

## **Synergiegewinne aus Kooperation?**

Das Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG) ist eine gemeinsame Einrichtung der Universität Lüneburg und der Fachhochschule Nordostniedersachsen. Forschungsschwerpunkte sind u.a. soziale Benachteiligung und Gesundheit, der Bedarf und die Evaluation von Interventionen und Gesundheitsförderung im Rahmen sozialer Dienste. In diesen Rahmen passt die Durchführung des Modellprojektes „Selbst is(s)t der Mann!“, das ich im Folgenden als Beispiel für ein kooperatives Projekt (BÖHM et al. 1999) vorstellen möchte.

Das ZAG hat das Projekt entwickelt und ist mit der Koordination und Evaluation beauftragt. Die Modellumsetzung findet bei fünf norddeutschen Jugendhilfeträgern statt. Neben diesen Trägern sind auch die Mittelgeber als Kooperationspartner zu nennen, nämlich das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, das Niedersächsische Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. für die Freie und Hansestadt Hamburg.

Gleichzeitig kooperieren wir mit Fachorganisationen, die Ernährungsberatung anbieten. Diese sind, neben der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sektion Niedersachsen, und die Verbraucherzentrale Niedersachsen e.V.

Ziel des Projekts „Selbst is(s)t der Mann!“ ist die Verbesserung der Ernährung sozial benachteiligter, männlicher Jugendlicher und die Erweiterung ihrer Haushaltskompetenzen. Zum Begründungszusammenhang des Projektes sei auf eine andere Veröffentlichung verwiesen (DENEKE et al. 2003).

Die Interventionen des Projekts sollten weitgehend im Rahmen von offener Jugendarbeit stattfinden, weil hier die Zielgruppe sozial benachteiligter, männlicher Jugendlicher (zwischen 12 und 20 Jahren) gut zu erreichen ist. Interventionsorte sind:

- ein Jugendzentrum in Wilhelmshaven, in der ärmsten Region Niedersachsens;
- ein Jugendzentrum in Neu Wulmstorf, in der reichsten Region Niedersachsens (Hamburger Speckgürtel);
- ein Jugendzentrum in Bleckede, in geographischer Randlage, sehr ländlich, ein sozialer Brennpunkt des Landkreises Lüneburg,

im Rahmen des niedersächsischen Gewaltpräventionsprogrammes PRINT;

- eine Jugendhilfeeinrichtung in Hildesheim, die hauptsächlich männliche, strafrechtlich gefährdete oder betroffene junge Menschen qualifiziert und betreut sowie
- ein Jugendzentrum in Hamburg-Heimfeld, das überwiegend männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund anspricht; das Projekt ist hier eingebunden in Aktivitäten im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“.

Auch die Träger der Praxisprojekte sind recht unterschiedlich:

- in Wilhelmshaven ein kleiner gemeinnütziger Verein ohne nennenswerte Infrastruktur,
- in Neu Wulmstorf die Gemeinde,
- in Bleckede ein großer freier Träger mit verschiedenen Einrichtungen in der Region,
- in Hildesheim ein kleiner freier Träger mit verschiedenen Angeboten für die Zielgruppe und
- in Hamburg-Heimfeld ein großer Wohlfahrtsverband.

Das Projekt war auf drei Jahre befristet (2000 bis 2003), die Praxisphase ist abgeschlossen. Als Ergebnis kann man festhalten, dass die Erreichung der Zielgruppe, die im Kontext von Gesundheitsförderung als besonders schwierig gilt, im Rahmen von Sozialer Arbeit, also hier im Rahmen von offener Jugendarbeit, sehr gut gelingt.

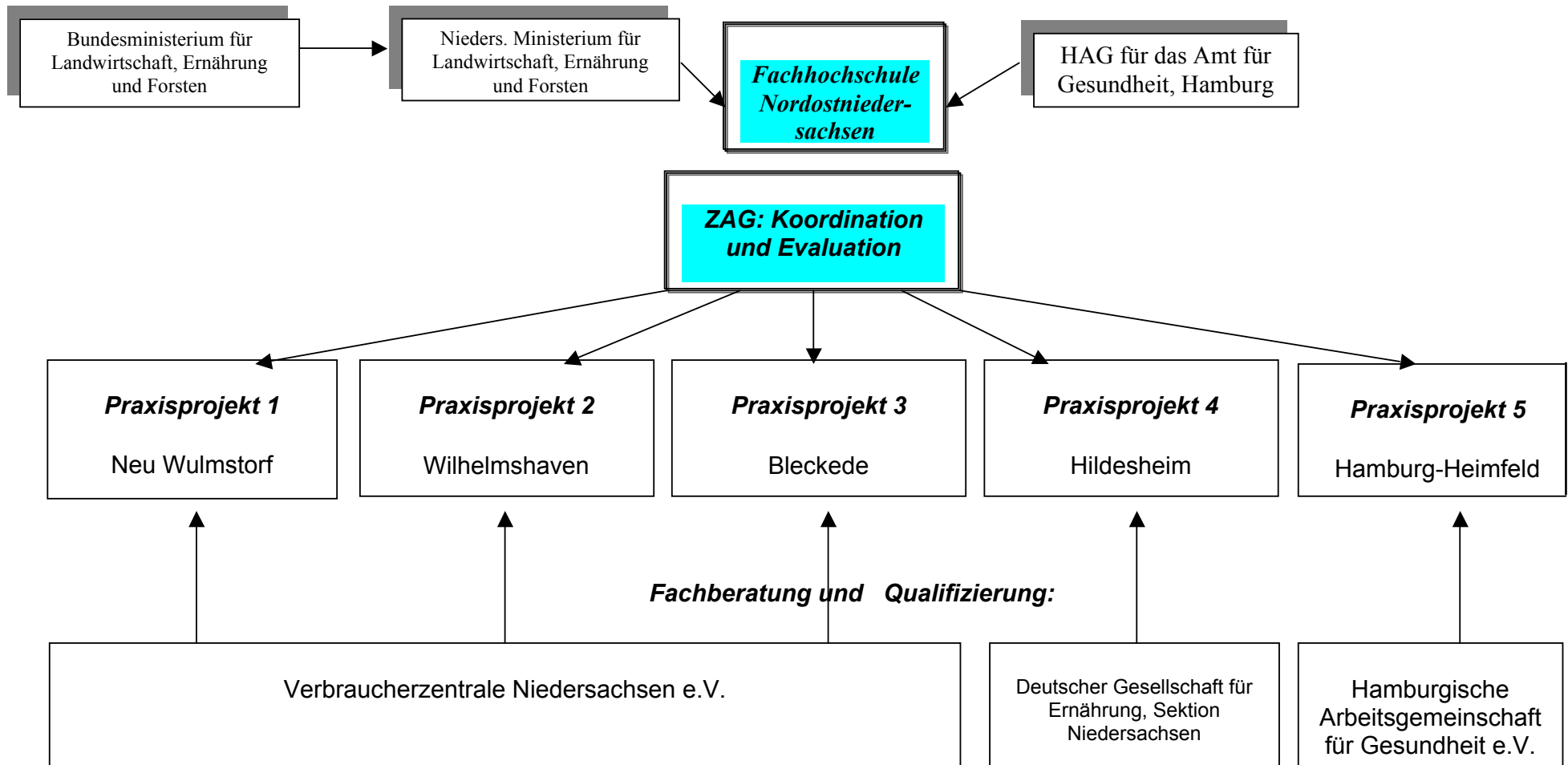
„Alle Beteiligten am Modellprojekt, Verantwortliche wie Anleiter/innen, werten das Projekt in ihrer Einrichtung als Erfolg. Das Angebot konnte in die soziale Arbeit integriert werden. Der Zugang auch zu schwierigen Jugendlichen ist über Essen und Essenzubereiten gut realisierbar.“ (DENEKE et al. 2003a)

Dennoch gibt es Schwierigkeiten, die Aktivitäten im Rahmen der Einrichtungen weiterzuführen. „Die Schwierigkeiten der Projektverfestigung liegen nicht im mangelnden Interesse der Mitarbeiter oder gar der Teilnehmer. Die Schwierigkeiten liegen in den problematischen Rahmenbedingungen der Jugendarbeit: mangelnde Ressourcen der Einrichtungen, Kürzungen in ihren Kernaufgaben. Denn eine Versorgung von Jugendlichen mit Essen gehört nicht zu diesen Kernaufgaben, auch wenn es dringend notwendig erscheint“ (DENEKE et al. 2003a).

Hier geht es aber nicht so sehr um den Erfolg in Bezug auf die inhaltliche Zielsetzung des Projekts, sondern um die Frage, wie die Kooperationen zu bewerten sind.

Kooperation ist nicht voraussetzungslos, sie erfordert m.E.:

## Struktur des Modellvorhabens: „Selbst is(s)t der Mann!“



- Kenntnis von einander,
- Wertschätzung für einander,
- Zeit und Dauer,
- ein – gemeinsames – Ziel,
- Interesse an – gemeinsamer – Arbeit,
- eine gemeinsame Sprache und
- eine „Gewinnerwartung“.

Diese Faktoren klingen sehr banal, sind aber durchaus nicht immer gegeben. So zeigte eine Studie in Niedersachsen, dass Implementationshemmnisse für gemeinsame Projekte von Gesundheits- und Sozialsektor vielfältig sind. Sie liegen in

- (1) der Finanzierung der Sozialen Arbeit, die Gesundheitsförderung und Prävention nur bedingt als Leistung anerkennt und kaum sektorübergreifende Kooperationszeit ermöglicht;
- (2) der geringen Sektorverknüpfung, die stärker ein Verweissystem als ein Kooperationsystem darstellt und Problemlagen eindimensional zuordnet („arm“ oder „krank“);
- (3) den geringen Kenntnissen über die jeweils andere Profession, deren Arbeit und Kooperationsmöglichkeiten;
- (4) der geringen Wahrnehmung relevanter Aspekte des Sozialen bzw. der Gesundheit durch die jeweils andere Profession und
- (5) der starken Orientierung der Professionellen am Verhaltensmodell von Gesundheitsproblemen und der damit zumindest vereinzelt verbundenen Schuldzuweisung an die Betroffenen (DENEKE et al. 2002).

In der gleichen Untersuchung haben wir an erster Stelle gesundheitsbezogene Interventionsprojekte für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen recherchiert und auch durchaus erfolgreiche Projekte gefunden (DENEKE und HOFRICHTER 2000). Eine unserer Forschungsfragen war die Frage nach dem Bedarf an Vernetzung zwischen Anbietern und wie dieser Bedarf ggf. zu decken sei. Dabei ergab sich, dass nicht so sehr ein zusätzlicher Vernetzungsbedarf zwischen Anbietern besteht, sondern ein Bedarf an Vernetzungsmöglichkeiten zwischen

dem Sozial- und dem Gesundheitssektor für potenzielle Anbieter.

Dieser Bedarf kann z.B. über gemeinsame Fortbildungen oder gezielte Informationen über die Ansätze und Handlungsmöglichkeiten der Professionellen des jeweils anderen Sektors erfolgen.

Sind nun die oben genannten Bedingungen für Kooperation gegeben und Kooperationen zustande gekommen, stellt sich erst die Frage nach dem möglichen Gewinn (und natürlich auch nach den Kosten).

U.E. liegt der Hauptgewinn in der Multidimensionalität der Arbeit. Damit kann eine deutliche Qualitätsverbesserung einhergehen. Synergiegewinne liegen z.B. beim Projekt „Selbst is(s)t der Mann!“ darin, dass gesundheitliche, bildungs- und sozialpädagogische Ziele integriert erreicht werden. Gemeinsames Essen ist ein guter Einstieg in die Beratungsarbeit. Essen vorbereiten und kochen ist eine praktische Möglichkeit zum Kompetenzerwerb. Gemeinsames Kochen stellt ein Trainingsfeld für konstruktives Gruppenverhalten dar. „Schulung“ in Sachen gesunde Ernährung ergibt sich aus den Hilfestellungen beim Einkaufen, Vorbereiten und Kochen. Der Lerneffekt steht nicht im Vordergrund, sondern die Befriedigung von Grundbedürfnissen. Aber auch „schwache Schüler“ lernen ganz nebenher Relevantes zur Ernährung, erwerben Haushaltskompetenz und Selbständigkeit.

Nun ist es allerdings so, dass im Bereich der Jugendarbeit durchaus gesundheitsrelevantes angeboten wird, auch wenn sich keine Expert/innen aus dem Gesundheitswesen beteiligen. Eine kleine Studie aus Hamburg (WIRTZ et al. 2003) zeigt, dass Einrichtungen der offenen Jugendarbeit sehr wohl gesundheitsbezogene Angebote machen, auch wenn sie es nicht unbedingt so nennen.

Typisch waren dabei allerdings die Aussagen eines Mitarbeiters einer Einrichtung. Die Frage nach gesundheitsbezogenen Angeboten verneinte er. Die Nachfragen nach Ernährungs-,

Angebote	Anzahl der Einrichtungen mit Angeboten	Angebote insgesamt
Bewegung	88	271
Ernährung	72	88
Stressprävention	10	12
Gewaltprävention	12	12
Suchtprävention	9	13
Unfallverhütung	3	4
Sonstige	17	28
insgesamt	102	428

Tabelle 1: Gesundheitsbezogene Angebote Hamburger Jugendeinrichtungen

Quelle: WIRTZ et al., 2003

Bewegungs- und Angeboten der Suchtprävention wurden alle bejaht. Kurz gesagt: Nicht nur, wo Gesundheit draufsteht, ist Gesundheit drin, die Jugendhilfe hat nicht unbedingt auf die „Gesundheit“ – allemal als „Gesundheitswesen“ – gewartet.

Dennoch ist ein unschätzbare Gewinn für Professionelle, die nicht aus der Jugendhilfe kommen, die Erfahrung, dass „unerreichbare“ Zielgruppen, wie sozial benachteiligte Jugendliche, sehr wohl zu erreichen sind – sie kommen sogar freiwillig!