

# Statusbericht | 9

## Dokumentation der Statuskonferenz 2013 »Gesundheitsförderung bei Jugendlichen«

### Inhalt

Vorwort der Präsidentin

- I Einleitung
  - II Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen – Ein Überblick
  - III Strukturbildung, Vernetzung und Kooperation  
»stark.stärker.WIR.«  
»Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf« – Modellvorhaben Präventionskette
  - IV Impuls-Forum: Erkenntnisse aus der Praxis – Erfolgsfaktoren und Hemmnisse  
»Prev@Work«  
»HaLT – Hart am Limit«  
»SPRINT«  
»So richtig was für's Leben ...« Entwicklungsbegeleitende ärztliche Prävention – nicht nur an Schulen  
»Gesundes Jugendzentrum«  
»Seelisches Wohlbefinden von Jugendlichen«  
»Healthy Athletes«
  - V Gesundheitsförderung bei Jugendlichen am Beispiel des Peer-Ansatzes der BZgA-Kampagnen zur Alkoholprävention
  - VI Partizipation als Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsförderung Jugendlicher
  - VII Zusammenfassung und Ausblick
  - VIII Referentinnen und Referenten
  - IX Leitung und Organisation
  - X Teilnehmende Organisationen
- Impressum

### Vorwort der Präsidentin

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe BVPG-Mitglieder,

die »Jugend« ist ein Lebensabschnitt mit vielfältigen emotionalen, kognitiven und körperlichen Veränderungen. Diese prägen die Übergangsphase von der Kindheit ins Erwachsenenalter und wirken sich in Abhängigkeit von vorhandenen Ressourcen und Bewältigungsstrategien auf die psychische und physische Gesundheit der Heranwachsenden aus.

Berichte zum aktuellen Forschungsstand attestieren Jugendlichen einen überwiegend guten bis sehr guten Gesundheitszustand, der 14. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2013) bescheinigt der Zielgruppe sogar sehr gute Rahmenbedingungen des Aufwachsens. Dennoch lenken einzelne Forschungsergebnisse den Blick immer wieder auf psychische Auffälligkeiten, Adipositas oder risikosuchendes Verhalten Jugendlicher.

Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sind für Jugendliche jedoch wenig verbreitet. Um dies zu ändern, müssen die Lebenswelten und Bewältigungsaufgaben für Jugendliche verstärkt in den Blick genommen werden. Mit der Statuskonferenz »Gesundheitsförderung bei Jugendlichen« sind wir einen wichtigen Schritt in diese Richtung gegangen.

Bedanken möchte ich mich ganz herzlich bei den engagierten Referentinnen und Referenten unserer Statuskonferenz. Durch ihre interessanten, facettenreichen und anschaulichen Beiträge ist es gelungen, den Wissens- und Erfahrungsaustausch der BVPG-Mitglieder und -Kooperationspartner weiter voranzutreiben und neue Impulse in diesem Themenfeld zu setzen.

Mein Dank gilt ebenfalls Knut Lambertin vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB), der durch seine Kooperationsbereitschaft und Offenheit für das Handlungsfeld »Gesundheitsförderung bei Jugendlichen« die strukturellen Rahmenbedingungen für unsere Konferenz geschaffen hat. Meinen besonderen Dank möchte ich ebenfalls unserem Geschäftsführer Dr. Uwe Prümel-Philippsen und seiner Mitarbeiterin Ann-Cathrin Hellwig aussprechen, die diese Konferenz gemeinsam vorbereitet und wie immer äußerst engagiert durchgeführt haben!

Ihre



Helga Kühn-Mengel, MdB  
Präsidentin der BVPG

## I | Einleitung

Unter dem Titel »Gesundheitsförderung bei Jugendlichen« fand am 12. November 2013 die dritte Statuskonferenz der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) im Themenfeld »Gesunde Kinder und Jugendliche«, diesmal in Kooperation mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund/DGB-Bundesvorstand, statt. Den Teilnehmenden präsentierten die Referentinnen und Referenten ein umfangreiches Programm, das die Bereiche Strukturbildung, Vernetzung, Kooperation, Qualität und Peer-Education aufgriff und vielfältige fachliche Impulse lieferte.

In ihrer Begrüßung hießen Knut Lambertin, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), sowie Dr. Uwe Prümel-Philippsen, Geschäftsführer der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), die knapp 40 Vertreterinnen und Vertreter aus Praxis und Wissenschaft im DGB-Gewerkschaftshaus in Berlin willkommen.

Beide Veranstalter machten deutlich, dass das Handlungsfeld »Gesundheitsförderung bei Jugendlichen« Weiterentwicklungsbedarf aufweise. Basierend auf einer internetbasierten Recherche und einer anschließenden Befragung der BVPG-Mitglieder zu ihren Erfahrungen in diesem Handlungsfeld fasste Dr. Uwe Prümel-Philippsen die Ausgangslage wie folgt zusammen:

1. Nur wenige Programme/Maßnahmen richten sich speziell an Jugendliche – eher stehen jüngere Zielgruppen im Fokus, oder es wird erst gar nicht zwischen Kindern und Jugendlichen differenziert.
2. Richten sich Projekte gezielt an Jugendliche, handelt es sich überwiegend um Projekte der Suchtprävention, weniger werden »klassische« Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung oder Entspannung aufgegriffen.

3. Der überwiegende Teil der Programme ist jeweils als Projekt konzipiert, d.h. zeitlich befristet und zunächst nicht in eine Versorgungsstruktur integriert. Aspekte der Nachhaltigkeit sind teilweise vorhanden, können aber in den meisten Fällen nicht umgesetzt werden.
4. Eine gesundheitsbezogene Evaluation der Angebote bzw. Maßnahmen findet in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht statt; wird doch eine Evaluation durchgeführt, so stehen vielfach Strukturen und Prozesse, nicht aber gesundheitsbezogene Wirkungen im Fokus.

Damit werde deutlich – so Dr. Prümel-Philippsen –, dass dem Thema »Gesundheitsförderung bei Jugendlichen« in der Praxis noch zu wenig Beachtung geschenkt werde. Die Statuskonferenz biete hier also eine geeignete Plattform zum Wissens- und Erfahrungsaustausch.

## II | Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen – Ein Überblick

Die Basis für den fachlichen Austausch legte am Vormittag Raimund Geene, Professor für kindliche Entwicklung und Gesundheit an der Hochschule Magdeburg-Stendal. In seinem Vortrag präsentierte er aktuelle Erkenntnisse zum Themenfeld dieser Konferenz und machte auf Angebotslücken und Handlungsbedarfe aufmerksam.

Zu Beginn seines Vortrags stellte der Referent die vielfältigen Bewältigungsaufgaben Jugendlicher heraus. Der 14. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2013) thematisiert hier u.a. gesellschaftliche Marginalisierungstendenzen gegenüber Kindheit und Jugend, negative Rollen-Zuschreibungen und soziale Ungleichheiten.

In diesem Zusammenhang verwies der Referent auf das zwar abnehmende, aber dennoch weiterhin vorhandene und sich in einigen Benachteiligungslagen (z. B. SGB II Bezugsgemeinschaften) z.T. trotzdem weiter verschärfende Problem der Jugendarbeitslosigkeit. Folgen wie finanzielle Einschränkungen, fehlende Teilhabe, Defizite in der Tagesstrukturierung sowie der Mangel an positiver Identifikation und an Ressourcen tragen dazu bei, dass viele arbeitslose Jugendliche ein gesundheitliches Risikoverhalten u. a. in den Bereichen Ernährung, Verkehr, Lärm, Substanzmissbrauch oder Sexualität entwickeln.

Ein solches Risikoverhalten kann dem Referenten zufolge jedoch kaum durch Verhaltensbotschaften gesteuert werden, da sich Jugendliche stark am Verhalten anderer Jugendlicher (»Peers«) orientieren und ihr Verhalten mit steigendem Alter zunehmend einem alters- und milieuspezifischen Habitus anpassen. Verbotssregelungen wirken hier z.T. kontraproduktiv, weil sie sogar zur Verstärkung unerwünschten Verhaltens beitragen können.

**h<sup>2</sup>**  
Hochschule  
Magdeburg • Stendal

## Riskantes Verhalten Jugendlicher

nach Raihnel 2011: 28

Dimensionen des Risikohandelns	Formen riskanten Handelns im Jugendalter
Gesundheitliches Risikoverhalten	Ernährung, Straßenverkehr, Lärm, Sexualität, Gewalt, Sport, Hygiene, Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Suizidalität, Mutproben
Delinquenz / Kriminalität	Straßenverkehr, illegale Drogen, (sexuelle/ extremistische) Gewalt, Sachbeschädigung, Diebstahl, „Hacken“, Betrug, „Mutproben“
Finanzielles Risikohandeln	Konsum, Straßenverkehr, Sexualität, Glücksspiel, Gewalt, Sachbeschädigung, Diebstahl, „Hacken“, Betrug

Hochschule Magdeburg-Stendal, SIG Angewandte Kindheitswissenschaften

Abbildung 1: Riskantes Verhalten Jugendlicher (Vortragsfolie Prof. Raimund Geene)

Spezifisch relevant für die Gesundheitsförderung Jugendlicher sind insbesondere die Lebenswelten der sekundären und tertiären Sozialisation (Schule sowie Sport- und Freizeitangebote im Stadtteil), da diese das Verhalten maßgeblich prägen und fortlaufend Möglichkeiten der Beteiligung eröffnen. Dabei stellte der Referent die Schule als ein prinzipiell gut geeignetes, weil stark strukturiertes Setting mit hohem Potenzial für Selbstwirksamkeitserfahrungen heraus. Diesem Setting werde jedoch ein bislang eher partizipationsabwehrendes Verhalten bescheinigt, sodass sich in diesem Bereich deutlicher Handlungsbedarf zeigt.

In der anschließenden Diskussion thematisierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch die Rolle des Vereinssports für die Gesundheitsförderung Jugendlicher. Der Referent bestätigte, dass eine gesundheitsförderliche Ausrichtung im Sport dazu führen kann, Verständigungsschwierigkeiten zwischen traditionellem Vereinssport und jugendlichen Sport- und Bewegungsbedarfen zu überbrücken. Hier empfehlen sich partizipative Methoden der Angebotsgestaltung und der jeweiligen Ziel- und Ergebnisformulierung, sodass Gesundheitsförderung im Sport nicht nur als kurzzeitiger Impuls wahrgenommen wird, sondern vielmehr als Prozess der gesunden Organisationsentwicklung.

### III | Strukturbildung, Vernetzung und Kooperation

#### »stark.stärker.WIR.«

Wichtige Voraussetzungen für eine systematische, zielgerichtete und nachhaltige Prävention an Schulen machte Viktoria Darkashly, Kontaktbüro Prävention am Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, anhand ihrer Präsentation zum Rahmenkonzept »stark.stärker.WIR.« deutlich. Das schulische Präventionskonzept wurde in Baden-Württemberg anlässlich des Amoklaufs von Winnenden ins Leben gerufen und unter dem Dach des Kultusministeriums strukturell verankert.

Das Präventionskonzept schreibt keine spezifischen Programme vor, sondern benennt die Rahmenbedingungen gelingender und wirksamer Prävention. Es integriert vorhandene Strukturen der Sucht- und Gewaltprävention und ergänzt diese um den Baustein der Gesundheitsförderung. Bei dem Rahmenkonzept »stark.stärker.WIR.« handelt es sich um ein Mehr-Ebenen-Konzept, d.h. es berücksichtigt die drei sozialen Ebenen von Schule: die der Schule als Ganzes, die der Klasse und die des Einzelnen.



Abbildung 2: Präventionskonzept »stark.stärker.WIR.« (Vortragsfolie Viktoria Darkashly)

Kennzeichnend für das Präventionskonzept ist die Integration aller an dem System Schule beteiligten Personen(-gruppen). Dazu zählen Lehrkräfte, Eltern, Schülerinnen und Schüler sowie ggf. die Schulsozialarbeit. Bei der Umsetzung der Maßnahmen kooperiert die Schule mit externen Kooperationspartnern wie z. B. Vereinen, Beratungsstellen, der Polizei, dem Jugend- und Gesundheitsamt sowie weiteren Partnern.

Mit der Implementation des Präventionskonzepts »stark.stärker.WIR.« begibt sich eine Schule in einen Prozess, in dem Prävention als Teil der Schulentwicklung verstanden wird. Ansatzpunkt dieses Prozesses stellt eine Bestandsaufnahme dar, in deren Rahmen bisherige Maßnahmen erfasst und

reflektiert werden. Im Zuge der Bedarfsanalyse und der darauf aufbauenden Maßnahmenplanung werden individuelle Vorgehensweisen ausgearbeitet und schließlich umgesetzt. Eine (Selbst-)Evaluation der Wirksamkeit sowie eine darauf basierende Weiterentwicklung runden den Prozess ab. Entscheidend dabei ist der Referentin zufolge, dass jede Schule ihr Tempo sowie die durchzuführenden Maßnahmen individuell bestimmt.

Schulen, die sich zu »stark.stärker.WIR.« anmelden, werden von Präventionsbeauftragten unterstützt. Diese beraten bei der Umsetzung von »stark.stärker.WIR.«, unterstützen bei pädagogischen Tagen und Elternabenden und bauen Kontakte zu außerschulischen Kooperationspartnern auf. In Baden-Württemberg arbeiten derzeit 150 Präventionsbeauftragte in insgesamt 23 Regionalteams.

### »Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf« – Modellvorhaben Präventionskette

»Initiierung einer bezirklichen Präventionskette für gesundes Aufwachsen von der Schwangerschaft bis zum Eintritt ins Berufsleben« – so lautet das Ziel des Modellvorhabens »Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf« (09/10 bis 09/13) bzw. »Gesund durch's Leben in Marzahn-Hellersdorf« (09/13 bis 12/14), das von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. gemeinsam mit bezirklichen Akteurinnen und Akteuren durchgeführt wird.

Referentin Dagmar Lettner zeigte auf, dass der Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf einerseits durch einen hohen Anteil an Transferleistungsbezieher/innen, verfestigte Armutslagen, eine hohe Jugendarbeitslosigkeit sowie frühe Schwangerschaften geprägt ist. Auf der anderen Seite kann im Rahmen des Modellvorhabens an bereits bestehende gute Ansätze und Vernetzungsstrukturen, als auch an das engagierte Handeln vieler bezirklicher Akteurinnen und Akteure angeknüpft werden.

Um das gesunde Heranwachsen für Kinder und Jugendliche dieses Bezirkes zu unterstützen, wurde das Modellvorhaben lebensphasenspezifisch angelegt und nimmt in besonderer Weise die Übergänge in den Blick. Im Rahmen der Konferenz »Gesundheitsförderung bei Jugendlichen« wurde der Fokus auf die Übergänge Grundschule/weiterführende Schule sowie Schule/Beruf gelegt.



Abbildung 3: Kommunale Strategien für gesundes Aufwachsen entwickeln (Vortragsfolie Dagmar Lettner)

Übergänge fordern die Jugendlichen und ihre Eltern im Wechsel von Vertrautem zu Neuem heraus. Fachkräfte und Institutionen sind hier gefragt, sich an der strukturellen Gestaltung der Übergänge zu beteiligen und den Familien bedarfsgerechte Unterstützung zu bieten.

Um die Bedarfe, aber auch die Ressourcen der Eltern und Jugendlichen zu erfassen, wurden im Rahmen des Modellvorhabens Fokusgruppendifkussionen mit Eltern sowie filmische Dokumentationen mit den Jugendlichen durchgeführt.

Als Ergebnisse der Gespräche benannte Dagmar Lettner einen unzureichenden Zugang zu Informationen und eine für Familien nicht schlüssige Struktur der Institutionen sowie Intransparenz über Unterstützungsangebote. So beklagten Eltern und Jugendliche, Angebote oft nur »per Zufall« gefunden zu haben, eine institutionelle Vernetzung, wie z. B. zwischen Schule und Erziehungs- und Familienberatung, sei häufig nicht vorhanden. Ebenso berichteten Eltern von Stigmatisierungserfahrungen in der Beratung. Gefördert werden müsse eine wertschätzende Haltung von Fachkräften gegenüber Jugendlichen und ihren Eltern. Handlungsbedarf wurde weiterhin in der Stärkung von Elternkompetenzen deutlich, denn den Eltern wird – auch in der Phase der Adoleszenz – eine hohe Bedeutung durch die Jugendlichen beigemessen.

Auch für Fachkräfte gestaltet es sich häufig schwierig, einen Überblick über die Strukturen des Bezirkes zu gewinnen, einzelne Akteurinnen und Akteure zu identifizieren und auf dieser Grundlage Netzwerke aufzubauen bzw. sich an bestehende Netzwerke anzudocken. Ein neuralgischer Punkt sei so z. B. die Zusammenarbeit zwischen dem »Planeten« Schule und dem Sozialraum. Alle Akteurinnen und Akteure zusammenzuführen und zur Beteiligung an der Präventionskette einzuladen – jedoch nicht zu drängen – stelle eine zentrale Aufgabe dar, um gemeinsam Übergänge gestalten zu können und Brücken zwischen den Institutionen, aber auch zwischen Fachkräften und Familien zu bauen.

Die gemeinsame Arbeit wurde von der Referentin als ziel- und produktorientiert beschrieben; die Bündelung und Nutzung bestehender Ressourcen schaffte (im Angesicht knapper Kassen auch nötige) Synergieeffekte. Ziel im Rahmen des Modellvorhabens ist die gemeinsame Entwicklung eines Qualitätsrahmens als integrierte kommunale Strategie, in dem die relevanten Bausteine für gelingendes Aufwachsen identifiziert und als Leitlinien für bezirkliches Handeln genutzt werden können.

#### IV | Impuls-Forum: Erkenntnisse aus der Praxis – Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

##### »Prev@Work«

»Prev@Work« ist ein Programm zur Suchtprävention in der Ausbildung. Dieses zielt auf die Vermeidung von Fehlzeiten und Arbeitsunfällen im Zusammenhang mit Suchtmitteln sowie auf die Verringerung von Ausbildungsabbrüchen.

Referent Gerriet Schröder von der AOK Sachsen-Anhalt stellte das von der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin entwickelte Bundesprojekt vor und zeigte die wesentlichen Elemente der Umsetzung auf.

Mittelpunkt des Programms bilden dafür ausgebildete Prev@Work-Trainerinnen und -Trainer. Diese beraten Führungskräfte in Ausbildungsfirmen bei der Entwicklung eines Handlungskonzeptes, um suchtpreventive Strukturen zu stärken und verbindliche Regelwerke und Zuständigkeiten im Unternehmen zu verankern.

Ebenfalls führen sie Fortbildungen für Auszubildende und Lehrende durch. Diese Maßnahmen sollen zum Wissenserwerb beitragen und zugleich eine suchtpreventive Haltung sowie ein verantwortungsvolles Handeln fördern.

Auch für Auszubildende und SchülerInnen werden Seminare von den Prev@Work-Trainern und -Trainerinnen durchgeführt. Zu den Zielen dieser Seminare gehören

- die Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Suchtmitteln,
- die Erhöhung der Risikokompetenz und
- die Verringerung von schädlichen Folgen für das Unternehmen wie Fehlerquoten, Arbeitsausfälle und -unfälle.



Abbildung 4: Das Programm »Pre@Work« – Suchtprävention in der Ausbildung (Vortragsfolie Gerriet Schröder)

Finanziert wurde die Ausbildung der Trainerinnen und Trainer durch die AOK Sachsen-Anhalt. Die Koordinierung und Umsetzung des Programms erfolgt jedoch über die Landesstelle für Suchtfragen in Sachsen-Anhalt, so Gerriet Schröder.

Abschließend untermauerte der Referent den Erfolg des Programms anhand exemplarisch ausgewählter Ergebnisse einer durchgeführten Wirkungs- und Akzeptanzmessung. Demnach sei für 91 Prozent der 552 befragten Auszubildenden das Thema »Prävention von Suchtgefahren« wichtig; 84 Prozent gaben an, durch das Seminar neue Erkenntnisse gewonnen zu haben. Basierend auf diesen Ergebnissen schlussfolgerte Gerriet Schröder, dass ein hoher Wissensbedarf und großes Interesse am Themengebiet bei den Auszubildenden vorliege.

##### »HaLT – Hart am Limit«

Unter dem Titel »HaLT – Hart am Limit« stellte Ricarda Henze, Projektkoordinatorin für Niedersachsen bei der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen, das gleichnamige kommunale Alkoholpräventionsprojekt vor.

Das Programm wurde 2002 als Antwort auf die steigenden Zahlen der alkoholintoxikierten und stationär behandelten Kinder und Jugendlichen von der Villa Schöpfung, dem Zentrum für Suchtprävention in Lörrach, und den dortigen Kooperationspartnern entwickelt. Das Programm befindet sich seit 2008 in der Transferphase, zuvor wurde es drei Jahre lang als Bundesmodellprojekt erprobt. Mittlerweile setzen 164 Standorte in 15 Bundesländern HaLT umfassend um, zehn Bundesländer verfügen über eine Landeskoordination und zusätzlich existiert ein HaLT-Bundesnetzwerk.

HaLT versteht sich als Früh- und Kurzinterventionsprogramm für Kinder und Jugendliche nach einer stationär behandelten Alkoholintoxikation sowie als strukturelles Alkoholpräventionsprojekt. Das Programm zielt darauf ab, dem exzessiven

Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen früh und präventiv zu begegnen sowie den verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol auf kommunaler Ebene zu fördern. Gleichzeitig setzt es sich für die konsequente Umsetzung des Jugendschutzes ein.

Das Programm besteht aus einem reaktiven und einem proaktiven Baustein. Der reaktive Baustein richtet sich an Kinder und Jugendliche, die wegen einer Alkoholintoxikation stationär behandelt werden müssen und beinhaltet Gespräche mit dem/der Jugendlichen und den Eltern sowie ein erlebnispädagogisches Gruppenangebot mit dem Ziel der Risikokompetenzförderung.

Der proaktive Baustein setzt auf der kommunalen Ebene an. Mit dem Ziel, Alkoholexzesse bereits im Vorhinein zu verhindern, werden vorhandene Ressourcen gebündelt: Familien, Schulen und Vereine werden genauso einbezogen wie Netzwerkpartner auf kommunaler Ebene. Dazu gehören u.a. Jugend- und Ordnungsämter, (Sucht-)Beratungsstellen und Polizei, aber auch der Einzelhandel, Festveranstalter und Gaststätten. Zur verbindlichen Etablierung von Präventionsstandards in Kommunen und zur vermehrten Einhaltung des Jugendschutzgesetzes ist Ricarda Henze zufolge ein Zusammenwirken möglichst vieler kommunaler Akteurinnen und Akteure erforderlich. Darüber hinaus bedürfen beide Bausteine einer regionalen Koordinierung.

- die wissenschaftliche Begründung und Begleitung des Programms,
- das Vorliegen verbindlicher Projektstandards,
- die gute Verfügbarkeit von Informationen und Materialien.

Hemmend wirken sich der Referentin zufolge die fehlende Unterstützung (hoher VertreterInnen) der Kommune aus, ebenso wie fehlende finanzielle und personelle Ressourcen. Auch ständigen Hierarchien und Konkurrenzdenken sowie eine fehlende oder falsche Einschätzung der Problematik dem Erfolg von HaLT entgegen. Weiterhin machte sie auf die Schwierigkeit einer Erfolgskontrolle eines solchen Ansatzes aufmerksam, die von allen Beteiligten einen »langen Atem« fordere.

### »SPRINT«

Für junge Menschen aus sozial benachteiligten Familien hat die Jugendhilfe Göttingen e.V. unter dem Namen SPRINT (Sport-Prävention-Reintegration-Information-Networking-Transfer) gemeinsam mit Jugendlichen aus dem offenen Jugendvollzug ein Gesundheitstraining entwickelt. Ziel dieses Trainings ist es, Jugendliche für ihr subjektives Verständnis von Gesundheit zu sensibilisieren und damit gesundheitsbewusstes Handeln zu entwickeln, zu erhalten und zu fördern.

Im Gegensatz zur Gesundheitsfürsorge habe Gesundheitsförderung im Strafvollzug keine gesetzliche Grundlage und werde somit selten als eigenständiges Thema behandelt, berichtete der Referent Siegfried Löprick, 1. Vorsitzender der Jugendhilfe Göttingen e.V. Bislang werden im Jugend-Vollzug einzelne Sport- und Bewegungsangebote vorgehalten sowie »bewährte« Drogenpräventionsmaßnahmen durchgeführt. Mit dem Projekt »SPRINT« werde nun ein innovativer Weg hin zu einer akzeptierten Gesundheitsförderung eingeschlagen.

Von zentraler Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Lebensweltorientierung, denn das im Rahmen des Projekts umgesetzte Gesundheitstraining soll dazu beitragen, negative gesundheitliche Auswirkungen während der Inhaftierung zu minimieren und soll zugleich auf ein gesundheitsförderndes Leben in Freiheit vorbereiten.

Der Schwerpunkt des Gesundheitstrainings im offenen Jugendvollzug liegt auf der Stärkung von sozialen Kompetenzen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressregulation und psychosoziale Gesundheit. Im Rahmen von 30 Seminarstunden, die in einem Zeitraum von sechs bis acht Wochen angeboten werden, erhalten die Jugendlichen in Gruppen von bis zu 15 Teilnehmenden Gelegenheit, sich mit vielfältigen gesundheitsbezogenen Themen (u.a. soziale Beziehungen, Konflikte, Gewalt, Drogenkonsum) auseinanderzusetzen sowie diese kritisch zu reflektieren.

Denn um eine Verhaltensänderung zu bewirken, seien moralische Interventionen mit dem »erhobenen Zeigefinger« sowie

Präventive Strategien – proaktiver Baustein



HaLT

### Was machen die HaLT-Netzwerke?

- Bündelung der vorhandenen Ressourcen
- Planung und Durchführung von HaLT-Maßnahmen z.B.
  - **zur verbindlichen Etablierung von Präventionsstandards in Kommunen** (z.B. durch verbindliche Auflagen bei Festveranstaltungen)
  - **zur vermehrten Einhaltung des JuSchG** (z.B. Schulungen von Auszubildenden im Einzelhandel, Testkäufe, Präsenz bei Veranstaltungen)
  - **Arbeit mit Schulen** und Vereinen (z.B. Planungshilfen bei Schulfesten, Elternabende, Kooperationsvereinbarungen)
  - Breit angelegte **Öffentlichkeitsarbeit** mit dem Ziel der Sensibilisierung

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen

Ricarda Henze



Abbildung 5: Was machen die HaLT-Netzwerke? (Vortragsfolie Ricarda Henze)

Basierend auf ihren Erfahrungen mit dem Präventionsprogramm stellte die Referentin abschließend Aspekte heraus, die zum Erfolg von HaLT – Hart am Limit beitragen. Zu den Erfolgsfaktoren zählte sie

- den Netzwerkansatz, der die Herausbildung nachhaltiger Strukturen ermöglicht und Synergieeffekte generiert,
- einen festen Projektrahmen mit definierten, gemeinsamen Zielen, der dennoch Raum für Gestaltungsmöglichkeiten lässt,

Belehrungen wenig Erfolg versprechend. Vielmehr habe es sich Löpricks Erfahrung zufolge als wirkungsvoll erwiesen, auf der Basis gemeinsamer Handlungserfahrungen über Auswirkungen eines grenzüberschreitenden Verhaltens zu sprechen und somit zur Selbstreflexion anzuregen.

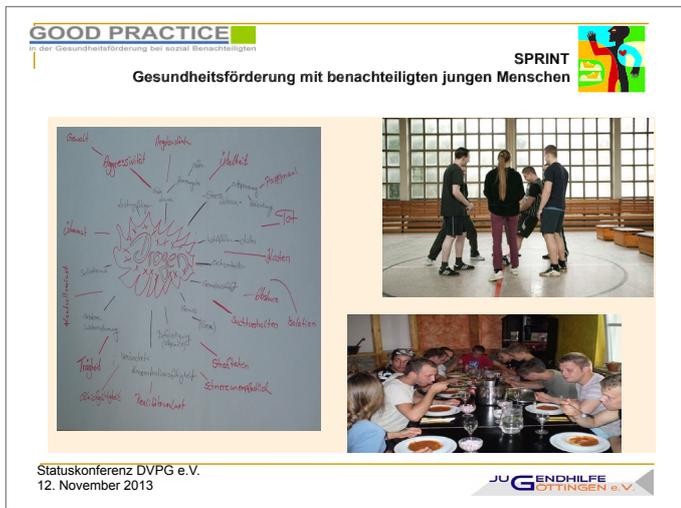


Abbildung 6: SPRINT – Gesundheitsförderung mit benachteiligten jungen Menschen (Vortragsfolie Siegfried Löprick)

Wie der Referent betonte, setzt die inhaltliche Ausrichtung der Themenbereiche an den Ressourcen der Teilnehmenden an und ermöglicht somit die Berücksichtigung von Erfahrungen, Bedürfnissen und Ideen des Einzelnen. Getreu dem Motto »Gesundheit macht Spaß« soll den Jugendlichen ein gesundheitsförderlicher Lebensstil mit Erlebnis- und Erfahrungscharakter nahegebracht werden.

Den Erfolg des Projekts machte Siegfried Löprick u. a. an der geringen Abbruchquote sowie an dem kontinuierlichen Interesse der Jugendlichen fest. Auch den Wunsch einiger Teilnehmer, die gesammelten Erfahrungen nach Abschluss des Gesundheitstrainings als Teamer in einem Folgeprojekt weiterzugeben, bewertete der Referent als Zeichen für eine hohe Identifikation mit dem Angebot.

Weiterhin wies der Referent darauf hin, dass der durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierte Kooperationsverbund »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« die folgenden Praxisbereiche des SPRINT-Gesundheitstrainings als besonders nachahmenswert (Good Practice) identifiziert hat:

- Innovation und Nachhaltigkeit
- Setting-Ansatz
- Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung.

## »So richtig was für's Leben ...« Entwicklungs- begleitende ärztliche Prävention – nicht nur an Schulen

»So richtig was für's Leben ...« – so urteilte eine Schülerin über die »Ärztinnen-Informationsstunde«, erinnerte sich Dr. Christine Klapp, Vorstandsmitglied der Ärztlichen Gesellschaft für Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF) zu Beginn ihres Vortrags. Im Rahmen der Informationsstunde im schulischen Umfeld werden berufs- und familienerfahrene Ärztinnen eingesetzt, um der schulischen Sexualerziehung ärztliche Kompetenz an die Seite zu stellen.

Im Rahmen einer 90-minütigen Informationsstunde erhalten Schülerinnen die Möglichkeit, in weitgehend geschlechts-homogenen Gruppen (ab der 9. Klasse aber zeitweise auch ko- edukativ) und ohne die Anwesenheit einer Lehrkraft Fragen zum Thema Sexualität an die anwesende Ärztin zu stellen.

Je nach Altersgruppe stehen unterschiedliche Themen im Vor- dergrund: Während für die 10- bis 14-Jährigen vor allem die Themen Pubertät, Fruchtbarkeit, Menstruation und Intim- hygiene von Bedeutung sind, stehen bei den älteren Jugend- lichen eher die Themen Verhütung, Schwangerschaft und sexuell übertragbare Krankheiten im Vordergrund. Vor allem in Bezug auf die Auswirkungen der Pille und den Gebrauch von Kondomen als Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten wie Chlamydien oder Papillomaviren herrscht der Referentin zufolge noch großer Aufklärungsbedarf.

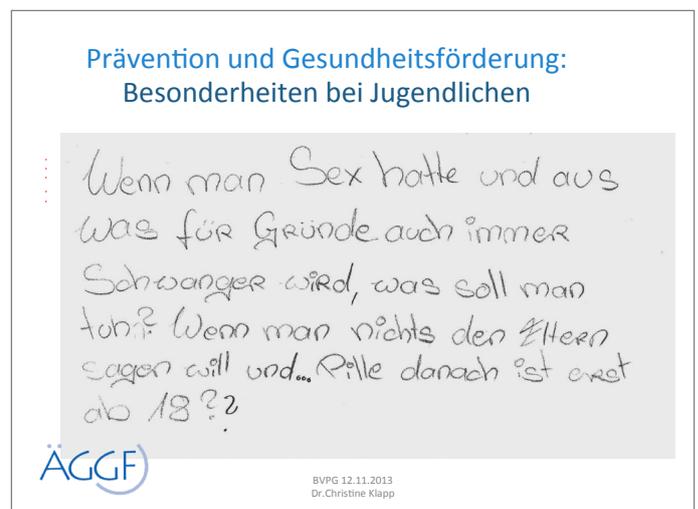


Abbildung 7: Sexualaufklärung. Fragen von Jugendlichen (Vortragsfolie Dr. Christine Klapp)

Ziel der Informationsstunde ist es, die Fragen der Schüler/in- nen zu beantworten, ihr Wissen zu verbessern sowie Selbst- akzeptanz, Selbstbewusstsein und Handlungskompetenz zu vermitteln.

Antworten auf ihre Fragen könnten Jugendliche zwar auch in Broschüren oder im Internet finden, aber – so die Meinung der Referentin – nur die wenigsten können Gehörtes oder Ge-

lesenes alleine zu verlässlichen Informationen verarbeiten und Wichtiges bzw. Richtiges von Unwichtigem bzw. Unrichtigem trennen.

Neben der altersgerechten Vermittlung verlässlicher Informationen zählt der Referentin zufolge auch die Niederschwelligkeit des Angebots zu den besonderen Stärken des Programms. Durch den aufsuchenden Charakter der Ärztinnen-Informationsstunde werden auch Jugendliche erreicht, die nicht selbstständig einen Arzt/eine Ärztin konsultieren würden. Darüber hinaus ist das Programm entwicklungsbegleitend angelegt, mit dem Ziel, Kontinuität in der Aufklärung zu gewährleisten. Den Erfolg der Ärztinnen-Informationsstunde machte Dr. Christine Klapp an den steigenden Veranstaltungszahlen deutlich: Im Jahr 2012 fanden 8.034 Veranstaltungen statt, in denen etwa 125.000 Jugendliche erreicht wurden. Darüber hinaus wurde das Programm durch das Robert Koch-Institut (RKI) evaluiert. Die Befragungsergebnisse bescheinigten einen signifikanten Wissenszuwachs sowie eine Veränderung der Einstellung der teilnehmenden Schülerinnen.

### »Gesundes Jugendzentrum«

Welches Potenzial die offene Jugendarbeit für die Gesundheitsförderung junger Männer bietet, stellte Bertrand Eitel, Projektkoordinator der Innovative Sozialarbeit e.V., im Rahmen seiner Präsentation heraus. Dabei machte er zugleich deutlich, dass das Grundverständnis der offenen Jugendarbeit bisher wenig nach gesundheitsförderlichen Richtlinien ausgelegt ist. Mit dem Projekt »Gesundes Jugendzentrum« sollen in fünf Jugendeinrichtungen in Bamberg gesundheitsförderliche Strukturen und Angebote integriert werden.

Das Projekt richtet sich primär an Jungen und junge Männer, denn diese weisen wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge häufig spezifische gesundheitliche Risikofaktoren auf. Um diesen Rechnung zu tragen und Jungen physisch und psychisch zu stärken, werden dem Referenten zufolge genderspezifische Herangehensweisen benötigt. Eine wirksame jungenbezogene Gesundheitsförderung sollte demnach die Lebenswelt von Jungen und jungen Männern berücksichtigen und ein positives Selbstbild vermitteln.

Das Projekt »Gesundes Jugendzentrum« greift diese Faktoren auf und nutzt die Potenziale der offenen Jugendarbeit. Dabei werden sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Zielsetzungen angestrebt:



### Ziele

**Verhältnisprävention:** Etablierung gesundheitsfördernder Strukturen und eines danach ausgerichteten Selbstverständnisses mit gefestigten spezifischen Angeboten in den Einrichtungen und den Mitarbeitern der Offenen Jugendarbeit Bamberg

**Verhaltensprävention:** Akzeptanz und Mitwirkung der Zielgruppen an den Angeboten, Ermöglichung der Ausarbeitung eines positiven Selbstaussespruches (Ergebnis) zu den Themen Bewegung, Ernährung und Risikoverhalten

Abbildung 8: Ziele des Projekts »Gesundes Jugendzentrum« (Vortragsfolie Bertrand Eitel)

Wie der Referent anhand dieser Zielsetzungen verdeutlichte, nehmen sowohl die MitarbeiterInnen als auch die Jugendlichen eine wichtige Rolle für eine gelingende Gesundheitsprävention in der offenen Jugendarbeit ein. So müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendzentren für das Thema »Gesundheit« und die spezielle Ausrichtung auf Jungen sensibilisiert und qualifiziert werden. Denn nach Bertrand Eitel stellt es eine besondere Herausforderung dar, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu vermitteln, ohne eine »abschreckende« Wirkung bei den Jugendlichen zu erzielen. Insbesondere der Aspekt der Freiwilligkeit der Angebote erfordert eine sensible Herangehensweise der Mitarbeitenden bei außerschulischen Bildungsthemen.

Aus diesem Grund werden die Jugendlichen in partizipativer Weise aktiv mit in die Planung der Angebote einbezogen. Ihre Wünsche und Bedürfnisse bestimmen die inhaltliche Gestaltung des Projekts. So wurde im Rahmen der Module »Bewegung« und »Ernährung« bereits ein Streetballturnier durchgeführt, wöchentlich stattfindende Bewegungsangebote zu den Themen Parcours, Bouldern und Jonglage und Akrobatik integriert sowie ein Cocktail-Contest in Kooperation mit dem Jugendamt, ortsansässigen Schulen und Gaststätten durchgeführt. Die Umsetzung weiterer Module ist vorgesehen.

Zum Abschluss seines Vortrags griff Bertrand Eitel den Aspekt der Verstetigung auf. Dafür seien besonders die Dokumentation der Ergebnisse sowie die Durchführung einer wissenschaftlichen Evaluation von Bedeutung, um förderliche und hemmende Faktoren zu identifizieren. Diese in Form eines Online-Handbuchs festzuhalten, sei ein wichtiger nächster Schritt, um die gesundheitsförderlichen Potenziale der offenen Jugendarbeit auch anderen Institutionen zugänglich zu machen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Die Homepage [www.gesunde.jugendarbeit-bamberg.de](http://www.gesunde.jugendarbeit-bamberg.de) wird bis Ende 2014 wichtige Herangehensweisen, Ergebnisse und Erfahrungen zum Thema bereitstellen.

## »Seelisches Wohlbefinden von Jugendlichen«

Das seelische Wohlbefinden von Jugendlichen steht im Mittelpunkt des aktuellen Modellprojekts der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG). Dieses wird von den Hamburger Krankenkassen und Kassenverbänden (GKV) bis Juni 2018 finanziert.

Karina Kalinowski (HAG) gab den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Statuskonferenz einen Überblick über das Modellvorhaben und stellte Ziele, Zielgruppen und den geplanten Projektablauf vor.

Dazu zeigte sie zunächst auf, dass die »Jugend« – der Lebensabschnitt des Erwachsenwerdens – durch vielfältige emotionale, kognitive und körperliche Veränderungen gekennzeichnet ist. Die Übergangsphase von der Kindheit ins Erwachsenenalter impliziert Wandel und Veränderung.

Als bedeutende Phase stellte die Referentin den Übergang von der Schule in die Ausbildung oder das Studium heraus. Diese sei häufig mit Belastungen wie einer (noch) fehlenden Ausbildungsperspektive oder einem schnell durchgetakteten Studium verbunden. Diese Übergangsphasen können sich auf die individuelle Entwicklung und psychosoziale Gesundheit der Heranwachsenden positiv oder negativ auswirken – je nach Bewältigungsstrategie. Bedarfsgerechte Angebote zur Förderung des seelischen Wohlbefindens und der Resilienz im Jugendalter sind jedoch – so die Einschätzung der Referentin – nur selten verfügbar.

Vor diesem Hintergrund wurde von der HAG das Modellvorhaben »Seelisches Wohlbefinden von Jugendlichen fördern« initiiert. Dieses zielt darauf ab, bedarfsgerechte und zielgruppenspezifische Maßnahmen und Angebote für junge Menschen in der Übergangsphase Schule/Ausbildung und für Studienanfängerinnen und -anfänger zu entwickeln.

Das Projekt „Seelisches Wohlbefinden von Jugendlichen fördern“

Das Projekt will...

seelisches Wohlbefinden von Jugendlichen (16-20 Jahre) fördern und persönliche Ressourcen und Schutzfaktoren stärken

partizipativ  
lebensweltorientiert  
ressourcenstärkend

Fortbildungsreihe für Multiplikator/innen z.B. zu den Themen:

- Resilienz
- seelisches Wohlbefinden von Heranwachsenden
- Umgang mit neuen Medien entwickeln

kooperieren vernetzen koordinieren

bvpg Statuskonferenz 2013  
12. November, Berlin

Abbildung 9: Ziel des Projekts »Seelisches Wohlbefinden von Jugendlichen fördern« (Vortragsfolie Karina Kalinowski)

Hierfür sollen zunächst Fokusgruppen mit Jugendlichen durchgeführt werden, um Bedürfnisse und Bedarfe zu ermitteln und zu konkretisieren. Ebenso ist geplant, MultiplikatorInnen und MitarbeiterInnen aus berufsvorbereitenden Einrichtungen und Hochschulen in das Vorhaben einzubeziehen.

Aufbauend auf den Erkenntnissen der Fokusgruppengespräche sollen die Inhalte abgestimmt und gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie gesundheits-kommunikative Zugangswege entwickelt werden. In einem zweiten Schritt werden die Konzepte und Maßnahmen umgesetzt und erforderliche Materialien oder Social-Media-Elemente erarbeitet. Ebenso ist eine Fortbildungsreihe für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu den Themen Resilienz und seelisches Wohlbefinden von Heranwachsenden sowie dem Umgang mit neuen Medien angedacht.

Zum Abschluss ihrer Präsentation verwies Karina Kalinowski auf die Notwendigkeit einer Evaluation als Maßnahme der Qualitätssicherung. Angestrebt werden sowohl eine Prozess-evaluation der partizipativen Projektphase als auch eine Outcome-Evaluation im Rahmen der zweiten Projektphase.

## »Healthy Athletes«

Mit einem bisher vernachlässigten Themenbereich beschäftigte sich der Vortrag von Dr. Imke Kaschke (MPH). Die Managerin stellte das Gesundheitsprogramm Healthy Athletes von Special Olympics Deutschland<sup>2</sup> vor. Dieses richtet sich an Menschen mit geistiger Behinderung mit dem Ziel, Prävention und Gesundheitsaufklärung für diese Zielgruppe zu verbessern und somit deren Selbstbestimmung und Teilhabe an der eigenen Gesundheitsvorsorge zu stärken. Healthy Athletes umfasst Angebote für kostenlose und umfassende Beratungen und Kontrolluntersuchungen, die Athletinnen und Athleten bei regionalen, nationalen und internationalen Special Olympics-Sportveranstaltungen in Anspruch nehmen können.

Unterstützt wird das Programm seit 2004 von etwa 2.000 ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern aus den Bereichen Medizin, Zahnmedizin, Optometrie, Physiotherapie, Podologie sowie von Studentinnen und Studenten, die mehr als 22.000 Screenings bei Veranstaltungen von Special Olympics Deutschland durchführten. Das Gesundheitsprogramm kooperiert weiterhin mit der Bundeszahnärztekammer, der Bundesärztekammer sowie mit dem Zentralverband der Augenoptiker.

Wie die Referentin darstellte, haben Kontrolluntersuchungen eine besondere Bedeutung für Menschen mit geistiger und Lernbehinderung, denn diese weisen wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge ein um 40 Prozent höheres Risiko für zusätzliche gesundheitliche Einschränkungen wie Übergewicht, mangelhafte Fitness, falsche Ernährung und Vitaminmangel auf. Vermehrt finden sich bei Menschen mit geistiger Behin-

<sup>2</sup> Siehe hierzu [www.specialolympics.de](http://www.specialolympics.de)

derung ebenso Seh- oder Hörminderungen und Fußschäden sowie Karies und Parodontalerkrankungen. Viele Athletinnen und Athleten haben jedoch – so die Referentin – Probleme, ihren gesundheitlichen Zustand selbstständig zu beurteilen und mitzuteilen und sind somit auf eine angemessene medizinische Betreuung angewiesen.

Ihre Ausführungen unterstrich Dr. Imke Kaschke anhand von Untersuchungsergebnissen, die im Rahmen von Healthy Athletes erhoben wurden. Demzufolge sind nahezu 40 Prozent der untersuchten Athletinnen und Athleten übergewichtig und mehr als 70 Prozent haben Nagel- oder Hauterkrankungen der Füße. Fast jede/r dritte Teilnehmer/in am Gesundheitsprogramm benötigt eine Weiterbehandlung beim HNO-Arzt und sogar jede/r Zweite eine zahnärztliche Behandlung. Etwa die Hälfte der untersuchten Athletinnen und Athleten erhielt beim Augenprogramm »Opening Eyes« kostenlos eine korrekte Sehhilfe.



Abbildung 10: Healthy Athletes – Opening Eyes (Vortragsfolie Dr. Imke Kaschke)

Die Referentin resümierte anhand der Untersuchungsergebnisse, dass weiterhin ein großes Augenmerk auf die Gesundheitsförderung der Athletinnen und Athleten gerichtet werden müsse. Neben den Veranstaltungsangeboten werden z. B. zukünftig im Rahmen des Projekts »Selbstbestimmt gesünder«, das durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird, auch Informations- und Lernmaterialien in leichter Sprache erarbeitet. Diese werden allen Interessierten kostenlos zur Verfügung gestellt sowie für Multiplikatorenschulungen in der Zielgruppe eingesetzt.

## V | Gesundheitsförderung bei Jugendlichen am Beispiel des Peer-Ansatzes der BZgA-Kampagnen zur Alkoholprävention

Mit dem Thema Peer-Education in der Alkoholprävention befasste sich der Vortrag von Michaela Goecke, Leiterin des Referats für Suchtprävention in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Peer-Educatoren – das sind junge Erwachsene im Alter von 18 bis 24 Jahren, die speziell in den Bereichen Alkoholwissen und Gesprächsführung von der BZgA geschult werden und bundesweit im Einsatz sind – beispielsweise auf größeren Sport- und Musikfestivals, in Innenstädten und Freizeitregionen. Diese sprechen gleichaltrige Jugendliche zum Thema Alkohol an und informieren in offenen Gesprächen »auf Augenhöhe« zu alkoholbezogenen Themen, sensibilisieren für die Risiken von Alkohol und regen so zum Nachdenken über eigene Konsummuster an. Jährlich finden im Rahmen der beiden BZgA-Präventionskampagnen »NA TOLL!« (seit 2012 »Null Alkohol – Voll Power«) und »Alkohol? Kenn dein Limit.« etwa 300 Peer-Einsätze vor Ort statt, durch die rund 50.000 Jugendliche erreicht werden.



Abbildung 11: Ziele der Peer-Aktionen in der Alkoholprävention bei Jugendlichen (Vortragsfolie Michaela Goecke)

Der Einsatz von Peer-Educatoren eignet sich insbesondere im Bereich der Alkoholprävention, denn Jugendliche werden von Erwartungen, Einstellungen und dem Verhalten von Gleichaltrigen und Gleichartigen stark in ihrem Denken, Verhalten und Erleben beeinflusst. Peer-Educatoren haben durch die Ähnlichkeit ihrer Kommunikationsstile einen erleichterten Zugang zur Zielgruppe.

Die Peer-Aktion im Rahmen der Präventionskampagne »NA TOLL!«, die sich an 12- bis 16-jährige Jugendliche richtet, wurde anhand einer randomisierten Kontrollgruppenstudie auf ihre Wirksamkeit überprüft. Die Online-Befragung von Jugendlichen mit Kontakt zu Peer-Educatoren (Interventionsgruppe)

im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Kontakt zu Peer-Educatoren zeigte, dass die Interventionsgruppe

- ein besseres Wissen über die möglichen Schäden durch Alkohol hatte,
- eine signifikant höhere alkoholbezogene Risikowahrnehmung – auch noch drei Monate nach dem Peer-Kontakt – aufwies,
- eine positivere Einstellung dazu hatte, in der Peer-Group über alkoholbezogene Probleme zu reden sowie
- eher davon überzeugt war, Peer-Pressure widerstehen zu können.

Die Studienergebnisse können als ein erster Nachweis für die Wirksamkeit einer alkoholpräventiven Peer-Maßnahme im Freizeitbereich gelten. Peer-Aktionen sind demnach in der Kampagnen-Interventionsstrategie fortzuführen und weiter zu entwickeln, so Michaela Goecke. Dabei gelte es zukünftig, weitere Optimierungspotenziale zu identifizieren, mehr Nachhaltigkeit zu bewirken, Transferstrategien mit Kooperationspartnern zu entwickeln sowie weitere Präventionsforschung in diesem Bereich zu betreiben.

In der anschließenden Diskussion wurde insbesondere die Möglichkeit diskutiert, Kommunen zu befähigen und zu motivieren, Peer-Aktionen in Eigenregie umzusetzen. Wie dieser Ansatz der Kommunalisierung in Zukunft umgesetzt werden kann, damit noch mehr Alkoholprävention vor Ort stattfinden kann, soll zusammen mit den Länderkoordinatoren für Suchtprävention abgestimmt werden.

Daneben gibt es Überlegungen, den Peer-Education-Ansatz – mit so genannten »Online-Peer-Educatoren« – auch verstärkt in die Internetkommunikation der BZgA-Jugendkampagnen zur Alkoholprävention zu integrieren.

## VI | Partizipation als Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsförderung Jugendlicher

Dass Partizipation sowohl von Akteurinnen und Akteuren als auch von Zielgruppen ein wesentliches Merkmal für die Qualitätssicherung von gesundheitsfördernden Projekten darstellt, zeigte Professorin (jun.) Eike Quilling, Deutsche Sporthochschule Köln, im Rahmen ihrer Präsentation auf. Dabei machte sie deutlich, dass Partizipation nicht nur Teilnahme bedeutet, sondern im Idealfall auch die Teilhabe an Entscheidungsprozessen.

Jedoch wird der Grad der Partizipation in der Praxis sehr unterschiedlich verstanden und umgesetzt. Dies illustrierte die Referentin anhand des nachfolgenden Modells von Wright et al.



Abbildung 12: Kreise der Entscheidung (Vortragsfolie Professorin (jun.) Eike Quilling)

In diesem Zusammenhang verwies die Referentin auf die Ergebnisse von zwei Studien, die die Deutsche Sporthochschule Köln (teilweise in Kooperation mit der BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) durchgeführt hatte.

Auch diese zeigten, dass die Umsetzung von Partizipation in gesundheitsfördernden Projekten sehr unterschiedlich erfolgt. Die Bandbreite partizipativer Ansätze reichte dabei von der Befragung von Zielgruppen über Peer-Education bis hin zur aktiven Mitgestaltung von Angeboten. Vielfach sei der Referentin zufolge die Möglichkeit zur Partizipation jedoch begrenzt oder setze zu spät ein. Jugendliche werden häufig erst beteiligt, wenn eine Maßnahme nicht angenommen wird – in die wichtige Phase der Planungsqualität wird die Zielgruppe hingegen nur selten einbezogen. Dies bedeutet, dass die inneren Kreise wie »teilweise Entscheidungsmacht« und »Entscheidungsmacht« in der Praxis gesundheitsfördernder Projekte nur selten erreicht werden. Auch die Ebene der Kooperations- und Kommunikationsqualität wird häufig vernachlässigt.

Je frühzeitiger Zielgruppen beteiligt werden, desto niedriger sind die Schwellen der Inanspruchnahme und Veränderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen, konstatierte die Referentin mit einem Verweis auf aktuelle Forschungsliteratur und die eigenen Ergebnisse. Eine frühzeitige und aktive Beteiligung der Zielgruppe sei entscheidend für die Bedarfsorientierung, die Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie die Nachhaltigkeit der Angebote.

Abschließend schlussfolgerte Professorin (jun.) Quilling, dass eine partizipative Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projektbeteiligten, Geldgebern und anderen Akteurinnen und Akteuren zu realisieren kein leichtes, jedoch ein zunehmend notwendiges und lohnendes Unterfangen sei, um die Qualität von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen zu steigern. Durch partizipative Herangehensweisen werden

Praxiskompetenzen gestärkt und das Selbstbestimmungspotenzial von Zielgruppen im Sinne von Empowerment aktiviert.

In der anschließenden Diskussion machten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Statuskonferenz deutlich, dass die Berücksichtigung von Partizipation auf allen Qualitätsebenen eine Anforderung ist, die in der Praxis nicht immer umgesetzt werden kann – vielfach scheitert dies bereits an der mangelnden Bereitschaft der Zielgruppe selbst. Auch die Referentin bestätigte, dass Partizipation ein Lernprozess ist, dessen Ausmaß individuell angepasst werden muss. Jugendliche und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren müssen auf partizipative Prozesse vorbereitet und entsprechend qualifiziert werden. Hierzu sei insbesondere in Settings wie Schulen ein Umdenken notwendig.

Qualitätsentwicklung ist ein Diskurs, der vom Austausch unter den Beteiligten lebt und durch partizipative Verfahren gefördert werden kann. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch der Aspekt der Ehrlichkeit, denn Jugendliche müssen sich ernst genommen fühlen, um Vertrauen aufzubauen und partizipativ mitwirken zu können.

## VII | Zusammenfassung und Ausblick

Das Handlungsfeld »Gesundheitsförderung bei Jugendlichen« ist noch ausbaufähig und wohl auch ausbaubedürftig, dennoch liegen bereits heute vielversprechende Ansatzpunkte für zukunftsfähige und bedarfsgerechte Gestaltungsoptionen vor. Dem Sozialraum als wichtigem Handlungsfeld kommt hier eine Schlüsselrolle zu. Denn Prävention findet vor Ort – in Stadtteilen und Kommunen – statt und muss auch dort verankert werden. Dazu ist es notwendig, vorhandene Strukturen zu erfassen, diese zu vernetzen und neue Angebote in die bestehende Versorgungsstruktur zu integrieren. Netzwerke können hier zu mehr Transparenz beitragen und ermöglichen zudem die Generierung von Synergieeffekten zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren.

Die kommunale Praxis bietet bereits heute gute Beispiele für eine gelungene Vernetzung und einen verstärkten Austausch zwischen den Beteiligten. Mehr Beachtung sollte zukünftig dem Transfer von Wissen und Methoden geschenkt werden. Ebenso ist es erforderlich, die Sichtweisen und Anforderungen der Zielgruppen – der Jugendlichen, aber auch ihrer Eltern – zu berücksichtigen und diese in Entwicklungsprozesse einzubinden.

Potenzial im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung bei Jugendlichen« bieten weiterhin Strukturen der offenen Jugendarbeit sowie der Sportjugend. Diese Settings werden bisher eher selten für gesundheitsförderliche Aktivitäten genutzt. Jedoch bieten sie wertvolle Anknüpfungspunkte, da sie in der Lebenswelt der Zielgruppe integriert sind und somit einen direkten Zugang darstellen.

Zukünftige Herausforderungen betreffen vor allem die Aspekte der Nachhaltigkeit und der Qualitätsentwicklung im Handlungsfeld. Vielversprechende Ansatzpunkte sind vorhanden – mit den Querschnittsthemen »Partizipation« und »Peer-Ansatz« seien nur zwei genannt – doch bedürfen diese der Weiterentwicklung und Anpassung an kommunale Strukturen.

## VIII | Referentinnen und Referenten

### **Viktoria Darkashly**

Ministerium für Kultus, Jugend  
und Sport Baden-Württemberg  
Kontaktbüro Prävention  
Thouretstraße 6 • 70173 Stuttgart

E-Mail: viktoria.darkashly@km.kv.bwl.de

### **Bertrand Eitel**

Innovative Sozialarbeit e.V.  
Geisfelder Straße 14 • 96050 Bamberg

E-Mail: bertrand.eitel@iso-ev.de

### **Prof. Dr. Raimund Geene MPH**

Hochschule Magdeburg-Stendal  
Osterburger Straße 25 • 39576 Stendal

E-Mail: raimund.geene@hs-magdeburg.de

### **Michaela Goecke**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Ostmerheimer Straße 220 • 51109 Köln

E-Mail: michaela.goecke@bzga.de

### **Ricarda Henze**

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen  
Podbielskistraße 162 • 30177 Hannover

E-Mail: henze@nls-online.de

### **Karina Kalinowski**

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft  
für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)  
Repsoldstraße 4 • 20097 Hamburg

E-Mail: karina.kalinowski@hag-gesundheit.de

### **Dr. Imke Kaschke MPH**

Special Olympics Deutschland e.V.  
Invalidenstraße 124 • 10115 Berlin

E-Mail: imke.kaschke@specialolympics.de

### **Dr. Christine Klapp**

Ärztliche Gesellschaft zur  
Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF)  
Pickhuben 2 • 20457 Hamburg

E-Mail: christine.klapp@charite.de

### **Dagmar Lettner**

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.  
Friedrichstraße 231 • 10969 Berlin

E-Mail: lettner@gesundheitbb.de

### **Siegfried Löprick**

Jugendhilfe Göttingen e.V.  
Rosdorfer Weg 76 • 37081 Göttingen

E-Mail: info@jugendhilfe-goettingen.de

### **Prof. (jun.) Dr. Eike Quilling**

Deutsche Sporthochschule Köln  
Am Sportpark Müngersdorf 6 • 50933 Köln

E-Mail: e.quilling@dshs-koeln.de

### **Gerriet Schröder**

AOK Sachsen-Anhalt  
Lüneburger Straße 4 • 39106 Magdeburg

E-Mail: gerriet.schroeder@san.aok.de

## IX | Leitung und Organisation

### Dr. Uwe Prümel-Philippsen

Bundesvereinigung Prävention  
und Gesundheitsförderung e.V.  
Heilsbachstraße 30 • 53123 Bonn

E-Mail: pp@bvpraevention.de

### Ann-Cathrin Hellwig

Bundesvereinigung Prävention  
und Gesundheitsförderung e.V.  
Heilsbachstraße 30 • 53123 Bonn

E-Mail: ah@bvpraevention.de

## X | Teilnehmende Organisationen

- Alice Salomon Hochschule Berlin
- AOK Sachsen-Anhalt
- Ärztekammer Westfalen-Lippe
- Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Zahnärzte  
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundesvereinigung Prävention und  
Gesundheitsförderung e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Deutsche Akademie für Kinder- und  
Jugendmedizin e.V. / Deutsche Gesellschaft  
für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.
- Deutsche Sporthochschule Köln
- Deutscher Gewerkschaftsbund
- Deutscher Pflegerat e.V. /  
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz e.V.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für  
Gesundheitsförderung e.V.
- Hessische Arbeitsgemeinschaft für  
Gesundheitserziehung e.V.
- Hochschule Magdeburg-Stendal
- Humboldt Universität zu Berlin,  
Institut für Psychologie
- Innovative Sozialarbeit e.V.
- Irrsinnig Menschlich e.V.
- Jugendhilfe Göttingen e.V.
- Kontaktbüro Prävention, Ministerium für  
Kultur, Jugend und Sport Baden-Württemberg

- Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
- Plattform Ernährung und Bewegung e.V.
- Robert Koch-Institut
- Sächsisches Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz
- Special Olympics Deutschland e.V.
- Berufsverband Oecotrophologie e.V.
- Verband Physikalische Therapie e.V.

## Impressum

Bundesvereinigung Prävention und  
Gesundheitsförderung e.V. (BVPBG)

Heilsbachstraße 30 • 53123 Bonn  
Telefon 0228 – 9 87 27-0 • Fax 0228 – 64 200 24

E-Mail: [info@bvpraevention.de](mailto:info@bvpraevention.de)  
[www.bvpraevention.de](http://www.bvpraevention.de)

Redaktionelle Bearbeitung: Ann-Cathrin Hellwig

© 2014 Bundesvereinigung Prävention und  
Gesundheitsförderung e.V. (BVPBG)

V.i.S.d.P.: Dr. Uwe Prümel-Philippson

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPBG) wird aufgrund eines Beschlusses des Bundestages vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell gefördert.