

Round Table:

Gemeinsame präventive Ansätze für und mit Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten

Dr. Ingo Ilja Michels, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), - Bereich: Drogenprävention

Eckhard Schroll, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln - Bereich: Sexualaufklärung; Prävention von Teenagerschwangerschaften

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Nürnberg - Bereich Gesundheitsförderung - Armut und Gesundheit

Kerstin Lück, Fachhochschule Potsdam - Bereich: Gewalt- und Kriminalitätsprävention

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen - Bereich: Gesundheitsförderung und Prävention -

Moderation und Einführung

Petra Dinkelacker und Rainer Schwarz,
Regiestelle E&C

Zusammenfassung der Statements der Round Table-Diskutanten:

Einführung:

Das Programm E&C steht für soziale Koproduktion und integrierte Handlungsansätze und fokussiert auf die Entwicklungschancen für junge Menschen, Kinder, Jugendliche und deren Familien in benachteiligten und benachteiligenden Stadtteilen. Wenn es um Chancen für Kinder und Jugendliche geht, begegnet man sehr schnell Themen wie Bildung, Gesundheit, Kriminalitäts- und Gewaltvermeidung. Verankern, das ist die feste Überzeugung der Programmplattform E&C, kann man Präventionsbemühungen nur dann in den Lebenswelten junger Menschen, wenn es gelingt, diese konkret einzubeziehen, wenn also die Schwerpunkte Partizipation, Beteiligung und Sozialräumlichkeit heißen. Wir haben hierzu im bisherigen Konferenzverlauf mehrere Ausführungen in den Referaten gehört und sind darauf gestoßen, dass es vernünftig wäre eine Diskussion über die Überschneidungen der inhaltlichen Ansätze von unterschiedlichen Präventionsansätzen und der Gesundheitsförderung zu führen. In der Vorbereitung dieser Konferenz, die auf mehreren gesundheitsbezo-

genen Veranstaltungen fußt, ist die Vorstellung entwickelt worden, dass die Gesundheitsförderung und insbesondere der Settingansatz ein Ansatz ist, der geeignet sein könnte, Grundlage für andere primärpräventive Vorgehensweisen zu sein. Dazu haben wir in einem Vorgespräch mehrere Experten eingeladen. Wir sind hier eines Besseren belehrt worden und werden im Folgenden zwar die Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Präventionsansätze herausstellen, jedoch von der Vorstellung, Gesundheitsförderung als eine gemeinsame Basis zu betrachten weitestgehend abweichen und in unserer Sprachregelung beide „Lehren“ nebeneinander betrachten.

Um den Stand der Diskussion deutlich zu machen, haben wir Spezialisten unterschiedlichster Präventionsdisziplinen, aber auch unterschiedlicher Handlungsebenen zu diesem Podiumsgespräch eingeladen und möchten Sie in einer ersten Runde bitten, von ihrem jeweiligen beruflichen Background ausgehend, eine erste Stellungnahme aus Sicht der von Ihnen vertretenen Fachdisziplin / Behörde zu geben und die Möglichkeiten ihres Einwirkens auf zukünftige Präventionsanstrengungen zu beschreiben.

Dr. Ingo Ilja Michels, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS):

Die Richtlinienkompetenz und damit die Machtfülle der Stelle des Bundesdrogenbeauftragten ist relativ gering. Aber dennoch hat unsere Koordinierungsstelle gewisse Einflussmöglichkeiten. Im Mittelpunkt dieses Podiums stehen Vernetzungsbemühungen der einzelnen Präventionsdisziplinen aber auch der unterschiedlichen Programme, die Präventionsbemühungen verfolgen. Auch uns ist das Programm E&C seit längerer Zeit bekannt und ich habe immer schon gefordert, es müsste stärker integriert werden in unsere Überlegung zur Aktionsplanung und unsere gemeinsamen Arbeitsgruppen, um die verschiedenen Ressourcen zu bündeln. Es ist aber beispielsweise in unserem Ministerium so, dass in den Kompetenz- und Zuständigkeitsbereich der entsprechenden Kollegin aus dem BMFSJ eher der Jugendschutz fällt und nicht Programme wie E&C. Das hat zur Folge, dass von diesem Bereich innerhalb des Jugendministeriums wenig Information zu uns durchdringt, wenn man sich nicht selbst engagiert.

Dennoch haben wir versucht, 2003 den Aktionsplan Drogen und Sucht zu verankern als gemeinsames, strategisches Papier der Bundesregierung in Abstimmung mit den Ländern um zu sehen, was in diesem Feld erreichbar ist.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch kurz auf das hier schon einige Male kritisch betrachtete Präventionsgesetz hinweisen und eine Lanze für die bisherige Entwicklung brechen. Auch wenn wir zur Zeit nicht wissen welches Schicksal es nehmen wird, so denke ich, gibt es gute Chancen, dass das Präventionsgesetz in einer großen Koalition möglicher Weise doch noch umgesetzt werden kann und damit endlich in einem Gesetz festgelegt wird, dass Prävention eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik ist, als vierte Säule in diesem Gesundheitswesen verankert werden muss und der sog. Settingansatz verankert wird. Es wäre dann ausdrücklich festgelegt, dass die Einbeziehung der Lebenswelten ein wichtiger Faktor in den verschiedenen Feldern der Prävention darstellt und das dafür auch Mittel zur Verfügung stehen müssen. Weiterhin ist ebenfalls das Thema soziale Benachteiligung eines der Kernthemen, das im Gesetz ausdrücklich genannt würde.

Doch zurück zum Suchtbereich selber. Hier sehe ich in der Tat immer noch Mängel, weil wir uns daran gewöhnt haben, das Suchtthema in den letzten 10 Jahren immer stärker durch die psychiatrisch-medizinische Brille zu sehen und die sozialen Aspekte, die sozialen Grundlagen, warum Sucht entsteht, in den Hintergrund gerückt sind. Hier sind insbesondere Programme wie „E&C“ und „Soziale Stadt“ enorm wichtig, um die sozialen Aspekte auch bei der Suchtprävention weiterhin in den Fokus zu setzen. Alle uns bekannten Zahlen und Daten sprechen eine eindeutige Sprache und belegen den sozialen Gradienten. Wenn wir z. B. den ambulanten und stationären Bereich der Suchthilfe betrachten, so sehen wir hier einen weit überproportionalen Anteil an Klienten, die arbeits- oder erwerbslos sind, die schulisch unterdurchschnittlich qualifiziert sind und die eine mangelhafte oder gänzlich fehlende Ausbildung haben. Die Daten sind eindeutig und belegen, dass soziale Komponenten ein besonderes Risiko beinhalten und dies in der Prävention Berücksichtigung finden muss. Wir erleben auf der einen Seite, dass unsere Programme zur Tabak und Alkoholprävention sehr wohl Wirkung zeigen, jedoch wie u.a. der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung belegt, diese Wirkung sich nicht in dem Maße in den benachteiligten Quartieren wieder findet. Hier liegt eine zukünftige Aufgabe und die Herausforderungen für die nächsten Jahre.

Ein weiteres Themenfeld ist der Bereich Sucht und Migration, über den wir uns in einer vor drei Jahren erstellten Expertise zunächst einen Überblick verschafft haben. Wir sehen, dass die bisherige geringe Alkoholprävalenz von jungen Menschen aus dem islamischen Kulturkreis ansteigt und sich „unseren sozialen Maßstäben“ angleicht. Einen weiteren Schwerpunkt stellen bestimmte Gruppen jugendlicher Aussiedler dar, die eine sehr hohe Affinität zu exzessivem Drogenkonsum gepaart mit Alkoholkonsum aufweisen. Hier müssen neue Präventionsideen entwickelt werden, da diese Gruppen durch die bisherigen Konzepte nicht erreicht wurden.

Es ist jedoch festzuhalten, dass die Bundesebene immer nur bestimmte Anstöße leisten und Modelle erproben kann. Die faktische Umsetzung erfolgt jedoch immer auf der Länder- bzw. kommunalen Ebene.

Eckhard Schroll, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, (BZgA), Köln

Ich bin zuständig für die Bereiche Sexuaufklärung und Familienplanung innerhalb der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die BZgA hat 1992 von der damaligen Bundesregierung den gesetzlichen Auftrag hierzu bekommen. Hierzu gehörte auch die Prävention von Teenagerschwangerschaften. In diesem Rahmen haben wir gemeinsam mit den Bundesländern Programme und Kampagnen aufgelegt. Im Gegensatz zu den erheblichen Mitteln, die der BZgA im Bereich der AIDS-Prävention zur Verfügung stehen und hier bekanntlich die Kampagnenziele sehr erfolgreich erreicht werden konnten, stehen uns in den anderen genannten Bereichen wesentlich weniger Gelder zu Verfügung, so dass hier multimediale Einsätze wie beispielsweise Fernsehspots nicht möglich sind. Hier sind also die Bundesländer ebenfalls gefragt.

Seit fünf, sechs Jahren haben sich die Initiativen der BZgA verändert. Es wird nicht mehr massiv auf sogenannte Leuchtturmprojekte gesetzt. Zwar wurde in diesen Modellprojekten viel erreicht, wie eine Vielzahl von Berichten dokumentieren. Dies hat jedoch nicht dazu geführt, dass auf breiter Basis langfristig etwas verändert werden konnte. Bei den jetzigen Programmen, insbesondere in der Sexuaufklärung, setzt die BZgA jetzt stärker auf Nachhaltigkeit und versucht hierzu die Bundesländer stärker einzubinden.

Die Zielgruppe der „sozial Benachteiligten“ unterstützt die BZgA insbesondere mit zwei Initiativen. Das ist einmal der alljährlich stattfindende bundesweite Kongress: „Armut und Gesundheit“ in Berlin und die Datenbank: „Gesundheitsfördernde Projekte für sozial Benach-

teiligte“. Weiterhin setzen wir uns dafür ein, dass der Bereich „Soziale Benachteiligung“ ebenso wie der Bereich der Migration innerhalb der Forschung eine bessere Berücksichtigung findet. Hier gibt es enorme Defizite. So haben wir beispielsweise eine bislang einzigartige repräsentative Studie über das Sexualverhalten von Jugendlichen durchgeführt, die junge Menschen mit Migrationshintergrund besonders berücksichtigt.

Kerstin Lück, Fachhochschule Potsdam

Wir beschäftigen uns im Rahmen unserer Weiterbildung, die wir unter dem Titel „Konfliktmanagement“ durchführen, mit dem Bereich der kommunalen Gewaltprävention, zu der sich die drei Berufsgruppen, Lehrer/innen, Polizisten/innen und Sozialarbeiter/innen als Trio aus einer Kommune bei uns bewerben. Hier haben wir bis heute fünf Kurse in fünf Kommunen durchgeführt. Hauptaugenmerk hinsichtlich der Bereiche Stressmanagement und Konfliktfähigkeit gilt der Vernetzung und damit dem Erlernen „kurzer Wege“ in der alltäglichen Praxis. Erkenntnisse sowohl im Stressmanagement, als auch in der Konfliktfähigkeit erreicht man nur durch Selbsterfahrung. Soziale Kompetenzen müssen selbst zunächst erlernt werden, bevor sie weitergegeben werden können z.B. an Schüler/innen, gewissermaßen unsere sekundären Zielgruppen.

So gliedert sich unsere Bildungsmaßnahme in zwei Hälften, wobei die erste Hälfte, das erste Halbjahr, Selbsterfahrungselemente und theoretischen als auch praktischen Kenntniserwerb beinhaltet und erst die zweite Hälfte, das zweite Halbjahr, zu konkreten Projekten führt.

Zu dem Thema dieses Kongresses möchte ich bemerken, dass wir die „Überschneidungen“ innerhalb der Präventionsdisziplinen in der polizeilichen Prävention in Brandenburg dergestalt erleben, dass die Drogenprävention beginnt der Gewaltprävention den Rang abzulaufen. Hier scheint es einfacher, das Ziel zu erreichen, Nachdenken zu erzeugen und das ist natürlich, wie auch schon gesagt wurde, nur partizipativ möglich. Die Kunst ist es, Themenstellungen, wie Gewalt, Konflikte, Drogen, die vielleicht nur als Etikett auftreten und den eigentlichen Bereich Sexualität, der im Fokus der Schüler/innen zu bestimmten Situationen liegen kann, verdecken, aufzugreifen, aufzuarbeiten und methodisch zu erlernen. Das heißt, in der Praxis sind die scheinbar klaren Grenzen der einzelnen Präventionsdisziplinen aufgehoben.

Wir verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz und arbeiten ressourcenorientiert. Das bedeutet, dass sowohl die Möglichkeiten der Schule

als auch die Kenntnisse und Fähigkeiten der Teilnehmer/innen im Curriculum einbezogen werden.

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen

Ich leite beim BKK Bundesverband das Referat Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. Ich möchte zu Beginn gerne kurz auf die Aktivitäten von Krankenkassen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung eingehen. Was mich bei der Durchsicht der Unterlagen dieser Konferenz erstaunt hat war, dass ich offenbar der einzige Vertreter von Krankenkassen bin, obwohl Krankenkassen tatsächlich die Hauptfinanziers der primären Präventionen in Deutschland sind, wenngleich auch mit einem gegenüber den Ausgaben für kurative Leistungen relativ kleinen Betrag von 180 Mio. € im Jahr.

Das BKK-System ist mit rd. 14 Mio. Versicherten innerhalb der GKV die drittgrößte Kassenart und hält einen Marktanteil von etwa 20%. Insgesamt gibt es knapp 300 Krankenkassen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Von daher sehen Sie, dass wir bei den 180 Mio. € nicht von einem großen Topf reden können. Er verteilt sich auf 300 relativ kleine Töpfe.

Es gibt drei Felder, auf denen Krankenkassen Prävention betreiben sollen:

- die betriebliche Gesundheitsförderung
- die primäre Prävention auf der individuellen Ebene, also Präventionskurse in den vier von den GKV-Spitzenverbänden festgelegten Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressreduktion und Suchtprävention. Hier können Krankenkassen Präventionskurse finanzieren. Dieses Angebot nutzen viele Versicherte, vorwiegend weibliche aus mittleren Alters- und Soziallagen.
- Das dritte Feld betrifft die Prävention in Lebenswelten oder Settings. Dies ist seit 2000 indirekt gesetzlich verankert durch die Festschreibung, dass Krankenkassen „insbesondere zum Abbau sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ beitragen sollen, was nach herrschender Meinung allein mit dem Settingansatz möglich ist. Übrigens eine wortgleiche Formulierung, wie sie auch in dem Entwurf des Präventionsgesetzes vorgesehen war. Dieses Präventionsfeld ist ungleich schwieriger für Krankenkassen umzusetzen, weil sie in Lebenswelten wie Kindergärten oder Schulen eben nicht nur Angebote für ihre eigenen Mitglieder anbieten können. Der Setting-Ansatz schließt ein auf das einzelne Individuum orientiertes Vorgehen aus, er impliziert ein gruppenbezogenes Vorgehen. Dies erfordert, dass Krankenkassen,

die miteinander im Wettbewerb stehen, bei der Prävention in Lebenswelten miteinander kooperieren – eine nicht leichte Herausforderung.

Der BKK Bundesverband nimmt diese kassenübergreifende Koordinationsfunktion für die soziallagenbezogene Prävention in Lebenswelten unter dem Motto: „Mehr Gesundheit für alle – jetzt erst recht“ für Teile des BKK-Systems seit Beginn des Jahres 2003 wahr. Der Zusatz „jetzt erst recht“ kennzeichnet die Position des BKK Bundesverbandes, dass wir auf dem eingeschlagenen Weg auch nach Scheitern des Präventionsgesetzes weitermachen werden.

Was macht der BKK Bundesverband auf diesem Gebiet? Ich möchte Ihnen das anhand einiger Beispiele aufzeigen.

Ein soeben begonnenes Projekt, das in Kooperation mit der Bund-Länder-Initiative „Die Soziale Stadt“ in Nordrhein-Westfalen konzipiert wurde, bezieht sich auf ältere Menschen. Ziel ist es, alte Menschen in benachteiligten Stadtteilen in Bewegung zu bringen und hier – und das ist uns ganz wichtig – setzen wir auf die Kooperation mit den Quartiersmanagern. Sie kennen die verschiedenen Akteure im Quartier und können sie für unser Vorhaben gewinnen und aktivieren. Wir arbeiten hier u.a. auch mit dem Landessportbund zusammen. Unsere Aufgabe als Bundesverband besteht auch darin, die ortsansässigen Betriebskrankenkassen in das Projekt einzubinden. Dies gelingt um so besser, um so mehr Versicherte dieser Betriebskrankenkassen von dem Projekt angesprochen werden.

Eine weitere vom BKK Bundesverband verfolgte Strategie ist die Investition in strukturbildende, gesundheitsfördernde Aktivitäten. So unterstützen wir die BZgA-Initiative „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, die auch auf dieser Konferenz vertreten ist. Wir fördern hier ganz konkret vier regionale Knoten zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Dies sind aus meiner Sicht strukturbildende Maßnahmen, die gerade vor dem Hintergrund der sehr starken regionalen Unterschiede in den Bundesländer Bedeutung gewinnen. In Nordrhein-Westfalen z. B. gibt es die sog. kommunalen Gesundheitskonferenzen, die durch den dortigen Regionalen Knoten in sinnvoller Weise ergänzt werden.

Weiterhin tritt der BKK Bundesverband auch als Kooperationspartner bundesweiter Aktionen auf, wie z. B. beim Programm „Lokale Bündnisse für Familie“ des BMFSFJ, welches auch die Programmplattform E&C fördert. Darüber hinaus unterstützen wir bundesweite Kampagnen wie „Klasse 2000“, „Be smart, don't start“, das von der BZgA mitgefördert wird, oder „Dr. Schnupper“. Das ist eine neue

Kampagne, die wir mit dem AWO Bundesverband gemeinsam fördern, in der es darum geht, insbesondere jungen Familien mit ihren Kleinkindern und Migrationshintergrund erste Aufklärung zum Gesundheitswesen zu geben, z. B. auch im Hinblick auf die U-Untersuchung. Dieses Präventionsmaterial wurde in neun verschiedenen Sprachen übersetzt, um gerade auch die Gruppen zu erreichen, die die deutsche Sprache nicht beherrschen.

Weitere Aktivitäten sind die Kita-Wettbewerbe „Fit von klein auf“, die wir mittlerweile, nachdem wir sie in Nordrhein-Westfalen erprobt haben, jetzt schon auf drei weitere Bundesländer übertragen konnten. Ausgezeichnet wird gute Präventionspraxis in den Kitas. Aus der Vielzahl der eingereichten Wettbewerbsbeiträge wird gemeinsam mit den Teilnehmern ein sogenannter Präventionskoffer mit unterschiedlichen thematischen Modulen – derzeit Bewegung, Ernährung und Entspannung – für die alltägliche Arbeit in den Kindertagesstätten entwickelt, der im Sommer 2006 zur Verfügung stehen soll.

Abschließend noch ein Hinweis zu Selbsthilfeaktivierung. Krankenkassen haben neben der Prävention auch den Auftrag, Selbsthilfe zu fördern und auch in diesem Bereich versuchen wir, sozial benachteiligte Gruppen zu erreichen. Hier konnten erste erfolgversprechende Projekte insbesondere im Bereich Drogen/Sucht auf den Weg gebracht werden.

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Nürnberg

Zunächst einige Anmerkungen zum Präventionsgesetz. Ich bedauere es auch, dass es nicht umgesetzt wurde, aus verschiedenen Gründen. Ich denke, es wäre wirklich ein ganz entscheidender Schritt zur Implementierung des Settingansatzes gewesen. Dieser hätte uns die Möglichkeiten gegeben, finanzielle Unterstützungen für Projekte zur Vermeidung von gesundheitlichen Chancenungleichheiten vor Ort zu bekommen.

Wir haben ein solches Projekt in Mainz umgesetzt. Das heißt „Gesundheit jetzt in sozialen Brennpunkten“. Für uns war wichtig, dass wir vor Ort wussten, wie konkret die Situation und die Bedürfnisse aussehen. Es handelt sich in Mainz um einen sozialen Brennpunkt, um eine Obdachlosensiedlung mit 300 Menschen, davon sind 150 Kinder, und der Ausländeranteil liegt bei 30%. Wir kannten die Situation, wir haben eine Bestandsaufnahme gemacht und uns innerhalb des Vereins „Armut und Gesundheit“ zunächst Gedanken darüber gemacht, wie wir die Zielgruppe erreichen können, wie wir die vorhandenen Ressourcen in konzeptionelle Überlegungen einfließen lassen können.

Wir haben sieben Module entwickelt, die wir umsetzen wollten. Ernährung, Bewegung, Gewalt, Entspannung, Umwelt, und die Bereiche Impfungen und Vorsorgeuntersuchung. In die Konzeption haben wir darüber hinaus die aktuellen Ergebnisse der Forschung zur gesundheitlichen Situation von sozial Benachteiligten einbezogen und versucht mit diesem „Gesamtkonzept“ Finanzierungsmöglichkeiten zu finden. Nachdem wir bei der Kommune und auch bei den Krankenkassen nicht erfolgreich waren, wurden wir auf die „Aktion Mensch“ aufmerksam. Vielen unbekannt ist, dass die „Aktion Mensch“ auch Projekte im Bereich sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher fördert. Eine zweite Finanzierungsmöglichkeit bot sich durch die Aktion „Herzessache“ des Südwestfunks an. Durch diese beiden Geldgeber konnte es gelingen unser Projekt für drei Jahre zu finanzieren. Wir haben von Anfang an versucht die Projektidee mit den Bewohner/innen gemeinsam zu entwickeln und umzusetzen, haben insofern Partizipation von Anfang an ernst genommen.

Durch erste Recherchen – u.a. durch eine Bürgerbefragung – konnten wir eine Vielzahl von bereits vorhandenen Initiativen und Akteuren eruieren. Wir haben dann versucht Verbindungen und Vernetzungen herzustellen und weitere Partner mit ins Boot zu bekommen. So zum Beispiel den Rheinland-Pfälzischen Sportbund, der ein Förderprojekt für sozial benachteiligte Kinder durchführt. Wir haben eine Vollkornbäckerei als Akteur gewinnen können und deren Produkte einer Kindertagesstätte zur Verfügung gestellt. Und in diesem Muster ging es kontinuierlich weiter. Den Wünschen der Bewohner/innen entsprechend wurden ein Frauen- und später ein Männerfrühstück eingerichtet. Um Kinder zu erreichen ist die Arbeit mit Eltern unerlässlich. Es sind dann sukzessive weitere Module verwirklicht worden, die im Zusammenhang mit den Themenbereichen Sucht, Drogen und Gewalt stehen. Wir haben versucht durch Kompromisse und Verhandlungen drogen- und rauchfreie Plätze einzurichten. Im Laufe der Zeit konnten immer neue Kooperationspartner gefunden werden, so dass sich unsere Arbeit nach sehr vielen Konzeptmodifikationen nun häufig zu einer Delegationstätigkeit verändert hat. Diese ganze Entwicklung hat jedoch auch zu Problemen geführt, die uns anfänglich nicht in den Sinn kamen. Es traten Konkurrenzen auf z.B. zu öffentlichen Kindertagesstätten, zu dem Allgemeinen Sozialdienst und zum Teil mit den Angeboten der Stadt.

Aber es gibt auch einen weiteren Lichtblick. Das Land Rheinland-Pfalz hat jetzt ein Modellprojekt in zwei Städten, Mainz und Trier ge-

startet, in dem sog. Gesundheitsteams in den sozialen Brennpunkten implementiert werden und man hat unserem Projekt hierzu eine halbe Sozialpädagogenstelle zur Verfügung gestellt.

Konkret umgesetzt bedeutet die Tätigkeit der Gesundheitsteams, dass wir z.B. eine Impfsprechstunde vor Ort etabliert haben. Durch Einbeziehung und Anfragen an alle vor Ort ansässigen Kinderärzte werden wir zukünftig auch Kindersprechstunden vor Ort anbieten können. Wir wollen allerdings, um das gleich deutlich zu betonen, keine „Armutsmmedizin“ etablieren, sondern es soll dieser fehlende Mosaikstein, diese Niedrigschwelligkeit genutzt werden, um die Menschen zu sensibilisieren und zu informieren, damit sie dann auch die bestehenden Gesundheitseinrichtungen aufsuchen.

Welche Möglichkeiten bieten die Programmplattform E&C und die Bund-Länderinitiative „Die Soziale Stadt“ um in sozialen Brennpunkten mit den dort angesiedelten Akteuren Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern und im Sinne einer Verhältnisprävention zu agieren?

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen

Aus meiner Sicht gibt es hier ganz unterschiedliche Möglichkeiten und Wege, die man gehen kann. Ein Weg, der mir sehr plausibel und auch nach den Erfahrungen, die wir gemacht haben, sehr erfolgreich zu sein scheint, ist der Multiplikatorenansatz, den wir im Bereich der Migrant*innenprojekte gegangen sind. Hier haben wir ganz gezielt Migrant*innen mit einem hohen Bildungsniveau im Bereich Gesundheit geschult mit dem Ziel, dass sie dieses Schulungswissen in ihre jeweiligen Communities tragen, was insbesondere im Projekt „Mit Migrant*innen – für Migrant*innen“ (MiMI) hervorragend funktioniert.

Weiterhin sind wir davon überzeugt, dass das Quartiersmanagement richtige und gute Ansätze bietet, mit dem man sich gerade sozial schwachen Zielgruppen nähern kann und deswegen bin ich auch gerne hier auf dieser Veranstaltung. Wir haben gemeinsam mit der Programmplattform E&C schon verschiedene andere Veranstaltungen bestritten, weil es uns ein Anliegen ist, die gesundheitsbezogene Prävention und die Infrastrukturen, die E&C und „Die Soziale Stadt“ bieten, stärker zueinander zu führen. Quartiersmanagement und Krankenkassen sind zwei Partner, die gemeinsam auf dem Gebiet der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung viel bewegen können.

Welchen Stellenwert hat die Elternarbeit innerhalb der Prävention und Gesundheitsförderung?

Kerstin Lück, Fachhochschule Potsdam

Innerhalb der Ausbildung unserer drei Berufsgruppen stellt die Elternarbeit einen wesentlichen Bestandteil dar. Eltern von auffälligen Kindern werden oft bei Kita- oder Schulabenden nicht oder nur selten erreicht. Wenn sie erreicht werden können, so steht das „Defizitäre“ sehr oft im Vordergrund. Die Eltern erleben sich als „schlechte Eltern“. Können wir durch neue Kommunikationsstrukturen etwas gegen die Defizitorientierung durchsetzen, so kann dies auch für die Gespräche mit den Kindern und Jugendlichen sehr nützlich sein. Merken sie, dass ihre Eltern nicht verurteilt werden, so sind sie eher bereit sich zu öffnen.

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Nürnberg

Arbeit mit Kindern ist immer auch Elternarbeit. Daher sind die Aussagen von Frau Lück elementar. Die Ressourcen der Eltern einzubinden gehört auch in unserer Arbeit zu den Grundlagen. Ob es nun eine türkische Mitbewohnerin im Stadtteil ist, die zu einem gemeinsamen Zusammenkommen ein traditionelles türkisches Essen kocht oder ob dies arbeitslose Männer sind, die wir versuchen zu integrieren, indem sie beispielsweise einen Wohncontainer umgestalten zu einem gemeinsamen Treffpunkt der Anwohner/innen im Stadtteil. Ein Nebeneffekt ist hierbei, dass auch die Kinder ihre Eltern als aktiv wahrnehmen, als Macher, die etwas bewegen können. Insofern können solche Aktionen und Aktivitäten zu Steigerung des Selbstbewusstseins sowohl bei den Eltern als auch bei den Kindern führen.

Neue Ideen / neue Orte für gesundheitsfördernde Themenstellungen und gemeinsame Ansätze der unterschiedlichen Präventionsdisziplinen

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule, Nürnberg

Auch wenn es hier an unterschiedlichen Stellen schon angemerkt wurde, so stellt die Schule aus meiner Sicht einen sehr wichtigen Ort für Prävention und Gesundheitsförderung dar. Ich fordere schon seit langer Zeit ein Schulfach „Gesundheit“ in dem man übergreifend gesundheitsrelevante Themenstellungen mit den Schüler/innen besprechen kann. Es reichen allem Anschein nicht mehr die üblichen Fächer wie Mathe, Deutsch und Englisch. Wir erfahren immer deutlicher, dass viele Kinder wenig „lebenstauglich“ aufwachsen. Viele sind

heute nicht in der Lage „sich ein Spiegelei“ zu braten. Was früher in dem Unterrichtsfach Hauswirtschaft gelehrt wurde und gelernt werden konnte, fällt heute weg. Wir müssen neue gesundheitsbezogene Akzente in die Schulen bringen und auch dem Thema Ernährung einen höheren Stellenwert beimessen. Weiterhin gehört auch das Thema Armut und die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Armut in die Schule.

Kerstin Lück, Fachhochschule Potsdam

Wir haben gute Erfahrungen gemacht mit einer gemeinsamen Methodik der unterschiedlichen Präventionsdisziplinen. Die Zielrichtungen sind im Grunde immer die gleichen, unabhängig ob dies nun Gewalt-, Sucht-, Kriminalitätsprävention oder Gesundheitsförderung genannt wird.

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen

Es gibt schon eine Reihe von sehr produktiven Ansätzen. In Nordrhein-Westfalen gibt es z. B. die kommunalen Gesundheitskonferenzen, die den Gesundheitsbegriff breiter fassen und nicht nur als „Fehlen von Krankheit“. Wichtig ist, gerade auf der kommunalen Ebene Ansätze der Jugendhilfe oder Kriminalitätsprävention mit denen der Gesundheitsförderung zu verbinden. Sie sind vielfach völlig kompatibel zueinander, werden aber aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten und Akteure nicht zusammengeführt.