourcen Erfolgsvoraussetzung für die zielgerichtete Stadtteilentwicklung ist, haben die Städte und Gemeinden die Aufgabe, die enge Kooperation der betroffenen Fachressorts organisatorisch sicherzustellen, die schnelles übergreifendes Handeln ermöglichen soll. [...] Die Konzepte bilden die Basis für den Mittel- und Personaleinsatz aller betroffener Fachressorts/Ämter. Sie müssen daher sorgfältig zwischen diesen abgestimmt werden. Sie sollen eine verlässliche Grundlage für die Aktivierung der örtlichen Potenziale in dem Entwicklungsprozess bilden. Diese Form des Miteinanders dient gleichzeitig dazu, dass private, wirtschaftliche Interessen und das Gemeinwohl sinnvoll und effektiv abgestimmt werden. (ARGEBAU 2000, S. 10-11).*

### Handlungsfeld Gesundheit und Gesundheitsförderung

In den Jahren 2000 und 2002 wurden durch das Deutsche Institut für Urbanistik zwei bundesweite Befragungen der Programmgebiete durchgeführt. Im Zentrum der zweiten Befragung (222 von 248 Programmgebieten) standen Handhabbarkeit und Umsetzungsstrategien des Programms (Deutsches Institut für Urbanistik 2003b). Es zeigte sich, dass Problembenennung und Maßnahmen zum Handlungsfeld „Gesundheit und Gesundheitsförderung“ an letzter Stelle genannt wurden. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Fragebögen überwiegend (66 Prozent) aus den Planungsbereichen beantwortet wurden.

*Mit Beteiligung der kommunalen Gesundheitsverwaltung an der Erarbeitung des Integrierten Handlungskonzepts (43 Gebiete) erhöht sich der Anteil der Gebiete mit gesundheitsorientierten Maßnahmen von knapp unter 30 Prozent auf rund 60 Prozent.*

*Bei der Interpretation der Ergebnisse ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Querschnittscharakter des Handlungsfelds „Gesundheitsförderung“ dazu führt, dass Maßnahmen in anderen Bereichen vielfach Gesundheitsbezug aufweisen. So dient eine Reihe von Maßnahmen in den Handlungsfeldern „Umwelt“, „Verkehr“ sowie „Wohnumfeld und öffentlicher Raum“ gleichzeitig dazu, umweltbedingte Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Einen bedeutenden Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten auch viele Maßnahmen im Sportbereich. Ebenso haben Beschäftigungsmaßnahmen gesundheitsfördernde Wirkungen, da sie zu einer Verbesse-*

*rung der ökonomischen Situation sowie des Selbstwertgefühls der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen. (ebd., S. 137)*

### **Fachkompetenz versus Interdisziplinarität?**

Die Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin, dass der Aspekt Gesundheit im ersten Impuls eher dem medizinischen Bereich zugeordnet wird, in der Nachfrage hingegen auch in sozialen und kulturellen bis zu baulichen und städtebaulichen Maßnahmen und Projekten zu finden ist.

Es stellt sich die Frage nach den Ursachen für diese Ergebnisse. Die Projekte und Maßnahmen der Fachbereiche unterliegen verschiedenen Programmen, Förderrichtlinien und Gesetzbüchern: Städtebauförderung, Kinder- und Jugendhilfegesetz, Bundessozialhilfegesetz etc. Somit scheint eine fachliche Trennung erforderlich. Dennoch soll ein Zusammenwirken erreicht werden, wobei das Ausmaß und die Möglichkeiten von Projekt zu Projekt zu entwickeln sind. Gesundheitsförderung, so die Befragungsergebnisse, ist als Querschnittsaufgabe in den Handlungsfeldern zu sehen. Daher ist zu überlegen, welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu entwickeln wären, und welche eventuellen Schwierigkeiten zu überwinden sind.

Bei den außerordentlich sensiblen Daten aus den Bereichen Soziales/Jugendhilfe und Gesundheit sind Schweigepflicht und Datenschutz zu berücksichtigen. Zudem sind die Zuordnung bzw. Einteilung der statistischen Bezirke und Bezirksgrößen aus den verschiedenen Fachbereichen nicht übereinstimmend, oder die Einteilung liegt mitunter nicht so kleinräumig vor wie es erforderlich wäre. Diese Voraussetzungen erschweren die Datenerhebung (Kuhn 2000, S. 267-272). Die Zusammenarbeit kann auch durch verschiedene Denksysteme und Sprachebenen der jeweiligen Fachbereichskollegen/innen beeinträchtigt werden. Zur Verfügung stehende Mittel unterliegen ihren jeweiligen Richtlinien und sind von daher nicht ohne weiteres in anderen Fachbereichen einsetzbar. Auch muss hier das Thema angesprochen werden, wieweit ein Projekt aus dem „eigenen“ Fachbereich bei Mittelkürzungen nicht eine Priorität erlangt? Es stellt sich auch die Frage der Kompetenzen, der Verantwortlichkeit und der Befugnisse. Welches Wissen sollte und darf weitergegeben werden und an wen?

Im Workshop wurden diese Probleme weitgehend bestätigt. Ergänzend wurde von den Teilnehmer/innen darauf hingewiesen, dass gerade im Hinblick auf die finanzielle Ausstattung die Schere zwischen Berichterstattung und der Maßnahmenumsetzung immer größer werde. Ferner gebe es Probleme in der Zusammenar-

beit zwischen amtlichen und nichtamtlichen Mitarbeiter/innen – besonders, wenn es um Einzelfallbeschreibungen und Daten ginge. Die Einbindung von Familien mit Kleinkindern von null bis drei Jahren sei sehr schwierig, und es gebe für die Untersuchung dieser Kindergruppe keine rechtliche Grundlage.

### **Gesundheitliche Risiken, Problemlagen und die Zusammenhänge**

In den Programmgebieten sind hohe Arbeitslosen- und Sozialhilfequoten als soziale Problemlagen definiert (Deutsches Institut für Urbanistik 2003b, S. 62). Die damit einhergehenden Risikofaktoren wie Verarmung, Vereinsamung, Suchtgefährdung, Fehlernährung etc. sind vielfach dokumentiert, ebenso die negative Wechselwirkung zwischen Krankheit und fehlender bzw. verloren gegangener sozialer Netzwerke. Das Kohärenzgefühl der Betroffenen kann in schwierigen Lebenslagen verloren gehen (Siegrist 1995, S. 157-197).

Die Erfahrungen aus den Modellgebieten lassen ergänzend darauf schließen, dass ein höherer Anteil gesundheitlicher Probleme vorliegt als in der Gesamtumfrage deutlich wurde. So schreibt das Deutsche Institut für Urbanistik:

*Im Vordergrund stehen dabei gesundheitliche Probleme bei Kindern und Jugendlichen: Übergewicht, Haltungsschäden, Atemwegserkrankungen, Karies, Allergien sowie motorische und Sprachentwicklungsstörungen. Die Symptome der gesundheitlichen Vernachlässigung von Kindern können [...] bis zum Zustand der Verwahrlosung reichen. „In Gesprächen mit Mitarbeiter/innen von Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen und Jugendeinrichtungen wurde wiederholt betont, dass Kinder – insbesondere nach Wochenenden – teils völlig ausgehungert sind.“ [...] „Hungernde Menschen“ – so das Quartiermanagement – „sind durchaus keine Seltenheit. Neben den erwachsenen Obdachlosen sind vermehrt Kinder aller Nationalitäten zu beobachten, die sich von achtlos weggeworfenen Essensresten ernähren.“ [...] Neben diesen sozial bedingten Gesundheitsgefahren werden für mehr als die Hälfte der Modellgebiete auch umweltbedingte Gesundheitsrisiken konstatiert. (Deutsches Institut für Urbanistik 2003b, S. 137)*

Soziale Schwierigkeiten können zu gesundheitlichen Problemen, und Krankheiten können zu sozialen Problemen führen. Die Bereiche Gesundheit und Soziales zeigen viele Verbindungen und Wechselwirkungen, die Anlass geben, die Voraussetzungen für bessere, gesundheitsfördernde Lebenswelt zu schaffen (Fuß 2002). Eine engere Zusammenarbeit in diesen Fachgebieten, verbunden mit Zieldefinitionen sollte

angestrebt werden (Meinlschmidt 2001, S. 48).

### **Möglichkeiten der Zusammenarbeit**

„Noch relativ neu ist das Konzept der Multidisziplinarität, das nicht mehr eine Berufsgruppe als übergeordnet und dominant ausweist, sondern dazu aufruft, gleichberechtigt und entsprechend der jeweiligen Indikation neben den Gesundheitsberufen auch die Berufsgruppen der Sozialwissenschaften, der Psychologie, der Pädagogik sowie der Sport- und Ernährungswissenschaften als gleichwertige Partner in das „Boot der Gesundheitsförderung“ aufzunehmen“, schreibt H. Renner in seinem Aufsatz über „Gesundheitsförderung im salutogenen Kontext (Renner 1998, S. 177ff).

Interdisziplinäre Arbeitsgruppen, bereits an verschiedenen Standorten in Soziale-Stadt-Gebieten – sowohl auf der Verwaltungsebene als auch auf der Stadtteilebene – eingerichtet, könnten ein Weg sein, enger zusammenzuarbeiten, um zu gemeinsam entwickelten Maßnahmen zu kommen. Anzustreben wäre auch die Entwicklung einer gemeinsamen Berichterstattung. In dem Workshop des Fachforums wurden „gemeinsame Basisberichterstattung“ und „ressortsübergreifende Arbeitsgruppen“ für eine effektivere Zusammenarbeit der Fachbereiche Gesundheit und Soziales empfohlen.

Des Weiteren wurden folgende Lösungsvorschläge erarbeitet: Sozialatlas und der Gesundheitsbericht sollten verknüpft und Datenschutzbestimmungen erleichtert werden. Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Institutionen außerhalb der kommunalen Verwaltung wäre die verstärkte Einbindung von Schulen und Bildungseinrichtungen sinnvoll. Bezogen auf die schwer erreichbare Zielgruppe Familien mit Kindern von null bis drei Jahren wurde eine Eltern-Kind-Spielgruppe aus England vorgestellt. Im Rahmen der Fachgremien Jugend, Soziales Gesundheit könnten und sollten negative Aspekte definiert werden, positive Aspekte sollten an die Politik weitergegeben werden. Somit könne der Prozess der Förderung und der Erneuerung beschleunigt werden, so das Resümee der Teilnehmer/innen.

### **Beispiele im Settingansatz**

„Als Settings werden Lebensbereiche mit ihren spezifischen sozialen und organisatorischen Strukturen bezeichnet, wie z. B. Schule, Betrieb, Stadtteil, Quartier, in denen Menschen sich überwiegend aufhalten und Lebensmuster entwickeln, die unter anderem ihre Gesundheit bestimmen.“ (Deutsches Institut für Urbanistik 2003b, S. 139).

Kindertagesstätten setzen ganzheitlich orientierte Konzepte in Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt, Universitäten und Sportver-

einen und anderen Institutionen um. Ernährung, Bewegung, Sport, um einige Bereiche zu nennen, sowie Elternarbeit sind wesentliche Elemente des Tagesablaufes. Sprache und kulturelle Herkunft der Kinder und ihrer Familien prägen den Kita-Alltag und stellen einen Teil ihrer Lebenswelt dar.

Schulen definieren sich zunehmend als Lebensraum. Zusätzlich zu den Unterrichtsstunden werden Spieleabende für alle – Eltern, Schüler/innen, Lehrkräfte und Freunde – durchgeführt. Ganztagesangebote, betreute Grundschule und Mittagstisch sind feste Bestandteile der Schule. Es werden erlebnispädagogische Unternehmungen wie Kanufreizeiten, Sportfeste und Wanderfahrten durchgeführt. Den in einigen Quartieren gehäuft auftretenden gesundheitlichen Defiziten der Schüler/innen wie Entwicklungs- und Sprachstörungen, wird ein therapeutisches Programm entgegengesetzt. Ergotherapie, orthopädisches Schwimmen und Sprachheilkurse erweitern den Schulalltag. Ebenfalls zu nennen sind außerschulische integrative Maßnahmen in Zusammenarbeit mit Grundschulen und Kindergärten, um Übergänge zu erleichtern sowie Beziehungen und Bezüge zu erhalten.

Als Kooperationspartner werden Jugend-, Gesundheits- und Arbeitsamt, Kliniken, Frauenhaus, Universität und weitere Einrichtungen genannt.

Für viele muslimische Einwohner/innen nehmen Moscheen einen festen Raum in ihrem Leben ein. Es hat sich gezeigt, dass die Ansprache der Menschen und die Kommunikation in diesen Räumen mitunter besser gelingt. Interkulturelle Gesprächskreise mit sozialen, religiösen und arbeitsweltbezogenen Themen, Sprachkurse, Veranstaltungen und Fachvorträge zum Thema Gesundheit und Krankheit finden zum Teil in den Moscheen statt und stellen mittlerweile einen konstanten Bestandteil im Jahresablauf dar.

Abschließend möchte ich ein Modellprojekt aus Schleswig-Holstein vorstellen, welches im Rahmen der Soziale- Stadt-Programmbegeleitung als Good-Practice-Beispiel für den Bereich Gesundheitsförderung vom Deutschen Institut für Urbanistik benannt wird:

Schutzengel e.V. Flensburg.

„Ansätze der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung in den Programmgebieten zielen zum einen darauf ab, niedrigschwellige Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen zu entwickeln, und zum anderen darauf, durch Netzwerkbildung die Kooperation im Gesundheitswesen zu verbessern“ schreibt das Deutsche Institut für Urbanistik (DIFU 2003a, S. 83). Die Zielgruppen des Flensburger Projekts Schutzengel e.V. sind Familien und Alleiner-

ziehende mit kleinen Kindern und Schwangere. Projektträger und Beteiligte stellen ein umfangreiches Netzwerk dar. Kindergarten, Kirchengemeinde und Krankenhaus, Wohnungsgesellschaft, Gesundheits-, Jugend- und Sozialamt, Ärzte/innen u.v.a. arbeiten in Kooperation. Sie ermöglichen durch das Verbundsystem ein Angebot, welches mehr bietet als eine einzelne Beratung, Begleitung und Betreuung.

Die Good-Practice-Begründung des Deutschen Instituts für Urbanistik lautet: „Diese niedrigschwelligen Angebote richten sich an Personen, die oftmals nur schwer zu erreichen sind, und befähigen diese zu einer gesundheitsverantwortlichen Lebensgestaltung. Das Beratungs- und Betreuungsangebot erstreckt sich dabei von der Schwangerschaft über die Säuglingspflege bis hin zur Kindererziehung. Dieses ganzheitliche Gesundheitsverständnis begründet auch die zeitliche Kontinuität des Angebots, die für Personen in schwierigen Lebenslagen besonders wichtig ist. Durch die Bausteine des Modellprojekts – Elterntreffpunkt, Familienhebamme, diakonische Familienbegleiterin, pädagogische Frühförderung – werden Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen verbessert und verschiedene Zielgruppen erreicht“ (DIFU 2003B, S. 84).

### **Fazit**

Gesundheitliche und soziale Probleme hängen eng zusammen. In verschiedenen Einzelprojekten und Maßnahmen haben sich kooperatives und vernetztes Arbeiten bewährt. Es liegt nahe, interdisziplinäre Arbeitsgruppen, besonders in den Fachbereichen Soziales/Jugendhilfe und Gesundheit einzurichten und die Erarbeitung einer gemeinsamen Basisberichterstattung aus den genannten Bereichen anzustreben. Es sollte im Einzelfall überprüft werden, inwieweit Datenerhebungen erleichtert und die Zusammenarbeit mit nicht kommunalen Einrichtungen intensiviert werden könnte. Die Diskussionsergebnisse aus dem Workshop weisen ebenfalls darauf hin, dass ein „Basisbericht Soziales-Gesundheit“ eine effektivere sozialraumorientierte Maßnahmenplanung ermöglichen könnte.

## Literatur:

- ARGEBAU Ausschuss für Bauwesen und Städtebau und Ausschuss für Wohnungswesen. Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“. 2. Fassung, Stand 01.03.2000. In: Deutsches Institut für Urbanistik. Programmgrundlagen Band 3, Berlin
- Barthelheimer, P. (2001): Sozialberichterstattung für die „Soziale Stadt“. Frankfurt/Main
- Deutsches Institut für Urbanistik DIFU (2003a): Good Practice in Altbau- und Gemischten Quartieren. Arbeitspapiere zum Programm Soziale Stadt, Heft 10, S. 83-89
- Deutsches Institut für Urbanistik DIFU im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen (2003b): Strategien für die Soziale Stadt. Berlin
- Ferchland, R. (2000): Berliner „Stadtraum-Ost“ und Bevölkerungsverschiebungen in Berlin-Brandenburg – eine wanderungsstatistische Analyse. isda-Studie.
- Ferchland, R. (2003): Soziale und sozialräumliche Ungleichheit in Berlin – statistische Befunde. Berlin: Kommunalpolitisches Forum.
- Ferchland, R./Reimann, A. (2003): Sozialberichterstattung – Potenzial für solidarische Sozialpolitik und partizipative Demokratie. Beitrag für eine Konferenz der Rosa-Luxemburg-Stiftung
- Fuß, R. (2002.): Gesundheit, Umwelt und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen in München In: Geene, R. et al. (Hg.): Gesundheit – Umwelt – Stadtentwicklung. Berlin
- Kuhn, J. (2000): Integrierbarkeit von Gesundheits- und Sozialberichterstattung – Erfahrungen aus dem Land Brandenburg. In: Geene, R./Gold, C. (Hg.) Gesundheit für alle! Berlin
- Meinlschmidt, G. (2001): Gesundheitsziele als Beitrag zur Umsetzung von § 20 SGB V. In: Geene, R. et.al: Armut macht krank! Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 5, S. 48
- Renner, H. (1998): Gesundheitsförderung im salutogenen Kontext. In: Schüffel, W. et al. (Hg.): Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden, S.177
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung (2004): Bevölkerungsentwicklung in der Metropolregion Berlin 2002-2010. Berlin
- Siegrist, J. (1995): Medizinische Soziologie. München/Wien/Baltimore
- Woderich, R./Koch, Th./Ferchland, R. (2002): Berufliche Weiterbildung und Lernkompetenzen im Ost-West-Vergleich. In: Kompetenzentwicklung 2002. Auf dem Wege zu einer neuen Lernkultur. Münster/New York/München/Berlin, S. 141-197