

Fokustagung Jugendliche: Gesundheitsförderung im Stadtteil

06. Februar 2009, Gesundheitsamt Bremen

Veranstalter: Landesvereinigung für Gesundheit, Bremen e.V. und Gesundheitsamt Bremen.

Protokoll: Renate Siegel, Christiana Ohlenburg (Projektgruppe Armuts- und Reichtumsbericht)

Frau Prof. Dr. Kolip (Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.) begrüßt und erläutert das Ziel der Veranstaltung: Brücken bauen zwischen den Akteuren der Gesundheitsförderung und der Kinder- und Jugendhilfe. Ggfs Bildung eines eigenen Netzwerkes im Stadtteil.

Herr Dr. Zimmermann (Sozialpädiatrische Abteilung/ Gesundheitsamt Bremen) stellt die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor.

Es bestehen 3 Haupterkrankungsbereiche, die eine hohe, auch soziale Bedeutung erlangen:

1. Allergien
2. Übergewicht und Adipositas
3. Psychische Auffälligkeiten

Bei den **Allergien** besteht die Besonderheit, dass Kinder und Jugendliche aus sozial privilegierten Elternhäusern stärker betroffen sind (Hygienehypothese).

Bei **Übergewicht und Adipositas** besteht ein Zusammenhang mit einem niedrigem Sozialstatus. Die Anzahl übergewichtiger Kinder verdoppelt sich im Grundschulalter. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind dabei häufiger von Adipositas betroffen. Im Vergleich liegt die Adipositasrate bei Kindern aus Migrantenfamilien höher.

Die Werte der übergewichtigen Kinder verdoppeln sich zwischen der 1. und der 8. Klasse. Rd. 22% aller Kinder im Alter von 11-17 Jahren haben Auffälligkeiten bei der Ernährung im Sinne einer Essstörung. Essstörungen stehen im Zusammenhang mit dem Sozialstatus und dem Geschlecht. So haben rd. 35% der Mädchen mit überwiegend niedrigem Sozialstatus Auffälligkeiten.

Hinweise auf **psychische Auffälligkeiten** zeigen rd. 22% der Kinder im Alter von 10-17 Jahren. Dabei handelt es sich primär um Familienkonflikte im engeren und weiteren Sinne aber auch um kumulierende Effekte z.B. mit Schule und Gewalterfahrungen (insbesondere Jungen). Bei Gewalterlebnissen (KIGGS, RKI) geben Jungen mit niedrigem sozialem Status an, dass 59,5% von ihnen in den letzten 12 Monaten weder Opfer noch Täter von Gewalt waren. Bei Jungen aus hohen sozialen Schichten waren 73,8% für diesen Zeitraum weder Opfer noch Täter.

Bei Mädchen aus niedriger sozialer Schicht waren 77,4% weder Opfer noch Täter. 88,7% Mädchen aus hoher Sozialschicht haben keine Gewalt angewendet oder waren ihr ausgesetzt.

Aber Kinder und Jugendliche verfügen auch über sog. Schutzfaktoren, nämlich personale und familiäre Ressourcen sowie soziale Unterstützungen. Mädchen mit Migrationshintergrund und/oder niedrigem sozioökonomischen Status mangelt es besonders häufig an familiärer und sozialer Unterstützung

Wichtig für die gesundheitliche Situation ist der Sport, der Bereich verliert aber mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Mit zunehmendem Alter nimmt die Mitgliedschaft in einem Sportverein ab. Stattdessen nimmt der gesundheitsschädigende Konsum von Tabak und Alkohol und anderen Drogen zu.

Entgegen den zum Teil sehr negativen Befunden ist die gesundheitliche Selbsteinschätzung von Kindern und Jugendlichen eher positiv (insbesondere auch die Einschätzung der Eltern). **Dieser Widerspruch führt zur Frage:** wie und wo unter diesen Voraussetzungen Gesundheitsförderung insbesondere bei Jugendlichen ansetzen kann.

Frau Dr. Reimann, DIfU Berlin, erforscht im Auftrag des Bundes die Sozialraumorientierung des Handlungsfeldes Gesundheit. Sie begleitet drei Fallstudien u.a. auch in Gebieten des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“.

Vergleichsweise steht Bremen mit realisierten Gesundheitsprojekten im Rahmen der Umsetzung der Programme WiN/ Soziale Stadt gut da, d.h es wurden schon etliche Projekte durchgeführt. Gefragt wird aber in Zusammenhang nach „Teilsettings“ wie z.B. Schule- Kita-Betrieb).

Berichtet wird von der Geschäftsstelle „Gesundheitsförderung“ in Hamburg-Lurup, die von dem Land und der HAG (Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.) eingerichtet wurde. Die TKK (Technikerkrankenkasse) hat einen sog. Verfügungsfonds in Höhe von 20.000€ in Anlehnung an die Vergabekriterien „Soziale Stadt“ eingerichtet. Generell geht es um eine Schulung von Multiplikatoren und Bezugspersonen sowie die Sensibilisierung von Krankenkassen und Kommunen für das Thema. Projekte nehmen sich der Themen: Ernährung, Bewegung/Sport, Psychische Auffälligkeiten, Gewalt, Suchtprävention und Schwangerschaften an.

Die Debatte ergibt, dass Schule beteiligt ist als Alltagsstressor - und daher auch als wichtiger Akteur im Stadtteil eingebunden werden sollte, um Gesundheitsförderung zu unterstützen z. B. auch an Ganztagschulen und Quartiersbildungszentren. Ebenso Kirchen.

Weitere Ausführungen geben Hinweise auf die bestehende Infrastruktur in Bremen, d.h. es bestehen rd. 10 dezentrale Gesundheitstreffpunkte, vornehmlich in benachteiligten Quartieren.

Frage ist, wie Gesundheitstreffs und Jugendhilfe besser zusammen arbeiten können?

Hingewiesen wird auf **grundsätzliche Ressourcenmängel** und am Beispiel „Schwimmen“ verdeutlicht. Die Mehrzahl sozial benachteiligter Kinder kann nicht schwimmen. Bei den eher

privilegierten Kindern sind es weniger als ein Fünftel (18%). Obwohl das Bildungsressort den Auftrag hat, zum „Schwimmen“ zu befähigen, gelingt dies nicht hinreichend. Dies liegt an unzulänglichen Schwimmzeiten und zu weit entfernten Schwimmbädern sowie den Kosten für Fahrt und Eintritt, die in Armut lebende Eltern nicht aufbringen können um z.B. den schulischen Schwimmunterricht zu flankieren.

Herr Dr. Schwarz (SAFGJS, Jugendamt) wirft die Frage auf, was die Kinder- und Jugendhilfe zur Gesundheitsförderung beitragen könne. Dabei geht er davon aus, dass sich diese Frage auf die Jugendhilfe zuspitzt, da in den Kitas das Thema fest verankert sei (Ernährung, Bewegung, Zahnpflege).

Vorab stellt er fest, dass die Erwartungen nicht allzu hoch gesteckt werden sollten. Vielmehr könne die Jugendhilfe mit ihrem fachlichen Know-How dazu beitragen Jugendliche zu erreichen. Gleichzeitig suche die Jugendhilfe aber auch Partner um sich fachlich weiter zu qualifizieren. In den Stadtteilen seien Netzwerke vorhanden, bzw. sollen noch weitere aufgebaut werden wie z.B. Präventionsräte. Wichtig wäre es, an den richtigen Stellen Verknüpfungen herzustellen. Es bedarf neuer Konzepte unter Beteiligung von Jugendlichen (Themen: Ernährung, Bewegung, Stressregulation) sowie der Weiterbildung von Fachkräften. Die **Debatte** ergibt: es bestehen Probleme bei den Öffnungszeiten der Freizeitheime sowie zu geringe Ressourcen für die Arbeit im Sozialraum der Jugendlichen.

Frau Adam (LIS): Das LIS (Landesinstitut für Schule, Gesundheit und Suchtprävention) berichtete über das Drogenpräventionsprojekt im Bremer Ostertorviertel für Jugendliche. Besonders positiv hervorgehoben wurde die langjährige gute Zusammenarbeit („Vernetzung“) seit dem Jahr 2000 zwischen dem LIS und dem Ortsamt Mitte. Das Projekt hat verschiedene Preise gewonnen. Neben der Suchtprävention sind Ergebnisse der Kooperation z.B. z.B. die Entstehung des „Sportgartens“ in der nahe gelegenen Pauliner Marsch sowie die Umgestaltung des Stadionbades - jeweils im Interesse und unter Beteiligung der Kinder und Jugendlichen im Stadtteil, die aufgrund der Bebauungsdichte und der Verkehrssituation nur sehr wenige Frei- und Spielflächen vorfinden.

Die Personalsituation im LIS habe sich zwischenzeitlich deutlich verschlechtert (von 3 auf eine Mitarbeiterin).“

Anmerkungen:

Finanzierung durch die Krankenkassen als Co- Finanzierung. Erst wenn Kommunen mitfinanzieren, dann auch Krankenkassengewinnung.