Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 32 (2006)
Heft: 3

Artikel: Gesundheitsförderung und Prävention in sozialen Brennpunkten
Autor: Hemme, Andreas / Schwarz, Rainer / Dinkelacker, Petra
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800952

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Gesundheitsförderung und Prävention in sozialen Brennpunkten

Im Rahmen einer Beauftragung durch das deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat die Stiftung SPI, Sozialpädagogisches Institut «Walter May» in Berlin eine Regiestelle zur Umsetzung der Programmplattform «Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten» (E&C) eingerichtet.

ANDREAS HEMME,
RAINER SCHWARZ,
PETRA DINKELACKER*

Die Regiestelle E&C hat die Aufgabe, auf internationaler, nationaler und regionaler Ebene sozialwissenschaftliches Know-how zu recherchieren und zu publizieren sowie Vernetzung zu befördern. Hauptzielgruppe sind lokale Akteure/innen der Stadtteile oder Gebiete mit kommunalen Armutslagen, welche als Programmgebiete der Bund-Länder-Initiative «Die Soziale Stadt» ausgewiesen sind. In verschiedenen Fachverständnissen werden diese Stadtteile, die durch sich gegenseitig verstärkende negative Lebensbedingungen und strukturelle Entwicklungen gekennzeichnet sind, als benachteiligende Stadtteile, Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf oder als soziale Brennpunkte bezeichnet. Diese Stadtteile und Quartiere, auf die sich die BMFSJ Programmplattform E&C konzentriert, werden in einem Klärungsprozess zwischen den Kommunen und Bundesländern im Rahmen der oben benannten Bund-Länder-Initiative «Die Soziale Stadt» ermittelt. Soziale Stadt und E&C sind bundesweite innovative Strategien, die soziale, kulturelle, gesundheitliche, infrastrukturelle, ökonomische und bauliche Entwicklung in räumlich abgegrenzten Gebieten vorantreiben.

* Andreas Hemme, Rainer Schwarz, Petra Dinkelacker; Regiestelle E&C, Nazarethkirchstr. 51, DE-13347 Berlin, T: 0049 (0)30457986 0, E-Mail: regiestelle@eundc.de, www.eundc.de

Zur Entwicklungsgeschichte der Programme

Das Programm «Die Soziale Stadt», das seit 1999 in der Bundesrepublik existiert, greift in den siebziger Jahren in der europäischen Stadtentwicklung entstandene Konzepte zum integrativen und beteiligungsorientierten Handeln auf, insbesondere bezogen auf Stadtteile und Quartiere mit starken Segregationen der Wohnbevölkerung. Stadtteile, in denen sich Bewohner/innen mit Migrationshintergrund oder mit sozialen Problemen konzentrieren, entstanden zu diesem Zeitpunkt in europäischen Städten. Viele Staaten reagierten auf diese Entwicklung mit Konzepten sozialer Stadt(teil)entwicklung. In Deutschland gibt es eine entsprechende bundespolitische Strategie seit der Jahrtausendwende. Der nun auch in Deutschland praktizierte integrierte Stadtteilentwicklungsansatz des Programms «Die Soziale Stadt» setzt konsequent ein integriertes Vorgehen um und bindet spezifische Mittel des Städtebaus. Mit einer Änderung des Baugesetzbuchs im Jahre 2004 wurden die Massnahmen der Sozialen Stadt zur Daueraufgabe der Städtebauförderung. Zugleich wurde der Mittelbündelung für Soziale-Stadt-Gebiete besondere Bedeutung zugewiesen[1]. Damit soll der Vereinzelung des Mitteleinsatzes der Ministerien und Fachbereiche nur in ihrem Arbeitsfeld und nur unter separaten Zielsetzungen entgegengewirkt werden.

Der integrierte Handlungsansatz der Stadtentwicklung setzt in den Soziale-Stadt-Gebieten zum ersten Mal ressortübergreifend Mittel auch zur Entwicklung anderer Bereiche ein. So ist z. B. im Leitfaden der ARGEBAU[2] zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative «Die Soziale Stadt» die Gesundheitsförderung als ein bedeutendes Arbeitsfeld der Stadtentwicklung benannt. 2006 stellte die Bundesregierung zusätzlich Haushaltsmittel im Rahmen dieses Programms in ihren Haushaltsentwurf für das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung ein, die für Modellvorhaben in den Gebieten der Sozialen Stadt zur Verfügung stehen sollen und «*...auch für (nicht investive) Zwecke wie Spracherwerb, Verbesserung von Schul- und Bildungsabschlüssen, Betreuung von Jugendlichen in der Freizeit sowie im Bereich der lokalen Ökonomie wie Gründerzentren eingesetzt werden können.*»[3]

Wurden im Rahmen der integrierten Stadtentwicklung von Beginn an sehr viele Massnahmen unternommen, ohne dass den Akteuren/innen auch deren gesundheitsfördernde Wirkung bewusst war, rücken jetzt präventive Handlungsstrategien und die Gesundheitsförderung immer stärker in die Aufmerksamkeit. Die Programmplattform E&C mit ihren Teilprogrammen und die Bemühungen der Regiestelle E&C tragen zusätzlich dazu bei, dass das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung insbesondere für Kinder, Jugendliche und Familien, zielgerichte-

ter in die integrierten Handlungskonzepte vor Ort eingebunden wird[4].

Partizipation und Beteiligung

Die wesentlichsten Handlungsparameter der Sozialen Stadt sind Partizipation und Beteiligung aller lokalen Akteure und Akteurinnen inkl. der Bewohner und Bewohnerinnen des Stadtteils. Dabei geht es um eine ernsthafte, teilnehmende Beteiligung, also um Entscheidungskompetenz und Mitwirken an der Umsetzung und Beurteilung der Massnahmen. Wichtigstes Umsetzungsmedium der Sozialen Stadt hierfür ist das Quartiersmanagement. Die Quartiersmanager/innen haben darüber hinaus die intermediäre Aufgabe, mittels eines integrierten Handlungskonzeptes das Zusammengehen aller Ressorts und Ressourcen zu organisieren. Dies geschieht auf drei Ebenen: der kommunalpolitischen Ebene, der administrativen (Ämter-)Ebene und der Stadtteilebene (Abb. 1).
Dies sind gemeinsame Handlungsmaximen aller mehr als 360 Programmstandorte der Sozialen Stadt.
Die Programmplattform «Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten» (E&C) ist die Reaktion des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf den integrierten Ansatz der Stadtentwicklung und versucht, die Ressourcen des Ressorts bezogen auf die Entwicklung von Zukunftschancen junger Menschen in den Soziale Stadt-Gebieten zu konzentrieren. Die Gebiete, auf die sich E&C bezieht, sind identisch mit denen der Sozialen Stadt (Abb. 2).

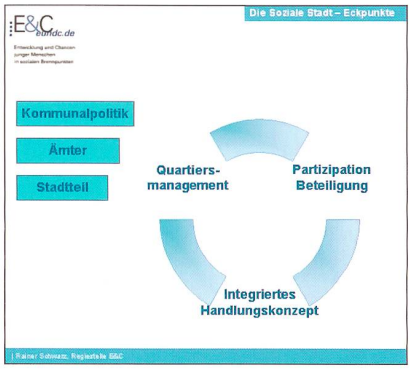


Abbildung 1:

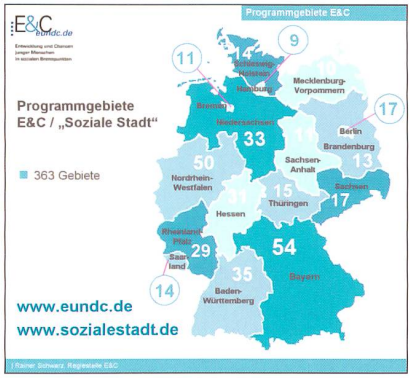


Abbildung 2:

Unter dem fachlichen Paradigma von Sozialer Arbeit als Koproduktion versucht E&C vorhandene Ressourcen (z. B. des Kinder- und Jugendplans des Bundes oder aus dem Europäischen Sozialfond), Planungen (z. B. sozialräumliche Jugendhilfeplanung) und Handlungskonzepte (z. B. Gemeinwesenarbeit) auf die Programmgebiete zu konzentrieren. Die Programmplattform E&C ist bisher das einzige Programm eines Bundesministeriums, das sich ausschliesslich als Angebot für die Bund-Länder-Gemeinschaftsinitiative «Die Soziale Stadt» definiert. Andere Ministerien lassen zwar zu, dass ihre Programme auch in E&C/Soziale Stadt-Gebieten genutzt werden, haben aber bisher keine spezifischen Unterstützungssysteme entwickelt bzw. haben ihre Programme nicht ausschliesslich auf diese Stadtteile ausgerichtet.

Arbeitsweise der Regiestellen

Wesentliche Handlungsformen für die Organisation von Wissenstransfer und die Vernetzungsarbeit der Regiestelle E&C sind Zielgruppenkonferenzen, Fachforen, Expertenwerkstätten, Beratungsarbeit und das Betreiben eines Internetportals: www.eundc.de. Die Zielgruppenkonferenzen richten sich

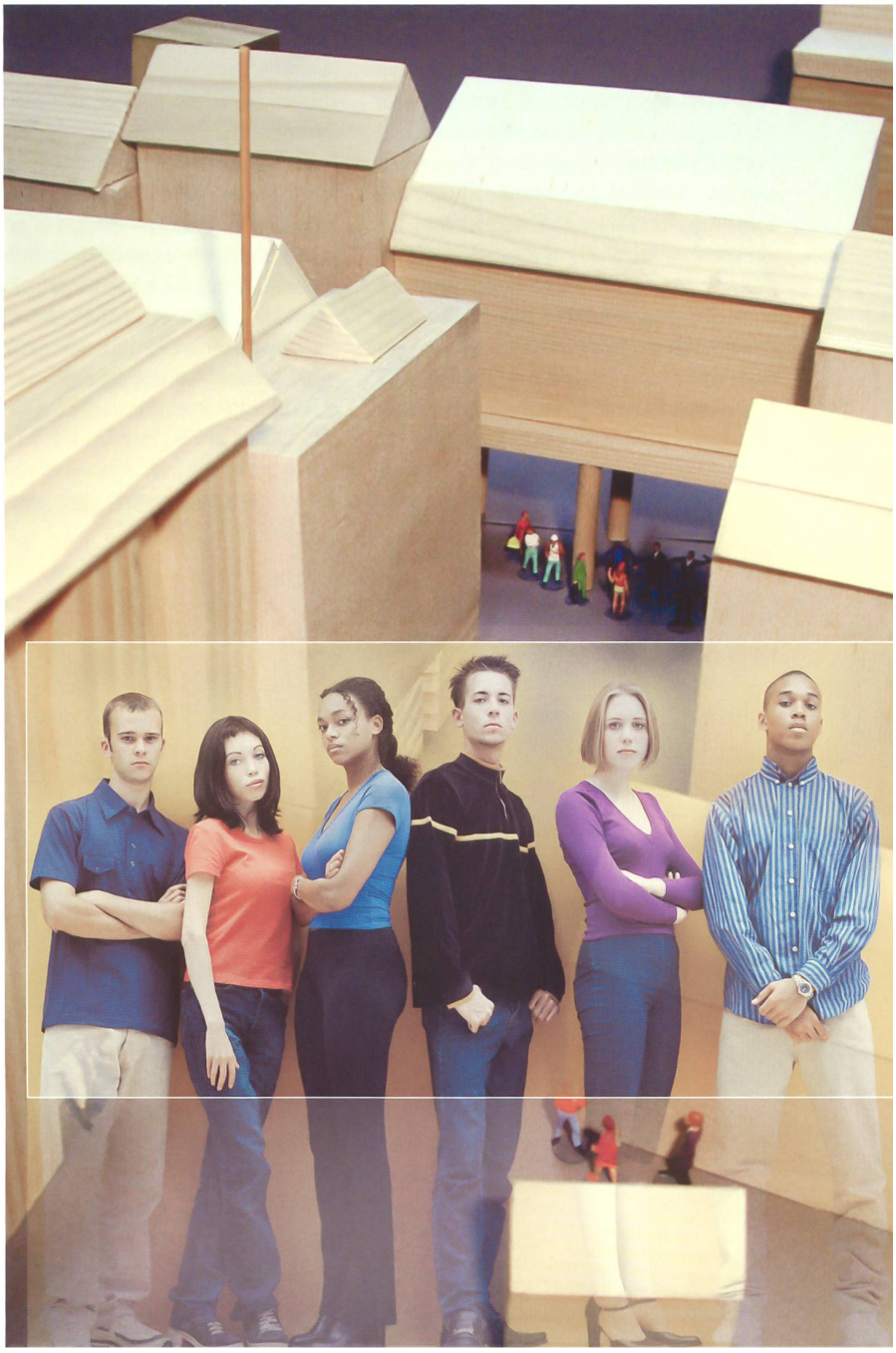
an die verschiedenen lokalen Akteure/innen: kommunale Mitarbeiter/innen, die in Jugend- und anderen kommunalen Ämtern Verantwortung für diese Gebiete tragen, Quartiersmanager/innen und Vertreter/innen freier Träger. Alle Ansprechpartner/innen in den Gebieten, alle Dokumentationen der Konferenzen, die in Auftrag gegebenen Expertisen und aktuelle Informationen werden auf der E&C Website veröffentlicht.

Unter dem Programmdach von E&C wurden verschiedene Modellprogramme des Bundes subsumiert. Derzeit findet in den Programmgebieten das aus Mitteln des europäischen Sozialfonds (ESF) finanzierte Fördervorhaben *«Lokales Kapital für soziale Zwecke»* statt. Die für den Bund reservierten Mittel des ESF-Programms *«Lokales Kapital für soziale Zwecke»* – LOS fliessen überwiegend in Mikroprojekte, die geeignet sind, Beschäftigung und Ausbildung der Menschen in E&C-Gebieten zu unterstützen[5]. Aus LOS werden derzeit 286 Standorte im Umfang von ca. 100 000 Euro jährlich gefördert. In die Umsetzung dieses Fördervorhabens flossen die Auswertungen aus E&C-Teilprogrammen, insbesondere die Erfahrungen mit integrierten lokalen Ansätzen ein. In den LOS-Programmgebieten müssen eigene konkrete Zielsetzungen in einem lokalen Aktionsplan festgelegt werden. Es muss ein verbindliches Ämternetzwerk gebildet werden, eine koordinierende Stelle eingerichtet und ein Begleitausschuss (Bürger/innenbeteiligung) berufen werden. Dieser entscheidet über die Förderung der einzelnen Mikroprojekte, definiert Ziele und bewertet die Wirkungen der Projekte. Neben ressortübergreifendem Ämterhandeln, muss die Partizipation der Bürger/innen verbindlich organisiert sein. In 40% dieser Ämternetzwerke sind Gesundheitsämter beteiligt. Das ist ein ungewöhnlicher Erfolg, da Gesundheitsämter bisher nicht selbstverständlich in ämterübergreifendes Arbeiten eingebunden sind.

Soziale Arbeit als Koproduktion

Mit der Ausrichtung auf das Konzept «Soziale Arbeit als Koproduktion» versucht E&C einen Perspektiven- und Paradigmenwechsel in der Sozialen Arbeit. Neu an der hier gewählten Herangehensweise ist, Soziale Arbeit von gemeinsamer Entwicklungszielstellung her zu diskutieren und zu organisieren sowie hierzu alle vorhandenen Ressourcen integriert und wirkungsorientiert zusammenzuführen. Das Konzept zielt auf individualisierte, in den Sozialraum gepasste Chancengerechtigkeit, hinsichtlich sozialer Integration und des Erwerbs von Zukunftskompetenzen für junge Menschen in sozial benachteiligenden Stadtteilen. Es grenzt sich somit von Konzepten ab, die von den Ressourcen ausgehen, welche in die Jugendhilfe eingegeben werden (Inputorientierung) oder die sich über die eingesetzten fachlich differenzierten Strategien definieren (Professionalisierung/Spezialisierung) und von Konzepten, die sich an speziellen, individuellen Veränderungen, z. B. hinsichtlich delinquenten Verhaltens orientieren (Outputorientierung).

Zentrale Perspektive «Sozialer Arbeit als Koproduktion» in E&C sind die Fragen: Was wollen wir erreichen, und wie kann man dies gemeinsam mit den Jugendlichen, den Bewohner/innen und lokalen Akteuren/innen erreichen? Es wird so versucht, Kooperation hin zur Koproduktion zu verändern. Die wichtigste Ergebnisdimension, die für junge Menschen angestrebt wird, ist die Entwicklung von Zukunftskompetenzen. Dazu gehören formelle und informelle Bildung, berufliche und soziale Integration, und dazu gehören auch Gesundheitschancen, Interkulturalität sowie ein strategisches Integrationsmanagement für Kinder, Jugendliche und Familien mit Migra-



tionshintergrund. Umsetzungspotenziale für eine *«Soziale Arbeit als Koproduktion»* liegen in lokalen Steuerungsstrategien, integrierten, lokalen Entwicklungskonzepten, der Stärkung von Zivilgesellschaft und Partizipation. Die Nähe zu Handlungsstrategien und Zieldefinitionen der Gesundheitsförderung liegt auf der Hand[6].

Gesundheit als Querschnittsthema im E&C-Prozess

Junge Menschen, die in Gebieten der Sozialen Stadt/E&C-Gebieten aufwachsen und leben, erfahren in vielerlei Hinsicht Benachteiligungen, wobei sich diese Benachteiligungen häufig gegenseitig potenzieren. Am deutlichsten wurde und wird dies im Bereich Bildung und Ausbildung. Nicht nur die Pisa-Studien belegten eindrücklich, wie stark die Zusammenhänge zwischen sozialen und wirtschaftlichen Benachteiligungen und dem Erwerb von Bildungschancen in Deutschland im Gegensatz zu vielen europäischen Nachbarstaaten, auftreten. Diese katastrophale Zustandsbeschreibung der Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen und die Reaktionen hierauf, stimmen zu einem grossen Teil mit einer in den letzten Jahren von vielen unterschiedlichen Institutionen erhobenen Datensammlung überein, die den Focus auf einen anderen, für Entwicklungs- und (Über-)Lebenschancen wichtigen Bereich setzt: die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Und es zeigt sich auch hier eindeutig und unwiderlegbar der Zusammenhang zwischen sozialer Ausgangslage und gesundheitlichem Status auf der einen Seite und den Zugangsmöglichkeiten zum medizinischen Versorgungssystem und insbesondere zu gesundheitsfördernden und präventiven Massnahmen auf der anderen Seite.

Mielck, Schwarz und Hemme weisen in ihrem Beitrag zum zweiten E&C-Fachforum «Vernetzung-Macht-Gesundheit»[7] darauf hin, dass Untersuchungen aus dem europäischen Ausland und Deutschland belegen, dass die Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit immer stärker zunehmen und die Schere weiter auseinander geht. Auch die Unterschiede zwischen arm und reich bezüglich des Auftretens von Krankheiten und der Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Massnahmen (wie beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen) werden immer grösser. Wenn arm sein bedeutet, häufiger zu erkranken und eine geringere Lebenserwartung zu haben, müssen wir auch die demographischen Entwicklungen bezüglich der von Armut am stärksten betroffenen Gruppen berücksichtigen. Definiert man Armut in einem Haushalt, wenn diesem weniger als 50% des mittleren Haushaltseinkommens zur Verfügung steht, so leben in Deutschland ca. 15% aller Kinder und Jugendlichen in Armut. Die früheren Assoziationen alt gleich arm und krank gelten schon lange nicht mehr.

Wenn die sozioökonomischen Verhältnisse eine solche starke Wirkung auf die Gesundheit von Menschen hat, so ist es unabdingbar, schnellstens Kinder und Jugendliche in den Fokus zukünftiger gesundheitsfördernder Bemühungen zu stellen[8]. Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligten Lebensverhältnissen haben eindeutig signifikant geringere Chancen gesund zu sein, gesund zu werden und gesund zu bleiben. Sie sind eine Zielgruppe, an die viel zu wenig präventive Anstrengungen und gesundheitsfördernde Angebote gerichtet werden. Es gibt eindeutige, abgesicherte Belege dafür, dass benachteiligte Kinder und Jugendliche eine höhere Prävalenz- und Inzidenzrate an einer Vielzahl von Erkrankungen haben. Sie

- haben häufiger Unfälle,
- weisen einen höheren Grad an psychosozialen Auffälligkeiten auf,
- leben teilweise in unhygienischen Verhältnissen,
- haben einen schlechten Zahnstatus,
- nehmen nur unzureichend an Vorsorgeuntersuchungen teil,
- weisen eine schlechtere Durchimpfungsrate auf,
- haben häufiger Übergewicht,
- gehören zur Gruppe der am häufigsten vom plötzlichen Kindstod betroffenen Kinder und
- haben eine Lebenserwartung, die um mehrere Jahre geringer ist als bei Kindern und Jugendlichen, die unter sozial abgesicherten Umständen aufwachsen.

Zahlreiche Parallelen zur Gesundheitsförderung

Mit ihren Bemühung zur Verbesserung der Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen in belasteten Stadt-

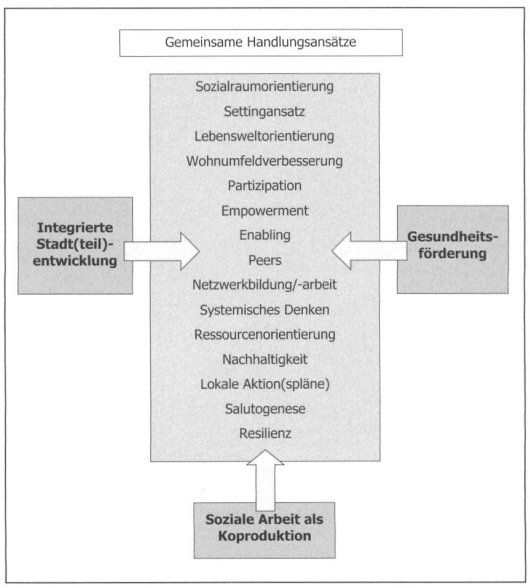
teilen verfolgen E&C und «Soziale Stadt» eine sehr ähnliche Strategie wie die Gesundheitsförderung seit der Ottawa-Charta von 1986. Empowerment (Anregung zur Aktivierung eigener Kräfte), Enabling (Hilfe zur Selbsthilfe), Netzwerkbildung und insbesondere die Betonung der Bedeutung von Partizipation der Betroffenen sind methodische Zugänge, die sowohl bei E&C als auch bei der Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle spielen. Eine weitere Gemeinsamkeit ist der Settingansatz. Der Einsatz gesundheitsfördernder Settings im Stadtteil birgt die grosse Chance, Menschen zu erreichen, die bislang gar nicht oder nur unzureichend von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen in den Fokus genommen wurden. Altgeld nennt hier u.a. männliche Jugendliche, sozial benachteiligte Männer allgemein sowie Arbeitslose mit Migrationshintergrund im Besonderen[9].

Auch wenn sich innerhalb der Aktivitäten der Gesundheitsförderung eine Schwerpunktverlagerung in Richtung benachteiligte Zielgruppen andeutet, ist der Forderung der WHO, insbesondere Projekte mit Bezug zu benachteiligten Wohngebieten zu initiieren, bislang kaum Rechnung getragen worden. Dies ist nur schwer nachvollziehbar, da gerade traditionelle Präventionsthemen in benachteiligten Quartieren kumulieren (Umweltbelastungen wie Lärm, Luftverschmutzung oder Alkohol- und Drogenkonsum, unhygienische Wohnverhältnisse und verschmutzte Spielplätze).

In diesem Zusammenhang ist das Scheitern des Präventionsgesetzes im Jahre 2005 in Deutschland von besonders nachteiliger Bedeutung. Hier wäre die Etablierung des Settingansatzes und die besondere Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancenungleichheiten ermöglicht worden, die auch zu neuen Finanzierungsmöglichkeiten von Projekten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung für und mit benachteiligten Kinder und Jugendlichen, geführt hätte.

Doch nicht nur die Ausrichtung der Gesundheitsförderung, sondern auch die Forderungen der Sozialmediziner nach einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche stimmen weitgehend mit den Handlungszielen der Programmplattform E&C überein:

- bauliche Veränderungen sind notwendig, um Verkehrsunfälle von Kindern zu vermeiden,
- Screeninguntersuchungen in Kindergärten sowie Impfscreening in der Grundschule sollten weitergeführt werden, ebenso wie Gesundheitserziehung in Schule und Kindergarten,
- Eltern aus sozialen Risikogruppen sollten Angebote zur Gesundheitserziehung wahrnehmen können (Niedrigschwelligkeit),
- Gesundheitsförderung muss den Bedürfnissen sozial benachteiligter Menschen entsprechend konzipiert werden,
- die «Komm-Strukturen» der meisten Angebote stellen eine Zugangsbarriere dar – benötigt werden niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote vor Ort in sozialen Brennpunkten,
- vorhandene Einrichtungen (Kindergarten, Kindertagesstätte, Schule, Jugendhilfe, Jugendamt, Gesundheitsamt) müssen besser vernetzt werden.



Es gibt sie also ganz eindeutig, die gemeinsamen Handlungsziele und Handlungsfelder und der eingeschlagene Weg der besseren Vernetzung muss fortgesetzt werden.

Die Bedeutung des Quartiermanagements

Trotz bislang eher geringer Kooperation der Akteure/innen aus Gesundheitsbereich und Jugendhilfe benutzen beide Bereiche ähnliches Vokabular und verfügen über vergleichbare Handlungsansätze. Es macht daher Sinn, die ganzheitlichen Ideen der Gesundheitsförderung in die sozialraumorientierte Jugendhilfe zu integrieren und die vorhandenen Infrastrukturen in den Programmen Soziale Stadt und E&C zu nutzen. So kommt auch ein von dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) in Auftrag gegebenes Gutachten zu dem Schluss, dass der *«Setting-Ansatz und das Konzept der Gesundheitsförderung» ... zwar ... «in den Soziale-Stadt-Gebieten noch nicht ausreichend bekannt» ... ist ..., «obwohl im Rahmen der sozialräumlichen Förderprogramme bereits nach ganz ähnlichen Zielen und Methoden gearbeitet wird. Die Quartiersmanagements in ihrer Koordinations- und Multiplikatorenfunktion für die Stadtteile sind gute Anlaufstellen, um für den Ansatz zu werben. Die Netzwerkkoordination gehört in der Regel zum Aufgabenbereich des Quartiersmanagements. Die Quartiersbüros haben meist auch den besten Überblick über Angebotslandschaft und Zielgruppenarbeit im Quartier. Daher empfiehlt sich eine gezielte Ansprache der Quartiersmanagements zum Thema Setting-Ansatz auf Stadtteilebene.»*[10]

Konkreter werden die Autorinnen des o.g. Gutachtens mit folgenden Empfehlungen:

- *«Inhaltliche und methodische Parallelen zwischen den sozialräumlichen Entwicklungsansätzen in den Soziale-Stadt-Gebieten und dem Konzept der Gesundheitsförderung aufzeigen.»*
- *«Vorhandene Strukturen nutzen, um die Quartiersmanagements bundesweit zu erreichen.»*
- *«E&C-Fachforum ‹Gesundheit› besser nutzen.»*

Es verdichten sich die Zeichen, dass ein gut funktionierendes Quartiersmanagement mittelbar Gesundheitsförderung betreibt, ohne selbst auf den Bereich Gesundheit zu fokussieren. Die vorhandenen Strategien der Programme «Die soziale Stadt» und «E&C» können jedoch insbesondere über die Quartiersbüros genutzt werden, um auch unmittelbare gesundheitsfördern-

de Elemente in den Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf zu etablieren.
Neben der Querschnittsaufgabe Gesundheitsförderung im E&C-Prozess fokussierte die Regiestelle in einer Vielzahl von Veranstaltungen direkt auf das Themenfeld Gesundheit und «machte es offen» für alle E&C-Akteure/innen mit der Zielsetzung einer verbesserten Kooperation. Die Verhinderung von gesundheitlichen Chancenungleichheiten kann nur dann erfolgen, wenn diese Aufgabe als integrierte Gemeinschaftaufgabe aller Akteure / Institutionen angesehen wird. Insbesondere durch die Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konnten mehrere bundesweite Fachforen durchgeführt werden und so die Eckpunkte für weitere Massnahmen im Bereich Entwicklung gesundheitsfördernder Stadtteil gesetzt werden. Der BKK Bundesverband konnte für eine Mitwirkung gewonnen werden und führte in Kooperation mit der Regiestelle E&C eine eigenständige, stadtteilbezogene Regionalkonferenz durch. Der wichtigste zukünftige Schritt erscheint uns jedoch die Qualifizierung von Stadtteilakteuren/innen (u.a. Quartiermanager/innen) zu Gesundheitsfördern/innen. Hier werden zurzeit Qualifizierungsmodule in einer Arbeitsgruppe gemeinsam mit der BZgA entwickelt.

Der E&C-Ansatz und die Suchtprävention

Obwohl eine integrative, räumlich-orientierte Sichtweise inzwischen von vielen Fachleuten getragen wird, existieren im Suchtpräventionsbereich hierzu überwiegend nur Einzelprojekte und punktuelle Modellprogramme. Für die Zielgruppe von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in sozialen Brennpunkten sind in Deutschland gezielt ausgerichtete Curricula bzw. Suchtpräventionsstrategien noch kaum erprobt und evaluiert. Dieser Mangel ist deshalb so bedeutsam, weil verschiedene Untersuchungen und Recherchen darauf hinweisen, dass sozial Schwächere ein deutlich schlechteres Gesundheitsverhalten haben und gleichzeitig gilt, dass soziale Brennpunkte im allgemeinen durch eine Unterversorgung an Präventionsangeboten gekennzeichnet sind. Präventionsbemühungen in diesen Gebieten müssen sich vorrangig an schwer erreichbare Kinder, Jugendliche und deren Eltern richten, um sie für die Risiken von Drogenkonsum und süchtigem Verhalten zu sensibilisieren.
Die folgenden Ausführungen basieren im Wesentlichen auf der von PD Dr. Heino Stöver und Brigitta Kolte im Auftrag der Regiestelle E&C erstellten Expertise «Drogengebrauch und drogenpräventive Ansätze in benachteiligten städtischen Quartieren»[11].
Suchtpräventive Angebote müssen zielgruppenspezifisch ausgerichtet und lebensweltorientiert sein, d.h. die Stärken, Schwächen, Ressourcen und die spezifischen kulturellen, biographischen Hintergründe der sozial benachteiligten Gruppen/ Personen mit einbeziehen. Angebote und Strategien die keine niedrigschwelligen Zugangsbedingungen vorsehen oder vorrangig kognitiv-/ und verbalorientiert sind, bieten zuwenig Anknüpfungspunkte und gehen oftmals an den Bedürfnissen und Anforderungen der Zielgruppe vorbei.
In Fachkreisen gilt als unbestritten, dass es mit einem geschlechtsneutralen Suchtpräventionskonzept nicht gelingt, Jungen und Mädchen in ihren Besonderheiten anzusprechen und gleichermassen zu erreichen. Ähnlich unspezifisch wirkt ein allgemeines suchtprä-

ventives Konzept, in dem sozialräumliche Besonderheiten nicht berücksichtigt sind. Um wichtige Ansatzpunkte für eine Suchtprävention für Jugendliche in benachteiligten Quartieren (z. B. Familienunterstützung, Stärkung sozialer Ressourcen, bessere Vernetzung der Präventionsangebote etc.) effizient verfolgen zu können, sind nach Stöver/Kolte[12] folgende Anforderungen zu erfüllen:

- Eine umfassende Bedarfsanalyse
- Deutliche Definierung und Partizipation der Zielgruppen in Planung und Durchführung
- Weitest mögliche Transparenz
- Gemeinsame Trägerschaft der Suchtprävention durch Jugendhilfe, Drogenhilfe, Eltern und Schulen
- Angemessene Ausstattung
- Schicht- und kulturspezifische Kommunikation
- Koordination und Vernetzung mit andern Angeboten
- Kontinuität der präventiven Bemühungen zur Erhöhung der Nachhaltigkeit
- Dokumentation und Evaluation
- Information über die Projekte im Rahmen kommunaler Gesundheitsberichterstattung

Grenzen gesetzt sind der sozialräumlichen Suchtprävention, wenn sie im Sinne eines ganzheitlichen Präventionskonzeptes neben der Verhaltensänderung, auch auf die Veränderung der Verhältnisse setzt. Dies beinhaltet notwendigerweise die Veränderung drogenkonsum- und suchtfördernder Strukturen (wie z. B. Werbung, Erreichbarkeit der Drogen...). Eine stadtteilorientierte Praxis kann diese Strukturen nur zum Teil verändern, vorrangiger Ansatzpunkt kann sein, Verantwortliche und Betroffene hierfür zu sensibilisieren.[13]

Zusammenfassung

Grundlegend für alle zitierten Handlungsstrategien auf lokaler (Stadtteil)ebene ist eine effiziente und an den Zielstellungen der Prävention und Gesundheitsförderung orientierte Vernetzung aller lokalen Akteure/innen. Hierbei scheint es aus den Erfahrungen der Programmplattform E&C marginal, welcher Fachbereich initiierend auftritt, oder welche soziale oder administrative Institution zur Zusammenarbeit auffordert bzw. diese koordiniert. Bedeutsamer sind für die Umsetzung sozialräumlicher Handlungskonzepte fachliche Kriterien wie Lebensweltbezug, Ressourcenorientierung, Stärkung des Selbsthilfepotentials, Nachhaltigkeit und integrierte Vorgehensweisen. Für die präventive und gesundheitsfördernde Wirkung einer Strategie, die gleichzeitig zur Verbesserung von Zukunftsperspektiven für junge Menschen in sozialen Brennpunkten beiträgt, ist nicht entscheidend, wer oder welches Problem auslösend auftritt. Vielmehr ist von Bedeutung, ob es gelingt, ausgehend von der Situation der im Stadtteil Lebenden und den infrastrukturellen Bedingungen, Veränderungen in wichtigen Handlungsfeldern wie der Wohnumfeldgestaltung, der Umwelt, der Gesundheitsförderung und -vorsorge, der Bildung, der Freizeitgestaltung und der Kultur, der Ausbildung und der Beschäftigung, der sozialen Unterstützung sowie der ökonomischen Entwicklung zu erreichen. Ausgangspunkt für die Entwicklung eines gesunden und Gesundheit fördernden Stadtteils kann hierbei sowohl eine Bürgerinitiative, eine Krankenkasse, ein Kinder- und Familienzentrum, eine Kindertagesstätte oder eine Schule sein.

Die Mindestvoraussetzungen für eine zielorientierte Netzwerkarbeit für einen gesunden Stadtteil beinhalten präventive und gesundheitsfördernde Aufgabenstellung für die sozialen Koproduzenten im Quartier, sichern kommunalpolitische Akzeptanz und Unterstützung, binden alle lokal verfügbaren Fachressourcen ein und beziehen in Planung, Umsetzung und Bewertung aller Massnahmen die im sozialen Brennpunkt lebenden Kinder, Jugendlichen und deren Familien mit ein. ■

Literatur

- **Altgeld, Thomas, 2003:** Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C. 2003. www.eundc.de/download/ex_altgeld.pdf
- **Brocke, Hartmut, 2002:** Soziale Arbeit als Koproduktion. 10 Empfehlungen zur Nachhaltigkeit kommunaler Strategien sozial-(räumlich)er Integration. E&C-Journal 2002. www.eundc.de/seiten/service/archiv_j.html
- **Bär, Gesine; Buthz, Martina; Gerth, Heike, 2004:** Der Stadtteil als Ort von Gesundheitsförderung – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In: Rosenbrock, Rolf; Bellwinkel, Michael; Schröer, Alfons (Hrsg.), 2004: Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliches Gutachten zum BKK-Programm «Mehr Gesundheit für alle». Essen: 151-233
- **Franzkowiak, Peter, 2003:** Salutogenetische Perspektive. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, BZgA, Köln: 198
- **Grossmann, Ralph; Scala, Klaus, 2001:** Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim/München
- **Hemme, Andreas, 2003:** Bedeutung der Gesundheit für die soziale Stadtentwicklung – Erfahrungen aus dem Programm Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten. In: Löhr, Rolf-Peter et al. (2003): Die soziale Stadt- Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin
- Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative «Soziale Stadt» (Stand: 29.08.05) www.sozialestadt.de/programm/grundlagen/DF10023.pdf
- **Mielck, Andreas; Schwarz, Rainer; Hemme, Andreas, 2003:** Chancenungleichheit für benachteiligte Kinder und Jugendliche. Daten – Fakten – Konsequenzen. Dokumentation des E&C-Fachforums «Vernetzung – Macht – Gesundheit» – Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten», www.eundc.de/download/ff_gesundheit_2.pdf
- Newsletter E&C vom 21.03.2006. www.eundc.de/seiten/service/archiv_n.html
- **Ottawa-Charta, 1986:** Erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, 21. November 1986. www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
- **Stöver, Heino; Kolte, Brigitta, 2003:** Drogengebrauch und drogenpräventive Ansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C. 2003. www.eundc.de/download/ex_suchtpraevention.pdf

Fussnoten

1 Baugesetzbuch § 171e
2 Arbeitsgemeinschaft der Bauministerien von Bund und Ländern
3 Newsletter E&C vom 21.03.2006
4 Themenschwerpunkte und Publikationen mit Bezug zu Gesundheit / Gesundheitsförderung unter www.eundc.de/seiten/info/pub_uebers.html.
5 www.los-online.de
6 Brocke 2002
7 Mielck, Schwarz, Hemme 2003
8 Mielck, Schwarz, Hemme 2003
9 Altgeld 2003
10 Bär 2004
11 Stöver 2003
12 Stöver 2003 (57-60)
13 Einen Einblick über Gesundheitsförderungsprojekte für soziale Benachteiligte liefert eine 2002 von der BZgA eingerichtete Datenbank: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de