

Dokumentation der Auftaktveranstaltung

„Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung“

10. Dezember 2015, Wissenschaftspark Gelsenkirchen



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Über den Verbund

‚Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder‘ – kurz ‚Gesund Aufwachsen‘ ist ein interdisziplinäres Forschungsvorhaben von insgesamt sechs Verbundpartnern. Die Partner stammen aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, seelische Gesundheit und Integrationsforschung, Gesundheit bei Schuleingang sowie Wissenstransfer. Forschungsgegenstand ist die kommunale Gesundheitsförderung für Kinder in Form von sogenannten Präventionsketten. Das Ziel hierbei ist, dass Kinder unter möglichst gleichen Startbedingungen gesund aufwachsen. Der Verbund untersucht das Zusammenwirken lebenslauforientierter Angebote und erarbeitet praxisorientiert Empfehlungen. Ein besonderer Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf dem Zugang von Familien in herausfordernden Lebenslagen und mit Einwanderungsgeschichte. Zudem werden Optimierungsmöglichkeiten für den Informationsaustausch der kommunalen Akteure über das Internetportal inforo-online.de erarbeitet.

Das Vorhaben wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert. Die Verbundpartner sind das KATALYSE Institut (u.a. Leitung), die Deutsche Sporthochschule Köln, das Institut für Sportwissenschaft der Universität Münster, die Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung der Universität Duisburg-Essen, das Centre for Health and Society der Heinrich Heine Universität Düsseldorf und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Mehr Informationen zum Vorhaben erhalten Sie auf der Website www.gesundaufwachsen.net.

Forschungsmodule und Partner

Forschungsmodule

Ernährung & Soziale Teilhabe

Modulleitung: Gabriele Tils
KATALYSE Institut, Köln
Tel. 0221 944048 13
tils@katalyse.de

Psychisch robust trotz gefährdender Umgebung

Modulleitung: Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan
Ansprechpartnerin: Esra Dag
Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung, Essen
Tel. 0201 3198201
dag@zfti.de

Bewegung

Modulleitung: Prof. Dr. Dr. Christine Graf
Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft
Deutsche Sporthochschule Köln
Tel. 0221 4982 5230
c.graf@dshts-koeln.de

Bewegung

Prof. Dr. Roland Naul
Institut für Sportwissenschaft,
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Tel. 0251 8334854
r.naul@www.de

Gesundheit bei Schuleingang

Modulleitung: Dr. Simone Weyers
Institut für Medizinische Soziologie chs
Heinrich Heine Universität Düsseldorf
Tel. 0211 8114914
simone.weyers@uni-duesseldorf.de

Förderung von Vernetzung durch Online-Communitys

Modulleitung: Dr. Guido Nöcker
BzGA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Tel. 0221 8992 465
guido.noecker@bzga.de

Forschungspartner



Weitere Kooperationspartner



Praxispartner

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Impressum / Redaktion

KATALYSE Institut, Köln

Regine Rehaag, Verbundkoordination

Janika Fitschen, Öffentlichkeitsarbeit

Tel.: 0221 944048 41

Mobil: 0152 0170 1574

rehaag@katalyse.de

Website des Verbunds: gesundaufwachsen.net

Für die Inhalte der mit Autor- oder Rednernamen versehenen Beiträge sind die jeweiligen Autoren selbst verantwortlich; sie spiegeln nicht die Meinung aller Verbundpartner wieder.

Inhaltsverzeichnis

Über den Verbund	2
Forschungsmodule und Partner	2
Vorwort	5
Programm	6
Teilnahmelisten	7
Grußwort des Gastgebers Dr. Manfred Beck, Stadtdirektor Gelsenkirchen	11
Grußwort von Regine Rehaag, Koordinatorin des Verbundprojektes	12
Gesundheit bei Schuleingang	15
Abstract von Dr. Simone Weyers, Universität Düsseldorf	15
Psychisch robust trotz gefährdender Umwelt: Resilienzförderung bei Kindern mit Zuwanderungsgeschichte	20
Rede von Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan, Universität Duisburg-Essen, Leiter der Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung	20
Kommunale Präventionsnetzwerke in NRW – Erfahrungen mit und Entwicklungsbedarfe bei der Einbindung des Gesundheitsbereichs	24
Rede von Christoph Gilles, Abteilungsleiter Jugendförderung und Leiter der Koordinationsstelle Kinderarmut im LVR-Landesjugendamt Rheinland	24
Kinder stark machen – Gesundheitskompetenz und Gesundheitschancen	30
Bericht zur Rede von Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen	30
Synthesen der interaktiven Phasen	32
Synthese zum Thema Bewegung	32
Synthese zum Thema Ernährung	33
Synthese zum Thema Gesundheit bei Schuleingang	33
Synthese zum Thema Seelische Gesundheit	34
Synthese zur Förderung von Vernetzung durch Online-Communitys	34
Synthese zu weiteren bzw. zu Querschnittsthemen	35
Stimmen aus dem Publikum	36
Impressionen	38

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

auf der Auftaktveranstaltung unseres Forschungsverbundes ‚Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder‘ haben über 80 kommunale Fachkräfte, Politiker/innen und Wissenschaftler/innen über unser Vorhaben diskutiert. Stolz kann ich sagen, dass die Veranstaltung ein voller Erfolg war: Die Reden waren spannend und der Austausch mit und unter den Teilnehmer/innen war fruchtbar. Somit haben wir viele spannende Inputs und Ergebnisse erhalten, die ich Ihnen im Namen unseres Forschungsverbundes in Form dieser Veranstaltungsdokumentation mitgeben möchte.

Ich hoffe sehr, dass wir weiterhin in Kontakt bleiben und bedanke mich herzlich für Ihre Teilnahme beziehungsweise dem Interesse am Thema und unserem Forschungsverbund.

Möge diese Dokumentation Ihrer Arbeit nützlich sein.

Herzliche Grüße



Regine Rehaag

Koordinatorin des Forschungsverbunds ‚Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder‘,
Geschäftsführender Vorstand des KATALYSE Instituts

Programm

Moderatorin: Jutta Fuchs-Hornyak, KOMM Heidelberg

- 10:00 Grußwort des Gastgebers, Dr. Manfred Beck, Stadtdirektor Gelsenkirchen
- 10:10 Grußwort der Koordinatorin des Forschungsverbunds ‚Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder‘, Regine Rehaag, KATALYSE Institut
- 10:20 Gesundheit bei Schuleingang, Dr. Simone Weyers, Universität Düsseldorf
- 10:35 Psychisch robust trotz gefährdender Umwelt: Resilienzförderung bei Kindern mit Zuwanderungsgeschichte, Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan, Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung
- 10:50 Kommunale Präventionsnetzwerke in NRW – Erfahrungen mit und Entwicklungsbedarfe bei der Einbindung des Gesundheitsbereichs, Christoph Gilles, LVR Landesjugendamt Rheinland, Koordinationsstelle gegen Kinderarmut
- 11:05 Kaffeepause
- 11:35 Vorstellungsrunde der Forschungsmodule
 - Bewegung: Prof. Dr. Dr. Christine Graf, Dr. Dennis Dreiskämper
 - Ernährung: Gabriele Tils, Sebastian Ehlen
 - Seelische Gesundheit: Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan, Esra Dag
 - Schuleingangsuntersuchung: Dr. Simone Weyers, Stefanie Wahl
 - Wissenstransfer: Dr. Guido Nöcker, Dr. Martin Salaschek
- 12:00 Proviant für die Forschung: Welche Themen und Fragen geben wir dem Forschungsteam mit auf den Weg? – Interaktive Phase 1
- 13:00 Mittagspause
- 14:00 Verdichtung, Konturierung: Welche Hintergründe und Herausforderungen gilt es zu berücksichtigen? – Interaktive Phase 2
- 15:00 Kaffeepause
- 15:15 Kinder stark machen – Gesundheitskompetenz und Gesundheitschancen, Barbara Steffens, Gesundheitsministerin NRW
- 15:30 Synthese und Sichtung der Ergebnisse
- 16:30 Feedback
- 17:00 Ende

Teilnahmelisten

Liste der externen Teilnehmer/innen

	Anrede	Titel	Vorname	Nachname	Institution
1	Frau		Annika	Ahrens	Stadt Mönchengladbach, FB51, Abteilung Prävention KeKiz Koordination
2	Herr		Clemens	Bachmann	Stadt Düsseldorf, Sportamt
3	Frau		Silvia	Bader	Stadt Gelsenkirchen, Vorstandsbereich 5 Arbeit und Soziales Gesundheit und Verbraucherschutz Sozialplanung
4	Frau		Sabine	Baum	Kreis Gütersloh, Abt. Gesundheit
5	Herr	Dr.	Manfred	Beck	Stadt Gelsenkirchen, Dezernent Kultur, Bildung, Jugend, Sport und Integration
6	Herr		Marco	Becker	Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport
7	Herr		Sebastian	Becker	MedEcon Ruhr
8	Frau		Susanne	Bogott	Stadt Oberhausen, FB 3-4-30, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
9	Frau	Dr.	Annette	Breyer	Stadt Gelsenkirchen, F.i.T.- Früherkennung in Tageseinrichtungen
10	Herr		Bernhard	Burdick	Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf
11	Frau		Nadine	Dickhof	Landeselternbeirat NRW
12	Frau		Jeanette	Drees	Stadt Krefeld, Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz
13	Herr	Dr.	Michael	Ebert	DLR Projektträger
14	Frau		Susanne	Eckai-Nicolaus	AOK Rheinland / Hamburg
15	Frau		Nancy	Ehlert	Gesundheit Berlin-Brandenburg
16	Frau		Martina	Ehnle-Lossos	Max Rubner-Institut
17	Herr		Bora	Ergin	Stadt Gelsenkirchen, Integration durch Bildung
18	Frau		Susanne	Fleck	Stadt Dortmund, Gesundheitsamt
19	Frau		Petra	Fuhrmann	AOK Rheinland / Hamburg in Vertretung für Christoph Rupprecht
20	Frau	Dr.	Claudia	Gesang	Stadt Gelsenkirchen R 53 - Zahnmed. Dienst
21	Herr		Christoph	Gilles	Landschaftsverband Rheinland LVR
22	Herr	Dr.	Andreas	Glatz	Humanwissenschaftliche Fakultät Universität zu Köln
23	Herr		Christoph	Gormanns	Stadt Düsseldorf, Gesundheitsamt
24	Herr		Karsten	Heusinger	Rhein-Sieg-Kreis-Gesundheitsamt kivi

25	Herr		Fabian	Jansen	Stadt Mönchengladbach, Fachbereich Schule und Sport
26	Herr		Norbert	Jelonnek-Krah	Stadt Düsseldorf, Statistik und Stadtfor- schung
27	Frau		Barbara	Jerg	Stadt Kerpen, Jugendamt, Präventionsstel- le
28	Frau		Birgit	Knauer	Deutscher Kinderschutzbund, Landesver- band NRW e.V.
29	Herr		Jörg	Kohlscheen	Zentrum für interdisziplinäre Regionalfor- schung ZEFIR, Ruhr-Universität Bochum
30	Herr		Marc	Kopatz	Gelsensport
31	Frau		Christiana	Kraska	Stadt Gelsenkirchen, Schulsprecherin Grundschulen
32	Frau		Daniela	Krauß	Stadt Gelsenkirchen, Sozialdienst Schule
33	Frau		Wibke	Legat	Gelsensport e.V.
34	Herr		Ralf	Menrad	Stadt Duisburg, Gesundheitsamt
35	Frau		Susanna	Mertes	Stadt Essen, Jugendamt 51-9-3
36	Herr		Timo	Müller	Stadt Essen, Kindergesundheitsmobil
37	Frau		Monika	Nellen	Ministerium für Gesundheit, Emanzipati- on, Pflege und Alter des Landes NRW
38	Frau		Inge	Nowak	Stadt Monheim, Jugendamt Leitung Mo.Ki – Monheim für Kinder
39	Frau		Laura	Opitz	Stadt Oberhausen, Geschäftsstelle Ge- sundheitskonferenz Bereich 3-4 Gesund- heitsamt
40	Frau		Brigit	Paas	Stadt Krefeld, Geschäftsstelle Gesund- heitskonferenz
41	Frau		Birgit	Pammé	Stadt Essen Kinderschutzbund Essen The- rapiezentrum
42	Frau		Barbara	Prodöhl	Stadt Düsseldorf, Gesundheitsamt
43	Frau		Bettina	Rahn	Kreis Borken, Fachbereich Gesundheit
44	Frau		Nicole	Ritter	Mülheimer Sportbund
45	Frau		Annette	Rosanowski	Stadt Moers Fachbereich Jugend und Sozi- ales
46	Herr	Dr.	Michael	Schäfer	Stadt Düsseldorf, Gesundheitsamt
47	Herr		Folke	Schläger	Stadt Düsseldorf, Gesundheitsamt
48	Herr	Dr.	Johannes	Schütte	Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport, Landeskoordinierungs- stelle Kein Kind zurücklassen!
49	Herr	Dr.	Carsten	Schymik	Staatskanzlei
50	Frau		Susanne	Severin	Landesprogramm Bildung und Gesundheit Koordinatorin
51	Herr		Klaus	Simon	Landeszentrum Gesundheit NRW, Fach- gruppe Gesundheitsberichterstattung
52	Frau		Nadine	Sladek	Stadt Essen Kindergesundheitsmobil

53	Frau		Martha	Spallek	Stadt Essen Kindergesundheitsmobil
54	Frau		Andrea	Surholt	Stadt Moers, Fachbereich Schule und Sport
55	Frau		Carolin	Trappmann	Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung ZEFIR, Mikrodatenanalyse
56	Herr		Norbert	Turra-Ebeling	Stadt Oberhausen, Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz Bereich 3-4 Gesundheitsamt
57	Frau		Theresa	Weddeling	Stadt Gelsenkirchen, Referat Gesundheit
58	Frau	Dr.	Martina	Wegge	IMO-Institut GmbH
59	Herr	Dr.	Horst	Winkler	Stadt Düsseldorf, Gesundheitsamt Leiter Jugendgesundheit
60	Herr		Norbert	Wörmann	NRW.ProjektSoziales GmbH Fachstelle für sozialraumorientierte Armutsbekämpfung

Liste der Verbundteilnehmer/innen

	Anrede	Titel	Vorname	Nachname	Institution
61	Frau		Esra	Dag	Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung
62	Herr	Dr.	Dennis	Dreiskämper	Westfälische Wilhelms-Universität Münster Institut für Sportwissenschaft
63	Herr		Sebastian	Ehlen	KATALYSE Institut
64	Frau	Dr.	Nina	Ferrari	Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft, Abt. Bewegungs- und Gesundheitsförderung
65	Frau		Janika	Fitschen	KATALYSE Institut
66	Herr	Prof. Dr.	Klaus	Fröhlich-Gildhoff	Evangelische Hochschule Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendforschung
67	Frau		Jutta	Fuchs-Hornyak	Komm
68	Frau	Prof. Dr. Dr.	Christine	Graf	Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft, Abt. Bewegungs- und Gesundheitsförderung
69	Frau		Christin	Hornbruch	Verbraucherzentrale NRW, Gruppe Lebensmittel und Ernährung
70	Frau		Claudia	Kaura	BZgA
71	Frau		Kathrin	Müller	Institut für Medizinische Soziologie Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Universitätsklinikum – Centre for Health and Society (chs)

72	Herr	Prof. Dr.	Roland	Naul	Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Sportwissenschaft
73	Herr	Dr.	Guido	Nöcker	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
74	Herr		Thomas	Quast	com.X Institut für Kommunikations- Analyse und Evaluation
75	Frau		Regine	Rehaag	KATALYSE Institut
76	Herr	Dr.	Martin	Salaschek	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
77	Frau	Dr.	Martina	Sauer	Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung
78	Frau		Gabriele	Tils	KATALYSE Institut
79	Herr	Prof. Dr.	Haci-Halil	Uslucan	Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung
80	Herr		Michael	Vogt	com.X Institut für Kommunikations- Analyse und Evaluation
81	Frau		Stefanie	Wahl	Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Universitätsklinikum – Centre for Health and Society (chs)
82	Frau	Dr.	Simone	Weyers	Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Universitätsklinikum – Centre for Health and Society (chs)

Grußwort des Gastgebers Dr. Manfred Beck, Stadtdirektor Gelsenkirchen



Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Frau Rehaag, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Uslucan, sehr geehrte Frau Dr. Weyers, sehr geehrter Herr Gilles,

ich freue mich, dass wir uns heute hier zu diesem Anlass treffen. Mein Name ist Manfred Beck. Ich bin Stadtdirektor der Stadt Gelsenkirchen und vertrete Herrn Oberbürgermeister Frank Baranowski, der Sie gerne persönlich begrüßt hätte, aber die Amtsgeschäfte halten ihn davon ab. Also seien Sie von Herrn Oberbürgermeister Baranowski ganz herzlich begrüßt. Als Frau Rehaag bei mir anfragte, ob die Stadt Gelsenkirchen möglicherweise interessiert sei, an einem solchen Verbundforschungsprojekt als Modellkommune beteiligt zu sein, habe ich spontan „Ja“ gesagt, und das aus zwei Gründen: Der eine Grund ist, dass die Stadt Gelsenkirchen an dem nordrheinwestfälischen Projekt „Kein Kind zurücklassen“ beteiligt ist. Herrn Marco Becker, der im Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport sehr viel mit diesem Projekt zu tun hat, begrüße ich ebenfalls ganz herzlich an dieser Stelle. Auch aus dem Gesundheitsministerium wird neben der Frau Ministerin am Nachmittag eine weitere Vertreterin heute teilnehmen. Als diese Frage also an die Stadt Gelsenkirchen gerichtet war, gaben wir ganz schnell eine Zusage. Wir hatten ein paar Vorgespräche, worum es denn gehen könnte, und ich muss sagen, Gelsenkirchen war bereits relativ weit in seinen Überlegungen in diesem Feld. Dies gilt auch für die Frage, die heute Thema sein wird: „Wie gut ist denn Gesundheitsförderung eingebunden in diese Strategien?“ Ich glaube, dass Gesundheitsförderung in Gelsenkirchen relativ gut eingebunden ist. Ich hoffe aber, dass wir dennoch einiges verbessern können im Zusammenhang mit diesem Projekt. Allerdings muss man konstatieren, dass durch die enorme Zuwanderungswelle, die uns bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit herausfordert, vieles an freiwilligen Aufgaben in Frage gestellt ist. Gelsenkirchen hat die höchste Zuwanderungsquote in NRW, das ist nicht allgemein bekannt. Vier Prozent unserer Bevölkerung sind in den letzten drei Jahren zugewandert. Wir haben im Moment knapp einhundert internationale Förderklassen in dieser Stadt. Im ersten Quartal 2016 werden es ca. 125 Klassen sein. Ich hoffe es fragt mich keiner wo ich diese Kinder alle beschule. Ich weiß es noch nicht. Aber bis zum Jahresende werde ich es wissen. Im Gesundheitsbereich haben wir sehr viele Kinder, insbesondere aus Bulgarien und Rumänien, die nicht die minimalste Gesundheitsförderung und -prävention erfahren haben in ihrer frühen Kindheit. Kinder, die nicht geimpft sind etc. Dies fordert unser System in hohem Maße heraus, erfordert auch unkonventionelle Maßnahmen. Wir haben etwa einen Fonds aufgelegt, von den Service Clubs gefördert, woraus wir basale Gesundheitsbedarfe finanzieren. Kinder, die nicht krankenversichert sind, gerade aus den genannten Ländern, brauchen z.B. Brillen wenn sie Sehschwächen haben. Die Kosten dafür übernimmt niemand. Wie gesagt, wir haben einen Fonds organisiert, über das kommunale Integrationszentrum in Gelsenkirchen verwaltet, der solche Bedarfe abdeckt. Insgesamt denke ich, dass die Gesundheit von Kindern im Ruhrgebiet ein ganz spezielles Thema ist. Sie wissen alle und haben vielleicht auch in den letzten Tagen wieder gelesen, dass hier immer noch die Lebenserwartung deutlich niedriger liegt als in anderen Landesteilen. Wir hoffen, dass sich dies in den nächsten Jahren ändert, weil die Gesundheit der Kinder früh gefördert wird. Auch deshalb freue ich mich, dass wir Modellkommune in diesem Projekt sind. Ich erwarte mir viel für die Praxis, aber ich hoffe auch, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse so groß sind, dass der Förderer Bundesministerium für Bildung und Forschung letztendlich ebenfalls damit zufrieden ist. Frau Rehaag, herzlichen Dank. Sie haben das Wort.

Grußwort von Regine Rehaag, Koordinatorin des Verbundprojektes



Sehr geehrte Frau Ministerin Steffens, sehr geehrter Herr Stadtdirektor Dr. Beck, sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie herzlich zur Auftaktveranstaltung des Verbundvorhabens ‚Gesund Aufwachsen‘ begrüßen. Ihnen Herr Dr. Beck möchte ich für Ihr Grußwort danken.

Ich freue mich besonders Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen am Nachmittag begrüßen zu dürfen. Sie wird als Vertreterin unseres Praxispartners zum Thema *Kinder stark machen – Gesundheitskompetenz und Gesundheitschancen* sprechen. Ich möchte Herrn Gilles als Vertreter unseres Praxispartners Landschaftsverband Rheinland begrüßen, der am Vormittag in seinem Input *Integrierte Gesamtkonzepte kommunaler Prävention* auf die Zusammenarbeit von Jugendhilfe

und Gesundheitswesen eingehen wird – eine nicht immer einfache Kooperation, wie Sie wissen.

Ganz besonders freue ich mich aber, dass die kommunale Praxis heute mit mehr als 40 Experten aus 16 Kommunen NRWs vertreten ist, davon mehr als die Hälfte aus den vier Kommunen Gelsenkirchen, Düsseldorf, Essen und Oberhausen. Kommunale Akteure aus vielfältigen Bereichen und mit einem breiten Spektrum an Erfahrungen: Gesundheit – anders als vermutet am häufigsten vertreten –, Bewegung, Jugend, Bildung, Integration und Familie.

Weiterhin begrüße ich Vertreter/innen der Landesgesundheitspolitik, von Verbänden und Institutionen der Gesundheitsförderung und des Kinderschutzes sowie der AOK-Rheinland und last but not least die Kolleg/innen aus der Wissenschaft.

Auf die Beiträge und den Austausch mit den Vertreter/innen aus der Praxis sind wir ganz besonders gespannt.

Zur Entstehungsgeschichte des Projektes

Sie begann vor mehr als zwei Jahren mit einer Ausschreibung des BMBF, die auf Forschungsverbünde interdisziplinärer Ausrichtung mit regionaler Anbindung zum Themenbereich *Primärprävention & Gesundheitsförderung* abzielte. Mit Blick auf die in Frage kommenden Aktivitäten in unserem Bundesland, lag es für uns auf der Hand, den üblicherweise als ‚Präventionskette‘ bezeichneten Ansatz der kommunalen Gesundheitsförderung zum Gegenstand eines Forschungsverbundes zu machen. In Nordrhein-Westfalen ist die Vernetzung von präventiven Angeboten schon seit einigen Jahren in auf Gemeindeebene angesiedelten Pilotprogrammen und Modellvorhaben zu einer kommunalen Präventionspraxis geworden:

- „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“, Pilotprojekt der (2009 gegründeten) Koordinationsstelle „Kinderarmut“, LVR Landesjugendamt
- „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ Modellvorhaben der Landesregierung NRW (seit 2012) und
- Netzwerke der Frühen Hilfen (2007 gegründet und 2012 im Bundeskinderschutzgesetz gesetzlich verankert).

Wir haben mit Vertretern der Netzwerke Kontakt aufgenommen, eins der ersten Gespräche damals mit Herrn Dr. Beck in Gelsenkirchen geführt. In Gesprächen mit Praxisexperten nahm die Idee Gestalt an, den Ansatz der vernetzten kommunalen Gesundheitsförderung zu untersuchen. Das Verbundvorhaben will im Austausch mit der Praxis einen Beitrag zur wissenschaftlichen Fundierung und Qualitätssicherung leisten.

Schon im Vorfeld wurden entsprechende Kooperationsvereinbarungen getroffen mit

- dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW
- dem Landschaftsverband Rheinland LVR, Landesjugendamt, Koordinationsstelle Kinderarmut, Köln und
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Website Provider von Inforo-online und Geschäftsstelle für den kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“

Wir freuen uns als unabhängiger und vom BMBF geförderter Forschungsverbund bald in Modellkommunen der o.g. Netzwerke mit unserer Untersuchung beginnen zu können. Als Nächstes gilt es, die Zusammenarbeit mit den kommunalen Schlüsselakteuren und den Fachkräften, die an der Basis arbeiten, abzustimmen. Denn wir können nur dort tätig werden, wo in den kommunalen Steuerungsgremien sowie an der Basis Interesse und Kapazitäten für Kooperationen bestehen.

Was wir vorhaben

Noch kurz zur Ausrichtung unseres Verbunds. Das Anliegen von Präventionsnetzwerken ist es – da erzähle ich Ihnen sicher nichts Neues – ein gelingendes Aufwachsen für alle Kinder zu gewährleisten – gerade für jene, die schwierige Lebensbedingungen zu bewältigen haben. Im Fokus steht deshalb die Teilhabe von benachteiligten Kindern und Familien. Prävention hat dabei viele Facetten – Armutsbekämpfung, Bildungsförderung, Gesundheitsförderung und Förderung der sozialen Teilhabe.

Unser Verbund legt den Schwerpunkt auf Prävention, auf Gesundheitsförderung, die auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit abzielt und eng verbunden ist mit der Möglichkeit zur Teilhabe. In ausgewählten Modellkommunen untersuchen wir die Angebote der kommunalen Gesundheitsförderung in den Bereichen Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit mit einem integrativen Forschungszugang – wie er in der Abbildung symbolisiert ist (siehe Abbildung 1).

Soziale Teilhabe und der Zugang von benachteiligten Zielgruppen ist dabei der gemeinsame Querschnittsbereich. Wir legen ein besonderes Augenmerk darauf, Zugangsmöglichkeiten unter Elternperspektive zu explorieren. Der Erfolg der Gesundheitsförderung hängt davon ab, ob es gelingt, die Eltern einzubinden, einen Rückhalt in den Familien sicherzustellen und gesundheitsförderliche Routinen im Alltag verankern. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist, Bedürfnisse und Anforderungen der Eltern zu verstehen sowie die Gründe, die einer Teilnahme an den Angeboten entgegenstehen. Im Austausch mit den Eltern wollen wir Potenziale und Zugangsbarrieren identifizieren, damit die Angebote passgenauer gestaltet werden können.

Das Zusammenspiel der vernetzten Gesundheitsförderung und ihre Auswirkungen auf die Kindergesundheit werden anhand von Daten der Schuleingangsuntersuchung in zwei aufeinander folgenden Einschulungsjahrgängen analysiert. Ein weiteres Forschungsmodul untersucht im Austausch mit den Nutzer/innen der Kommunikationsplattform inforo-online, wie sich die Vernetzung der kommunalen Akteure über ein Onlineportal verbessern lässt.

Ergebnisse

- Praxisleitfaden zur Optimierung der Angebote, mit Fokus auf die bessere Erreichbarkeit der gewünschten Zielgruppen



punkt auf Prävention, auf Gesundheitsbau gesundheitlicher Ungleichheit ist mit der Möglichkeit zur Teilhabe. In ausgewählten Modellkommunen untersuchen wir die Angebote der kommunalen Gesundheitsförderung in den Bereichen Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit mit einem integrativen Forschungszugang – wie er in der Abbildung symbolisiert ist (siehe Abbildung 1).

der Zugang von benachteiligten Zielgruppen ist dabei der gemeinsame Querschnittsbereich. Wir legen ein besonderes Augenmerk darauf, Zugangsmöglichkeiten unter Elternperspektive zu explorieren. Der Erfolg der Gesundheitsförderung hängt davon ab, ob es gelingt, die Eltern einzubinden, einen Rückhalt in den Familien sicherzustellen und gesundheitsförderliche Routinen im Alltag verankern. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist, Bedürfnisse und Anforderungen der Eltern zu verstehen sowie die Gründe, die einer Teilnahme an den Angeboten entgegenstehen. Im Austausch mit den Eltern wollen wir Potenziale und Zugangsbarrieren identifizieren, damit die Angebote passgenauer gestaltet werden können.

Abbildung 1 Forschungszugang

- Methode zur Evaluation von vernetzter Prävention
- Optimierung der webbasierten Austausch- und Informationsplattform inforo-online.de
- Aus- und Fortbildungsmodule

Nutzen für teilnehmende Modellkommunen

- Evaluation der Angebote zur Gesundheitsförderung von Kindern
- Analyse der Wünsche und Zugangsbarrieren aus Perspektive von Eltern und Präventionsakteuren
- Vorschläge zur Optimierung der Schnittstellen, insbesondere mit Blick auf die Erreichbarkeit sozial benachteiligter Zielgruppen
- Bedarfsgerechte Qualifizierungsangebote im Bereich vernetzter kommunaler Gesundheitsförderung (VZ)
- Öffentlichkeitswirksamkeit als Modellkommune

Nutzen für alle Kommunen

- Praxisorientierter Leitfaden zur Optimierung der Angebote und der Erreichbarkeit der Zielgruppen
- Methode zur routinemäßigen Evaluation von vernetzter Prävention
- Unterstützung der Vernetzung zwischen den kommunalen Akteuren durch eine webbasierte Austauschplattform

Ablauf des Tages

Nach dem einleitenden Block folgt eine Vorstellungsrunde, in der jeweils zwei Vertreter der fünf Module ihr Vorgehen erläutern werden. Wir waren bestrebt, den Input möglichst kurz zu halten, um viel Raum für den Austausch mit Ihnen zu geben. Nachdem Sie das Forschungsvorhaben und die Teilmodule kennengelernt haben, gibt es viel Gelegenheit für Sie in zwei interaktiven Runden uns Ihre Erfahrungen auf den Weg mitzugeben zu den Fragen: Was ist Ihnen wichtig für das Forschungsprojekt? Und warum ist es Ihnen wichtig?

Durch den heutigen Tag führt uns Frau Fuchs-Hornyak, an die ich jetzt die Moderation übergebe. Viel Spaß und einen lebendigen Austausch wünsche ich Ihnen bei unserer Auftaktveranstaltung.

Gesundheit bei Schuleingang

Abstract von Dr. Simone Weyers, Universität Düsseldorf



Die meisten Kinder erfreuen sich einer guten Gesundheit, es findet jedoch eine Verschiebung des Krankheitsspektrums statt von den akuten zu den chronischen Erkrankungen, von den somatischen zu den psychischen Störungen. Hier finden sich insbesondere Störungsbilder wie Störungen der funktionalen und emotionalen Entwicklung, Störung des Sozialverhaltens oder verhaltensabhängige, körperliche Störungen wie Adipositas. Die Störungsbilder sind nicht neu, sondern ihre epidemiologische Häufung. Wir finden für alle diese Störungsbilder außerdem einen sozialen Gradienten, der darauf verweist, dass sie auch sozial verursacht sind.

Mit Hilfe der Schuleingangsuntersuchung kann die epidemiologische Verteilung von Entwicklungsverzögerungen und Erkrankungen betrachtet werden. Diese Untersuchung erhebt nach dem Bielefelder Modell verschiedene Variablen zu Entwicklung und Gesundheit der Schulkinder (siehe Abbildung 2).

- Körpermaße, Befunde des Kopfes
- Befunde der inneren Organe
- Befunde des Skeletts und der Haut
- Befunde der Konstitution, der Hamorgane und andere
- Befunde des ZNS und des Verhaltens
- Befunde spezieller Behinderung
- Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening
 - Selektive Aufmerksamkeit
 - Zählen, Simultanerfassung + Mengenvergleich
 - Visuomotorik, Visuelles Wahrnehmen
 - Präpositionen, Pluralbildung, Pseudowörter, Artikulation
 - Körperkoordination
- Teilnahme Früherkennungsuntersuchungen, Anzahl Impfungen
- Sozialanamnese

Kommunale Beteiligung am »Bielefelder Modell« 2012

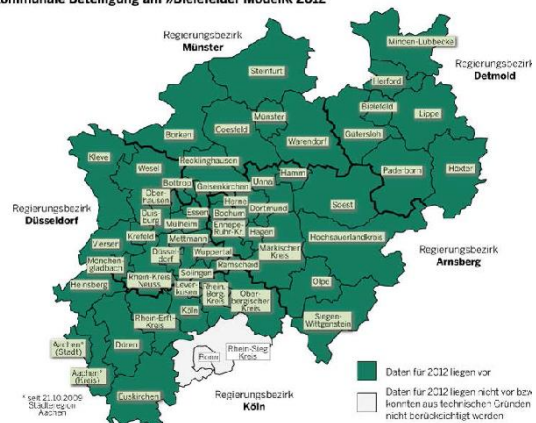


Abbildung 2 Bielefelder Modell 2012

Für die 2013-er Kohorte der Erstklässler in Nordrhein-Westfalen (ca. 127.000 Kinder) zeigen sich folgende Ergebnisse: Am häufigsten sind Sprach- und Sehstörungen, etwas seltener Entwicklungsverzögerungen im sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening, noch seltener Hörstörungen und Adipositas (siehe Abbildung 3).

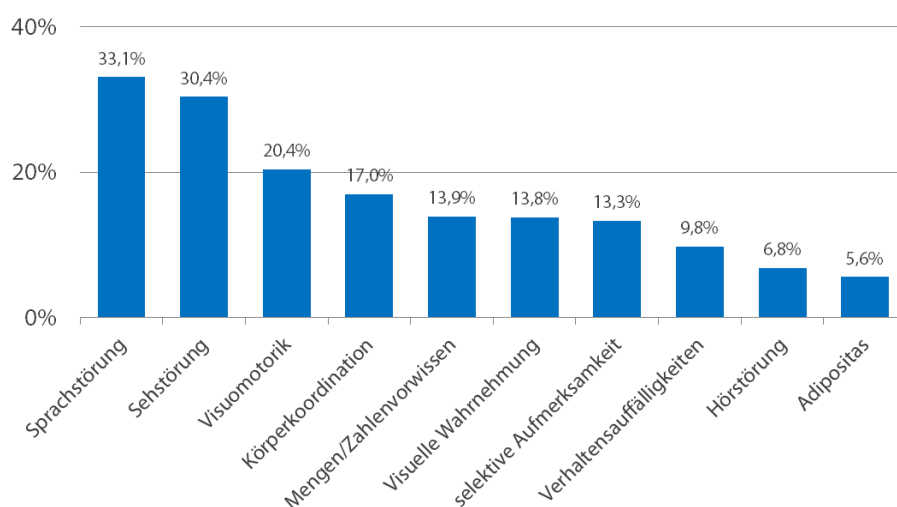


Abbildung 3 Gesundheit der Schulneulinge in NRW.

Quelle: https://www.lzg.nrw.de/themen/gesundheit_berichte_daten/schulgesundheit/index.html

Bei sozial differenzieller Betrachtung zeigt sich schon seit geraumer Zeit ein sozialer Gradient. Entweder auf Stadtteilebene, wie aus den Daten der Düsseldorfer Schuleingangsuntersuchung ersichtlich: Je höher der Belastungsgrad im Stadtteil, desto höher der Anteil der Kinder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Schuleingangsuntersuchung (siehe Abbildungen 3 und 4).

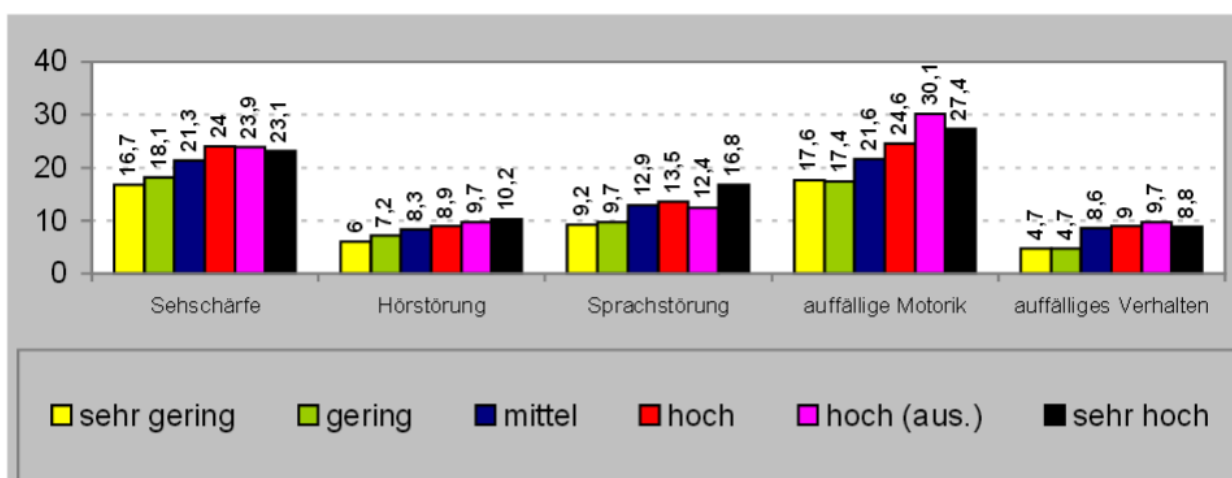


Abbildung 4 Gesundheit der Schulneulinge in NRW nach sozial räumlichem Belastungsgrad. Schulneulinge Düsseldorf 2000/2001 (n=9662), Im Sozialraum: Wohnfläche je Einwohner, Anteil Migranten, Sozialhilfequote, Anteil Personen in Haushalten mit Wohngeldantrag.

Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf (2003). Gesundheitsbericht Schulneulinge. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 1998 bis 2001.

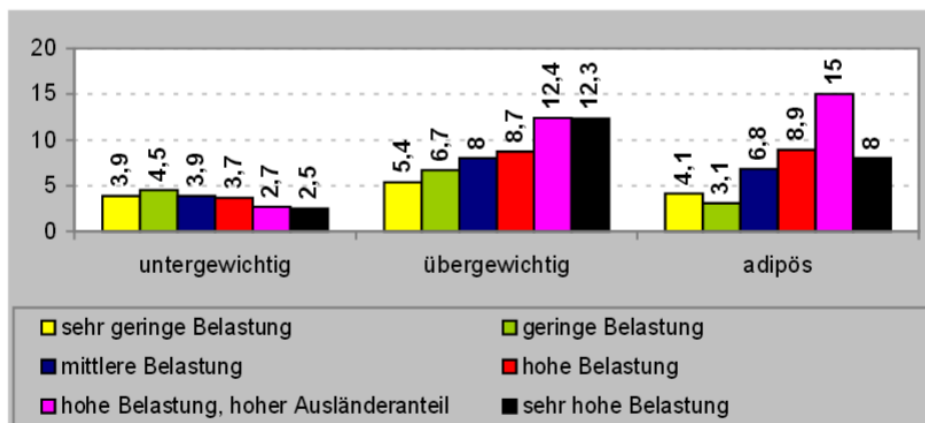


Abbildung 5 Gesundheit der Schulanfänger in NRW mit sozial räumlichen Gradient für Übergewicht und Adipositas. Schulanfänger Düsseldorf 2000/2001 (n=9662). Im Sozialraum: Wohnfläche je Einwohner, Anteil Migranten, Sozialhilfequote, Anteil Personen in Haushalten mit Wohngeldantrag.

Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf (2003). Gesundheitsbericht Schulanfänger. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 1998 bis 2001.

Oder auf Individualebene, wie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey ersichtlich: Je niedriger der Sozialstatus der Eltern, desto höher der Anteil der Kinder mit psychischen und Verhaltensauffälligkeiten (siehe Abbildung 5).

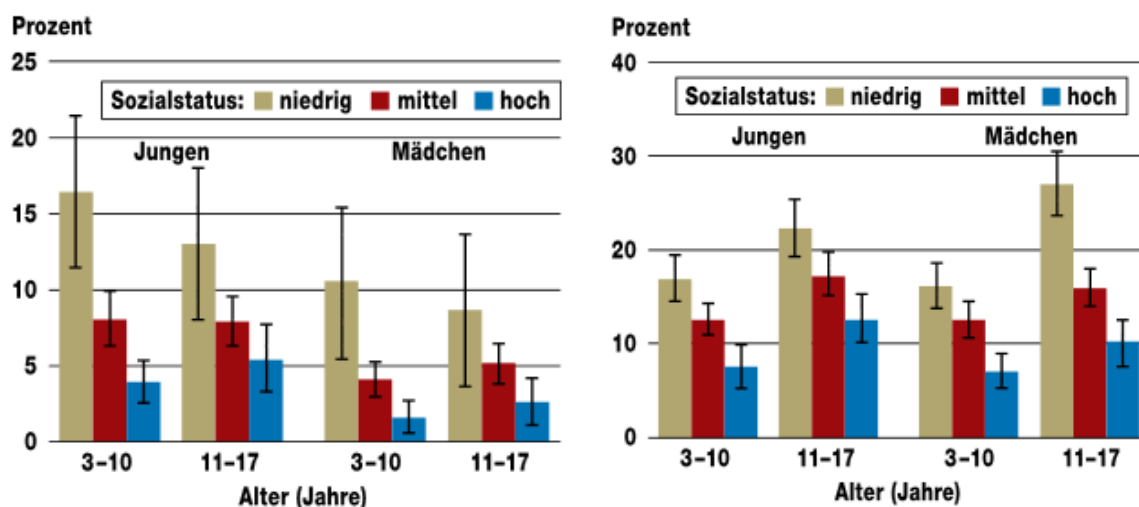


Abbildung 6 Gesundheitliche Ungleichheiten, KIGGS Basiserhebung. Erste Grafik: Psychische und Verhaltensauffälligkeiten (n=14.375). Zweite Grafik: Übergewicht (n=14.341).

Quelle: Lampert & Kurth (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Deutsches Ärzteblatt 104, 43, A2947

Während hierzulande meist Querschnittsdaten herangezogen werden, um derartige Zusammenhänge empirisch abzubilden, können die Gesundheitswissenschaftler/innen in England auf die Daten von Geburtskohortenstudien zurückgreifen, die über lange Zeiträume das Zusammenspiel von sozialer Herkunft und verschiedenen Aspekten der gesundheitlichen Entwicklung nachverfolgt haben. Auf dieser Basis wurde ein Lebenslaufkonzept entwickelt, um schematisch abzubilden, wie sich im Ver-

lauf des Lebens die sozioökonomische Position und die kognitive, soziale, körperliche und geistige Entwicklung einschließlich Lebensstil wechselseitig beeinflussen (siehe Abbildung 7).

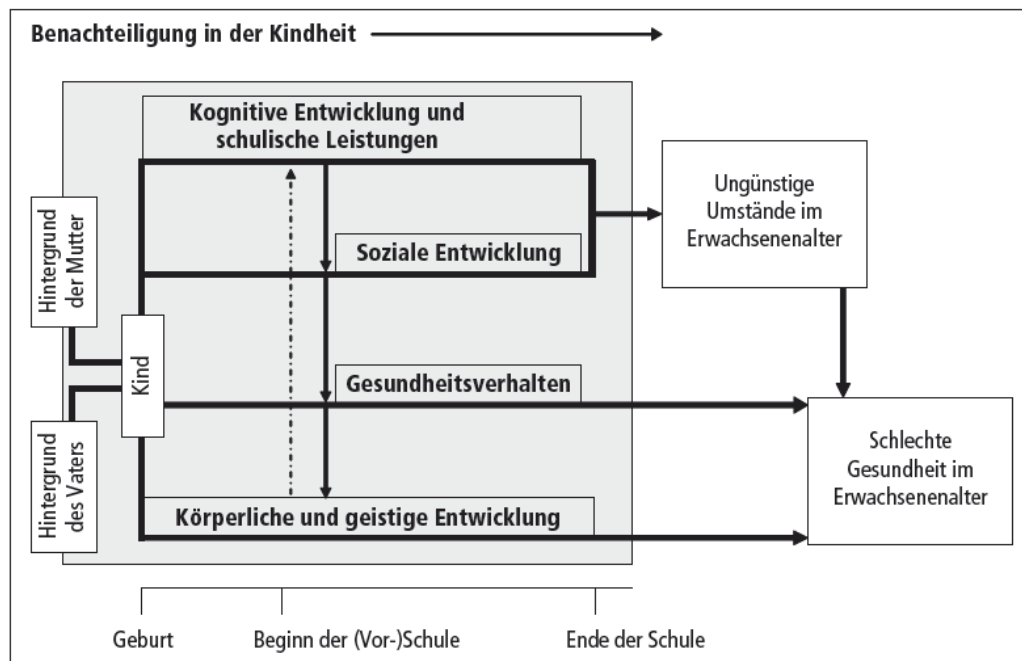


Abbildung 7 Lebenslaufkonzept der sozialen Benachteiligung in der Kindheit und Gesundheit.

Quelle: Power & Kuh (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In: Siegrist & Marmot (Hrsg.) Soziale Ungleichheiten und Gesundheit. Hans Huber, S. 56

Darüber hinaus wurden verschiedene Mechanismen identifiziert, wie Risikofaktoren im Lebenslauf wirken. Nach dem ‚Konzept der kritischen Perioden‘ gibt im Entwicklungsverlauf Zeitfenster, in denen Schädigungen irreversibel sind. Diese Zeitfenster sind sogar schon vorgeburtlich angelegt. Einflüsse während dieser kritischen Phasen können die Gesundheit im späteren Lebensverlauf nachhaltig schädigen. Nach dem ‚Konzept der Entwicklungspfade‘ gibt es bestimmte Faktoren, welche die weitere Entwicklung substantiell bahnen. So stellt z.B. die kognitive und schulische Entwicklung die ‚Weichen‘ für viele weitere Entwicklungsbereiche. Das ‚Konzept der Akkumulation‘ schließlich geht davon aus, dass Menschen über den Lebenslauf verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren anhäufen. Präventionsansätze wie Familienhebammen, Schuleingangsuntersuchungen oder kommunale Präventionsnetzwerke tragen diesen Erkenntnissen schon länger Rechnung.

Weniger bekannt bisher ist jedoch, inwiefern diese Präventionsansätze wirken. Hierzu können künftig Daten der Schuleingangsuntersuchung besser genutzt werden. Eigene Studien mit Hilfe der Daten der Schuleingangsuntersuchung einer rheinischen Kommune zeigen beispielsweise, dass es einen Zusammenhang zwischen der frühen Kita-Betreuung und der Entwicklung im Zahlenvorwissen bei Schuleingang gibt (siehe Abbildung 8). Darüber hinaus sehen wir, dass Familien mit einer hohen Bildung die frühe Kita-Betreuung deutlich häufiger nutzen als Familien mit einer niedrigen Bildung. Dieses Phänomen bezeichnet man als Präventions-Paradoxon. Hier gibt es Interventionspotential.

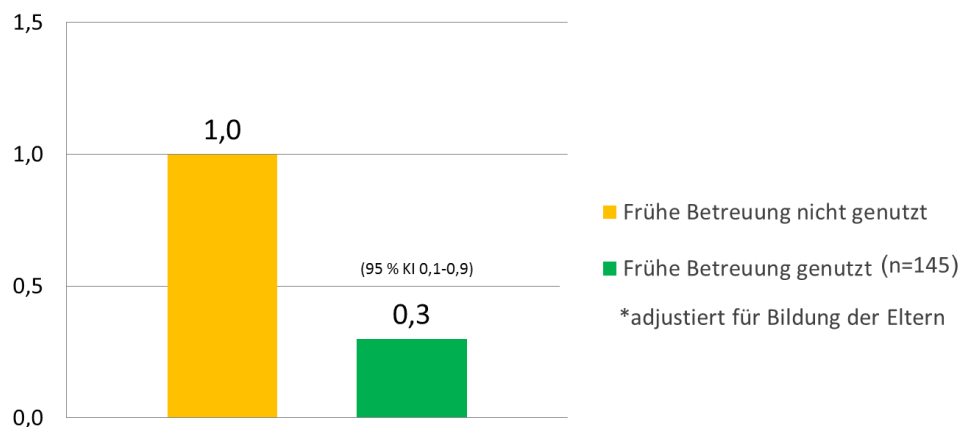


Abbildung 8 Befund Zahlenvorwissen bei Schuleingang / Präventionsnutzung und Befund bei SEU Rheinische Kommune (n=297).

Quelle: Weyers & Wahl (2015). Sachbericht. Evaluation einer Präventionskette im Rheinland. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH).

Zusammenfassend: Wir wissen, wo in der Kommune erhöhter Bedarf ist. Wir wissen, wer erhöhten Bedarf hat. Wir haben bereits kommunale lebenslauforientierte Präventionsangebote und -netzwerke entwickelt. Wir wissen aber noch zu wenig über die Wirksamkeit dieser Präventionsangebote und -netzwerke und wie wir Familien mit Bedarf dafür erreichen können.

Psychisch robust trotz gefährdender Umwelt: Resilienzförderung bei Kindern mit Zuwanderungsgeschichte

Rede von Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan, Universität Duisburg-Essen, Leiter der Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung



Ich glaube ich kann sehr gut an das, was Frau Weyers vorgetragen hat, anschließen. Es passt sehr schön. Gerade der paradoxe Befund, dass diejenigen, die den wesentlich größeren Bedarf haben, die Präventionsangebote wenig nutzen. Das ist auch aus der Psychotherapieforschung bekannt. Dort spricht man von den YAVIS-Patienten, die am besten seien. YAVIS ist die Abkürzung für Young Attractive Verbalized Intelligent and Successfull. Das sind die Patienten, die man am liebsten hat. Aber das sind diejenigen, die am wenigsten Psychotherapie nötig haben. Psychisch robust trotz gefährdender Umgebung. Ich glaube zwei, drei Aspekte wiederholen sich, aber das ist nicht schlimm, der liebe Gott mag Wiederholungen. Psychische Probleme im Kindesalter haben, das haben Sie auch sehr schön dargestellt, schwerwiegende Konsequenzen für individuelles Wohlbefinden, soziale Funktionsfähigkeit, aber auch für die Frage der Bildung. Vor allem die Studie, auf die Sie hingewiesen haben zeigt, dass erhöhte Risiken vor allem für psychische Auffälligkeiten vorhanden sind und es gute Hinweise gibt, dass die meisten im Grundschulalter im Alter von sieben bis zehn Jahren beginnen. Einen Aspekt den ich noch mal unterstreichen möchte: Besonders gefährdete Gruppen, Sie haben von sozialen Gradienten gesprochen, sozial und ethnischer Gradient könnte man fast sagen. Oft ist das ja eine Konfundierung, dass Menschen, die andere ethnische, andere familiäre Wurzeln haben, auch überzufällig in bestimmten sozialen Konstellationen vorzufinden sind und hier zeigen gerade die Daten, dass Kinder mit Zuwanderungsgeschichte signifikant stärker betroffen sind, was Gefährdung betrifft, als einheimische Kinder, aber auch Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status. Oft vermischt sich das hier. Und nicht zuletzt sind auch Einelternfamilien betroffen, in denen letztlich das soziale und auch das materielle Kapital eines Elternteils fehlt. Dort sind die Auswirkungen bei Kindern deutlich stärker. Wir machen im Zentrum für Türkeistudien jährlich Forschungen, vor allem zur Integration Türkeistämmiger in NRW. Wir haben die Möglichkeit, auch repräsentative Daten zu erheben, weil wir Zugriff auf potenziell 100.000 Haushalte haben. Die psychische Gesundheit war bislang im Kindesalter noch nicht so sehr das Thema, aber wir glauben, dass ein enormer Bedarf besteht, sich dieser Fragestellung zuzuwenden und erste Anhaltspunkte zeigen, dass auf verschiedenen Ebenen Kinder mit Migrationshintergrund etwas häufiger betroffen sind. Was emotionale Probleme betrifft, sind die Unterschiede nicht so groß, Verhaltensauffälligkeiten 17 Prozent vs. 14,4 Prozent. Wenn man zusammenfasst, kann man sagen, dass die Befundlage eher dafür spricht, dass dort problematische Aspekte in der Kindheit stärker vorhanden sind. Aber wir wollen ja nicht nur Risiken analysieren, Sie haben ja vorhin in der Anmoderation „Psychisch robust trotz gefährdender Umgebung“ gehört, d.h. uns geht es auch um die Frage der Resilienz. Wie schaffen es viele, trotzdem gesund zu bleiben? Ich habe hier einige Experten zur Resilienz, denen sage ich natürlich nichts Neues. Die Frage der Resilienzforschung hat die letzten zehn, fünfzehn Jahre gerade im entwicklungspsychologischen Kontext – man kann fast sagen einen „Hype“ erlebt. Man kann sie begriffsgeschichtlich und auch gesundheitspsychologiegeschichtlich zurückführen auf Studien von Antonovsky, der bei Erwachsenen zur Salutogenese geforscht hat, d.h. zum ersten Mal die Fragestellung umgekehrt hat: Nicht „Was macht Menschen krank?“, also die pathogenetische Ausrichtung, sondern fokussiert hat „Was hält Menschen gesund?“ Und er hat eine sehr belastete Kohorte untersucht. Das waren Frauen der Geburtsjahrgänge 19 – 23 in Israel, die geeint hat, dass sie eine traumatische Erfahrung hatten,

und zwar eine KZ- Erfahrung. D.h. sie haben ein massives Trauma erlitten. Er hat sie in den 60er Jahren untersucht. Jetzt könnte man annehmen, wer so einen massiven Einschnitt im Leben hat, der muss psychisch gestört sein. Ein Großteil, das muss man auch sagen, hatte auch Belastungen, aber rund ein Drittel ist trotz dieser Erfahrung relativ robust und relativ zuversichtlich durchs Leben gegangen, und das war für ihn der Grund sich zu fragen: „Was ist es, was diese Menschen trotz des massiven Einschnitts im Leben gesund hält?“ Und er hat dort den „Sense of Coherence“, also den Kohärenzsinn, dass man die Welt verständlich und bedeutungsvoll, kontrollierbar erlebt, als zentralen Aspekt psychischer Gesundheit Erwachsener herausgearbeitet. Die Resilienzforschung versucht sozusagen entlang dieses Forschungsparadigmas jetzt bei Kindern zu erfahren: Was heißt Resilienz. Resiliere, Abprallen, das ist eher ein Begriff aus der Materialkunde. Man kann sagen es ist Spannkraft, Elastizität, Strapazierfähigkeit. Camus hat mal sehr schön gesagt: „Mitten im Winter den Sommer in sich entdecken“. Wir haben jetzt Winter, wenn Sie rausschauen, entdecken sie auch den Sommer. Die Grundidee ist aber, um einer Personenfixiertheit zu entgehen, dass die Entwicklung von Resilienz nicht nur durch Personenmerkmale entsteht. Sondern ganz stark auch durch Umweltmerkmale, und das ist auch unser Ansatz. Wir schauen, was man in Kommunen machen kann, in der Umgebung eines Kindes, d.h. sozusagen, dass die Gemeinde eines Kindes mit verantwortlich für die Entwicklung starker Kinder ist. Und nicht zuletzt ist gerade in der entwicklungspsychologischen Forschung Common Sense, diese Interaktion zwischen Person und Umwelt, dass Menschen nicht nur von ihrer Umwelt abhängig sind, sondern ihrerseits auch Umwelten schaffen und suchen, d.h. sozusagen auf der einen Seite konstruiert die Umwelt bestimmte Merkmale, andererseits suchen Kinder und Menschen ihre Umwelt auch selbst aus. Aber wir müssen das deutlich stärker in Interaktion sehen. Was meint Resilienz genau? Wenn man es herausklamüsert, ausbuchstabiert, wie kommt es, dass diese Kinder trotz elterlicher Risiken, Armut, Arbeitslosigkeit, aber auch Erkrankung der Eltern, Scheidungserfahrung bspw. relativ erfolgreich ihr Leben meistern? Also nicht alle gehen daran zugrunde. Das sind ja auch eigene Geburtskomplikationen, eigene Risiken, auch Behinderungen und gegenwärtig – Herr Dr. Beck hat es am Anfang ja kurz skizziert – gibt es Schätzungen über Traumatisierungsgrade von Flüchtlingen, man schätzt, dass rund 40 Prozent der Flüchtlinge traumatische Erfahrungen haben. Jetzt wäre es natürlich spannend zu schauen, wie schaffen es von diesen Kindern einige trotzdem, ihr Leben erfolgreich zu meistern. Nicht an diesem Trauma zu erkranken, sondern eine Form von Widerstandskraft, Hardiness zu zeigen. Zusammenfassend kann man sagen, Resilienz ist also die Fähigkeit, relativ unbeschadet mit Folgen belastender Lebensumstände umzugehen, Bewältigungskompetenzen zu entwickeln, eine Form von Stärke aufzubauen.

Risikomildernde Faktoren im Kindesalter	
– Kindbezogene Faktoren – Weibliches Geschlecht – Erstgeborenes Kind – Positives Temperament (flexibel, aktiv, offen) – Überdurchschnittliche Intelligenz – Physische Attraktivität – Positives Sozialverhalten – Positives Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitsüberzeugung – Aktives Bewältigungsverhalten	– Umgebungsfaktoren – Stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson – Offenes, unterstützendes Erziehungsklima – Familiärer Zusammenhalt und soziale Unterstützung – Positive Freundschaftsbeziehungen – Positive Schulerfahrungen

Abbildung 9 Risikomildernde Faktoren im Kindesalter

Was sind typische Aspekte vor allem aus der entwicklungspsychologischen Forschung, die für Resilienz sprechen? Ich habe das in zwei Aspekte, einmal in Kind bezogene und in umgebungsbezogene Faktoren aufgeteilt (siehe Abbildung 9). Ich glaube der größte Teil von ihnen, ca. zwei Drittel, ist resili-

enter geboren als ich und Sie und Sie. Das scheint das weibliche Geschlecht zu sein. Die Idee ist hier, dass Mädchen robuster, widerstandsfähiger sind, aber auch Aspekte wie „das erstgeborene Kind“ eine Rolle spielen. Beim ersten Kind sind die Eltern noch sehr stark involviert. Gerade wenn das Kind auch ein Wunschkind ist. Die Idee ist, dass bei den ersten Kindern der elterliche Einfluss wirksamer ist. Bei den anderen Kindern sind die Einflüsse der Geschwister oft stärker, aber für die kindliche Bildung ist der Erwachsenen Einfluss wichtiger als der Einfluss der Geschwister, was vor allem auch die kognitive Bildung betrifft. Da habe ich Glück, ich bin ein Erstgeborener, mein Bruder, der weit weg ist, hört das jetzt nicht. Ein weiterer Aspekt ist der Temperamentsfaktor, ein positives Temperament, aber auch Aspekte wie überdurchschnittliche Intelligenz. Hier zeigt sich, dass Kinder, die besser planen können, bestimmte Aspekte antizipieren können, sich vor gefährdenden Umgebungen eher fernhalten. D.h. sozusagen ihre intellektuellen Leistungen ein Stück weit auch als Schutzfaktor wirken können. Den meisten von Ihnen sage ich nichts Neues: Physische Attraktivität hat nicht nur im Erwachsenenleben, sondern auch in der Kindheit einen Einfluss. Kinder, die hübsch anzuschauen sind, schaffen es eher, dass jemand anderes sich für sie begeistert, wenn Eltern ausfallen. Erzieher/innen, Kindergärtner/innen, Lehrer/innen, Nachbar/innen nehmen sich dann eher des Kindes an. Aber auch Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Coping-Verhalten haben einen Einfluss, d.h. wie geht man mit Problemen um, geht man sie aktiv an, vermeidet man sie, sucht man sozialen Rat bei anderen – darüber hinaus auch einige Umgebungsfaktoren. Wer ist, gerade wenn Eltern ausfallen, noch relevant als Bezugsperson? Gibt es neben den Eltern noch Oma, Opa, Tante, Lehrer/innen, Kindergärtner/innen als wichtige Bezugsperson, an denen man sich orientieren kann? Die Bindungstheorie spricht von internalen Arbeitsmodellen, d.h. welche anderen Modelle von menschlichen Beziehungen kann man internalisieren, wenn man die Eltern als geeignete Modelle nicht zur Verfügung hat. Insofern sehen sie, dass die Umgebung eines Kindes, inkl. der Bezugspersonen, auch zentral ist. Wie wird das Kind erzogen? Erziehungsklima. Familiärer Zusammenhalt. Soziale Unterstützung. Aber vor allem auch für Schulkinder, mit Beginn der Schule, positive Freundschaftsbeziehungen, positive Schulerfahrungen. Auch die Schule kann, das hören Kinder vielleicht nicht so gerne, eine enorme Ressource sein, gerade wenn Eltern als Ressource ausfallen, wenn sie dort positive Erfahrungen machen, Selbstwirksamkeit erfahren.

Ich komme zum Schluss. Welche Aspekte sind noch wichtig, bspw. Selbststeuerung, Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, aber auch Leistungsmotivation, was schon sehr früh in der Erziehung, im Alter von zweieinhalb, drei Jahren beginnt. Förderung von günstigen Attributionsmustern, ich verkürze das jetzt hier auf internal und external. Gerade in der pädagogischen Forschung ist es wichtig, worauf Kinder Leistungen zurückführen, worauf sie Erfolge zurückführen. Liegt es an mir? Liegt es an den anderen? Wenn ich eine 5 geschrieben habe, könnte ich sagen: „Die blöde Lehrerin, die mag mich nicht und hat mir eine 5 gegeben“. Die blöde Lehrerin kann ich nicht ändern. Wenn ich aber der Auffassung bin: „Vielleicht habe ich zu wenig gelernt, drei Tage durchgefeiert, bin mit wenig Konzentration zur Schule gegangen“ – dann kann ich mein Leistungsverhalten ändern. D.h. eine interne Attribution ist günstiger als eine externe und hier ist wichtig: Es sollte internal variabel sein. Internal stabil heißt, es liegt an meiner Klugheit oder an meiner Dummheit. Ich kann nicht von heute auf Morgen klug oder dumm werden. Wenn ich das aber auf Anstrengung zurückführe: Strenge ich mich an, kann ich Leistung erbringen. Strenge ich mich nicht an, kann ich keine Leistung erbringen. D.h. es ist eine Variable. Insofern wäre es günstig, auch Kindern als Förderung von Stärke im Attributionsmuster zu sagen: „Es liegt an Dir, aber Du kannst bestimmte Dinge ändern“. Ein weiterer Aspekt ist der Umgang mit Konflikten und Stress. Generell kann man sagen, dass vor allem ein Großteil der personenbezogenen Faktoren bzw. Merkmale – das ist in der Entwicklungspsychologie fast weitestgehend Konsens – bis zum Alter von zehn Jahren schon entwickelt worden zu sein scheinen. Insofern ist es wichtig, auch das ist ja unsere Fragestellung, im Alter von drei bis zehn zu sagen: Das ist die kritische Phase, in dieser Phase schauen wir, wie man der Entwicklung dieser Merkmale verhelfen kann. Was sind typische Strategien? Man kann salopp sagen: „Schwächen schwächen und Stärken stärken“.

Gefährdungen reduzieren bei sozial schwachen Gruppen, auch bei Neuzuwanderern bspw. Ressourcen stärken. Zu nennen sind Erziehungsprogramme wie „Faustlos“, aber auch die Förderung optimistischer Einstellungen nach Seligmann. Starke Eltern, starke Kinder, in denen genau Eltern-Kind-Interaktionen gestärkt werden und nicht zuletzt auch Präventionsmaßnahmen. Präventionsmaßnahmen etwa bei riskanten Konstellationen. Bspw. Teenage-Pregnancy. Das ist in der entwicklungspsychologischen Forschung bekannt: Mädchen, die im Teenageralter schwanger werden, also sehr früh Mutter werden, haben eine hohe Gefährdungslage. In solchen Konstellationen sind sinnvolle Maßnahmen sehr frühe Elternaufklärung, Feinfühligkeitstraining und Schwangerschaftsberatung. Das wären Aspekte, bei denen man, bevor Risiken sich kumulieren und sich entwickeln, intervenieren kann. Zu den Fragen des Moduls sage ich später etwas. Vielen Dank erst einmal.

Kommunale Präventionsnetzwerke in NRW – Erfahrungen mit und Entwicklungsbedarfe bei der Einbindung des Gesundheitsbereichs

Rede von Christoph Gilles, Abteilungsleiter Jugendförderung und Leiter der Koordinationsstelle Kinderarmut im LVR-Landesjugendamt Rheinland



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich bin gerne hier heute Morgen. Zum einen natürlich aus fachlichen Gründen: Ich vertrete die Jugendhilfe bei dieser Tagung zum Auftakt eines gesundheitsorientierten Programms. Ich bin aber auch aus emotionalen Gründen gerne hier: Die Deutsche Sporthochschule Köln ist ja einer der Partner in diesem Wissenschaftsprojekt; da erinnere ich mich gerne als Absolvent dieser Hochschule an eine intensive und schöne Studienzeit. Darüber hinaus haben wir in meiner Zeit als Bildungsreferent bei der Katholischen Landesarbeitsgemeinschaft Offene Türen zusammen mit der Sporthochschule ein erfolgreiches Projekt zum Abenteuersport mit Mädchen in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit durchgeführt. Damit konnte das Thema Sport, Bewegung und Körper in diesem Feld noch besser platziert werden.

Jetzt stehe ich jedoch vor Ihnen als Leiter der Koordinationsstelle Kinderarmut im LVR-Landesjugendamt Rheinland. Im Rahmen unseres Programms „Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“ sind wir zusammen mit 39 Kommunen unterwegs, über die Netzwerkbildung stabile Präventionsketten zu entwickeln. Der Begriff der „Kinderarmut“ bezeichnet dabei den skandalisierenden Teil des Titels unseres Programms. Wir haben jedoch den Slogan „Teilhabe ermöglichen“ vorangestellt, um die Zielrichtung unserer Arbeit deutlich werden zu lassen.

Wenn wir über Netzwerke und Präventionsketten reden, dann befinden wir uns auf der Strukturebene; so versteht sich auch der Titel meines Vortrages „Integrierte Gesamtkonzepte kommunaler Prävention“. So heißt auch ein aktuelles Positionspapier, das wir als Konsultation der Präventionsnetzwerke in NRW gerade fertig gestellt haben. In diesem überörtlichen Netzwerk versuchen die beteiligten Programme beziehungsweise Institutionen den Auf- und Ausbau von kommunalen Präventionsnetzwerken zu unterstützen und Parallelstrukturen auf der Landesebene zu vermeiden. Beteiligt an der Konsultation sind das Modellvorhaben des Landes NRW „Kein Kind zurücklassen“, die Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen NRW, das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, die BZgA mit dem kommunalen Partnerprozess zur gesundheitlichen Chancengleichheit, das LWL – Landesjugendamt Westfalen und wir als LVR – Landesjugendamt Rheinland mit den Kommunalen Netzwerken gegen Kinderarmut (www.kinderarmut.lvr.de).

Und wie funktioniert auf der Strukturebene die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen? Die ehrliche Antwort darauf: Ganz selten, meistens nicht! Klingt gerade im Kontext des aktuellen Wissenschaftsprogramms an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitswesen ernüchternd. Umso wichtiger ist nun zu fragen: Und wie kann man das ändern? Mit dem kritischen Blick auf beide Seiten: Wir als Jugendhilfe haben große Probleme den Partner Gesundheitswesen zu verstehen, denn dieser Partner hat unglaublich viele Facetten. Das sind niedergelassene Ärzt/-innen, das öffentliche Gesundheitswesen, Krankenhäuser, Therapeut/-innen, Hebammen und, und, und. Und auch die Krankenkassen bekommen mit dem neuen Bundespräventionsgesetz eine besondere, herausragende Bedeutung und Rolle. Wir können als Jugendhilfe die Strukturen nicht genau erkennen und ahnen oft nur, mit wem, mit welcher Rolle und mit welchem Auftrag wir es denn institutionell zu tun haben, wie dort diskutiert und entschieden wird. Ich bin mir allerdings sicher, Ihnen auf der Seite des Gesundheitswesens geht es genauso. Das Verhältnis zwischen öffentlichem und freien Trägern,

sozialen Diensten, Beratungsstellen, Kreisstrukturen, die Rolle des Jugendhilfeausschusses, das ist auch nicht so einfach zu durchblicken und erschwert deutlich eine gelingende Zusammenarbeit.

Jedoch gibt es zu einer gemeinsamen Arbeit in den Präventionsnetzwerken und Präventionsketten keine Alternative, denn die Lebenswirklichkeit von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien ist immer anders, komplexer, letztlich anspruchsvoller als die abgegrenzten Bereiche in der Jugendhilfe, im Gesundheitswesen und darüber hinaus. Deshalb ist es so wichtig in gemeinsamer Verantwortung zu agieren und nicht nebeneinander oder sogar gegeneinander zu arbeiten. Wir müssen die vorhandenen Ressourcen synergetisch nutzen und nicht in Parallelstrukturen vergeuden, Bedarf gibt es genug!

Es geht um gemeinsame Verantwortung und ein aus dieser Haltung heraus erwachsendes kommunales Gesamtkonzept. Dabei bilden die Frühen Hilfen eine mittlerweile etablierte, gesetzlich verankerte Brücke zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Die hier entstehenden Netzwerke stehen dennoch vor der Herausforderung, die schier unglaubliche Fülle und Vielfalt von Organisationen, Trägern, Initiativen, Behörden und Angeboten in einen Gesamtzusammenhang zu bringen. Und das braucht Koordination, Planung und Steuerung. Dann können die angesprochenen Parallel- und Doppelstrukturen vermieden werden, zugunsten einer Kultur des voneinander Lernens.

LVR-Landesjugendamt
Rheinland
Koordinationsstelle
Kinderarmut

Integrierte Gesamtkonzepte kommunaler Prävention

Gemeinsame Verantwortung

- Vertrauen und Haltung
- Partnerschaftlichkeit
- Kooperation statt Konkurrenz
- Beteiligung der wichtigen Gruppen



Abbildung 10 Folie ‚Gemeinsame Verantwortung‘

Am Beispiel der Angebote für junge Flüchtlinge, begleitet wie unbegleitet, kann ich das gut erläutern. Da sind viele Organisationen und engagierte Menschen, Träger und Initiativen unterwegs, da tauchen immer neue Finanzierungsmöglichkeiten und Förderprogramme auf. Dies alles muss miteinander abgestimmt und koordiniert werden: Durch ein Netzwerk, das Teil einer Präventionskette einer Kommune ist, und das wie alle anderen Netzwerke dafür sorgen kann, dass die wichtigen Akteure im Gemeinwesen dazu gehören und auch die Nutzer/innen beteiligt werden.

Aber was heißt denn nun gemeinsame Verantwortung? Diese braucht Vertrauen und eine gemeinsame Haltung zum Thema (siehe Abbildung 10). Und wenn Sie sich an die Analysen meiner beiden Vorredner erinnern, dann wird deutlich, wie prägend Armut das Leben bestimmt, besonders bei jungen Menschen: Wer arm ist, ist weniger gesund, hat weniger soziale Kontakte, weniger und schlechtere Bildung und sieht deutlich schlechtere Zukunftsperspektiven für sich. Es ist für uns mittelschichtgeprägte und gut gebildete Fachleute schwer nachzuvollziehen, wie denn der reale Alltag in Armut aussieht, wie Armut sich anfühlt. Wir brauchen ein Gefühl dazu, nicht nur Faktenwissen. Sehr gute Erfahrungen haben wir dabei mit dem Fortbildungskonzept des armutssensiblen Handelns gemacht, das pädagogischen Fachkräften Empathie und Handlungssicherheit vermittelt.

Mit Blick auf meine Folie bleibt noch der Aspekt der Partnerschaftlichkeit und, bitte beachten Sie, wir sind immer noch auf der Strukturebene der Netzwerkarbeit und deren Koordination. Das gemeinsame Ziel in der Vernetzung ist der kleinste gemeinsame Nenner des gemeinsamen Handelns und braucht eine Kultur der Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe. Kooperation vor Konkurrenz – oft ein echter Paradigmenwechsel! Das braucht die Erfolge des gemeinsamen Agierens und als unabdingbare Voraussetzung dafür: Vertrauen.

Dann kann Kooperation gelingen – im eigentlichen Sinn des Wortes. Kooperation heißt ja in der lateinischen Übersetzung des Begriffes „zusammen ein Werk machen“; Opus (lat.) – das Werk. Und wie kann das gelingen? Ich muss möglichst viele beteiligen und einbeziehen, die Kinder, Jugendlichen und deren Familien, den öffentlichen und die freien Träger der Jugendhilfe, die Fachkräfte die vor Ort tätig sind, die Verantwortlichen in den Verwaltungen aus Schule, Gesundheit, Arbeitsagentur und Jugendhilfe – gemeinsam mit der Politik. Nur dann gelingt Kooperation und stellt so den entscheidenden Qualitätsfaktor dar.

Wie kann denn ein integriertes Gesamtkonzept kommunaler Prävention unter den eben skizzierten Grundvoraussetzungen von Vertrauen, Partnerschaftlichkeit, Kooperation und Beteiligung aussehen, so wie ich es im Titel meines Vortrages formuliert habe? Beginnen sollte man mit der Erfassung und Analyse dessen, was schon vorhanden ist. Ich habe es eben schon mal angedeutet, es gibt unglaublich viele Maßnahmen, Angebote und Projekte – nicht nur in der kommunalen Gesundheitsförderung. Ich erlaube mir an dieser Stelle die vorsichtige Kritik an der Begrifflichkeit, wie sie im Projekttitel „Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung“ angelegt ist. Die Fokussierung auf nur einen Bereich des Aufwachsens von Kindern, auf die Gesundheitsförderung, kann die Zusammenarbeit insbesondere mit der Jugendhilfe erschweren. Besser wäre es, das Gemeinsame in den Fokus zu rücken. Mit welchen Zielen sind wir gemeinsam unterwegs, um eine Präventionskette zu entwickeln? Was ist das gemeinsame Ganze? Da gibt es sicher viele Lösungen: Das Aufwachsen im Wohlergehen? Gelingendes Aufwachsen? Armutsfolgen verhindern? Teilhabe? Das muss letztlich im gemeinsamen Prozess aller Partner entwickelt werden.

Ein weiterer wichtiger Qualitätsfaktor ist die Einbindung der Politik. Damit haben wir als Mitarbeiter/innen in der Verwaltung ja Erfahrung: auch noch zaghafte politische Diskurse erkennen, die Politik auf die Thematik aufmerksam machen, mit guten Vorlagen begründen, die Kontakte in die demokratischen Parteien nutzen, um mit einer eindeutigen sozialpolitischen Positionierung im Rat oder Landkreistag einen klaren Auftrag und die notwendige Rückendeckung für die Realisierung zu bekommen.

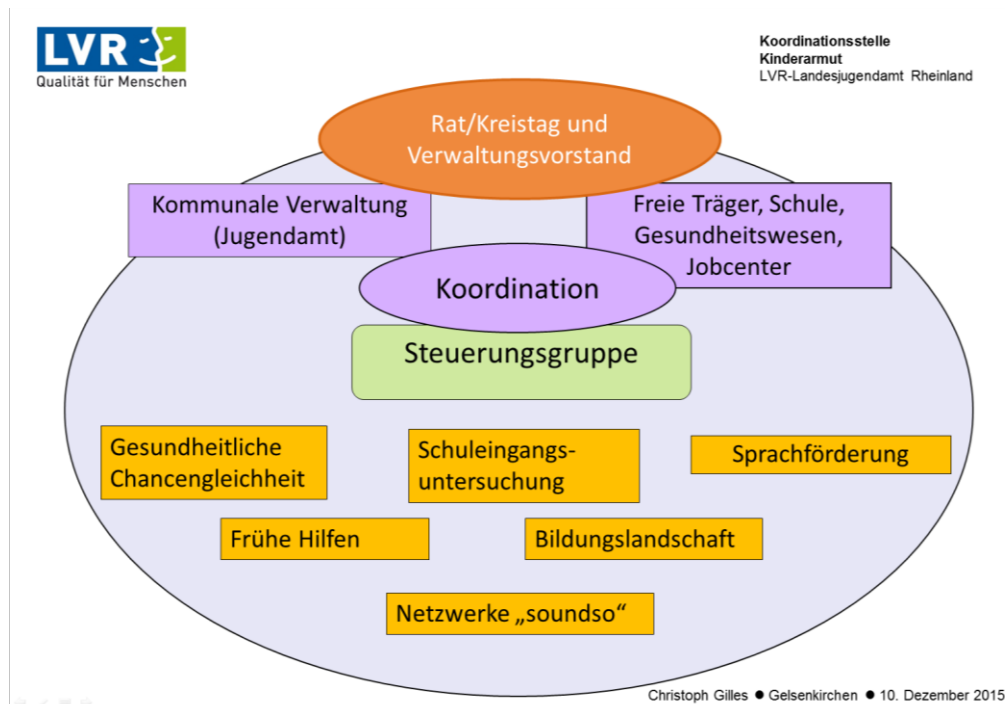


Abbildung 11 Integriertes Gesamtkonzept kommunaler Prävention

Das Modell im Schaubild zeigt, wie ein integriertes Gesamtkonzept kommunaler Prävention gestaltet werden könnte (siehe Abbildung 11). Ich bündele hier die Erfahrung aus der Begleitung von 39 Kommunen in unserem Kinderarmutsprogramm und ich erinnere in diesem Zusammenhang an den Vortrag meiner Vorrednerin Dr. Simone Weyers. Auf der Folie „Paradigma Präventionsnetzwerke“ hat sie formuliert: „Es bedarf hierzu einer einvernehmlichen Anstrengung und Kooperation aller an der Kindesentwicklung beteiligten Professionen und Hilfesysteme aus den Bereichen Bildung, Erziehung, Jugendhilfe, Gesundheitssystem, Städtebau und Kommunalpolitik.“ Für diese sowohl richtige als auch herausfordernde Aussage kann eine solche, im Schaubild skizzierte Organisationsstruktur Modell für die Umsetzung sein. Und das braucht eine Koordination. Aus unserer mehrjährigen Erfahrung ist diese idealerweise im Jugendamt an der richtigen Stelle, denn nach dem Gesetz liegt dort die Gesamtverantwortung für alle Kinder und Jugendliche. Das Jugendamt hat zudem den gesetzlichen Auftrag, mit allen zusammenzuarbeiten, die das gelingende Aufwachsen und Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen auf ihre Fahnen geschrieben haben. Über die Zuordnung der Koordination zum Jugendamt kann man sicher diskutieren, allerdings kommt man um die kommunale Verwaltung als Ort der Koordination für die Präventionsketten nicht herum. Wer arbeitet denn mit den Koordinator/-innen zusammen? Idealerweise eine Steuerungsgruppe, in der die Entscheidungsträger von Verwaltungen, freien Trägern und bestehenden Netzwerken eingebunden sind. Und das gilt auch für die neue Herausforderung der Netzwerke, sich um die Integration von jungen Flüchtlingen zu kümmern. Eine gute Organisation eines integrierten Gesamtkonzepts kommunaler Prävention und eine Netzwerkkultur sind in der Lage, auch kurzfristig auftauchende Themen und Aktivitäten in einer Kommune zu integrieren. Eine Governance-Strategie, die mit wenig Hierarchie und zunehmender dezentraler Verantwortung agiert.

Im Schaubild finden Sie auch – modellhaft – die möglichen Netzwerke und Arbeitsgruppen wieder, die in einer Kommune zum Thema Prävention agieren könnten. Die Basis der Prozesssteuerung im Zusammenspiel zwischen Koordination und Steuerungsgruppe ist der Dialog und die Verständigung über Ziele und Maßnahmen. Das ist zentral wichtig, denn wenn die Prozesssteuerung zum Beispiel top-down organisiert und gelebt wird, fliegt Ihnen das Ding sofort wieder auseinander. Netzwerke brauchen Nutzen für alle Beteiligten!

Netzwerke sind nur Werkzeug, Mittel zum Zweck, um Präventionsketten zu entwickeln und zu gestalten. Das erste Glied einer solchen Kette gibt es mittlerweile in allen NRW-Kommunen; das sind die Netzwerke der Frühen Hilfen. Und damit besteht eine gesetzlich normierte, strukturelle Verbindung, die eine Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheit vorgibt und ermöglichen kann. Aber im Sinne einer Präventionskette müssen wir immer über die Frühen Hilfen hinaus denken. Die Kinder werden einfach älter und brauchen mit ihren Familien andere und weitergehende Angebote und Unterstützungsleistungen.

Oft reibt man sich in den Debatten an dem Begriff der Präventionskette. Zum einem an der Fokussierung auf „Prävention“. Da gibt es in NRW zumindest in der Jugendhilfe eine Übereinkunft, dass der Begriff gesetzt ist und als primäre Prävention zu verstehen ist. Schwieriger macht es uns der Begriff der „Kette“. In Ketten kann man etwas Öliges, Schweres, Schmieriges sehen oder positiv, eine sehr flexible, starke und anpassungsfähige Verbindung von verschiedenen Gliedern oder Teilen. Wenn man in dem positiven Bild bleibt heißt das, da ist etwas verbunden und ich kann den jeweils nächsten Akteur beziehungsweise Anbieter kontaktieren und einbeziehen. Und der weiß dann auch, was in den anderen Gliedern der Kette passiert. Allerdings ist eine solche Kette nur so viel wert, wie die Angebote und Maßnahmen, die dahinter stehen. Im Bereich der Frühen Hilfen haben wir flächendeckend funktionierende Netzwerke. Aber was passiert am Übergang, wenn Kinder aus dem System der Frühen Hilfen herauswachsen und vier Jahre alt werden? Sie konnten es eben auf einer Folie von Frau Dr. Weyers sehen, wo sie auf die Bedeutung der Übergänge für die Wirkung von Maßnahmen hingewiesen hat. Auch Mechthild Paul, die Leiterin des NZFH, des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen weist immer wieder auf die entsprechenden Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien hin, die belegen, dass Abbrüche an den Altersübergängen so fatale Folgen bei den Kindern und Familien haben, dass man besser gar nichts gemacht hätte!

Es geht also nur mit einer durchgehenden und ausgebauten Kette und es geht nur gemeinsam mit allen Akteuren, damit eine sinnvolle, an der Lebenswelt und dem Bedarf der Kinder, der Familien und der Jugendlichen orientierte Struktur entsteht. Dabei gilt es soweit wie möglich Parallelstrukturen zu verhindern. Und wir müssen uns jedoch bei dieser hehren Anforderung bewusst machen, dass es immer Parallelstrukturen geben wird. Denn immer wird es neue Projekte und Finanzierungsmöglichkeiten zu aktuellen Themen geben, denken Sie nur an die aktuelle Flüchtlingssituation. Es kommt also darauf an, die Dinge gut miteinander abzustimmen, zu verbinden und vor allem unnötige und destruktive Konkurrenzen zu verhindern. Voraussetzung dafür ist allerdings eine Netzwerkkultur, die auf Vertrauen und gegenseitigem Nutzen basiert.

Ein Reizthema, wenn verschiedene Organisationsformen, Institutionen und Ämter miteinander in Kontakt treten heißt: „Wer hat den Hut auf?“ oder „Wer ist der Bestimmer?“, wie es Kinder formulieren würden. Im Kontext von Netzwerken und Präventionsketten geht es vor allem um das koordinieren. „Coordinare“ heißt etwas gemeinsam in eine Ordnung bringen. Das Bild des Ruderbootes hilft dies zu erläutern: In diesem Frauenachter, der auf dem Nordostsee-Kanal trainiert, sitzt die Steuerfrau hinten, hat aber die Ruderinnen und die Strecke, beziehungsweise das Ziel im Blick. Die Kräftigen, ob bei Frauen oder Männern, rudern, die Kleinen, scheinbar nicht so wichtigen steuern; und sie bestimmen den Takt, die Schlagzahl mit, motivieren und haben die anderen Boote im Blick. Aber sie steuern nicht willkürlich, sondern es ist vorher im Trainingsprogramm festgelegt, wie weit und wohin gerudert wird. Die Steuerfrau hat die Aufgabe, die Spur zu halten, die vorher gemeinsam festgelegt worden ist. Stellen Sie sich mal vor, eine Steuerfrau würde jetzt einfach das Steuerruder rumreißen und sie fahren im Training oder noch schlimmer im Wettkampf einmal im 90-Grad-Winkel nach links. Das geht nicht!



Abbildung 12 Frauenachter auf dem Nordostsee-Kanal. Quelle: Ruderverband Schleswig-Holstein.

Wenn es gut läuft, dann gibt es vor dem Start ein gemeinsames Ziel, eine gemeinsame Verständigung und eine gemeinsame Haltung zu dem, was die Beteiligten leisten wollen und können. Wenn wir das Bild des Ruderns dann übertragen auf die Netzwerkkoordination, dann geht es um eine gemeinsame integrierte Planung, um die bestmögliche Umsetzung von Planungsentscheidungen. Da bedarf es dann eher kleinerer Steuerungsbewegungen, damit das Ganze funktioniert. Die Menschen in einem Boot sind dann auch eine Verantwortungsgemeinschaft. Der letzte Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung von 2014 hat das noch mal ganz besonders betont. Die Verantwortungsgemeinschaft für ein gelingendes und gesundes Aufwachsen richtet ihre Aufmerksamkeit auf alle Kinder; allerdings bedarf es einer besonderen Fokussierung auf die Kinder, die in schwierigen Lebensverhältnissen aufwachsen.

Wir leben in einer sehr ausdifferenzierten, pluralisierten und individualisierten Gesellschaft. Die Begriffe kennen wir von Ulrich Beck schon seit vielen Jahren, sie sind Alltagswissen in der pädagogischen Praxis geworden. Daraus ergeben sich natürlich auch sehr komplexe Anforderungen an Pädagogik, Träger, Anbieter und Verwaltungen, die entsprechende Lösungen entwickeln müssen. Um noch mal in der Soziologie zu bleiben, genauer bei Niklas Luhmann: Eine Verantwortungsgemeinschaft muss die Reduktion von Komplexität hinbekommen und das geht nur durch vereinbarte Verfahren und durch Vertrauen. Womit sich hier der Bogen zu meinen Anfangsworten schlägt. Komplexe, teils schwierige Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen und Familien erfordern pragmatische und transparente Lösungen. Und dabei hilft eine gemeinsame Verantwortungsübernahme! Unsere Erfahrungen im Rahmen unseres Programms „Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“ zeigen, dass dies möglich ist. Das Gefühl der gemeinsamen Verantwortung kann sehr viel Energie freisetzen und ein großer Motivationsfaktor für die Beteiligten sein. So fügen sich Synergien und Ressourcen zusammen und ermöglichen ein Mehr für Kinder, für Jugendliche und für Familien, für ein gesundes und gelingendes Aufwachsen. Mehr auf jeden Fall, als wenn man in der Jugendhilfe oder im Gesundheitswesen alleine unterwegs ist.

Kinder stark machen – Gesundheitskompetenz und Gesundheitschancen

Bericht zur Rede von Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen



**Barbara Steffens © MGEPA
NRW, Foto: Franklin Berger**

Frau Ministerin Barbara Steffens war erfreut über die rege Diskussion zwischen Praktiker/innen und Forschenden im Rahmen der Auftaktveranstaltung. Ein Austausch darüber, wie Strukturen für Kinder optimiert werden können, sei für alle mit dem Thema Beschäftigten spannend. Das betreffe nicht nur die Präventionsketten, sondern die Gesellschaft insgesamt – eine Gesellschaft des Höher-Schneller-Weiter, in der sich „Kindheit“ grundlegend verändert habe. So sei der Alltag vieler Kinder durch zum Teil überfordernde mediale Kommunikation geprägt (Online-Spiele, Fernseher oder WhatsApp-Gruppen) und durch vielfältige außerschulische Bildungs- und Freizeitforderungen verplant. Das Motto „Höher-Schneller-Weiter“ regiere auch im Leben vieler Kinder und lasse sie frühzeitig in der Welt der Erwachsenen ankommen. Freies und spontanes Spiel mit Freund/-innen sei selten geworden. Das Aufwachsen in einer reizüberfluteten Gesellschaft führe insgesamt dazu, dass sich Kinder weniger bewegen und immer häufiger „Freizeit gestresst“ seien. Zudem fehle es ihnen an Orientierungsmöglichkeiten. Besonders Jungen litten darunter, dass Rollenvorbilder in ihrer Lebenswelt brüchig geworden sind oder ganz fehlen.

*„Die Kinder leben in einer reizüberfluteten Gesellschaft, wo viele ‚Kind sein‘ neu lernen müssen: in einer Lebensrealität, in der Entspannen etwas ist, was viele gar nicht mehr können.“
Barbara Steffens*

Kranken Kindern werde vielfach nicht einmal die Zeit und Ruhe zugestanden, die sie brauchen, um gesund zu werden. Kinderärzt/-innen würden von Eltern häufig mit der Frage konfrontiert: „Was können Sie tun, damit mein Kind morgen wieder in die Schule oder in den Kindergarten gehen kann?“ Dabei sei es nicht so, dass die Eltern den Kindern die Zeit nicht gönnten, wieder gesund zu werden, sondern sie stünden selber unter dem Druck, am nächsten Tag wieder arbeiten zu müssen.

Hinzu komme, dass Gesundheitschancen oft eng mit der sozialen Ausgangslage verbunden sind. Die Lebensrealitäten, in denen Kinder aufwachsen, spiegelten sich auch in ihrem gesundheitlichen Zustand. Kinder aus prekären Lebensverhältnissen erkrankten deutlich häufiger als der Durchschnitt aller Kinder. Zudem verfügten sie über schlechtere Zugangschancen zum Gesundheitssystem.

Ministerin Steffens: „In den letzten fünfzehn Jahren ist die Zahl einiger Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen deutlich gestiegen: Essstörungen etwa, Diabetes, Herz- oder psychische Erkrankungen. Gesundheitlich bedenklich ist auch die Zunahme der Online-Spielsüchtigen. Darum mussten wir im neuen NRW-Krankenhausrahmenplan für die stationäre psychiatrische Versorgung von Jugendlichen und Kindern deutlich mehr Betten ausweisen – auch wenn eigentlich andere Maßnahmen, die früher ansetzen, benötigt werden.“

Äußerst fragwürdig seien auch die so genannten „Optimierungsarmbänder“, mit denen Kinder überprüfen können, ob das optimale Maß an Bewegung erreicht oder der gewünschte Kalorienverbrauch schon überschritten ist. Diese Technik könne sehr schnell – falsch eingesetzt und unbegleitet – zu einem Verlust an Körpergefühl und so zu Erkrankungen führen. Steffens: „Es fällt vielen Kindern immer schwerer, ein Gefühl dafür zu entwickeln, was dem Körper gut tut. Bedürfnisse spüren zu können, ist deshalb etwas, was neu erlernt werden muss: das Gespür für einen achtsamen Umgang mit sich selbst, die Fähigkeit, in den eigenen Körper hineinzuhorchen, um ein Gefühl für das eigene Be-

finden zu entwickeln. All dies sind wichtige Voraussetzungen für eine positive gesundheitliche Entwicklung. Dafür müssen wir die Rahmenbedingungen schaffen.“

Zudem wies die Ministerin darauf hin, dass das Bewegungsverhalten sich in der Gesellschaft verändert habe. Statt zu Fuß in die Schule zu gehen, sei es normal geworden, sich mit dem Auto in die Schule bringen zu lassen. Die Erwachsenen lebten den Mangel an Alltagsbewegung kontinuierlich vor.

Auch die Ernährung sei ein zunehmend problematischer Bereich. „Gemeinsame Mahlzeiten in den Familien werden immer seltener, da Kinder und Erwachsene oft völlig unterschiedliche Tagesstrukturen haben“, so Steffens. Die Rolle von Fastfood spiele darum nicht nur bei Menschen in prekären Lebenssituationen eine immer größere Rolle.

„Wir müssen diese gesamtgesellschaftliche Herausforderung gemeinsam anpacken.“

Barbara Steffens

Die Ministerin betonte, dass auf diese Herausforderungen nur eine Antwort gefunden werden könne, wenn die Probleme über die Grenzen der beteiligten Professionen und Politikfelder hinaus angegangen würden. Weder die Mitarbeiter/-innen in der Politik, der Jugendhilfe, der Schule, im Bildungssystem noch im Gesundheitswesen würden allein für sich eine Antwort finden. Aber alle zusammen könnten Aspekte beitragen, die wie ein Puzzle die Lösung erkennen lassen. Zusammen könnten die richtigen Fragen gestellt und unter Einbeziehung der Wissenschaft die richtigen Antworten gefunden werden. Dabei würden sicher auch Grenzen im Hinblick auf das auftauchen, was Wissenschaft und Forschung leisten können. Einzelne Strukturen im System zu verändern, sei manchmal schwer, so Steffens. Theoriegeleitete Vorschläge ließen sich häufig nicht eins zu eins in die Praxis umsetzen. Trotzdem müsse diese gesamtgesellschaftliche Herausforderung gemeinsam angepackt werden. Einzelne Präventionsmaßnahmen im Gesundheitswesen führten jedenfalls nicht nachhaltig zu einer positiven Veränderung. Die Angebote müssten viel umfassender sein und die Kinder in mehr Dimensionen, in ihrer gesamten Lebens- und Erfahrungswelt stärken.

Die Ministerin erinnerte daran, dass dies in zunehmendem Maße auch für jene Kinder und Jugendliche gelte, die als Flüchtlinge kämen und schwierige Situationen in den jeweiligen Herkunftsländern erlebt und zum Teil traumatisierende Fluchterfahrungen hinter sich haben. Integration gelinge nur, wenn neben vielen anderen Bedingungen auch bestmögliche gesundheitliche Startchancen bestünden. Darum sei es gut, dass die Auftaktveranstaltung unterschiedliche Blickrichtungen und Perspektiven auf das Thema eröffne: ein vielversprechender Anfang, der den erforderlichen Prozess des gesellschaftlichen Umbaus fördern kann.

Synthesen der interaktiven Phasen

Synthese zum Thema Bewegung

Dr. Dennis Dreiskämper, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Sportwissenschaft, Arbeitsbereich Sportpsychologie

Zunächst ganz allgemein zwei Sachen, für die ich Dank aussprechen möchte. Erst einmal vielen Dank an alle, die so intensiv und konstruktiv mit uns diskutiert haben und für das Projekt anregende Rückfragen gestellt haben. Vielen Dank Frau Steffens, dass Sie mir eine perfekte Überleitung zu unseren Zielen oder Ergebnissen, die wir hier herausgefiltert haben, gegeben haben. Denn: Wir haben auf die erste Frage hin festgestellt, was wir brauchen, was sich die Menschen in der Praxis sowie wir selber uns wünschen: Transfer und Vernetzung auf unterschiedlichen Ebenen. Das kann bei der Ausbildung von Erzieher/-innen anfangen, damit dort im Bereich Bewegung auch das gelehrt und gelernt wird was wir benötigen, damit Kinder auch angeleitet werden. In Schulen später genauso. Es gibt immer noch sehr viele Grundschulen ohne Lehrer/innen mit Sport-Facultas. Das gilt aber nicht nur da, sondern das gilt vor allem für Eltern, an die wir anknüpfen müssen. Wir müssen auch da vernetzen und erfahren, was diese für eine Einstellung zum Bewegungsverhalten ihrer Kinder haben. Das gilt genauso für Vereine, die eng mit Schulen und KiTas vernetzt werden müssen. Es gilt aber genauso für uns alle als Teilgebiete der Wissenschaft, die wir hier verschiedene Teilbereiche abdecken, ob das Ernährung ist oder Medienkultur. Es spielt nicht nur eine Rolle ob ich mich bewege, sondern auch wie viel Sitzzeit ich z. B. vor dem Computer oder dem Fernseher habe. Das war so das, was mir am Herzen liegt. Und dann kam die Frage „Warum ist das so?“ – und da haben Sie es auch schon benannt. Bewegung ist nicht mehr unbedingt das, was wir uns früher vorgestellt haben, einfach nur das Sporttreiben im Klassenverband. Es ist auch nicht mehr „die Jungen spielen Fußball und die Mädchen gehen zur Gymnastik oder zum Turnen“, sondern es ist viel vielfältiger geworden heute. Wir haben den offenen Ganztag, wir haben viele Möglichkeiten im Sportunterricht. Wir haben Sportvereine, die in die Schulen gehen, aber wir haben auch ganz triviale Dinge: Wie Kinder zur Schule kommen, ob sie laufen oder Fahrrad fahren oder gebracht werden. Wir haben also ein Alltagsbewegungsverhalten, was wir uns anschauen. Und nicht nur das: Wir haben nicht nur Bewegung an sich, sondern wir haben auch eine Wahrnehmung von Bewegung. „Macht mir Bewegung Spaß? Wie schätze ich mich eigentlich ein?“ Wenn ich meine: „Ich kann das nicht!“, werde ich vielleicht auch nicht unbedingt zum Ball greifen und spielen. Das heißt: Bewegung ist vielfältig! Und der letzte Schritt ist: Bewegung ist auch vielfältig verknüpft, denn wenn Kinder sich bewegen, das wissen wir, kann das ein motivationaler Antrieb sein, das kann auch einen Effekt haben auf kognitive Leistungsfähigkeit oder auf viele andere Bereiche wie Wohlbefinden. Das ist einfach wichtig und es ergeben sich viele Verknüpfungen. Wenn wir jetzt in den Kommunen arbeiten, ist es eine große Herausforderung für uns, diese Verknüpfungen genauer zu inspizieren und zu betrachten.

Was war für Sie heute ein so interessanter Aspekt, dass Sie sagen: „Da hat man nicht dran gedacht, das ist für uns sehr wichtig“?

Interessant war, dass die Rückmeldung kam, wie wir die Eltern einbinden. Das ist ein wichtiger Aspekt. Wenn wir Forschung darüber betreiben, wie wir Kinder dazu bringen, dass sie sich gerne bewegen und dass sie motorisch fit sind, dann brauchen wir die Eltern dafür. Aber wir haben mittlerweile festgestellt: Wir schaffen das nur über die Kinder, d.h. indem wir in den Schulen eine Intervention machen und z.B. in den Elternabenden vermitteln: „Wo sind motorische Defizite und warum ist das wichtig zu identifizieren?“ Dabei möchten wir die Eltern dazu bringen, ihre Einstellung zu Bewegung und zu Sport zu reflektieren und auf den Gedanken zu kommen, dass sie hierbei mitdenken müssen. Das ist der eine große Aspekt und der zweite, den ich ziemlich spannend fand, war: Ja, wir haben

ganz viele, von denen wir etwas fordern, z.B. von den Vereinen, aber auch von den KiTas. Sie sollen es machen. Die Frage ist: Wie sind diese denn ausgebildet und wie gut sind sie denn überhaupt miteinander verknüpft? Wir fordern vom Sportverein, dass er in die Schulen geht und dass er dort die Angebote leistet. Kann er das denn überhaupt in der Form? Das waren zwei Rückmeldungen, die ich mitgenommen habe, die ich besonders spannend fand.

Synthese zum Thema Ernährung

Gabriele Tils, KATALYSE Institut, Köln

Die Beiträge, die uns zu Gehör gekommen sind, griffen viele Stichworte auf, die Frau Steffens in ihrem Vortrag angesprochen hat: Veränderte Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, die Schnelllebigkeit und der zunehmende Einfluss der Medien auf das Verhalten der Kinder und die Vorstellungen von Gesundheit. Eine zentrale Frage war: Wie kann man heutzutage so etwas wie Gesundheitskompetenz herausbilden, gerade in Familien, die sozial benachteiligt sind und wenig Ressourcen zur Verfügung haben. Also: Wie können wir sicherstellen, dass allen Kindern eine gesunde Ernährung zu Teil wird? Einige Teilnehmer/innen betonten, dass verbindliche Rahmenbedingungen, Strukturen und Ressourcen in den Institutionen KiTa und Schule benötigt werden, mit denen diese Herausforderungen bewältigt werden können. Dass z.B. die Qualität der Verpflegung einheitlich geregelt wird und nicht die eine Kita das Essen vom Caterer kommen lässt und die andere selber kocht. Es braucht den politischen Willen um gesunde Ernährung für alle zu ermöglichen und dies auch gesetzlich zu verankern. Der andere Aspekt war die Gesundheitskompetenz: Wie sieht die Umsetzung gesunder Ernährung in der Praxis aus? Wie kann man das am besten vermitteln? An welchen positiven Rollenvorbildern können sich Kinder orientieren? Und wie erreichen wir am besten die Eltern? Das berührte den dritten wichtigen Aspekt: Wie können wir neue Zugangswege zu Eltern in sozial benachteiligten Lebenslagen herstellen? In diesem Zusammenhang sind aufsuchende und flexible Angebote sowie persönliche Ansprache sehr wichtig, die dem Bedarf der Eltern entsprechen. Es herrschte auch Einigkeit darüber, dass es nicht einfach um Wissensvermittlung gehen kann, wie man sich gesund ernährt oder wie man sich gesundes Leben vorzustellen hat, sondern dass es darum geht, bei den Betroffenen langfristig Lebenskompetenz zu fördern. Hier sehen alle Teilnehmer einen großen Bedarf an innovativen Instrumenten und Herangehensweisen, um diese Ziele zu verwirklichen.

Wir haben zudem darüber diskutiert, dass es schon viele Angebote gibt, aber die Leute, die es am meisten betrifft, häufig nichts von ihnen wissen. Die Transparenz der Versorgungsangebote ist wichtig, nicht nur für Eltern und Kinder, sondern auch für die Fachkräfte vor Ort, in den Kitas und Schulen. Wir benötigen also zusammenfassend auf der einen Seite die strukturellen Rahmenbedingungen, auf der anderen Seite die innovativen Instrumente, d.h. neue Methoden, um insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen zu erreichen, ihre Gesundheits- und Lebenskompetenz nachhaltig zu fördern und gesunde Lebensweisen im Alltag zu verankern.

Synthese zum Thema Gesundheit bei Schuleingang

Stefanie Wahl, Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Medizinische Psychologie

Im Rahmen der beiden interaktiven Phasen kamen an den Stellwänden des Projektes „Gesundheit bei Schuleingang“ Akteure aus Kommunen (z.B. dem Gesundheitsamt), Praktiker/innen (Erzieher/-innen, Therapeut/-innen, Kinderärzt/innen, Schulleiter/innen) und Wissenschaftler/innen zusammen. Die rege Diskussion zu unterschiedlichen Themen machte deutlich, dass großes Interesse am Forschungsprojekt und den verschiedenen Fragestellungen bestand. Besonders intensiv wurde die „Einbeziehung von Akteuren“ thematisiert. In diesem Zusammenhang ging es darum, dass neben den Akteuren der verschiedenen Präventionsangebote auch Kinderärzt/innen oder Erzieher/innen wichtige Informationen zu strukturellen Herausforderungen sowie zum Umgang mit der Zielgruppe Eltern

beitragen können. Um die Ergebnisse des Projektes für die Praxis nutzbar zu machen, wurde von allen Diskussionspartner/innen ein Transfer zurück in die Kommune als wichtig empfunden. Zusätzlich bot die Veranstaltung eine wertvolle Gelegenheit zum Netzwerken.

Synthese zum Thema Seelische Gesundheit

Esra Dag, Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung, Essen

An unserer Stellwand wurden insbesondere Anmerkungen und Hinweise zum methodischen Vorgehen angesprochen. Wie wollen wir vorgehen? Haben wir die Kommunen schon ausgewählt? Wie wollen wir schwer erreichbare Gruppen erreichen? Was machen wir, wenn es nicht zu jedem Bereich Angebote in jeder Kommune gibt? Testen wir auch alle in derselben Kommune? Also auch grundsätzliche methodische Fragen, die besprochen wurden. Darüber hinaus haben wir diskutiert, ob Migrant/innen vielleicht ein anderes Gesundheitsbewusstsein haben als wir annehmen. Dann wurde besprochen, ob es evtl. negative Aspekte von Prävention geben kann. Ein weiterer Punkt war die Projektfinanzierung: Wie können Projekte finanziert werden, die Prävention im Bereich Seelische Gesundheit bieten sollen? Also zusammenfassend: Hinweise zum Vorgehen, zur Thesenbildung erhalten. Ich bin zufrieden. Auch mit der Herausforderung, was die Praxisebene betrifft. Auch Fragen wie: Was tun wir in Bereichen, wo wir bereits spät dran sind. Die Versorgung, ein Therapieangebot für Migrant/innen, Ansprechpartner/innen: Wen können wir ansprechen? Das waren erstmal Fragen, mit denen wir nicht gerechnet haben.

Synthese zur Förderung von Vernetzung durch Online-Communitys

Dr. Martin Salaschek, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

In unserem Forschungsmodul geht es ja explizit um Vernetzung. D.h.: Wie können wir (z. B. über die Online-Plattform inforo-online.de) die Vernetzung – bzw. die Arbeit in den Kommunen, die sowieso schon existiert – erleichtern, unterstützen, womöglich auch Informationen streuen und Synergieeffekte schaffen, die es bisher noch nicht gab? Gerade das Thema Vernetzung und Wissenstransfer wurde an den anderen Stellwänden auch schon behandelt. Also ist das ganz klar etwas, was sich die Akteure sehr, sehr wünschen. Und was wir als Forscher/innen auch alle auf dem Schirm haben.

Daneben gab es zwei weitere große Themenfelder, die wir diskutiert haben. Das ist zum einen überschrieben mit der „Koordination der Koordination“ oder auch „Koordination der Kooperation“, wie man es auch immer nennen möchte. Dahinter steht die Frage: Wir haben ganz verschiedene Strukturen; wir haben auch ganz verschiedene Programme, die es schon jeweils gibt, die jeweils koordiniert werden müssen: Wie fließen nun die Informationen dahinter? Wie fließen auch die Ressourcen? Was für Zugangswege gibt es? Was kommt bei den Akteuren an, die dann hinterher auch die Arbeit bei den Zielgruppen machen, und wie lässt sich das wieder so koordinieren, dass es möglichst effektiv ist?

Auf der anderen Seite ist das Thema eng mit der Frage nach dem Transfer von Informationen und dessen Effekt verbunden, also: Wenn wir uns vernetzen wollen, was bringt das und was brauchen wir dafür?

Wir sprechen alle über Vernetzung, aber wir haben auch diskutiert, warum wir überhaupt vernetzen wollen. Dahinter steckt ja, dass wir uns jeweils Informationen geben müssen, damit wir wissen wer was macht. Wir hatten hierfür das Beispiel, dass die Ärzt/-innen zwar ein Defizit sehen und dann sagen: „Ja, das Kind müsste mal zum Logopäden“. Dann gibt es aber keine Information darüber, wen es denn in meiner Kommune, in meinem Landkreis an Logopäd/-innen gibt, die ich als Eltern ansprechen kann.

Es wäre super, wenn es einen Menschen gäbe, der das alles weiß und für alle ein/e Ansprechpartner/-in ist und Informationen wiederum weitergibt. So allwissende Menschen kann es aber leider nicht geben, schon gar nicht einen einzelnen. Eine Website wie Inforo kann diese Aufgabe teilweise übernehmen, indem sich dort Akteure und Kommunen darüber austauschen, wen und was es alles gibt; Angebote, Institutionen und Organisationen vorgestellt und Ansprechpartner gelistet werden. Doch auch so eine Datenbank ist schwierig umzusetzen, denn solche Informationen müssen aktuell gehalten werden. Und Ansprechpartner/-innen brauchen eigentlich ein Gesicht, einen Namen. Dieser Aspekt der Vernetzung kann also nicht ausschließlich über die Website gehen, sondern es müssen wieder Personen dahinter stecken – eine Website kann aber dabei helfen, die richtigen Ansprechpartner/-innen zu finden und den persönlichen Kontakt anzubahnen.

Synthese zu weiteren bzw. zu Querschnittsthemen

Regine Rehaag, KATALYSE Institut, Köln

Wir haben die darüber hinausgehenden Themen zusammengefasst, die nicht abgedeckt sind durch die modulare Struktur. Es war im Prinzip so etwas wie eine Meta-Analyse, übrigens in Akteurs übergreifendem Konsens. Drei Kernthemen möchte ich herausheben. Die Vertreter/innen von Kommunen, Landespolitik und Wissenschaft waren sich einig in der **Sorge um die Integration der Ergebnisse**. Das bezog sich einmal auf unser Projektinternes Vorgehen: Die Module sollen nicht nebeneinander herlaufen, sondern ihre Ergebnisse modulübergreifend zusammenführen und integrieren. Es ging aber auch darum, aufzunehmen, was schon an Forschung und Evaluation zu diesen Fragen in unserem Land stattgefunden hat. Und da haben wir heute auch schon strukturelle Übergabepunkte identifiziert. So gab es den Vorschlag, dass Projektvertreter/innen an den abschließenden gemeinsamen Auswertungen der KeKiz-Evaluierung teilnehmen sollen, um Ergebnisse, aber auch offene Forschungsfragen aufzugreifen. Ein weiterer zentraler Aspekt betraf die **kritische Reflexion: „Worüber können wir Aussagen treffen?“** Können wir wirklich Aussagen über die Wirksamkeit treffen oder bekommen wir nur Hinweise auf korrelative Zusammenhänge, die wir aber nicht ursächlich rückbinden können auf die Rahmenbedingungen, die wir untersucht haben?

Sozial benachteiligte Eltern haben keine Lobby. Ein dritter Punkt betraf die prioritäre Zielgruppe und den normativen Ansatz dieses Forschungsprojekts: die sozial Benachteiligten und die Sicherung ihrer Teilhabemöglichkeiten.

Moderatorin Jutta Fuchs-Hornyak im Gespräch mit Regine Rehaag, KATALYSE Institut und Prof. Dr. Roland Naul, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Frau Rehaag, was sind jetzt die interessantesten Dinge?

Regine Rehaag: Die kritische Reflexion der Ergebnisintegration und der Appell, unser Augenmerk immer wieder auf unsere zentrale Frage zu richten: Wie erreichen wir die benachteiligten Zielgruppen, die wir stärken und unterstützen wollen?

Gibt es etwas an Ergebnissen, das Sie überhaupt nicht erwartet haben?

Regine Rehaag: Wir hatten erwartet, dass die Debatte stark von den aktuellen Nöten und Herausforderungen gekennzeichnet sein wird. Das war so nicht der Fall. Es gab gerade angesichts der neuen Herausforderungen eine große Bereitschaft, offen zu sein für neue Impulse. Aber auch genau zu schauen, um welche sozialen Milieus es geht. So wurde darauf hingewiesen, dass Flüchtlinge keine homogene Gruppe sind und auch diejenigen, die mit sehr guten Voraussetzungen aus ihren Ländern kommen, wie es von Syrien oft berichtet wird, nach der Erfahrung von Destabilisierung und Flucht in Randsituationen geraten können. Zudem erschwere möglicherweise ein anderes Gesundheitsverständnis die Integration. Lots/innen und ein zielgruppenadäquater Umgang können hilfreich sein.

Was hat Sie gefreut? Was fanden Sie richtig klasse?

Regine Rehaag: Also mich hat gefreut, dass so viele Spaß und auch Lust hatten mitzudenken und mitzuwirken: Wir hatten eher die Bedenken, wir können den Kommunen nichts mehr zumuten. Und es wurde mehrfach gefragt, kann man sich denn noch bewerben? D.h. es gibt einen Bedarf und Kooperationsbereitschaft. Was mich weiterhin total gefreut hat – aber das habe ich auch erwartet – ist, dass hohe Kompetenz vorhanden ist. Ein wirklich dichter Erfahrungshintergrund wurde nach all den Jahren in den Netzwerken in unserer Landesgesundheitspolitik, aber eben auch in der Kommunalpolitik verankert. Man hat einfach gemerkt, dass sich etwas stabilisiert hat, und dass hier ein Gegenüber ist, von dem wir uns wirklich befruchten lassen können.

Moderatorin: Was war retrospektiv das Spannende für Sie, Herr Prof. Dr. Naul?

Roland Naul: Was mich überrascht hat, ist die Offenheit der Damen und Herren, die aus ihren verschiedenen kommunalen Fachressorts heraus vernetzt mit anderen Partnern nach vorne gehen möchten. Im nächsten Jahr haben wir unser zehnjähriges Jubiläum mit dem Projekt „Gesunde Kinder in gesunden Kommunen“ in den Niederlanden und hier in NRW. Ich gehe jetzt nicht ins Detail, aber es ist oft Kernerarbeit, um in solchen Netzwerken gemeinsam nach vorne zu gehen. Ein Ressort in einer Kommune ist oft nur begrenzt für einen Bereich zuständig, z.B. Schule oder Gesundheit, Sport oder Jugendhilfe. Wenn irgendwann dann in einem Ressort gesagt wird: „Ja, wenn wir einen holistischen Gesundheitsbegriff haben, müssen wir eigentlich verschiedene Ressorts auflösen oder besser: zusammen eine gemeinsame Arbeitsgruppe bilden – was Bildung, Sport, Jugendhilfe und Gesundheit bis hin zur Stadtplanung betrifft“. Mir ist heute im Dialog aufgefallen, dass hier bei den Teilnehmer/-innen eine Mentalität vorherrscht, bei der ich sage: „Donnerwetter, hier gibt es fruchtbaren Boden für eine solche gemeinsame Perspektive, da können wir gemeinsam einen Schritt weitergehen für eine kommunale Vernetzung“.

Mein zweiter entscheidender Punkt knüpft daran an, was hier unter „Zusammenhang und Wirkung“ diskutiert wurde: Die Integration der verschiedenen Ergebnisse, die Modul übergreifenden Erkenntnisse. Das betrifft uns für die verschiedenen Module in unserem gemeinsamen Projekt, aber auch die aktuellen und kommenden Landesforschungsprojekte in NRW. Wir machen bei ‚Gesund Aufwachsen‘ im BMBF-Projekt eigentlich nur Monitoring, legen den Finger auch auf die Punkte, bei denen bislang kein Monitoring oder kein integratives Monitoring auf kommunaler Ebene stattgefunden hat. Das heißt aber nicht, dass wir kein Wissen oder keine Erfahrung hätten, was gute oder Best-Practice-Projekte in NRW mit Interventionscharakter sind. Die gibt es z.T. seit Jahren und daran sollte auch angeknüpft werden.

Deshalb mein Wunsch – auch an die Politik: Ist es denn nicht denkbar, dass, wenn andere Kommunen aus NRW jetzt bei uns anklopfen und etwas mehr machen wollen, dass wir neben diesem Monitoring auch schon mal über Intervention nachdenken, mit jenen Kommunen, die das wollen und nicht erst in drei oder vier Jahren? Nein! Die Zeit dafür ist eigentlich reif. Die Ministerin hat es gesagt: Die Zeit ist reif, dass wir auch schon jetzt über Intervention nachdenken, denn wir haben evidenzbasierte Wissensbestände, die ausreichen, verantwortungsvoll mit Ressourcen auch intervenieren zu können, im Interesse der Kinder. Man könnte also vernetzt nach vorne gehen und jetzt ist die Zeit schon reif dafür.

Stimmen aus dem Publikum**Dr. Carsten Schymik, Referat III A 1 – Grundsatzfragen der Landespolitik, Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen**

Ich glaube, wir sind in einer sehr komfortablen Situation, weil wir schon eine Menge Aktivität, Kompetenz und Professionalität in all den Fragen, die hier erforscht werden sollen, aufgebaut haben. Wir haben Programme wie „Teilhabe ermöglichen“ oder „Kein Kind zurücklassen“. Wir haben Düsseldorf

und Gelsenkirchen – die beiden Kommunen, die auch im Forschungsprogramm im Zentrum stehen –, das sind fortgeschrittene Kommunen. Die anderen Programme fangen nicht erst an, sich über Prävention, Familienbefragung oder Resilienz Gedanken zu machen oder die Daten der Schuleingangsuntersuchung zu nutzen. Das heißt dann auch, dass die Ansprüche hoch sind, die an dieses Forschungsprogramm von Seiten der Kommunen gestellt werden. Und das ist ein bisschen meine Sorge: Dass wir nicht das Rad neu erfinden sollten, sondern ganz genau aufnehmen: „Was gibt es schon im Land?“, ganz genau aufnehmen: „Was gibt es schon in der jeweiligen Kommune?“, wo die Feldforschung stattfindet, und dann fragen: „Und was ist jetzt der Erkenntnisbedarf an der Stelle, an der wir sind?“ Das ist eine sehr, sehr hohe Latte, die für dieses Forschungsvorhaben besteht.

Susanne Severin, Landeskoordinatorin des Landesprogramms Bildung und Gesundheit

Ob das jetzt Ihr Forschungsvorhaben oder ein anderes zum Thema Prävention ist: Ich finde es gut, wenn alles systematisch gesichtet wird. Schulen machen ganz viel, neigen aber manchmal zu Projektitis. Unser Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW sieht gesundheitsförderliche Schulentwicklung hingegen immer ganzheitlich. Ich finde es daher gut zu schauen, was funktioniert, was wirklich Wirkung hat und was wir besser aussortieren sollten. Das hilft auch zu verstehen, wie man das Ganze übertragen kann z. B. auf die KiTa und andere Bereiche.

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Evangelische Hochschule Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendforschung

Ich bin Klaus Fröhlich-Gildhoff, Evangelische Hochschule Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendforschung. Wir sind angedockt an das Modul Seelische Gesundheit, unsere Rolle ist es hier, Begleiter und Mitgestalter zu sein, aber wir bekommen natürlich den gesamten Prozess mit. Aus unserer Sicht gibt es zwei zentrale Dinge zu sagen: Das Projekt bietet zum einen eine große Chance, weil man diese klassischen Bereiche Bewegung, Ernährung und Seelische Gesundheit einmal zusammendenkt. Das ist eine Anforderung an die Verantwortlichen in den Projekten, weil jeder ja so in seiner Burg sitzt, sozusagen seine Traditionen hat. Das muss man überwinden. Es ist neu, das wirklich einmal gemeinsam zu denken.

Und das andere ist das, was man an Daten erfasst, nämlich auf den unterschiedlichen Ebenen: Es werden die Kinder angeschaut, es werden die Eltern angeschaut, die Fachkräfte angeschaut, die Steuerungsstrukturen angeschaut. Auch das ist was Besonderes. Und noch bedeutender ist, dass man das zu den Angeboten oder nicht vorhandenen Angeboten in Relation setzt und deren Nutzung im präventiven, vor allem primär präventiven Bereich. Auch das ist etwas Innovatives, was man natürlich auch den Kommunen zurückmelden kann, was einen Mehrwert hat und was natürlich prospektiv für andere Kommunen auch einen Mehrwert haben kann. Darin liegt die innovative Kraft.

Wobei man keine Illusion haben darf – da bin ich methodisch relativ streng: Wir erfahren nichts über Wirksamkeiten. Wir erfahren nicht: „Diese Strategie ist besonders wirksam“. Wir bekommen korrelative Zusammenhänge heraus, die uns weiter ermutigen können nachzudenken und das ist gut, aber man muss sich auch über die Grenzen im Vorhinein bewusst sein, ansonsten hätte man, glaube ich, Illusionen, so dass hinterher alle enttäuscht sind. Man muss damit vorsichtig sein. Aber wenn man die drei klassischen Bereiche der Gesundheit zusammenführt, sie sich auf den verschiedenen Ebenen anschaut und sie mit den vorhandenen Angeboten in Verbindung bringt: Ich finde das lohnt sich.

Impressionen

