

## **Zweite Regionalkonferenz „Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt“**

**am 30. November 2009 in der Ravensberger Spinnerei in Bielefeld**

### **Protokoll der Arbeitsgruppenergebnisse**

#### **Gruppe 1 „Gesundheitsförderung und Soziale Stadt – welche Strukturen bringen uns zusammen?“ (vorgetragen von Frau Brigitte Liesner, Soziale Stadt Essen)**

Wir haben uns versucht, vorzustellen, wie kommunale Gesundheitsförderung und Soziale Stadt zusammen kommen können. Wir haben gesagt, dass das sowohl auf der Planungsebene, als auch in der Praxis passieren muss. Was uns dann ziemlich schnell deutlich war, ist, dass wir dazu voneinander noch zu wenig wissen. Die Gesunde-Städte-Koordinator(inn)en oder die Geschäftsstellenleiter(innen) müssen noch einen besseren Überblick über den Stadtteil selber haben, wenn sie sich in einem Quartier der Sozialen Stadt bewegen möchten. Und wir von der Sozialen Stadt brauchen Informationen über Gesundheitskonferenzen, über Arbeitsgruppen, darüber, welche Akteure und Ansprechpartner es da letztlich gibt. Kurz gesagt, es muss mehr gegenseitige Transparenz hergestellt werden, damit man es einfach hat, sich mit seinen Aktivitäten in die jeweils anderen Gebiete einzubinden.

Wichtig war uns auch, dass die betroffenen Verwaltungsbereiche mit einbezogen werden: dass es nicht nur darum geht, dass die Akteure der Sozialen Stadt, die Quartiersmanager vor Ort etwa mit den Gesunde-Städte-Koordinator(inn)en oder den Geschäftsstellenleiter(innen) der Gesundheitskonferenzen zusammenarbeiten, sondern dass auch die betroffenen Bereiche einer Stadt- oder Kreisverwaltung insgesamt in den Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer mit einbezogen werden. Im Moment –so wurde in der Gruppe mehrheitlich festgestellt – gibt es hauptsächlich informelle Kontakte. Das finden wir zwar gut, andererseits würden wir uns mehr Systematik wünschen, damit solche Arbeitskontakte nicht zu sehr von einzelnen Personen abhängen (die aufgrund von Krankheit, Überbelastung oder auch Versetzung etc. auch mal ausfallen können).

Auch zu ganz praktischen Lösungen haben wir Überlegungen angestellt. Da gab es ein praktisches Modell, das kurz andiskutiert worden ist: eine Stadtteilzeitung, wie sie z. B. in

Hamburg existiert, die das Thema Gesundheit zum Schwerpunkt hat. So etwas könnte als gemeinsame Unternehmung von Sozialer Stadt und kommunaler Gesundheitsförderung auf den Weg gebracht werden. Oder auch: gemeinsame Veranstaltungen und Informationen (Materialien?) über gesundheitliche Themen. Gemeinsames Handeln bringt die Akteure grundsätzlich schon näher zusammen; diese Erkenntnis ist eigentlich ja ziemlich alt. Ich habe heute gelernt, dass in Gesundheit doch noch viel mehr drin steckt, als ich ohnehin schon vermutet hatte – vielleicht können Veranstaltungen, die von der Sozialen Stadt ausgehend in den Stadtteilen abgehalten werden, von Gesundheitsförderern begleitet und auf mögliche gesundheitliche Bezüge hin mitgestaltet werden.

Dann haben wir noch etwas Neues gelernt und zwar, dass es nicht nur eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung gibt, sondern auch eine „transdisziplinäre“. Da haben wir nämlich ein ganz interessantes Modell erklärt bekommen, ICF ist die Abkürzung. Ganz grob gesprochen kann man an diesem Modell sehen, dass alles mit allem zusammenhängt. Das kann ganz viele verschiedene inhaltliche Module betreffen – manche von Ihnen kennen das vielleicht schon. [Anmerkung: es handelt sich um die Internationale Klassifizierung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Mehr Infos über: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index/htm>]

Unsere wesentliche Erkenntnis war also: stärker zusammen rücken und Schritt für Schritt die Strukturen bilden. Wobei man nicht sagen kann: diese oder jene Struktur wäre es und dann sind wir bei einander wie wir gerne sein wollen. Wir müssen uns aufeinander zu bewegen und werden sicherlich zusammen Arbeitsmöglichkeiten finden. Dankeschön.

## **Gruppe 2 „Verstetigung und Nachhaltigkeit“** (vorgetragen von Herrn Christian Meyer, MBV NRW)

Ausgangspunkt der Diskussion war die Beobachtung, dass immer mehr Projektförderung zeitlich befristet vergeben wird – und dies auch bei schwächer werdenden kommunalen Finanzen – eine Situation, bei der immer seltener eine Regelförderung nachfolgen kann. Wir haben in der Gruppe einmal als Frage herausgestellt: „Was ist denn ein positives Projekt?“ und: „Was ist denn ein negatives Projekt?“ oder auch: „Was ist denn die Chance eines Projekts?“ Unser Ansatz: Projekte sind dann positiv, wenn Impulse gegeben werden, Lerneffekte davon ausgehen, Innovationen und Flexibilität gegeben sind. Negativ sind Projekte dann, wenn sie eigentlich ein Dauerproblem bearbeiten und sich immer wieder von

sich heraus um eine Anschlussfinanzierung kümmern müssen. Damit müssen Personalressourcen immer wieder für den Selbsterhalt aufgewendet werden.

Diese Situation wurde dann auch als Ressourcenverschwendung überschrieben, weil einfach die Dauerhaftigkeit fehlt, und ein aufgebautes Kompetenznetz letztlich wieder verloren geht. Nachhaltigkeit ist dann gegeben, wenn eine Übernahme von positiven Projektergebnissen in Regelstrukturen erfolgt, was aber aus Gründen der kommunalen Finanzen immer seltener der Fall sein kann. Oder natürlich: wenn ein bestehendes Problem im Rahmen des Projekts gelöst wurde, was auch bei zeitlich befristeten Projekten nicht von vornherein ausgeschlossen werden sollte.

Weitere Aspekte von Verstetigung sind:

- die Vernetzung als Element von Nachhaltigkeit – so dass Projektergebnisse wirksam weitergeleitet werden können,
- Transfer von Erkenntnissen an die Entscheidungsträger z. B. im politischen Raum (so dass dort auch etwas aufgegriffen und fortgeführt werden kann),
- die sektorübergreifende Behandlung von Problemen.

### **Gruppe 3 „Bürgerbeteiligung und Bürgerorientierung“** (vorgetragen von Frau Adelheid Dornseifer-Seitz, Bielefeld)

Es ging in unserer Arbeitsgruppe um das Thema „Bürgerorientierung“ und bzw. versus „Bürgerbeteiligung“, das angeschnitten, aber in dem gegebenen engen zeitlichen Rahmen nicht zu ende diskutiert werden konnte. Es wurden Faktoren für eine erfolgreiche Bürgerbeteiligung herausgearbeitet.

- Dabei ging es u. a. darum, Schlüsselpersonen zu identifizieren. Es wurden Beispiele aus der Praxis genannt, wie etwa die [„Homeparties“](#) aus Remscheid.
- Dann wurde besonders betont, dass Bedarfe und Sichtweisen der Betroffenen identifiziert werden - aber auch in klare Handlungsstrukturen übertragen werden müssten.
- Wichtig war uns auch: Transparenz muss hergestellt werden.
- Desweiteren muss sich Bürgerbeteiligung nicht auf Erwachsene beschränken: Auch Kinder und Jugendliche können mit kreativen Methoden zur Beteiligung motiviert werden; die entsprechenden Settings sind dafür einzubeziehen.

- Nächster Punkt war, dass Bürgerbeteiligung einerseits Geld kostet aber andererseits auch Geld einbringen kann. Dies muss allerdings transparent gemacht und deutlich kommuniziert werden.
- Die Vernetzung von Projekten im Stadtteil war ein weiterer Punkt. Dieser gehört zwar nicht direkt zur Bürgerbeteiligung, es wurde aber hervorgehoben, dass man an Projekten frühzeitig Bürger auch strukturell beteiligen sollte – zugunsten einer langfristigen und nachhaltigen Einbindung.

**Gruppe 4 „Bewegungsförderung im Stadtteil“** (vorgetragen von Herrn Gunnar Geuter, Zentrum für Bewegungsförderung am LIGA.NRW, und Frau Margarete Meyer, Soziale Stadt Essen)

Wir saßen gut anderthalb Stunden zusammen und haben intensiv diskutiert. Wir waren eine Gruppe aus Teilnehmern mit ganz unterschiedlichen Hintergründen zum Thema Bewegungsförderung. Wir haben grundsätzlich festgestellt: Es ist ein sehr komplexes Thema. Was – um es positiv zu wenden – eine Chance bietet, aus unterschiedlichen Zugriffen, aus unterschiedlichen Ecken sich dieses Themas anzunehmen. Und gleichzeitig haben wir festgestellt, dass dies natürlich eine große Herausforderung darstellt. Aber: Wir sind nicht nur verweilt bei Punkten, die schwierig sind, sondern haben auch positive Beispiele gefunden, wie das funktionieren kann.

Die Diskussion war zunächst durchaus kontrovers geprägt. Ich nenne hier nur zwei Stichwörter, „Top down“ und „Bottom up“, das waren die Schlagworte für einen Gegensatz, der sich durch viele Beiträge zog. Aber dann wurde sehr konstruktiv diskutiert:

- Es wurde schnell klar, dass uns alle diese eine Fragestellung verband: Wie finden wir denn sinnvolle Zugänge zur Bevölkerung? Und: Wenn wir Angebote haben – wie können wir die Interessen der Bevölkerung vor Ort erkennen, aufnehmen und auch produktiv umsetzen?
- Dann ging es um Methoden: Was ist sinnvoll, um an Leute heranzukommen? Wird ein Angebot anschaulich und „farbenprächtig“ vermittelt? Ist es wohnortnah ausgerichtet?
- Dann wurde festgestellt, dass die echte Bedeutung von Bewegungsförderung politisch und gesamtgesellschaftlich noch nicht erkannt wurde.

- Deutlich wurde auch, dass organisierte Bewegungsförderung nicht immer gut zugänglich ist, dass es mitunter schwierig für Teilnehmer ist, sich nach vorgegebenen Terminen und Zeitstrukturen von Bewegungsangeboten zu richten. Für viele Menschen sind solche Angebote nur schwer im Alltag unterzubringen. Müsste also das Thema „Bewegung im Alltag“ nicht noch größere Aufmerksamkeit erhalten? Bewegungsförderung kann nicht nur in Kursen und ähnlichen Angeboten stattfinden.
- Dann war das Thema „Über- oder Unterforderung durch Angebote“ an der Reihe; nicht jedes Angebot eignet sich für alle Zielgruppen.
- Diskussionsgegenstand war auch die Haltung der Krankenkassen zum Thema: Gibt es hier Möglichkeiten der Beteiligung an bewegungsbezogenen Angeboten? Wird hier auch an flächendeckende Angebote gedacht oder stehen hauptsächlich bestimmte Zielgruppen und insbesondere Mitglieder im Mittelpunkt des Interesses?
- Danach wurde ein schönes Beispiel aus Köln vorgestellt: Das ist das Kölner „Bündnis für gesunde Lebenswelten“ ([http://www.inform.de/nr\\_1630212/DE/Home/03Projekte/BMELVundBMG/Aktionsbuendnisse/Koelnerbuendnis.html](http://www.inform.de/nr_1630212/DE/Home/03Projekte/BMELVundBMG/Aktionsbuendnisse/Koelnerbuendnis.html)) – dort hat die Kooperation zwischen Sport, Krankenkassen und Universitäten sehr gut geklappt.
- Und dann haben wir noch einmal darüber gesprochen, dass man auf der Ebene der Konzeptionen und Arbeitsgruppen durchaus auf grundsätzliche Kooperationsbereitschaft stößt, dass aber zwei Frage oft problematisch sind: zum einen die der konkreten Arbeitsteilung und gegenseitigen Verpflichtung, zum anderen die des konkreten Handlungsmusters, Beispiel- oder Modellprojekts, an dem man sich in der Kooperation orientiert. Wir haben aber auch festgestellt: Wenn es dann ein gutes Beispiel, ein realistisches Orientierungsmuster gibt, dann gibt das der Kooperation oft auch einen richtigen Schub, etwas, woran man die Zusammenarbeit andocken und festmachen kann.
- Dann haben wir noch über die wissenschaftliche Begleitung gesprochen und festgestellt, dass es oft empfehlenswert wäre, wenn wir diese nicht zu hoch aufhängen. Vor allem aber müssen wir die Begleitung offen und transparent gestalten und die Ergebnisse dem Teilnehmerkreis wieder zur Kenntnis geben.

Allgemeine Anmerkung: Wenn man sich die verschiedenen Dokumentationen der Sozialen Stadt NRW durchgeht, wird man feststellen, dass vieles, das dort unter dem Thema Gesundheit aufgeführt und dokumentiert wird, mit Bewegungsförderung, oft mit

Kinderbewegungsförderung zu tun hat. Bewegung ist ein Thema, das uns sicher im Kontext der Sozialen Stadt noch weiter beschäftigen wird.

**Gruppe 5 „Kindergesundheitsförderung“** (vorgetragen von Herrn Franz-Albert Kluth, Kommunale Gesundheitskonferenz Bonn)

Wir haben in unserer Arbeitsgruppe die Situation zum Thema Kindergesundheitsförderung sehr kontrovers, sehr intensiv diskutiert. Wir haben uns dabei dem Thema zunächst ganz vorsichtig über eine gruppeninterne Bestandsaufnahme genähert: In welchen Kommunen und welchen Einrichtungen wird Kindergesundheitsförderung überhaupt Unterstützung finden? Und wir haben uns dann aus einigen Städten berichten lassen, wie man dieses Thema dort angegangen ist.

Entscheidend war die nächste Fragestellung: Sind – bevor man konkrete Projekte in Angriff nimmt – Datenerhebungen notwendig, um die Projektvorhaben anschließend auch gegenüber der Bevölkerung und in den politischen Gremien vertreten zu können? Das wurde teilweise bejaht, aber auch mit dem Hinweis auf folgende Schwierigkeit: Wenn man Daten hat und sie kommuniziert, kann das teilweise auch gegen einen verwendet werden.

Die nächste Frage war: Können Externe sich in derartige Projekte mit einbringen? Die Frage wurde eindeutig mit „Ja“ bezeichnet. Es ist sogar nach mehrheitlicher Auffassung sinnvoll, wenn solche Projekte nicht nur von staatlichen Gesundheitseinrichtungen initiiert werden, sondern wie in diesem konkreten Fall ausgehend von einem privaten Sportverein, der eine ganz andere Akzeptanz in der jeweiligen Bevölkerung und in der Bevölkerungsgruppe hat.

Natürlich sind auch die finanziellen Fördermöglichkeiten angesprochen worden. Oft ist der Ablauf so, wie es hier schon angesprochen wurde: Es gibt eine Anfangsprojektförderung, und dann verabschiedet sich der Förderungsgeber, was natürlich Probleme mit der Verstetigung mit sich bringt.

Festzuhalten war, dass man die Gesundheit nicht als einziges und pauschales Ziel bei der Kinder- und Jugendgesundheitsförderung ansehen sollte. Sie steht als Oberziel und übergreifende Klammer über einer Vielzahl von möglichen Einzelprojekten, die viele andere Teilziele und Nebeneffekte haben können. Insbesondere Bewegungsförderung spielt dabei oft eine Rolle.

Wir haben dann noch weitere Punkte diskutiert und sind zu der Überzeugung gekommen, dass es sich lohnt, derartige Kooperationsprojekte immer wieder anzupacken. Wir müssen

natürlich sehen, dass die Inanspruchnahme bestimmter Förderungen oder die Ansiedlung von Projekten in bestimmten politischen Kontexten den Projekten eine andere inhaltliche Priorisierung als Gesundheit nahelegen - wie das auch im Rahmen der „Sozialen Stadt“ oft gegeben sein wird. Hier muss die Gesundheitsförderung ihre Zielsetzungen und Anbindungen an andere Förder- und Politikkontexte gegebenenfalls überdenken und nach geeigneten (ggf. neuen) Andockpunkten für gesundheitliche Inhalte suchen.

## **Gruppe 6 „Ärzte im Spannungsfeld von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention“** (vorgetragen von Herrn Rudolf Welteke)

Wir waren eine sehr kleine Gruppe, zunächst nur die beiden Senioren [Herr Welteke und Herr Hartlieb], die dieses Thema am Vormittag im Dialog verursacht hatten. Über den frei gewählten Untertitel „Krankheit versus Gesundheit“ hatten wir aber noch zwei sehr motivierte und motivierende Juniorpartner, Studierende aus dem Fach Sozialarbeit an der FH Bielefeld gewonnen – dadurch entstand eine lebhafte Mehrgenerationen-Veranstaltung. Es hat sich dann an diesem Gegensatz „Was ist eigentlich Krankheit, was ist eigentlich Gesundheit?“ eine spannende Diskussion ergeben, wobei die beiden Älteren etwas aus ihrer (Lehr-)Erfahrung berichteten, während die beiden Jüngeren interessiert waren an Dialog und Auseinandersetzung zu diesen Begrifflichkeiten und den dazu assoziierten Auffassungen und Einstellungen. Dabei haben wir interessanterweise von den Jüngeren gehört, dass die WHO-Definition, die ja bekanntlich Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert, als eher untauglich und nicht operationalisierbar gesehen wurde.

Herr Hartlieb hat dann etwas über Salutogenese und Herrn Antonovsky erzählt (Gelächter im Publikum), so dass wir einen kleinen Exkurs hatten auch in den Hintergrund der Ableitungen dieser Begriffe. Und – wer jetzt gelacht hat, hat zu früh gelacht – es gab über diesen Auftakt sehr interessante Ergebnisse, die sich aus der Kontroversstellung dieser beiden Begriffe (Krankheit ./ Gesundheit) ableiten: dass wir nämlich alle Kinder dieses westlichen Dualismus' sind und dass von daher auch die Themen Krankheit/Medizin und damit in Verbindung die Berufsgruppe „Ärzte“ auf dem einen Pol rangieren, nämlich als (eine Wortschöpfung von Herrn Hartlieb) „Präventiologen“, und sie zeichnen sich aus seiner Sicht dadurch aus, dass sie in der Regel nicht Gesundheitsförderer sind, wie er das ja schon heute Morgen zu Anfang dieser Tagung unüberhörbar in die Debatte geworfen hat. Und die Diagnose dazu – sofern Diagnose jetzt das richtige Wort ist – wäre, dass hinter dieser Positionierung eine gewisse Sozialisation steht. Es gab dazu einen erläuternden Beitrag (der

aus der Begründung des Ursprungscurriculums zum Studienfach Medizin des Oberstufenkollegs an der Universität Bielefeld aus den frühen 1970ern stammt): Wenn Ärzte zu Beginn ihres Studiums im Fach Anatomie zum Sezieren von menschlichen Leichen genötigt werden, so ist dies möglicherweise wirklich ein falscher Sozialisationseinstieg, der u.a. zu dem allseits bekannt-berüchtigten Medizinerzynismus, aber auch zu anderen Besonderheiten im Berufsleben mit beitragen dürfte. Es kann gesagt werden: Ärzte sind auch als Botschafter tätig und zwar als solche, die überwiegend an Defiziten orientiert sind, während Gesundheitsförderer als Moderatoren tätig sind, die vornehmlich an Ressourcen (zur Gesundheit) orientiert sind. Das war an dieser Stelle Dualismus vom Feinsten.

Wir haben dann allerdings noch festgestellt, dass diese Etikette der Gesundheitsförderung inzwischen in ihren Grenzen etwas verwischt wurde. Es wurde angesprochen, dass Gesundheitsförderung auch ärztlicherseits oft gern als Markenzeichen mitgenommen wird. Herr Hartlieb fragte an dieser Stelle dann auch einmal kritisch-mahnend: „Ist wirklich überall dort auch Gesundheitsförderung drin, wo Gesundheitsförderung draufsteht?“ – ganz im Sinne des Verbraucherschutzes, der natürlich in diesem Zusammenhang auch zu Recht eine gewisse Rolle hat.

Abschließend haben wir festgestellt, dass aufseiten der Ärzte doch ein starker Trend zur Strukturorientierung besteht (auf der Flipchart versinnbildlicht durch das Symbol eines Krankenhauses, was sich gern auch als Exzellenz darstellt, mit Leuchtturmvertretern wie beispielsweise der Berliner Charité). Auf der anderen Seite haben wir resümiert, dass die Gesundheitsförderer verglichen dazu doch eher prozesshaft unterwegs sind, in weicheren Linien, oft mit Netzwerkorientierung. Unser Arbeitsgruppenergebnis und die damit verbundene Empfehlung gehen in die Richtung, dass es von Vorteil wäre, wenn man den Dialog fördern würde, wenn man sozusagen das Gut und Haben, welches auf dem einen, wie auch auf dem anderen Pol dieses dualistischen Arrangements vorhanden ist, künftig in einer Art produktiver Durchmischung nutzbar machen könnte.

Auf die Frage aus der Schlussphase unserer AG „Und was bedeutet das jetzt? Was machen wir mit diesen Erkenntnissen jetzt eigentlich praktisch?“ kam nochmals eine prägnante, pragmatisch-zuspitzende Empfehlung von Herrn Hartlieb, die lautete: „Zellen gründen – für Gesundheitsförderung!“ Das war eine willkommene, konstruktiv-auffordernde Schlussbotschaft zu diesem nicht ganz einfachen Thema: Das ging an die Studierenden, an ihren Alltag an der Fachhochschule – nämlich dort konkret Zellen für Gesundheitsförderung einzurichten. Genauso war es aber auch die Botschaft zur Vermittlung an die Ärzte, an die von manchen als eher schwierig erlebten Zeitgenossen: „Förderung der Gesundheitsförderung!“ auch im ärztlichen Bereich – eine wirklich spannende Botschaft, wobei noch Wege gesucht werden müssen, wie das an die Stellen, die Personen, die Arbeitsfelder zu transportieren ist, wo es hingehört. Und einem unserer Juniorpartner fiel

dann zum Abschluss noch der nette Satz ein: „Ja – mit den Zellen: – man muss Antikörper bilden, wenn man das noch mal medizinisch ausdrücken möchte....“

## **Gruppe 7 „Eltern ansprechen – Eltern erreichen“** (vorgetragen von Herrn Jochen Hartlieb)

Hier spielte zunächst die Fragestellung eine Rolle: „Gibt es bestehende Modelle, um Eltern mit besonderen Problemen (z.B. Migrationshintergrund, Erwerbslosigkeit, Armut) für Inhalte der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu sensibilisieren und als Teilnehmer oder Partner für entsprechende Projekte zu gewinnen?“

Eine Anregung dazu bezog sich auf das Projekt „Eltern AG“, das an der Psychologischen Fakultät der Universität Magdeburg entwickelt worden ist<sup>1</sup>. Hierbei geht es darum, Eltern auf der Ebene der persönlichen Ansprache zu erreichen und sie nicht primär über ihre Defizite, sondern über ihre Ressourcen und persönlichen Stärken anzusprechen. Also: in der Elternansprache Vertrauen schaffen durch Hinwendung zu Ressourcen, statt Orientierung an Defiziten und persönlichen Schwächen. Es wurde dann gefragt: „Wo liegen denn z. B. besondere Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen dieser Zielgruppe?“ Da wurden beispielsweise die folgenden Anknüpfungspunkte genannt:

1. Kochen und Backen,
2. Spenden beschaffen,
3. Fähigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich,
4. Fähigkeit, mit wenig Geld auszukommen,
5. Aufspüren von Sonderangeboten, Gelegenheiten jeder Art
6. Talente im handwerklichen Bereich.

Dort liegen Chancen und Themen, wo man die Menschen erreichen und positiv ansprechen kann, wo man Ihnen die Möglichkeit geben kann, sich mit ihren Fähigkeiten auch in Gemeinwesenarbeit, in gemeinschaftliche Verantwortung einzubringen.

Es wurde sehr deutlich, dass die Eltern die Experten für ihre Kinder sind; sie wissen am besten, was für ihre Kinder gut ist. Sie brauchen aber auf der anderen Seite auch Entlastung

---

<sup>1</sup> Literaturhinweis:  
Armbruster, M, (2006), *Eltern-AG, das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien*, Carl Auer, Heidelberg

und Entspannung. Und: die Elternansprechbarkeit sollte in verstärktem Maße über Projekte operationalisiert und weiterentwickelt werden. Jemand brachte zu diesem Thema das Beispiel eines Gartenprojekts, wo Leute ihre Stärken einbringen können, gleichzeitig aber auch Entspannung und eine gewisse Ablenkung vom Alltag finden.

Wichtig ist, wenn man Eltern zusammenruft, dass man Ihnen für ihre Zusammenkünfte kleine, geschützte Räume anbietet. Multiplikatoren, also beispielsweise Erzieher(innen), Lehrer(innen) oder Lehrer etwa in Kitas und Grundschulen, müssen zur Ansprache dieser Zielgruppe befähigt werden. Außerdem ist es sinnvoll, geeignete Personen oder Institutionen zu identifizieren, welche einen natürlichen Zugang zu diesen Eltern haben (z.B. interkulturelle Vereine etc.). Im Sportbereich liegen da einige Möglichkeiten, z.B. über offene Fußballaktivitäten, bei denen sich Vereine öffnen und dabei auch interkulturelle Betätigungsmöglichkeiten anbieten. Ein Sportverein in Bielefeld geht beispielsweise über seine Sportangebote eigene Wege: Unter dem Aspekt „Erhöhung der Sozialkompetenz durch Sport“ veranstaltet der Verein gezielte Projekte für eine bestimmte (Stadtteil-)Öffentlichkeit und nicht nur für seine Mitglieder. Für diese Projekte werden öffentliche Plätze zur Verfügung gestellt. Alle Angebote sind interkulturell angelegt. Für Eltern, die ihre Kinder zu verschiedenen Aktivitäten begleiten, wird ein spezielles eigenes Angebot entwickelt.

Aus dem Bereich der Sozialen Stadt kam dann noch der wichtige Hinweis, dass es nötig ist, vor Ort eine günstige Infrastruktur zu schaffen, die niedrighschwellig in Anspruch genommen werden kann (z.B. durch kleine Stadtteilbüros, für jeden zugängliche Stadtteilkonferenzen oder Treffpunkte, wie etwa öffentliche Spielflächen). Die Themen, welche für die gewählte Zielgruppe in Frage kommen, müssen einen Alltagsbezug haben. Man muss Themen bringen, die auch interessieren. Man sollte nicht meinen, man müsse dort in erster Linie Gesundheitsbotschaften bringen, die die Leute vielleicht zunächst nicht interessieren, weil sie andere Probleme haben.

Günstige Momente, die sich im Quartier ergeben und anbieten, sind auszunutzen (Beispiel: ein kasachischer Boxtrainer konnte in einem Stadtteil zur Mitarbeit angeregt werden. Inzwischen hat er eine feste Anstellung und leitet ein qualifiziertes Boxtraining für Jugendliche).

Vernetzungsstrukturen auf allen kommunalen Ebenen müssen angestrebt werden. Auch dabei geht es um Themen, die die Menschen interessieren und ansprechen. Und auch hier ist wichtig, dass die vorgesehenen Angebote für Begegnung und Ansprache niedrighschwellig sind. Grundsätzlich sind die klassische Methoden der Gemeinwesenarbeit zielführend. Wir waren uns einig, dass ein Vorteil von Kooperationen auch die verschiedenen Zugänge der beteiligten Partner zur Zielgruppe sind. Man muss schauen, was vor Ort geht - unter anderem kann hier auch eine aktivierende Befragung helfen: durch den Stadtteil zu gehen,

die Leute zu fragen: „Was hättet ihr für eine Idee, zu diesem und jenem Anliegen etwas gemeinschaftlich zu machen, wo seht ihr Handlungsbedarf, was könnt und wollt ihr selbst beitragen?“

Schließlich haben wir das Vorhaben ins Auge gefasst, dass wir in Zusammenarbeit zwischen LIGA, Kommunalen Gesundheitskonferenzen, Sozialer Stadt und Gesunden Städten im kommenden Jahr (2010) ein oder zwei Workshops zu diesen Themen anbieten wollen, um gemeinsam Kriterien für die Ansprache der Zielgruppe im Sinne der Elternerreichbarkeit zu entwickeln, die man dann auch ggf. einmal in einem Projekt nutzen kann.

### **Fazit und Zusammenfassung** (vorgetragen von Herrn Manfred Dickersbach, LIGA.NRW und Regionaler Knoten NRW)

Das war im Grunde genommen schon so eine Art Ausblick auf die Fortführung unserer gemeinsamen Arbeit, unserer Bemühungen um Vernetzung, Synergiefindung und inhaltlich-thematische Präzisierung – so wie der Beitrag der ersten Arbeitsgruppe eine Art Querschnittsergebnis für die ganze Veranstaltung war: Im Grunde haben Sie, Frau Liesner, mit Ihrer Arbeitsgruppe das Thema aufgegriffen und untersucht, das unterschwellig bei allen unseren Diskussionen mitgespielt hat und das für uns letztlich auch den inhaltlichen Rahmen des heutigen Tages abgesteckt hat: Wie können wir zusammen kommen, welche Strukturen und Inhalte bieten für die Soziale Stadt und die kommunale Gesundheitsförderung eine geeignete gemeinsame Plattform?

Ich fand, dass wir in diesen kurzen Ergebnisdarstellungen eine ganze Menge an kompakter Einsicht bekommen haben darin, wo uns der Schuh noch drückt in der Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt, dass wir aber auch viele ganz konkrete Ansatzpunkte zum Weiterarbeiten gesehen haben. Ich hatte aber auch so beim Rundgehen durch die Gruppen den Eindruck, dass das, worum es bei Open Space eigentlich geht, dass man Menschen wirklich zusammen bringt, dass man bilaterale Kontakte verstärkt, dass man miteinander ins Gespräch kommt, dass man sich kennenlernt und dass man Aktionsfelder, Rahmenbedingungen, Motivationen und Positionen kennen- und einzuschätzen lernt, dass das vielleicht für uns alle der eigentliche Benefit auch letztlich dieser Veranstaltung ist.

Wir mögen hier und heute nicht die Pauschalantwort gefunden haben, wie Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt am besten funktioniert. Das war auch nicht avisiert – und es mag bezweifelt werden, dass es diese Pauschalantwort, den einen methodischen Musteransatz, das paradigmatische Gesundheitsprojekt für den Stadtteil überhaupt gibt. Wir haben hier erfolgreiche Modellprojekte, auf der letzten

Regionalkonferenz wurden einige vorgestellt. Welchen inhaltlichen und methodischen Ansatz eine Kommune wählt, hängt aber von lokalen Rahmenbedingungen ab – vorrangige Gesundheitsprobleme, mögliche Kooperationen, Sponsoren und deren inhaltliche Prioritäten, Besonderheiten der Zielgruppe und vieles mehr. Es muss aber – und das haben die Diskussionen heute sehr deutlich gezeigt – nicht immer das große Gesundheitsprojekt sein, mit dem gesundheitliche Inhalte in die Stadtteilarbeit hineinkommen. Stadtteilprojekte aus gesundheitlicher Sicht begleiten, auf gesundheitsrelevante Aspekte hinweisen und entsprechende inhaltliche Ergänzungen einbringen, kleinere Teilprojekte für größere Vorhaben der Sozialen Stadt konzipieren und integrieren – Gesundheitsförderung ist ein weites Feld, das letztlich Berührungspunkte mit nahezu allen Bereichen des persönlichen und gesellschaftlichen Lebens hat, ganz viele sicherlich auch mit dem Leben in Quartier und Stadtteil.

Ich persönlich nehme einen ganz hoffnungsvollen Eindruck mit aus dieser Veranstaltung – auch was die weitere Zusammenarbeit mit der „Sozialen Stadt“, mit dem Städtenetz NRW angeht. Ich möchte hervorheben, dass die Voraussetzungen, die wir in Nordrhein-Westfalen mit gut entwickelten Strukturen auf beiden Seiten haben – mit der „Sozialen Stadt“, mit dem Städtenetz auf der einen und der Gesundheitsförderung, den Kommunalen Gesundheitskonferenzen, dem Gesunde-Städte-Netzwerk auf der anderen – für eine Kooperation besser nicht sein könnten. Wir sollten lernen, mit diesem strukturellen Plus, über das wir hier verfügen, kreativ umzugehen, die Chancen, die in den gut entwickelten Strukturen auf beiden Seiten liegen, bestmöglich zu nutzen. In diesem Sinne danke ich Ihnen alle fürs Kommen, fürs Mitdiskutieren bis in den Abend hinein und hoffe, dass Sie uns weiter als Partner und Mitstreiter auf dem eingeschlagenen Weg begleiten werden.