

Hindernisse und Möglichkeiten der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe

– Ein Dialog –

A) Definition, Determinanten und Bedeutung von Gesundheit

Jugendamt (Georg Horcher):

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit in der Präambel ihrer Verfassung von 1946 so: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen und sozialen Stellung.“

Damit ist ein handlungsleitendes Prinzip formuliert, das unmittelbar anschlussfähig ist an die Paradigmen moderner Jugendhilfe. Daran ändert auch die Kritik an dieser Beschreibung nichts, die diese Definition für Forschungszwecke für nicht tauglich hält.

Moderne Jugendhilfe geht davon aus, dass Bildung, Erziehung, Kultur, soziale Integration und Gesundheit eine Einheit lebensweltorientierter Jugendhilfepraxis bilden. Im Verständnis der Jugendhilfe handelt es sich inhaltlich beim Begriff Gesundheit um das Herstellen eines Fließgleichgewichtes zwischen Körper, Geist, Seele und Wille. Ziel der Jugend- und Gesundheitshilfe ist es, die Bedingungen für das Entstehen der Übereinstimmung von Körper, Geist, Seele und Wille zu unterstützen und zu fördern.

Aus Sicht der Jugendhilfe stellt sich die Frage nach den Determinanten von Gesundheit unter zwei Aspekten: Zum einen im Zusammenhang von schwierigen sozialen Umwelten mit Gesundheit (1) und zum anderen im Zusammenhang von sozialer Lage und Armut mit Gesundheit (2).

(1) Im Zusammenhang mit schwierigen sozialen Umwelten spielt die Gesundheitsgefährdung durch Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch und Überforderung eine entscheidende Rolle. Dabei geht es um die Betrachtung schwieriger familiärer Umwelten als Risikofaktor für die Gesundheit der Kinder. Stichworte hierzu sind: Strukturveränderungen der Familie durch Trennung, Scheidung, Ein-Eltern- und Ein-Kind-Familien, Patchworkfamilien, die Zerrüttung von Familien durch Krankheiten,

Alkohol- und Drogenmissbrauch, Gewalt in Familien, erhöhte Leistungserwartungen und Leistungsanforderungen der Eltern an ihre Kinder etc.

Und es geht um die Schule als schwierige soziale Umwelt für etliche Kinder: So zeigen zehn bis zwölf Prozent der Kinder im Grundschulalter psychische Störungen im Leistungs-, Wahrnehmungs-, Gefühls-, Kontakt- und in anderen Entwicklungsbereichen. In der Sekundarstufe sind es schon 15 bis 20 Prozent der Schüler/innen.

(1) Den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage und Armut weisen die verschiedenen Armutsstudien nach. Belastete Lebensbedingungen durch niedriges Einkommen, schlechten Zugang zur Bildung, mangelhafte Wohnsituation oder Arbeitslosigkeit haben Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Häufiges Rauchen, starkes Übergewicht und sportliche Inaktivität sind in der Armutsbevölkerung signifikant höher als in den materiell gesicherten Bevölkerungsschichten.

Kinder aus armen Familien sind im Durchschnitt schlechter ernährt, öfter krank und fehlen häufiger in der Schule. Die Lebenssituation von Kindern in Armut ist multikomplex und mehrdimensional. Auf der Elternebene bestimmen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Arbeitsmarkt, Verteilung der Ressourcen, Wertorientierung, Erziehungsvorstellungen und -verhalten, die privaten und sozialen Netzwerke der Familien etc. die kindliche Lebenslage. Auf der Kindebene bestimmen das Temperament, die Gesundheit, das Erleben der familiären und außerfamiliären Situation, die Wohnsituation, das Wohnumfeld, die Schule, das soziale Netzwerk des Kindes, sein Bewältigungsverhalten etc. die kindliche Lebenslage.

Vor allem in den großen Städten ist festzustellen, dass die privaten Lebensverhältnisse auseinanderdriften. Die Segmentierung der Lebensverhältnisse zeigt sich in der Bildung, in der Verteilung der Erwerbsbeteiligung, am Einkommen (working poor), an der Verteilung der Verschuldung und des Reichtums, an der Wohnsituation und dem Gesundheitszustand verschiedener Bevölkerungsgruppen.

Es besteht eine enge Verkettung von Armut, Gesundheit und sozialer Fehlentwicklung. Vier zentrale Lebenslagendimensionen bedingen sich gegenseitig und sind bei der weiteren Entwicklung von Jugendhilfe- und Gesundheitshilfeansätzen zu beachten:

1. die materielle Grundversorgung,
2. der kulturelle Bereich, die (sozio-)kulturelle Grundversorgung,
3. der soziale Bereich, das Maß sozialer Integration und der Partizipation,

4. der gesundheitliche Bereich, der Zugang zur Gesundheitsfürsorge.

Gesundheitsamt (Ingrid Papies-Winkler):

Über die von der WHO 1946 festgeschriebenen Definition von Gesundheit hinaus sollte die Chancengleichheit zu Gesundheit gewährleistet werden sowie die Möglichkeit des Einzelnen oder von Gruppen, Bedürfnisse zu befriedigen. Gesundheitsförderung unterstützt diesen Prozess zur Verbesserung der Lebensqualität.

Gesundheit ist in Deutschland in Lehre, Forschung und Praxis durch die Medizin geprägt, d.h. durch Beschäftigung mit Krankheit. Selbst die Prävention bezieht sich weitgehend auf Krankheitsrisiken. Eine Erweiterung des biomedizinischen Modells ist notwendig, um Sozialwissenschaft-, Gesundheitsökonomie-, Gesundheitspolitik- und Organisations- und Management-Disziplinen zur Problemanalyse und zur Entwicklung von Umsetzungsstrategien zur Gesundheit. Es ist also ein interdisziplinäres Vorgehen notwendig, das sich auch an salutogenetischen Zielsetzungen orientiert, also die Bedingungen berücksichtigt, die uns gesund erhalten.

Gesunde-Städte-Netzwerk (Klaus-Peter Stender)

Gesundheit muss zuallererst als politische Aufgabe verstanden werden. Wie erreichen wir „den höchstmöglichen Gesundheitszustand für alle Menschen“, wie es in Artikel 1 der WHO-Verfassung heißt? Die Weltgesundheitsorganisation, prominente Sozialmediziner/innen und Gesundheitsfachleute meinen, dass die durch die Politik und vor allem durch eine bessere Steuerung, Abstimmung und Verknüpfung von Aktivitäten und Ressourcen geschehen kann.

Der Sozialmediziner Hans-Ulrich DEPPE brachte seine Überzeugung in den 90ern des letzten Jahrhunderts unmissverständlich auf den Punkt: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Und man kann in gleicher Weise und ebenso zurecht hinzufügen: Gesundheit ist ohne Politik nicht zu erreichen.

Internationale wissenschaftliche Studien belegen nachdrücklich, dass Gesundheit auch von der Qualität der Lebensbedingungen abhängig ist. Damit sind die Städte zentrale Orte der Gesundheitsförderung. Die Gesunden Städte folgen einer Zielausrichtung, die bereits vor über hundert Jahren, in dem Bericht: „Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im 19. Jahrhundert“, 1901, griffig beschrieben wurde:

„Denn es genügt nicht, eine Stadt für gesund zu bezeichnen, dass von 1000 Einwohnern nur

15 bis 17 sterben, sondern es muss auch verlangt werden, dass die große Masse der 983 bis 985 Überlebenden sich wohl befindet und sich ihres Daseins erfreuen kann.“

Ein halbes Jahrhundert jünger ist der Kerngedanke, der 1957 dem Fachbuch „medizin und städtebau“ zugrunde lag: An alle Dinge und Verhältnisse der Stadt ist der Maßstab des Menschlichen anzulegen. Diese Stadtentwicklung „vom Menschen her“ verfolgt auch die Gesunde-Städte-Konzeption.

Etwas moderner formuliert besteht nach der Gesunde-Städte-Philosophie die Herausforderung für die Städte darin, den Menschen ein Gefühl existenzieller Sicherheit zu vermitteln. In Städten muss ein gesundheitlich, sozial, wirtschaftlich und ökologisch nachhaltiges Leben möglich sein, und Städte müssen elementare menschliche Bedürfnisse wie Gesundheit, Geborgenheit, Sicherung des Lebensunterhaltes und sozialen Zusammenhalt gewährleisten. Die aktive Beteiligung der Menschen an der gesundheitsgerechten Gestaltung ihres städtischen Umfeldes ist für diese Ziele entscheidend.

Die zentrale Herausforderung der Gesunden Städte heißt: Wie gestalten wir Städte nachhaltig zu Orten der Gesundheit – oder wie es die WHO formuliert: Die Gesundheit der Bürger/innen muss auf die politische Tagesordnung der Kommunen, und Kommunen müssen Gesundheit in ihre Zielkataloge aufnehmen („vorsorgende Kommunalpolitik“).

Die WHO hat Gesundheit als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden definiert. Entsprechend dieser ganzheitlichen Definition von Gesundheit müssen auch die Umsetzungsstrategien umfassend und integrierend ausgerichtet sein. Gesundheit ist dabei vor allem eine kommunale Gemeinschaftsaufgabe. Das Leben in unserer komplexen Gesellschaft mit ihren Herausforderungen an Aktivität und Flexibilität setzt ein hohes Maß an Gesundheit voraus: Leistungsfähigkeit im Berufsleben oder in der Ausbildung, freiwilliges Engagement in Sportvereinen, Parteien, Gewerkschaften oder im Stadtteil, Gründung und Gestaltung einer Familie, Einklang von Berufstätigkeit und Kindererziehung sind auch deutlich an ein möglichst gesundes Leben geknüpft.

Gesundheit fördert Lebenschancen, Zufriedenheit und Produktivität von Bürger/innen und ist Bedingung für wirtschaftliche und gesellschaftliche Stabilität. Damit ist Gesundheit ein Faktor, der Lebensqualität ebenso befördert wie er auch die Standortqualität unterstützt. Schon deshalb sollten Behörden, Ämter, Institutionen, freie Träger an der Förderung von Gesundheit interessiert sein bzw. für dieses Ziel interessiert werden.

Dieses intersektorale Verständnis von kommunaler Gesundheitsförderung zu entwickeln und über viele Jahre zu sichern, ist nicht leicht. Zahlreiche Kommunen kämpfen mit aktuellen Krisen. Aktuelle Herausforderungen wie Abwanderungen von Einwohner/innen, strukturelle Einnahmeeinbrüche, wachsende Schuldenlasten bedrohen die Aufmerksamkeit für vorsorgende und auf längere Zeiträume ausgerichtete Aufgaben.

B) Das Verhältnis Gesundheitsförderung und Jugendhilfe: Was tut wer mit welchem Auftrag und Ziel, welchem Verständnis und in welchen Kooperationsbündnissen?

Jugendamt (Georg Horcher):

Das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) schreibt die Gesundheitsförderung nicht als ausdrückliche Aufgabe der Jugendhilfe vor. Im § 2(2.5) wird lediglich in Bezug auf seelisch behinderte Kinder Hilfe als Aufgabe benannt. Im § 11(3.1) wird gesundheitliche Bildung als Schwerpunktaufgabe außerschulischer Jugendbildung in der Jugendarbeit genannt. Aus den §§ 14 und 16 „Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz“ und „Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“ lassen sich ohne weiteres, fachlich begründet, Leistungen der Gesundheitsförderung ableiten. So sollen im erzieherischen Kinder- und Jugendschutz Maßnahmen der Jugendhilfe „junge Menschen befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen ...“, § 14(2.1). Der § 16 „Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“ nennt als Leistungen besonders die Familienbildung, die Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen und die Familienfreizeit und Familienerholung. Allen diesen Leistungen sind Fragen der Gesundheitsförderung immanent, ebenso in den Leistungen der Hilfen zur Erziehung, § 27 ff. Im Rahmen des Hilfeplanverfahrens nach § 36 SGB VIII sollen mehrere Fachkräfte zusammenwirken. Dazu zählen auch Fachkräfte des Gesundheitswesens. Die kooperative Konzeption des § 13 „Jugendsozialarbeit“ muss zum „Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen“ auch die Gesundheitsförderung einbeziehen.

Der § 81 wiederum verpflichtet den Träger der öffentlichen Jugendhilfe, das Jugendamt, zur Zusammenarbeit mit „Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes“. Entscheidend ist aber im Anschluss an die Gesundheitsdefinition der WHO die allgemeine Vorschrift im § 1(3.4), in der es heißt,

die Jugendhilfe soll „dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen“.

Diese allgemeine Vorschrift für die Jugendhilfe ist unmittelbar anschlussfähig an die als handlungsleitendes Prinzip zu verstehende Definition von Gesundheit durch die WHO.

Gesundheitsförderung und -erziehung als wesentliche Bestandteile der Gesundheitshilfe müssen aus Sicht der Jugendhilfe mehr sein als das Vermeiden schädlicher und ungesunder Einflüsse auf das menschliche Leben. Das Verständnis von Gesundheit ist in der Betrachtung der Jugendhilfe geprägt und bestimmt von psychosozialen, ökonomischen und soziokulturellen Faktoren. Gesundheit ist damit nicht für alle dasselbe. Gesundheit wird mitbestimmt auch durch das, was Menschen für sich für richtig halten und auch für sich wollen.

Gesundheitsförderung und -erziehung muss eingebettet sein in die Lern- und Bildungsprozesse zum Erwerb der Fähigkeiten, die erforderlich sind, um die Belastungen auszubalancieren, die durch Veränderungen entstehen. Ein immer größer werdender Teil der Bevölkerung steht vor permanenten Lebensveränderungen. (Erinnert sei hier nur an die Metapher vom lebenslangen Lernen.) Diese Lern- und Bildungschancen sind, wie PISA gezeigt hat, sozial höchst ungleich verteilt. Gesundheits- und Jugendhilfe stehen hier vor der gleichen Herausforderung und Aufgabe. Beide sind den gleichen Erfolgskriterien verpflichtet und unterworfen:

(a) Unterstützung leisten für erfolgreiche Lebensbewältigung, sozialem und damit auch der Gesundheit verpflichtetem Verhalten, menschenwürdigem Wohnen etc.,

(b) Bildung ermöglichen in Schule und Beruf, Vermittlung von Wissen und sozialer Kompetenz etc.,

(c) Partizipation und Integration, die Beteiligung der Menschen an der Gestaltung der Verhältnisse im eigenen Lebensraum, das Einbringen der Adressaten in die Unterstützungs- und Hilfeprozesse.

Die Jugendhilfe ist auf dem Weg weg von der Defizitorientierung hin zur Lebensweltorientierung. Für die Gesundheitsförderung ist es genauso erforderlich, sich von der Defizitperspektive zu lösen und sich zu einem Lebensführungsansatz zu verändern, der die soziokulturellen Verschiedenheiten berücksichtigt.

Aufgabe der Jugendhilfe ist es, Unterstützung beim Aufbau sozialer Netzwerke von Familien und Nachbarschaften zu leisten, Gesundheitsförderung zu stärken im Sinne von Verhältnisprävention und Verhaltensprävention.

on in der aufsuchenden Jugendarbeit, in der Offenen und Verbandsjugendarbeit, in den Arbeits- und Beschäftigungsprojekten, im betreuten Wohnen, der sozialpädagogischen Familienhilfe, der Suchtprävention usw. Dabei sind Maßnahmen des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes unmittelbar anschlussfähig an die Gesundheitsförderung, in dem neben der Gefahrenabwehr vor allem die Eigen- und die Mitverantwortung für andere in den Mittelpunkt rückt. Kinder- und Jugendschutz wird hier verstanden als Angebot der Jugendhilfe für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und nicht im Sinne der veralteten und weitgehend wirkungslosen „polizeilichen“ Gefahrenabwehrkonzeption. Für die Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit heißt das, peer groups als kollektive Health-Lifestyle-Gruppen zu verstehen, Gesundheitsförderung als Lebenskompetenzförderung zu betrachten. Gefordert ist eine Jugendhilfe, die sich nicht auf Abstinenz und Risikoabwehr beschränkt, sondern eine Jugendhilfe, die die Kompetenz vermittelt, mit Risiken verantwortungsbewusst umzugehen.

In diesem Sinne leisten auch die Sportvereine einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung, nicht nur zur körperlichen Entwicklung, sondern zur Entwicklung eines gesunden Selbst- und Leistungsbewusstseins und zur Gemeinschaftsbildung.

Eine immer noch wichtige Institution ist die Schule. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage: Unter welchen Bedingungen wird die Schule zu einer gesundheitsbelastenden oder gesundheitsfördernden Institution? Schuleingangsuntersuchungen, schulärztliche Dienste und Gesundheitserziehung nutzen nichts, wenn das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden im Bildungswesen keinen zentralen Platz einnimmt. Das hat nichts mit Kuschelpädagogik oder Minderung der Leistungserwartung zu tun. (Ob aber die Verkürzung der Schulzeit bis zum Abitur ein Beitrag zur Gesundheitsförderung der Gymnasiast/innen ist, darf bezweifelt werden.) Gemeint ist auch keine Pädagogisierung des Gesundheitsverhaltens durch ein Unterrichtsfach „Gesundheit“, wohl aber eine Stärkung der gesundheitsfördernden Wirkung der Schule durch die Stärkung des Selbstwertgefühls der Schüler/innen, durch die Steigerung der Handlungskompetenz und einen Unterricht, der auf Sinnvermittlung und nicht nur auf Wissensvermittlung setzt.

In dieser Auseinandersetzung spielt das Gesundheitswesen nur eine untergeordnete Rolle, während sich die Jugendhilfe schon seit Jahren in einer intensiven Diskussion mit Schule befindet.

Gesundheitsamt (Ingrid Papies-Winkler):

In den meisten Bundesländern wurden in den letzten Jahren neue Gesundheitsdienstgesetze verabschiedet, die New Public Health-Aufgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst formuliert haben. Neben den traditionellen Aufgaben der Gesundheitsämter wie Gesundheitsschutz und Gesundheitshilfe sollen die Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitsförderung im Sinne von Planungs-, Steuerungs-, Koordinationsfunktionen wahrgenommen werden. Die Gesundheitsförderung impliziert Netzwerkarbeit, also ressort- und trägerübergreifende Zusammenarbeit, insbesondere auch mit dem Kinder- und Jugendbereich. Sie ist Bevölkerungs-, nicht individuell orientiert.

Die Umsetzung dieser Gesetze in die Praxis erfolgt sehr unterschiedlich, je nach Zielsetzung und Ressourcen einzelner Gesundheitsämter. Gesundheitsschutz und individuelle Gesundheitshilfe sind nach wie vor prioritäre Schwerpunkte, Gesundheitsförderung und Prävention werden vom öffentlichen Gesundheitsdienst eher wenig wahrgenommen.

Berlin stellt in seiner Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes eine Besonderheit dar. Neben den traditionellen Gesundheitsämtern wurden mit dem neuen Gesundheitsdienstgesetz Plan- und Leitstellen eingerichtet, die als Stabsstellen den Gesundheitsdezernenten/innen zugeordnet sind und die New Public Health-Aufgaben (Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung, psycho-soziale Koordination) wahrnehmen.

Als Mitarbeiterin der Plan- und Leitstelle, verantwortlich für die Gesundheitsförderung und Prävention sowie das Gesunde-Städte-Netzwerk, ist für mich die Kooperation mit der Abt. Jugend und Schule ein Auftrag der Arbeit und spiegelt sich in vielfältigen Ansätzen der Zusammenarbeit wider.

C) Kooperationshemmnisse: Welche Bedingungen, professionellen Standards und systemimmanenten Ziele und Verfahren behindern die Kooperation zwischen den Bereichen Gesundheit und Jugendhilfe?

Jugendamt (Georg Horcher):

Kooperationshemmnisse sollen an drei Beispielen deutlich gemacht werden:

- (1) an der immer noch schwierigen Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie,
- (2) an den Schuleingangsuntersuchungen im Zusammenhang mit der Einschulung zu Beginn der Schulpflicht und
- (3) an der organisatorischen Zuordnung der

Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene.

In der Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie kommt es immer wieder zum Konflikt zwischen dem medizinischen Behandlungsmodell, der Klinikhierarchie und den dialogorientierten Arbeitsformen der Jugendhilfe und ihrer Einrichtungen. Im Einzelfall entstehen die Konflikte bei unterschiedlichen Sichtweisen hinsichtlich der Erziehungsbedürftigkeit bzw. der Krankheit. Dabei werden häufig die Kompetenzen der einen Seite über- und die der anderen Seite unterschätzt. Das hängt auch mit dem sozialen Status zusammen, den Ärzte/innen und z.T. auch Psychologen/innen gegenüber Sozialpädagogen/innen haben. Das Selbstbewusstsein der Sozialpädagogen/innen reicht häufig nicht für ein Dialog auf gleicher Augenhöhe aus. Andererseits dokumentieren die Fachärzte ihre Sonderstellung immer wieder mit dem Gebrauch ihrer Fachsprache, die die Sozialpädagogen/innen vom fachlichen Diskurs ausschließt. Diesen gelingt es deshalb häufig nicht, ihre Sichtweisen und Handlungsvorschläge plausibel darzustellen und nachvollziehbar fachlich zu begründen. Psychiatern/innen und Psychologen/innen gelingt es dagegen leichter, Entscheidungsunsicherheiten in ihrer eigenen Fachsprache gegenüber den Mitarbeiter/innen der Jugendhilfe zu verschleiern. In diesen Auseinandersetzungen wird auf beiden Seiten häufig stärker um Zuständigkeitsfragen und Definitionsmacht gerungen als um eine gemeinsame Entscheidung zum Wohl der Patienten/innen bzw. Klienten/innen.

Bei der Einschulungsentscheidung von Kindern in die 1. Klasse ist immer noch das Votum der Schulärzte bedeutender als die pädagogische Empfehlung der Erzieherin, die die Entwicklung der Kinder häufig über mehrere Jahre begleitet und mitverfolgt hat. Es ist auch noch nicht die Regel, die Mitarbeiterinnen der Vorschuleinrichtungen an der Einschulungsempfehlung formell zu beteiligen. Obwohl die Bildungsforschung und die Entwicklungspsychologie längst nachgewiesen haben, dass die Schulfähigkeit nicht von einem Stichtag abhängt, wird die Schuleingangsuntersuchung immer noch unter dieser Prämisse durchgeführt. Die medizinische Prüfung der körperlichen Voraussetzung ist das eine, die Prüfung der emotionalen, kognitiven, sprachlichen und sozialen Voraussetzungen etwas anderes. Letzteres erfordert in der Regel eine längere Beobachtung des Kindes, und ist nicht in zwanzig oder dreißig Minuten zu erledigen.

Die Schätzungen, wonach zwischen dreißig und vierzig Prozent der Kinder zu früh oder zu spät eingeschult werden, sprechen nicht ge-

rade für das derzeitige Verfahren. Auch hier trifft ein medizinisch orientiertes, auf Objektivität ausgerichtete Untersuchungsmodell auf dialogisch orientierte Beurteilungs- und Entscheidungsverfahren und erschwert oft die Zusammenarbeit, sofern es überhaupt eine gibt. Häufig sind es dann die Eltern, die letztlich die Verantwortung tragen, mit ihrer Entscheidung alleine. Es ist dringend erforderlich, anstelle der derzeitigen Einschulungsuntersuchungen andere Formen der Feststellung der „Schulreife“ einzuführen, die medizinische, entwicklungspsychologische und sozialpädagogische Verfahren berücksichtigen und die Kompetenz der Pädagogen/innen der Vorschuleinrichtungen anerkennen.

Gesundheitsförderung in der skizzierten Form ist eine Querschnittsaufgabe, die alle sozialen Handlungsfelder durchdringt. Die Zuordnung dieser Querschnittsaufgabe in einem Amt, meist dem Gesundheitsamt, behindert häufig, was sie eigentlich befördern und entwickeln will. Jede Organisationseinheit, jedes Amt, hat zunächst einmal die Tendenz, sich von anderen Organisationseinheiten abzugrenzen. Dies führt dazu, dass diese Grenzen zunächst – häufig mit großem organisatorischem und kommunikativem Aufwand – abgebaut werden müssen. Sinnvoller sind deshalb andere organisatorische Zuordnungen, wie sie z.T. auch schon praktiziert werden. So scheint es sinnvoller, die Sozial-, Jugendhilfe- und Gesundheitsplanung und die Gesundheitsförderung als zentralen Stab der Planung und Steuerungsunterstützung quer über die Struktur der Sozial-, Jugend- und Gesundheitsämter zu legen und sie direkt der politisch zuständigen Stelle auf der Ebene der politischen Verwaltungsführung zuzuordnen.

Gesundheitsamt (Ingrid Papies-Winkler):

Das ressort- und berufsgruppenspezifische Denken und Handeln bestimmt nach wie vor die Praxis der Jugendhilfe und des öffentlichen Gesundheitsdienstes. So gibt es auf bezirklicher Ebene in Berlin keine abgestimmten Planungsgrundlagen. In der Gesundheitsplanung, Jugendhilfeplanung, Schulplanung und Sozialplanung wird erst seit kurzer Zeit versucht, Daten, den Zuschnitt der Planungsräume (Verkehrszellen, statistische Gebiete etc.) sowie die Versorgungsangebote miteinander abzustimmen.

Die Jugendhilfeplanung bezieht im Rahmen ihrer Sozialraum-Arbeitsgemeinschaften den Gesundheitsbereich bisher nur punktuell ein.

Sowohl die Jugend- als auch die Gesundheitshilfe sind vom Ansatz her problemorientiert, arbeiten also nicht oder nur in Ausnahmen präventiv. Gesundheitsförderung

bedeutet aber vorrangig die Verbesserung der Lebensqualität im Umfeld und leitet sich aus dem salutogenetischen Ansatz her. Obwohl ressortübergreifend angelegt, wird die Gesundheitsförderung von der Jugendhilfe u.a. bisher nur unzureichend als Partner wahrgenommen.

Weiteres Hemmnis für die Zusammenarbeit ist die fehlende Transparenz von Institutionen, Projekten und Angeboten. Hier ist die Initiative der BZgA sehr zu begrüßen, für die Gesundheit Berlin e.V. eine Datenbank zu Kinder- und Jugendprojekten für sozial Benachteiligte aufbaut. Diese sollte zukünftig so erweitert werden, dass sie auch auf Sozialraumebene zu nutzen ist.

D) Möglichkeiten und Synergien sozialräumlicher Organisation: Unter welchem Dach finden/ treffen sich Jugendhilfe und Gesundheit?

Jugendamt (Georg Horcher):

Der Sozialraum ist die Schnittfläche, in der Jugendhilfe und Gesundheitsförderung sich wieder finden. Dabei ist zu beachten, dass unter administrativen Gesichtspunkten der Sozialraum in der Regel ein geographisch abgrenzbarer Teil der Stadt ist, je nach Größe der Stadt eine Straße, ein Stadtteil oder ein Bezirk. Der Sozialraum der Menschen ist durch diese selbst anders definiert, nämlich als der Raum, in dem sie ihre wichtigsten sozialen Bezüge haben, in dem sie beheimatet sind. Das können familiäre Netzwerke, Freundes- und Bekanntenkreise sein, das kann auch ein Stadtteil sein. In der Regel bewegen sich die Menschen in mehreren unterschiedlichen Sozialräumen. Für die folgenden Ausführungen sollen beide Begriffe gelten, der administrative und der soziale.

Die Stärkung fördernder Netzwerke trägt zu körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden bei. Deshalb ist sowohl die Schaffung und Unterstützung sozialer Netzwerke und informeller und formeller Gruppen im sozialen Nahraum (z.B. Krabbelgruppen, Mutter-Kind-Gruppen etc.) ebenso gemeinsame Aufgabe von Jugend- und Gesundheitshilfe wie eine sozialräumliche Entwicklungsplanung für ein vernetztes soziales Infrastrukturangebot für das Aufwachsen von Kindern im Umfeld ihrer Herkunftsfamilie und für generations- und zielgruppenübergreifende Begegnung und Kommunikation. Dazu bedarf es z.B. einer Qualifizierung der Leistungsangebote in den Kindertageseinrichtungen: als Orte der Familienbildung, als Orte der Frühförderung und als Orte gesundheitlicher Vorsorge.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugend-

ärzte stellt fest, dass „die Ursachen einer Vielzahl körperlicher und psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der fatalen Verknüpfung von materieller Armut, dem schlechten psychosozialen Umfeld und dem niedrigen Bildungsgrad der Bezugspersonen“ liegen. „Mit dem Ausgleich der materiellen Benachteiligung allein ist es nicht getan“, so die Kinder- und Jugendärzte.

Wie die Jugendhilfe fordern auch sie eine soziokulturelle Infrastruktur, Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen und eine aufsuchende Fürsorge durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Notwendig sind institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit von Jugend- und Gesundheitshilfe z.B. an Stadtteil-Tischen, und die institutionalisierte Zusammenarbeit von Allgemeinem Sozialen Dienst, den Trägern ambulanter Erziehungshilfe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Sozialraumorientierung erfordert aber auch ein gemeinsam geteiltes Sozialraumwissen aller professionellen Akteure und die Einbeziehung und Beteiligung der betroffenen Menschen, der Kinder, Jugendlichen, Erwachsenen, Migrantinnen/innen, der Behinderten etc. als Experten/innen ihres Sozialraumes. Die sozialraumbezogene Integration von Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe in einer Organisationseinheit auf der Basis integrierter Sozial-, Jugendhilfe- und Gesundheitsplanung müssen die Zukunft bestimmen.

Gesundheitsamt (Ingrid Papies-Winkler):

Die Zukunft der Kooperation der Gesundheitsförderung und der Jugendhilfe liegt in sozialräumlichen Ansätzen. Auf der Grundlage von abgestimmten Planungsdaten, Bedarfs- und Beteiligungsanalysen besteht hier eine gute Möglichkeit, Bürger/innen, Träger und Angebote zu vernetzen mit dem Ziel einer optimalen Unterstützung für Kinder und Familien.

Ein sozialraumbezogenes Modellprojekt, das im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit gefördert wird, ist zum Beispiel das Stadtteil-Netz – Soziale Ökonomie für Kinder, Umwelt und Gesundheit am Boxhagener Platz.

Stadtteil-Netz – Soziale Ökonomie für Kinder, Umwelt und Gesundheit am Boxhagener Platz

Ausgangspunkt für das Stadtteil-Netz ist die für das Modellprojekt gebildete Kooperationsgemeinschaft. In ihr sind lokale Institutionen, Organisationen aus Politik, Wissenschaft und den Fachgremien vertreten. Die Koordination hat das Technologie-Netzwerk Berlin e.V. übernommen. Eine enge Kooperation mit dem Quartiersmanagement ist vorgesehen.

Ziele des Modellprojekts sind:

- die Verbesserung der Lebensqualität im Stadtteil, insbesondere der Gesundheits- und Umweltsituation für Kinder und deren Familien,
- die Förderung einer nachhaltigen sozialen, ökologischen und ökonomischen Stadtteilentwicklung,
- die ressortübergreifende Umsetzung der Gesundheitsförderung auf sozialräumlicher Ebene,
- der Ausbau der umwelt- und gesundheitsbezogenen Infrastruktur mit Hilfe lokal-ökonomischer Strategien,
- der Ausbau der Sozialen Ökonomie in diesem Bereich zur nachhaltigen Absicherung der Maßnahmen und Projekte.

Dabei stehen die Themenschwerpunkte Bewegung, gesunde Ernährung, Umweltbeziehung und Wohnumfeld, psychische und physische Stressfaktoren sowie Sucht- und Gewaltprävention im Mittelpunkt.

In der **Modell-Laufzeit** sollen Maßnahmen und Projekte zur Verbesserung der Gesundheits- und Umweltsituation im Kiez entwickelt und durchgeführt werden. Zurzeit sind zwölf konkrete Einzelprojekte vorgesehen. Im Stadtteil-Netz sollen durch die Zusammenarbeit weitere bedarfsorientierte Maßnahmen entwickelt und realisiert werden.

Die 12 **Einzelprojekte**: Kiezdetektive, Planning for Real, gastronomische Dienstleistungen durch Jugendliche (Catering), Spielraum für Bewegung, Snoezelen, Spielgeräte-Verleih, Kennenlernen von landwirtschaftlichen Bio-Betrieben im Umland, Familiengarten, Freiluft-Kinderpuppentheater-Sonntage, Frühintervention für tabakkonsumierende Kinder, lokale Präventions-Kampagne zum Thema Alkohol- und Tabakkonsum, Social Justice Trainings ... weitere Projekte sollen entwickelt werden.

Die **Evaluation** erfolgt durch das Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin. Die Umsetzung von Vorhaben mit ökonomischer Dimension (z.B. durch das Anbieten von Dienstleistungen oder Waren) sollen über die Gründung bzw. dem Ausbau von sozialen Unternehmen realisiert werden. Damit sollen die Vorhaben auf eine nachhaltig tragfähige Grundlage gestellt werden.

Gesunde-Städte-Netzwerk (Klaus-Peter Stender)

Ein Beispiel für die Möglichkeiten und Synergien einer sozialräumlichen Organisation ist das Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Im Juni 1989 haben auf Anregung der WHO elf Kommunen das

Bundesdeutsche Gesunde-Städte-Netzwerk in Frankfurt/M. gegründet. Die Zahl der Mitglieder ist mittlerweile auf knapp sechzig Kommunen angewachsen, in denen über 20 Millionen Bürger/innen, circa ein Viertel der Bevölkerung, leben.

Bedeutende Umsetzungsebenen der Gesundheitsförderung und Prävention sind die Kommunen und Kreise. Gesunde Städte haben in den letzten vierzehn Jahren die Stärke lokalen Handelns für die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung unter Beweis gestellt.

Gesundheitsförderung und Prävention sind Gemeinschaftsaufgaben, die unter aktiver Beteiligung der lokalen Akteure wirksam werden. Dafür sollen geeignete Verfahren angewendet und weiterentwickelt werden (z.B. kommunale Gesundheitskonferenzen, intersektorale Arbeitsgruppen der Stadtämter, Gesundheitsverträglichkeitsverfahren).

Erfolgversprechende Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten stützen sich auf die Erkenntnisse der kommunalen und Landes-Gesundheitsberichterstattung und unterstützen die Umsetzung prioritärer kommunaler Gesundheitsziele. Im Sinne einer gemeinschaftlichen, vorsorgenden Kommunalpolitik werden dabei Ziele weiterer Fachpolitiken einbezogen (z.B. Ziele der Stadtentwicklung, der Jugendhilfe, der Bildungs-, der Umweltpolitik). Die Entwicklung kommunaler Aktionspläne für Gesundheit sind wirksame Instrumente, um die Gesundheit der Bevölkerung intersektoral und bürgernah auf geeignete Weise zu verbessern.

Die Gesunden Städte stellen Gesundheit als Querschnittsaufgabe in den Mittelpunkt ihrer Kommunalpolitik. Im besten und ehrgeizigsten Sinne einer kommunalen konzertierten Aktion werden Rahmenbedingungen für „nachhaltige Gesundheit“ entwickelt.

Gesundheitsförderung ist zugleich ein wissenschaftlicher wie ein schöpferischer Prozess, bei dem die Fähigkeiten und Handlungsspielräume der Akteure über Erfolg und Wirksamkeit entscheiden. Gesunde Städte werden entwickelt von Menschen: von engagierten und kompetenten Personen wie Kommunalpolitikern/innen, von Mitarbeitern/innen in den verschiedenen Stadtämtern, von weiteren Akteuren in Volkshochschulen, Krankenkassen, Betrieben, Schulen und Kindertagesstätten und natürlich von Bürgern/innen.

In den Gesunden Städten ist dort die kommunale Gesundheitsförderung kraftvoll aus den Startlöchern gekommen, wo die Rückenbedeckung durch Kommunalpolitik konkret erlebt wird und fach- und kooperationskompetente Mitarbeiter/innen diese Unterstützung auch zu nutzen und umzusetzen wissen.

Ohne strukturelle Veränderungen – und das ist ebenso richtig – ist es nicht seriös möglich, eine Gesunde Stadt zu verwirklichen. Kommunale Gesundheitsförderung lebt nicht von Erklärungen und Deklarationen. Sie ist einzig durch konkrete Handlungen und die Förderung von Rahmenbedingungen zu entwickeln. Der politische Wille, dafür Voraussetzungen zu schaffen, ist dabei grundlegend. Dazu zählen Aktivitäten oder auch Strukturen für Verknüpfungen in und über Ressortgrenzen hinweg und für die Mitwirkung von Bürger/innen.

Die verknüpfenden Strukturen sollen den „Brückenschlag“ zwischen verschiedenen Institutionen und Sektoren (z.B. Stadtämter, Krankenkassen und Wirtschaft) erleichtern und dabei „Übersetzungsarbeit“ leisten zwischen dem formellen Sektor (z.B. Stadtämter) und dem informellen (z.B. Bürgergruppen, Initiativen, Selbsthilfegruppen, einzelne Bürger/innen). Weitere Aufgaben sind, der Gesundheit einen Ort zu geben (Gesundheitshäuser) und Gesundheit auf die Tagesordnung vieler Institutionen und der Stadt zu setzen (Gesundheitskonferenzen).

Die Erfahrungen der letzten Jahre belegen, dass der Fortschritt und die Nachhaltigkeit kommunaler Gesundheitsförderung an die Qualität und die politische Unterstützung dieser Instrumente gebunden ist. Fehlen derartige Einrichtungen, ist die ressortübergreifende Arbeit anfällig, weil sie überwiegend auf persönliches Engagement angewiesen ist.

Schlaglichtartig lässt sich das aus der Praxis erworbene Wissen zur Umsetzung des Leitbildes Gesunde Stadt in folgenden acht Meilensteinen zusammenfassen:

- (1) politische Unterstützung ist erkennbar; gesundheitliche Probleme werden beschrieben und öffentlich diskutiert, Strukturen zur Koordination und Aktivierung sind handlungsfähig;
- (2) Intersektoralität wird durch Arbeitsweisen und -prozesse sowie durch Projekte gestärkt und nachhaltig entwickelt;
- (3) Strukturen zur Beteiligung von Bürger/innen erleichtern Mitwirkungsmöglichkeiten;
- (4) gesundheitliche Folgen von Entscheidungen in Politik und Verwaltung werden geprüft und beeinflussen diese Entscheidungen;
- (5) die Kommunikation mit der Öffentlichkeit ist selbstverständlicher Bestandteil der Aktivitäten;
- (6) Gesundheits-Aktionspläne erleichtern zielbestimmtes und abgestimmtes Handeln;
- (7) Bündelung der Kräfte in gemeinsamen Strukturen;
- (8) Transparenz der Ressourcen, öffentliche Darstellung und Überprüfung der Wirkungen (Evaluation).

Das 9-Punkte-Programm wurden von den Mitgliedern des bundesdeutschen Gesunde-Städte-Netzwerkes selbst entwickelt, jede mitwirkende Kommune hat sich darauf verpflichtet. Damit verfügt das Netzwerk über einen Maßstab zur Bewertung der jeweiligen kommunalen Arbeit.

Kommunen, die das 9-Punkte-Programm (einschließlich von Mindeststandards) befürworten, können sich dem Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland anschließen. Zu den Punkten gehören die Zustimmung durch die Kommunalpolitik, die Einrichtung einer Geschäftsstelle und Benennung einer zuständigen Person, die Entwicklung einer ressortübergreifenden, gesundheitsfördernden Politik z.B. durch Informationen der Politikbereiche sowie durch Gesundheitsförderungs-Konferenzen, die Etablierung von Gesundheitsförderung als Entscheidungskriterium bei öffentlichen Planungen, die Schaffung von Rahmenbedingungen für Bürgerbeteiligung und Gesundheits- und Sozialberichterstattung.

Nicht alle Punkte müssen bereits zu Beginn der Mitgliedschaft umgesetzt sein. Die Städte verpflichten sich auf einen Prozess, diese Strukturmerkmale im Wesentlichen im Laufe ihrer Mitgliedschaft zu etablieren.

(1) Aufdeckung von Problemen und Entdeckung von Potenzialen durch Methoden der Gesundheitsberichterstattung: Befragungen, Berichte, Monitoring- und Evaluationsinstrumente.

(2) Kommunale Gesundheitsrahmenkonzepte: Erhebung von Aktivitäten und Projekten für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage im Rahmen von Stadtämtern und weiteren kommunalen Einrichtungen, bessere Abstimmung, Verknüpfung und Steuerung der Aktivitäten (z.B. Landesrahmenprogramm Gesunde Stadt Hamburg).

(3) Kommunale Gesundheitskonferenzen als Kooperations- und Partizipationsinstrumente, in denen wesentliche Institutionen einer Kommune von Ärzteschaft, Arbeitgebern, Bildungseinrichtungen über Gewerkschaften, Initiativen, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen bis hin zu Stadtämtern und Wohlfahrtseinrichtungen die Gemeinschaftsaufgaben Gesundheitsförderung und Prävention bearbeiten.

(4) Gesundheitshäuser als Orte der Gesundheit, offen für alle Bürger/innen, die sich zu Fragen von Gesundheit, sozialen Hilfen, freiwilligem Engagement und Selbsthilfe informieren, engagieren oder beraten lassen wollen (z.B. im Kreis Unna, in Münster, Gelsenkirchen oder Hamburg).

(5) kleine Vernetzungs- und Beteiligungsbüros (z.B. Gesunde-Städte-Büros, Projekt

Das 9-Punkte-Programm zum Beitritt ins Gesunde-Städte-Netzwerk – Selbstverpflichtung der Kommunen auf die Grundsätze

Gesundheitsförderung in Göttingen, Münchner Aktionswerkstatt Gesundheit (MAG's), Vernetzte Dienste in Hannover, Servicestelle für Bürger/innenbeteiligung in Frankfurt als niedrigschwellige Anlaufstellen für Bürger/innen oder als Verknüpfungsbüros zur besseren Kooperation von Stadtämtern, Viernheimer Aktivitäten zur Förderung des Bürgerengagements).

(6) Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitsverträglichkeit (z.B. abgestimmte Prüfverfahren zur kinderfreundlichen Stadtplanung wie in Rostock)

(7) Gesundheitsförderungs-Aktivitäten in Stadtteilen, Betrieben, Schulen und Kindergärten zu Themen wie Schulhofumgestaltung, Aufbau von Schulkiosken bzw. Mittagstischen, Förderung von Bewegungsräumen und -angeboten, betriebliche Gesundheitsförderung in Stadtämtern.

(8) Angebote für chronisch kranke Menschen, u.a. Informationen in Broschüren oder im Internet, abgestimmte Zusammenarbeit von Krankenhaus und ambulantem Hilfesystem.

(9) aktivierende Öffentlichkeitsarbeit, u.a. Gesundheitsmärkte, Gesundheitswochen, Gesunde-Städte-Zeitungen, „gesunde und zukunftsfähige“ Kantinen).

E) Ausblick – Vision

Gesunde-Städte-Netzwerk (Klaus-Peter Stender)

Gesunde Städte werden durch den Zeittrend bestätigt. Auf dem Gesunde-Städte-Symposium 2000 in Osnabrück hat der Journalist Erik Händeler nach Auswertung vergangener und gegenwärtiger Trends zukünftige Standortfaktoren für Kommunen aufgelistet. Gesundheit, vernetztes Denken und Arbeiten sowie eine entwickelte Kooperationskultur in den Städten werden nach der Analyse von Händeler als Standortfaktoren ganz hoch gehandelt werden.

Erste Anzeichen für diese stärkere politische Gewichtung von Gesundheit und Gesundheitsförderung sind erkennbar: Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen plädiert in seinem 2001 veröffentlichten Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ für Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung und spricht sich nachdrücklich für eine intersektorale vorsorgende Gesundheitspolitik aus, die über das Gesundheitswesen hinaus auf Bildungs-, Arbeits-, Verkehrs-, Stadtentwicklungs- und Umweltpolitik Einfluss nimmt. Auf eine ähnliche Formulierung hatte sich bereits

zehn Jahre früher die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder verständigt.

Bundesgesundheitsministerin Schmidt forderte anlässlich des im Sommer 2002 unter ihrer Federführung gegründeten Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung, es komme nicht nur darauf an, Krankheiten zu heilen: Prävention und Gesundheitsförderung seien gesamtgesellschaftliche Aufgaben und müssten gestärkt werden. Ein Präventionsgesetz soll noch in dieser Legislaturperiode beschlossen werden. Bundes- und Landespolitik versprechen sich von mehr Prävention und Gesundheitsförderung finanzielle Einsparungen in Höhe von 25 bis 30 Prozent im Gesundheitsbereich.

Auf kommunaler Ebene wird Gesundheit zunehmend auch als Faktor für Lebensqualität und für die Standortqualität geschätzt. Kommunen werden zukünftig nicht nur um Betriebe in den Wettbewerb treten, sondern auch um Bürger/innen. Darüber hinaus ist Gesundheit ein Wirtschaftsfaktor: So ist in vielen Städten und Kreisen ein Großteil der Beschäftigten im Gesundheits- und Medizinbereich tätig.

Jugendamt (Georg Horcher):

Mit dem Untergang des Sozialismus hat der Kapitalismus die sozialen Fragen nicht gelöst. Sie stellen sich neu und drängender als je zuvor, wie die aktuelle gesellschafts- und gesundheitspolitische Debatte zeigt.

Der digitale Kapitalismus, der im Zuge der Globalisierung entstanden ist, hat zur zunehmenden Trennung des Kapitals von der Arbeit geführt mit allen negativen Konsequenzen (z.B. steigende Kapitalgewinne bei gleichzeitig zunehmender Arbeitslosigkeit). Ellis Huber, Vorstand der SEKURVITA BKK in Hamburg und Vorstandsmitglied des Paritätischen Wohlfahrtsverbands in Berlin, definiert als Produktionsziel eines modernen Gesundheitssystems: „Sozialer Gewinn und nicht individueller Profit.“ Er plädiert dafür, „dass künftig Krankenhäuser und Arztpraxen zu Netzwerken werden, in denen Laien und Experten zusammenwirken und kreative Kräfte gesammelt werden, die dem Sozialen dienen und die Gefühle des Gemeinsamen ausdrücken können.“

„Heilen, Pflegen und Helfen sind soziale Wertschöpfungsprozesse, die unsere Gesellschaft bilden und zusammenhalten“, so Ellis Huber weiter. Diese Vision kann weiterreichen, warum sollen nicht Jugendhilfeeinrichtungen und Gesundheitseinrichtungen künftig gemeinsam dieses Netzwerk entwickeln?

Wir werden die sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen nur dann bestehen, wenn es uns gelingt, nach dem Wandel von der Industrie- zur Wissensgesellschaft auch den

Wandel von der Konkurrenz- zur kooperativen Gesellschaft zu schaffen. Gesundheits- und Sozialarbeit werden dabei zum neuen Motor dieses gesellschaftlichen Entwicklungsprozesses, an dessen Anfang wir freilich erst stehen. Wenn es uns gelingt, mit einem sinnvollen Aufwand an Ressourcen ein hohes Maß an sozialer Kohärenz zu schaffen, werden wir mit den Problemfällen des Lebens besser fertig, als wenn wir weiterhin nur viel Geld in Polizei, Beratungsstellen oder andere Einrichtungen zur Bekämpfung sozialer Konflikte stecken.

Zentraler sozialpolitischer Handlungsbedarf besteht

- in der sozialen Sicherung von Familien unter Berücksichtigung neuer Familienkonstellationen,
- im „Aufwachsen in öffentlicher Verantwortung“ (Titel des 11. Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung), jeder ist für das Aufwachsen der Kinder mitverantwortlich (die derzeitige sozialpolitische Debatte geht gerade in die andere Richtung),
- in einer Grundsicherung für Kinder.

Zentraler Handlungsbedarf in den Hilfesystemen besteht

- in der Prävention als Leitprinzip der Jugendhilfe und Gesundheitsförderung,
- in der Kooperation und Vernetzung des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereichs in den Sozialräumen,
- in der gemeinsamen Erarbeitung von Standards für integrative Angebote für benachteiligte Kinder und Familien,
- und in der Sensibilisierung und gemeinsamen Qualifizierung der Fachkräfte in der Jugendhilfe und im Gesundheitswesen,
- in der organisatorischen Zusammenfassung von Sozial-, Gesundheits- und Jugendhilfe.

Gesundheitsamt (Ingrid Papies-Winkler):

Nach wie vor arbeiten – trotz guten Willens – die verschiedenen Akteure mit ihren einzelnen Programmen nebeneinander her. Soziale Stadt, Gesunde-Städte-Netzwerk und Lokale Agenda 21 – drei Programme, die fast identische Ziele und Zielgruppen haben und alle drei als Vernetzungsprogramme angelegt sind – müssen Strategien der Zusammenarbeit entwickeln, die Träger- und Akteurskonkurrenzen überwinden und eine nachhaltige Gesundheitsförderung oder Jugendhilfe gewährleisten, die insbesondere Kinder, Jugendlichen und Familien zugute kommt, die von sozialer Ausgrenzung betroffen sind.

Einen Ansatz hierzu stellte das Gesunde-Städte-Netzwerk-Symposium 2001 zum Thema „Gesundheit-Umwelt-Stadtentwicklung – Netz-

werke für Lebensqualität“ dar.

Darüber hinaus sollte die Kinder- und Jugendbeteiligung unbedingt gewährleistet sein. Jugendhilfe und Gesundheitsförderung darf nicht nur für, sondern muss erfolgreich mit Kindern stattfinden. Nur aus der Sichtweise der Kinder und Jugendlichen können sinnvolle Projekte entwickelt werden. Erfahrungen hierzu sind vorhanden, diese können als models of good practice genutzt werden. Auch die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an Veranstaltungen wie dieser Fachtagung wäre zu überlegen.

Andreas Mielck hat in seinem Vortrag heute schon darauf verwiesen, dass genügend Forschungsergebnisse vorliegen, um Handlungsansätze zu begründen. Ich möchte dem hinzufügen, auch Praxisansätze sind in hoher Zahl, großer Vielfalt und unterschiedlicher Qualität vorhanden. Es fehlt jedoch eine Koordination, Vernetzung und Abstimmung der Angebote auf kommunaler, Landes- und Bundesebene. Auf allen drei Ebenen ist eine konkrete Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis hilfreich und sinnvoll, sowohl bei Bedarfsanalysen als auch bei der Qualitätssicherung der Angebote.