

Band 5

**GESUNDHEITSFÖRDERUNG KONKRET**

# Kriterien guter Praxis in der Gesundheits- förderung bei sozial Benachteiligten

Ansatz – Beispiele –  
Weiterführende Informationen

2. erweiterte und überarbeitete Auflage 2006

[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Einen immer größeren Stellenwert gewinnen auch die Marktbeobachtung und die Marktanalyse, deren Ziel es ist, den unüberschaubaren Markt an Angeboten zur Gesundheitsförderung transparent zu machen.

In der Reihe „Gesundheitsförderung konkret“ wird ein Großteil der Ergebnisse und Erfahrungen hieraus – z. B. in Form von themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten oder als Dokumentation ausgewählter Projekte und Modelle – veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei ihrer Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

# **Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten**

**Ansatz – Beispiele – Weiterführende  
Informationen**

**2. erweiterte und überarbeitete Auflage 2006**

Frank Lehmann, Raimund Geene, Lotte Kaba-Schönstein, Holger Kilian,  
Monika Meyer-Nürnberger, Sven Brandes, Gabi Bartsch

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung konkret, Band 5  
Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten  
Köln: BZgA, 1. Auflage 2005, 2. erweiterte und überarbeitete Auflage 2006

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 0221/8992-0

Fax: 0221/8992-300

Projektleitung: Dr. Frank Lehmann

E-Mail: [frank.lehmann@bzga.de](mailto:frank.lehmann@bzga.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Warlich, Meckenheim

Auflage: 7000

Gedruckt auf Recyclingpapier.

ISBN 3-937707-32-8

Band 5 der Fachheftreihe ist erhältlich  
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,  
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Bestellnummer: 60 645 000

# Vorwort

Gesundheitsförderung soll vor allem sozial Benachteiligte erreichen und mitnehmen – jene Menschen also, die ein besonders hohes Risiko haben, schwer zu erkranken, einen Unfall zu erleiden oder Gewalt zu erfahren, und bei denen besonders gute Chancen bestehen, ihre Gesundheitspotenziale durch Gesundheitsförderung zu erhöhen. Um hier zielgerichtet anzusetzen, ist eine übergreifende Zusammenarbeit auf Projekt- bzw. Maßnahmenebene über die Länder- bis zur Bundesebene notwendig.

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat sich als gelungenes Beispiel einer breiten Vernetzung für eine sozialogenbezogene Gesundheitsförderung erwiesen. Der bundesweite Kooperationsverbund wurde 2001 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert und wird zurzeit getragen aus einer Zusammenarbeit zwischen BZgA, allen Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung für Gesundheit, dem BKK-Bundesverband sowie dem Verband der Ersatzkassen VdAK/AEV. Der Kooperation gehören fast alle Spitzenverbände der Krankenkassen, weitere Krankenkassen, Bundesverbände der Ärzteschaft, Wohlfahrtsverbände, zwei Länderministerien sowie wissenschaftliche Zentren an. Insgesamt sind 37 Partnerorganisationen im Kooperationsverbund vertreten. Die Arbeit des Kooperationsverbundes wird begleitet durch einen Arbeitskreis aus nationalen und internationalen Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitsförderungs- und Wohlfahrtsbereich.

Gemeinsam wurde hier eine Datenbank aufgebaut, in der gut 2700 Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten transparent werden. Mithilfe einer Internetplattform ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)) wird sichergestellt, dass diese Transparenz auch durch aktuelle Informationen und Diskussionen von einer breiteren Fachöffentlichkeit wahrgenommen und genutzt wird. Dadurch wird der jährlich stattfindende Kongress „Armut und Gesundheit“ – mit inzwischen 1500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der größte einschlägige Gesundheits(förderungs-)kongress in Deutschland – von einem laufend aktualisierten virtuellen Angebot begleitet. Der Aufbau von Regionalen Knoten in den Bundesländern ermöglicht ein zielorientiertes und abgestimmtes Vorgehen. Flankiert wird dies auf der europäischen Ebene durch das Projekt „Closing the Gap – Strategies to

tackle Health Inequalities in Europe“ ([www.health-inequalities.eu](http://www.health-inequalities.eu)), an dem in Koordination der BZgA 22 europäische Länder beteiligt sind.

Insbesondere für die Zielgruppe der sozial Benachteiligten hat sich der lebensweltbezogene Ansatz („Settingansatz“) bewährt. Mit den genannten Vernetzungsstrukturen auf EU-, Bundes- und Landesebene wird die Möglichkeit geschaffen, Projekte und Maßnahmen auf wissenschaftlich und fachlich höchstem Niveau zu reflektieren. Dabei wird deutlich, dass erheblicher Qualifizierungsbedarf besteht, um die vorhandene Nähe der Projektanbieterinnen und -anbieter zu den Zielgruppen der sozial Benachteiligten auch für moderne Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Settingansatz zu nutzen. Nötig dafür ist eine umfassende Qualitätsentwicklung. Hier hat der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ eine Liste von Good-Practice-Kriterien entwickelt, an Hand derer Projektbeispiele einer gelingenden und motivierenden Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten identifiziert und verbreitet werden können. Diese Kriterien verstehen sich als Beitrag zu einer durch die Praxis vermittelten, gemeinsamen und partizipativen Qualitätsentwicklung. Sie sollen einen Anstoß geben zur Diskussion über das Wie der Gesundheitsförderung:

- Wie wirkt Gesundheitsförderung?
- Wie können wir die Wirkung verstärken?
- Wie können wir die Zielgruppen erreichen und umfassend beteiligen?
- Wie können wir Innovation und Nachhaltigkeit miteinander verbinden?
- Wie kann der gemeinsame Handlungsansatz des Kooperationsverbundes stärker werden?

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ verfolgt das Ziel, eine solide Grundstruktur zu schaffen, auf die im Rahmen einer Verstärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Bund und Ländern aufgebaut werden kann. Die gesetzliche Krankenversicherung hat in ihrem „Leitfaden Prävention“ zur Umsetzung des § 20 SGB V vom 10. Februar 2006 diesen Ansatz aufgegriffen und erklärt die Inhalte und Strukturen des Kooperationsverbundes zu zentralen Anknüpfungspunkten für ihre weitere Arbeit.

Die selbstkritische Reflexion der eigenen Praxis, die selbstbewusste Artikulation der guten und schlechten Erfahrungen in der Qualitätsentwicklung und das Herausstellen guter Praxis in der Gesundheitsförderung sind wichtige Bausteine dieser Struktur. Ein Kernstück dieser Veröffentlichung ist die bei-

spielhafte Darstellung der Arbeit von 33 ausgewählten Angeboten der sozial-lagenbezogenen Gesundheitsförderung. Seit der 1. Auflage dieses Bandes im Jahr 2005 sind in dieser Neuauflage 20 Angebote neu hinzugekommen. Die Beispiele werden auf der Grundlage des Good-Practice-Kriterienkataloges beschrieben, sodass die jeweils besonderen Stärken deutlich werden und zur angepassten Übertragung anregen. Den überwiegenden Teil der Beispiele identifizierten die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten auf Grundlage eines gemeinsamen Auswahlinstruments. Mit der exemplarischen Vorstellung erster Good-Practice-Beispiele sammeln wir Erfahrungen, die in den kontinuierlich fortgeschriebenen Auswahlprozess eingehen. Kommentare und Anregungen sind willkommen, denn sie ermöglichen es, den Prozess so zu optimieren, dass die Ergebnisse für alle Beteiligten eine Unterstützung ihrer täglichen Arbeit sind. Alle aktuellen Informationen zur Auswahl und Beschreibung guter Beispiele finden sich auf der Internetplattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) und können dort über die Online-Datenbank recherchiert werden.

Es würde mich freuen, wenn dieses Heft unserer Reihe „Gesundheitsförderung KONKRET“ allen im schwierigen Arbeitsfeld „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ Tätigen eine Hilfestellung für die Integration von Gesundheitsförderung in die tägliche Arbeit ist. Ich danke dem beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes für die Erarbeitung der Kriterien guter Praxis, den Autorinnen und Autoren für die verständliche Aufbereitung des Themenfeldes, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Regionalen Knoten und der Good-Practice-Projekte für die Auswahl und anschauliche Beschreibung der Beispiele guter Praxis und der Bundesvereinigung für Gesundheit für die weiterführenden Anregungen zur Darstellung der Beispielprojekte.

Köln, Oktober 2006

Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung





# Inhalt

Vorwort	3
<b>1. Einleitung</b>	<b>11</b>
<b>2. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten</b>	<b>15</b>
<b>3. Auswahl guter Praxis</b>	<b>23</b>
Die „Güte“-Kriterien für jedes Angebot	
klar benennen	24
Bundesweit einheitlich auswählen	24
Beispiele sichtbar machen	25
<b>4. Beispiele guter Praxis</b>	<b>27</b>
• <i>Regionaler Knoten Baden-Württemberg</i>	
„Endlich fragt mich mal einer!“ – Bedarfserhebung zur gesundheitlichen Lage von Alleinerziehenden und ihren Kindern im Rems-Murr-Kreis und Entwicklung von darauf aufbauenden Maßnahmen und Strukturen	28
Gesundheit und Miteinander ins Viertel! – Ein Projekt für Frauen mit und ohne Behinderung	37
MIGES – MigrantinnenGESundheit	44
• <i>Regionaler Knoten Berlin</i>	
Berliner Bündnis gegen Depression	52
Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergartenalter	58
Gesund essen mit Freude – Kultursensibler Ernährungskurs mit praktischen Kocheinheiten	65
IdeFix – Rund um den Hund	72
Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt	78

• <i>Regionaler Knoten Brandenburg</i> Pfiffikus durch Bewegungsfluss	86
Vorbeugen ist besser als heilen – Vorbeugen ist billiger als heilen	94
Waldameisen der Kita „Storchennest“	100
• <i>Regionaler Knoten Hamburg</i> Familienprojekt ADEBAR	106
Connect – Hilfe für Kinder aus suchtblasteten Familien	114
Lernen durch Genießen – Gesunde Ernährung aus Sehferdchens Küche	123
• <i>Regionaler Knoten Niedersachsen</i> Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt	131
Kontaktladen „Mecki“	138
Krankenwohnung „Die KuRve“ – Dienstleistung bei Krankheit, Regeneration und medizinischer Versorgung Wohnungsloser	146
MIMI – Das Gesundheitsprojekt des Ethno- Medizinischen Zentrums Hannover (EMZ)	158
Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule	167
Treffpunkt Gemeinwesenarbeit Bloherfelde/Eversten	173
• <i>Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen</i> BEAM – Berufliche Eingliederungs- und Arbeits- Maßnahme	180
„Gesundheitsförderung für MigrantInnen“ – Ein Projekt der pro-familia-Beratungsstelle in Bonn	186
„Steps“ – Optimierung früher Hilfen für junge Familien mit besonderen Belastungen	193
• <i>Regionaler Knoten Sachsen</i> Gesundheitsförderung mit benachteiligten Jugendlichen im Bildungszentrum Hirschfelde des Internationalen Bundes	204

• <i>Regionaler Knoten Sachsen-Anhalt</i> <b>Impflückenschließung in Grundschulen in Sachsen-Anhalt</b>	210
<b>XXL – Gut drauf durch den Tag</b>	219
• <i>Regionaler Knoten Schleswig-Holstein</i> <b>Eutiner Babynet – Das Netzwerk „Rund um Schwangerschaft, Geburt und danach“</b>	226
<b>Gesundheit und Aktivität in Schulen</b>	231
<b>Schutzengel e. V. – Vernetzungsprojekt zur Förde- rung von Maßnahmen, die Familien mit jungen Kindern in einem sozialen Brennpunkt unterstützen</b>	239
<b>Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremden- feindlichkeit</b>	246
• <i>Regionaler Knoten Thüringen</i> <b>Ernährung, Umwelt und Zahngesundheit in Kindertagesstätten</b>	253
<b>Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipu- lieren“ – Aktive Medienarbeit zur Förderung des Nichtrauchens</b>	260
<b>Schulpädagogische Sozialarbeit und Schuljugend- arbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner Seelenbinder“ in Apolda</b>	268
<b>5. Struktur des Verbundprojekts „Gesundheits- förderung bei sozial Benachteiligten“</b>	273
<b>6. Weiterführende Informationen zum Thema</b>	277
Literatur	277
Ressourcen im Internet	280
<b>7. Glossar</b>	285



# 1 Einleitung

Immer häufiger ist im Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung von „Good Practice“ und „Best Practice“ die Rede. Was verbirgt sich hinter diesen Begriffen?

Der Begriff „Best Practice“ kommt ursprünglich aus der Wirtschaft und ist definiert als die Nutzung sämtlicher zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Erreichung vorbildlicher Lösungen oder Verfahrensweisen, die zu Spitzenleistungen führen. Vergleichsmaßstab sind hervorragende Leistungen anderer Anbieter (so genanntes Benchmarking).

Vielfach wird aber auf diesen Höchstleistungsansatz – die beste aller möglichen Lösungen zu suchen – verzichtet. Angewendet wird stattdessen ein pragmatisches Verfahren, das bewährte Lösungen untersucht und prüft, was

diese zur Verbesserung eines Projekts oder Produktes beitragen können. „Good Practice“ ist ein Prozess, der von der Kriterienentwicklung über die Auswahl von Beispielen und den Transfer in andere Projekte und Handlungsfelder bis hin zur Qualitätsoptimierung von Angeboten reicht.

„Good Practice“ steht vor allem für folgende fünf Prinzipien:

### **Praxisorientierung**

Über konkrete Beispiele guter Praxis wird die praktische Hilfestellung bei der Entwicklung von Angeboten und Methoden leichter und anschaulicher, als dies durch reine Vermittlung theoretischer Konzepte gelingt. Insbesondere besteht die Möglichkeit, Informationen in die Praxis zu tragen und mit Praktikerinnen und Praktikern auszutauschen, die sonst keine „wissenschaftlichen“ Veröffentlichungen oder Handbücher lesen.

So können zur Verfügung stehende Erfahrungen und Ressourcen zur Entwicklung und Verbesserung von Projektideen genutzt werden. Klare Kriterien ermöglichen die systematische Bewertung innovativer und bewährter Konzepte. Der Nutzen liegt darin, durch das Lernen von positiven Erfahrungen anderer, Fehler in der eigenen Arbeit zu vermeiden. Dies führt zu Ressourcen- und Arbeitersparnis.

### **Nutzung von Transferpotenzialen**

Eine Good-Practice-Strategie analysiert die Übertragbarkeit innovativer und bewährter Ansätze auf andere Projekte sowie in andere Handlungsfelder und bietet dadurch eine praxisnahe Anleitung zur Umsetzung von Ideen in die eigene Arbeit. Darüber hinaus motiviert sie zur Konzipierung neuer Angebote.

### **Qualitätsorientierung**

Beispiele guter Praxis zeigen in anschaulicher Weise Wege zur Qualität auf. Das Lernen am Beispiel ist motivierender und anschaulicher als das alleinige Abarbeiten von Regelwerken und Checklisten. Diese haben allerdings die wichtige Funktion, die Ausrichtung an den guten Beispielen fachlich zu fundieren.

Da in den vielschichtigen Settings der Gesundheitsförderung Prüfungen der Wirksamkeit selten mit der gleichen Aussagekraft wie in medizinischen Studien möglich sind, wird bei der Suche nach guten Beispielen ein pragmatisches Vorgehen gewählt, bei dem vorhandene Erfahrungen erfolgreicher Pro-

jekte oder Organisationen systematisch miteinander verglichen werden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Ressourcen eines Projekts sinnvoll genutzt werden und sich die Angebotsqualität verbessert.

### **Praxisbasierung der Forschung**

Der Ansatz „Good Practice“ bietet die Chance, die Wissenschafts-Praxis-Lücke zu überbrücken. „Evidenzbasierte Gesundheitsförderung“ birgt die Gefahr, mit Postulaten aus dem Elfenbeinturm die Akteure an der Basis zu überfordern, wenn davon ausgegangen wird, dass wissenschaftlich fundierte „gute Praxis“ sofort und flächendeckend realisiert werden soll. Die ambitionierten Beispiele zeigen vielmehr, wo zur Erreichung des *Level of Excellence* noch Zwischenschritte notwendig sind oder wo dieses Ziel unter den jeweiligen Bedingungen nicht zu erreichen ist. Der Informationsfluss zwischen Wissenschaft und Praxis wird beidseitig: Evidenzbasierte Praxis trifft praxisbasierte Wissenschaft.

### **Transparenz der Bewertung**

Die Arbeiten und Erfahrungen zu einer systematischen Entwicklung des Good-Practice-Ansatzes – das heißt zu Kriterien für gute Praxis, der Auswahl guter Beispiele und deren Vermittlung an die Praxis – stehen noch am Anfang ihrer Entwicklung. Oft wird der Begriff „Good Practice“ benutzt, ohne dass deutlich wird, nach welchen Kriterien die vorgestellten Beispiele ausgewählt wurden und was an ihnen als das besonders „Gute“ gelten kann. Im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wird großer Wert darauf gelegt, die Auswahl der guten Beispiele nachvollziehbar zu machen, denn nur so wird deutlich, was sie auszeichnet und was zur Nachahmung anregen soll.

Im folgenden Kapitel werden die Kriterien für Good Practice in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten dokumentiert, die der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes entwickelt hat. In Kapitel 3 wird das Vorgehen bei der Auswahl guter Beispiele vorgestellt. In Kapitel 4 folgt die Darstellung von 13 Beispielprojekten guter Praxis. Den Abschluss bilden Hinweise zu weiterführender Literatur und Internetadressen sowie ein Glossar\*.

\* Im Text sind im Glossar erklärte Begriffe durch → gekennzeichnet.





# 2. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Die Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wurden 2003/2004 vom beratenden Arbeitskreis der BZgA „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ und seiner Unterarbeitsgruppe Good Practice entwickelt und am 17. 9. 2004 konsentiert. Sie sollen eine Ausgangsbasis und Richtschnur bilden, um insbesondere Projektträgerinnen und Projektträger sowie Praktikerinnen und Praktiker in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen. Begründete Verbesserungsvorschläge sollen bei Neuauflagen dieses Fachheftes berücksichtigt werden mit dem Ziel, mehr Gesundheit für alle effektiv und effizient zu ermöglichen.

Mitglieder des beratenden Arbeitskreises der BZgA „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (Stand Juni 2006):

- Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover
- Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen
- Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin
- Udo Castedello, BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation, Berlin
- Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Stendal
- Prof. Dr. Johannes Gostomczyk, Landeszentrale für Gesundheit Bayern, München
- Dr. Dorothea Grieger, Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin
- Andreas Hemme, Stiftung SPI, Berlin
- Monika Hommes, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
- Monika Hünert, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Prof. Lotte Kaba-Schönstein, FH Esslingen, Hochschule für Sozialwesen, Esslingen
- Sylvia Kahle, Stiftung SPI, Quartiersmanagement Kottbusser Tor, Berlin
- Dr. Frank Lehmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Helene Luig-Arlt, Büro für Stadtteilmanagement, Langballig
- Uta Maercker, Agethur – Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, Weimar
- Dr. Monika Meyer-Nürnberger, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Dr. Andreas Mielck, GSF – Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Neuherberg
- Klaus D. Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
- Helene Reemann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Jürgen Töppich, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Dr. Volker Wanek, IKK Bundesverband, Bergisch Gladbach

Prävention und Gesundheitsförderung haben in Deutschland in den letzten Jahren einen deutlichen Aufschwung erfahren. Damit gewinnen auch Kriterien und Beispiele guter Praxis sowie Qualitätsentwicklung in diesem Bereich zunehmend an Bedeutung. Nach wie vor herrscht jedoch sowohl bei Entscheidungsträgerinnen und -trägern als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gesundheitsfördernder Projekte und Maßnahmen Unsicherheit darüber, wie man die komplexen Fragen in diesem Zusammenhang angeht.

Die Projektdatenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) gibt nicht nur einen Überblick über die Vielzahl von gesundheitsfördernden Angeboten

für sozial Benachteiligte, sondern möchte darüber hinaus auch dazu beitragen, die Angebotsqualität zu verbessern. Die Projekte und Maßnahmen der Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ sollen beschrieben und bezogen auf die folgenden Fragen bewertet werden:

- Inwieweit entsprechen die Modelle und Maßnahmen den unten aufgeführten zwölf Kriterien eines „Models of Good Practice“ (das heißt inwieweit sind sie ein Beispiel für „gute Praxis“)?
- Welche Anregungen können sie als „Model of Good Practice“ für bestehende Projekte und Maßnahmen liefern?
- Was können sie als „Model of Good Practice“ zur Gründung von neuen Projekten beitragen?

Der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat in einem intensiven Diskussionsprozess Kriterien zur Identifizierung guter Praxis in der Gesundheitsförderung für und mit sozial benachteiligten Zielgruppen entwickelt.

Bei der Entwicklung der Good-Practice-Kriterien wurden die folgenden Forschungsergebnisse, die bereits entwickelten Instrumente und vorliegenden Erfahrungen berücksichtigt und geprüft:

- die nationale und internationale Forschung zum Bereich „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“<sup>1</sup>,
- die Good-Practice-Kriterien des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ des Deutschen Instituts für Urbanistik (Juni 2002),
- die Qualitätssicherungsinstrumente der BZgA in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf<sup>2</sup>,

---

1 *Helmert, U.* (2003): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Maro Verlag, Augsburg.

*Mielck, A.* (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

*Mackenbach, J., Bakker, M.* (2002) (eds.): Reducing inequalities in health: A European perspective. Routledge, London.

*International Union for Health Promotion and Education* (1999): The Evidence of Health Promotion Effectiveness, Brussels-Luxembourg.

*Gepkens, A., Gunning-Schepers, L. J.* (1996): Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature. In: *European Journal of Public Health* 1996, 6, pp. 218–226.

2 *Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U., Lehmann, H.* (2004): Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Bundesgesundheitsblatt* 2004, 47, S. 125–132.

- die Erfahrungen aus der Qualitätssicherungsentwicklung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und
- die Erfahrungen aus der direkten halbstandardisierten Befragung von Vertreterinnen und Vertretern von Praxisprojekten der Projektdatenbank.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse, Instrumente und Erfahrungen empfiehlt der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes die Anwendung von zwölf Kriterien zur Auffindung und Bewertung von „Models of Good Practice“ in der Gesundheitsförderung. Im Folgenden werden diese Kriterien guter Praxis vorgestellt. Schlüsselbegriffe sind mit einem Pfeil (→) gekennzeichnet und werden in einem Glossar (siehe Seite 285) erläutert.

## **12 Kriterien zur Auffindung und Bewertung von „Models of Good Practice“ in der Gesundheitsförderung**

### **1. Konzeption, Selbstverständnis**

Es liegt eine Konzeption vor,

- a) aus der ein klarer Zusammenhang zu → Gesundheitsförderung und/oder → Prävention hervorgeht sowie eine hierauf basierende Zielformulierung.

Liegt eine derartige Konzeption und/oder explizite Zielformulierung nicht vor, so ist es auch möglich, dass die Beurteilenden aufgrund ihrer Expertise in der Prävention und Gesundheitsförderung selbst beurteilen, ob eine derartige Konzeption und/oder Zielformulierung implizit vorliegt. Dieses Vorgehen wird dadurch begründet, dass viele Projekte nicht primär dem Gesundheitsbereich zugehören. Viele Gesundheitsdeterminanten liegen aber gerade außerhalb des Gesundheitswesens (hierzu gehören zum Beispiel Arbeit, Wohnen, Verkehr) und können daher durch diese Aktivitäten außerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst werden. Die betreffenden Projekt- bzw. Maßnahmeverantwortlichen sind häufig nicht mit den Konzepten und Begrifflichkeiten des Gesundheits(förderungs-)bereichs vertraut und von daher oft nicht in der Lage, einen direkten Gesundheitsförderungszusammenhang selbst klar zu formulieren.

- b) in der die Verminderung der → gesundheitlichen Ungleichheit explizit und systematisch angestrebt wird.

Bei der Konzeptions- und Zielbeurteilung ist zu berücksichtigen, inwieweit die Beurteilenden sich des Risikos bewusst sind, dass diese Ungleichheit durch das Projekt bzw. die Maßnahme sogar noch vergrößert werden könnte und sie so planen, dass dies vermieden wird.

## 2. Zielgruppe

Die → Zielgruppe der sozial Benachteiligten (→ soziale Benachteiligung) ist präzise eingegrenzt und gehört zu einer oder mehreren von sozialen Gruppen oder Lebenslagen, die im Erhebungsinstrument für die Datenbank aufgelistet sind bzw. richtet sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für diese Zielgruppen. Es ist zu prüfen, inwieweit diese Zielgruppe auch tatsächlich erreicht wird; zum Beispiel durch ein Interview mit der Verantwortlichen bzw. dem Verantwortlichen des Projekts oder Angebots.

## 3. Innovation und Nachhaltigkeit

Das Projekt hat → innovativen Charakter bzw. innovative Aspekte und strebt die kontinuierliche, das heißt nachhaltige Fortführung erfolgreicher Projektkomponenten an.

Sowohl der innovative Charakter („neue Problemlösungen“, „neues Lernen für andere“) als auch die Kontinuität (langfristige Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten) können Hinweise auf „Good Practice“ sein. Sie stehen manchmal jedoch in einem Spannungsverhältnis zueinander, da Innovatives eher in kurzfristigen Projekten entwickelt wird und Kontinuität sich eher in Regelangeboten beweist. Beide Komponenten sind zu würdigen und es ist zu beurteilen, welche Aspekte für den Transfer auf andere Projekte besonders wichtig sind. Zu berücksichtigen sind sowohl befristete Projekte als auch kontinuierliche Angebote und Maßnahmen. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die → Nachhaltigkeit, sowohl hinsichtlich der Angebotsstrukturen als auch der Wirkungen bei den Zielgruppen.

## 4. Multiplikatorenkonzept

Es liegt ein Multiplikatorenkonzept vor, das → Multiplikatorinnen und Multiplikatoren systematisch einbindet und ggf. qualifiziert.

## **5. Arbeitsweise**

Das Projekt bzw. Angebot ist niedrigschwellig (→ Niedrigschwelligkeit), aufsuchend, begleitend und/oder nachgehend angelegt.

## **6. Partizipation**

Es besteht ein hoher Grad an Beteiligungsmöglichkeiten für die → Zielgruppe sozial Benachteiligter.

## **7. Empowerment**

Es erfolgt eine Befähigung und Qualifizierung der → Zielgruppe sozial Benachteiligter, die auf den Stärken und Ressourcen der Zielgruppe aufbaut.

## **8. Settingansatz**

Die Aktivitäten des Projekts integrieren Initiativen, die sowohl auf Gesundheitshandeln von Personen als auch auf strukturelle Änderungen abzielen und sich am → Settingansatz der WHO orientieren.

## **9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung**

Es findet eine Ressourcenbündelung und fachübergreifende Zusammenarbeit statt, die einem → integrierten Handlungskonzept entsprechen. Die Umsetzung des Konzepts erfolgt gemeinsam mit den anderen Akteuren im lokalen Umfeld, d. h. es erfolgt eine Abstimmung und Vernetzung im Sozialraum.

Im Sinne eines → Capacity-Building werden Strukturen gebildet, die es ermöglichen, mit geeigneten Programmen und Maßnahmen auf identifizierte Gesundheitsprobleme zu reagieren. Durch die Einbindung in Netzwerkstrukturen können Programme und Maßnahmen dauerhaft vorgehalten und Schwerpunkte ausgeweitet werden. Idealerweise werden durch den Erwerb von Fertigkeiten und Erfahrungen, die in einem Programm vermittelt werden, auch über die ursprüngliche Intervention hinaus Effekte in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen erzielt.

## 10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

Im Projekt besteht ein → Qualitätsmanagement bzw. eine Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, das heißt Qualität wird nicht als einmal geschaffener Wert betrachtet, sondern sie wird in allen Bereichen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) immer wieder überprüft, verbessert und entwickelt.

## 11. Dokumentation und Evaluation

Dokumentation und → Evaluation werden im Projekt zur Qualitätsentwicklung eingesetzt.

## 12. Kosten-Nutzen-Relation

Die Kosten stehen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen. In Bezug auf → Kosten und Nutzen (bzw. Aufwand und Ertrag) ist zu prüfen, ob hierfür Kennzahlen eingesetzt werden können. Diese wären auch wichtig für ein → Benchmarking.

### **Begründung für Good Practice**

Das Projekt (bzw. die Maßnahme) gibt selbst eine Begründung, warum es aus Sicht der Akteurinnen und Akteure ein Good-Practice-Projekt ist.

### **Anmerkungen und Umsetzungshinweise**

Wie bereits im 1. Kriterium „Konzeption, Selbstverständnis“ erwähnt, sind die in die Datenbank aufgenommenen Projekte und Angebote nur zum Teil primär im Gesundheitswesen angesiedelt. Viele von ihnen sind in anderen Bereichen verortet (zum Beispiel Erwerbstätigkeit, Arbeit im Haushalt, Städtebau, Sozial- und Jugendhilfe, Rehabilitation, Pflege). Diese Verortung beeinflusst auch die Finanzierung und die Realisierung der Qualitätssicherung (zum Beispiel § 93 Bundessozialhilfegesetz [BSHG], § 80 Sozialgesetzbuch [SGB] XI und § 78 Kinder- und Jugendhilfegesetz [KJHG], Städtebauförderungsgesetz).

Angestrebt wird im weiteren Verlauf des Verbundprojekts die Identifizierung von Prototypen, bei denen ein direkter Bezug zu Gesundheitsförderung und Prävention besteht, und die in dem jeweiligen Bereich als gute Beispiele für

kurz- und langfristige Projekte und Maßnahmen dienen können. Wichtige Fragen können zum Beispiel sein: Wann ist eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme gesundheitsförderlich? Wann ist eine Sozialleistung gesundheitsförderlich? Was können diese Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen?

In Bezug auf die Qualitätssicherung sollte geprüft werden, inwieweit sie aus Sicht von Prävention und Gesundheitsförderung zu verbinden ist mit den Qualitätsanforderungen, die bereits für den jeweiligen Bereich bzw. Träger bestehen.

Es besteht im beratenden Arbeitskreis der BZgA Einigkeit darüber, dass ein Good-Practice-Projekt nicht allen Kriterien genügen muss, um als gutes Beispiel gelten zu können. Es ist wichtig, dass auch die Projekte für den Transfer genutzt werden können, die nur in einzelnen Kriterien vorbildlich sind. Mindeststandard für die Aufnahme in die Liste der Good-Practice-Projekte ist allerdings die Erfüllung der Kriterien 1 und 2.



# 3. Auswahl guter Praxis

Die Kriterien für gute Praxis der sozialogenorientierten Gesundheitsförderung können als Unterstützung und Anhaltspunkte bei der Planung, Durchführung und Bewertung von Angeboten und Maßnahmen dienen. Sie sollen jedoch vor allem genutzt werden, um gute Praxisbeispiele zu identifizieren und zu präsentieren. In diesem Kapitel wird erläutert, wie die praktische Auswahl der guten Beispiele vor sich gehen soll. Da hierzu noch nicht viele praktische Erfahrungen vorliegen, handelt es sich um einen lernenden Prozess, der kontinuierlich fortgeschrieben wird.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Die nachfolgenden Erläuterungen sind der Stand der Entwicklung im Sommer 2005. Der Prozessfortgang wird kontinuierlich dokumentiert auf der Internetseite des Kooperationsverbundes [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

## Die „Güte“-Kriterien für jedes Angebot klar benennen

Es ist nicht notwendig, dass die ausgewählten Angebote alle zwölf Kriterien gleichermaßen gut umsetzen. Zwar müssen alle die beiden Einschlusskriterien eines klaren Gesundheits- und Zielgruppenbezugs erfüllen, dann aber reicht es aus, wenn zumindest ein weiteres Kriterium besonders vorbildlich erfüllt wird.

Dieser „bescheidene“ Ansatz hat zwei große Vorteile:

- Zum einen vermeidet er, die Angebote mit der unrealistischen Erwartung zu überfordern, in jeder Hinsicht perfekt arbeiten zu müssen. Dies ist auch der Grund dafür, warum als Begriff „Good Practice“ und nicht „Best Practice“ benutzt wird. So kann auch der innovative und inspirierende Ansatz eines Praxisprojekts als Good Practice vorgestellt werden, das erst am Anfang seiner Arbeit steht und viele der übrigen Kriterien erst nach und nach im Laufe seiner Arbeit erfüllen kann.
- Zum anderen wird bei der Auswahl der guten Beispiele auf der Grundlage weniger und klar benannter Kriterien sehr deutlich, was deren besonders nachahmenswerte Eigenschaften sind. Damit wird auch das Missverständnis vermieden, die guten Beispiele sollten vollständig und unverändert in andere Praxiszusammenhänge übertragen werden. Dies ist aber meist weder möglich noch sinnvoll. Das transparente und kriteriengeleitete Auswahlverfahren ermöglicht es den Praxisanbieterinnen und -anbietern vielmehr, einzelne geeignete Aspekte der guten Praxis auszuwählen und in die eigenen Angebote zu integrieren.

## Bundesweit einheitlich auswählen

Nicht nur die verwendeten Kriterien, auch der Auswahlprozess soll so transparent wie möglich gestaltet sein. Hierzu wird derzeit ein Verfahren erprobt, das wie folgt aufgebaut ist:

Alle Angebote, die als Good-Practice-Beispiele infrage kommen, geben anhand eines auf die oben dargestellten Kriterien abgestimmten Fragebogens Auskunft über ihre praktische Arbeit. Hier werden die oftmals recht abstrakten Konzepte wie „Partizipation“ oder „Settingansatz“ in mehrere einfache Fragen übertragen, die eine Selbsteinschätzung der Praxisanbieterinnen und -anbieter möglich machen. Wenn deutlich ist, wo die besonderen Stärken des befragten Angebots liegen, können diese ihre Strategien und Erfahrungen

ausführlich darstellen, sodass sie auch für alle Interessierten nachvollziehbar werden.

Wie findet man gute Angebote? Einen vollständigen Überblick über die vielfältige und dynamische Landschaft der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu bekommen ist unmöglich. Einen guten Zugang bietet allerdings die Onlinedatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ im Rahmen der zugehörigen Internetplattform ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)). Doch auch Angebote, die (noch) nicht in der Datenbank erfasst sind, können in den Auswahlprozess einbezogen werden.

Wer befragt die Angebote, und wer wählt sie aus? Im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ sind erfahrene Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung zusammengeschlossen, u. a. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung und die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung. In zahlreichen Bundesländern wurden Regionale Knoten als Koordinierungsstellen eingerichtet. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten, ggf. auch weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kooperationsverbundes, führen die Befragungen durch und bestimmen die guten Beispiele anhand des Auswahlverfahrens. Eine aktuelle Liste der Koordinatorinnen und Koordinatoren in den Regionen ist ebenfalls unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) zu finden.

## **Beispiele sichtbar machen**

Wenn die guten Beispiele ausgewählt wurden, sollen sie auch öffentlich sichtbar gemacht werden, damit ein Erfahrungstransfer in die Praxis möglich wird. Für eine schnelle und leicht zugängliche Veröffentlichung eignet sich besonders das Internet. Deshalb sind alle Good-Practice-Beispiele im Rahmen der Internetplattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)) über die „Datenbank-Gesundheitsprojekte“ recherchierbar. Ergänzend werden die Beispiele über die Veröffentlichung von Broschüren und im Rahmen der Durchführung von Fachveranstaltungen auf Bundesebene und in den Bundesländern und Regionen dargestellt und verbreitet.



# 4. Beispiele guter Praxis

Im Folgenden werden 33 Beispielprojekte vorgestellt, die von den Regionalen Knoten auf Länderebene sowie von Gesundheit Berlin e.V. als zentralen Koordinator ausgewählt wurden. Sie veranschaulichen, wie gute Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in jeweils drei Praxisbereichen, die unterschiedlichen Kriterien zugeordnet sind, konkret aussieht. Die Projekte selbst sind sehr unterschiedlichen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zuzuordnen. Dies vermittelt einen Eindruck von der Komplexität, aber auch der Vielfalt wirksamer Handlungsmöglichkeiten. Die Projekte und Maßnahmen werden alphabetisch gemäß dem auswählenden Regionalen Knoten aufgeführt. Im Abstract wird der Gesundheitsbezug deutlich gemacht. Es folgen jeweils Hintergrundinformationen, Darstellung des Vorgehens und die Beschreibung der guten Praxisbereiche.

## **„Endlich fragt mich mal einer!“**

### **Bedarfserhebung zur gesundheitlichen Lage von Alleinerziehenden und ihren Kindern im Rems-Murr-Kreis und Entwicklung von darauf aufbauenden Maßnahmen und Strukturen**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Empowerment – Partizipation – Kontinuität/Nachhaltigkeit

#### **Abstract**

Alleinerziehende sind aufgrund ihrer Lebenssituation erhöhten Belastungen ausgesetzt, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken. Ziel des langfristig angelegten Projekts ist es, zu einer nachhaltigen Verbesserung der Lebenssituation Alleinerziehender und damit zur Förderung ihrer Gesundheit beizutragen. Dazu werden Angebote, Strukturen und Lebensbedingungen im Rems-Murr-Kreis erhoben, überprüft, verändert oder neu geschaffen.

Die im Projekt durchgeführten schriftlichen Befragungen sowohl der Alleinerziehenden als auch der zentralen Fachinstitutionen bieten den Betroffenen und den Multiplikatoren und Multiplikatorinnen einen hohen Grad an Beteiligung. Sie fördern damit Bewältigungsstrategien, die im personalen, sozialen und materiellen Bereich liegen.

Durch die Mitgestaltung ihrer besonderen Lebensbedingungen kann bei den Alleinerziehenden eine Stärkung der Selbstwirksamkeit erwartet werden, die für sie selbst und insbesondere ihre Kinder zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise führt.

#### **Hintergrund**

Die Lebenslage „allein erziehend“ ist nicht von sich aus defizitär. Allerdings gibt es objektive Faktoren, die die Bewältigung der vielfältigen Aufgaben erschweren und die sich zu einem Gesamtkomplex summieren, der subjektiv als extrem belastend erlebt werden kann.

Die Lebenssituation von Alleinerziehenden ist häufig gekennzeichnet durch

- schlechte Vereinbarkeit von Kindererziehung und Erwerbstätigkeit,
- unterdurchschnittliches Einkommen und geringe Erwerbstätigkeit,
- hohes Armutsrisiko – oftmals auf Sozialhilfeleistungen angewiesen,
- materielle Randstellung, die Familien aus zahlreichen Lebensbereichen ausgrenzt,
- Ängste, Depressionen und dem Gefühl der ständigen Überforderung,
- beengte Wohnsituation,
- physische und psychische Mehrfachbelastung.

Der Einfluss von Armut auf die Gesundheit von Kindern wurde für Baden-Württemberg bestätigt.<sup>4</sup> Daten zur gesundheitlichen Lage von Alleinerziehenden und deren Kinder haben bisher im Rems-Murr-Kreis gefehlt.

Darüber hinaus war der konkrete Unterstützungsbedarf von Alleinerziehenden vor Ort den Professionellen zu wenig bekannt; es konnte daher nicht gezielt beraten, vermittelt oder geschult werden. Angebote der Gesundheitsförderung erreichen die Alleinerziehenden nicht genügend und Angebote für Alleinerziehende sind zu wenig vernetzt. Alleinerziehende verbleiben oftmals lange in der Sozialhilfe – Alternativen sind gering oder beheben die Probleme unzureichend.

## Vorgehen

Im Vorfeld des Projekts wurden von Seiten des Fachbereichs Gesundheitsförderung des Landkreises Daten und Materialien gesichtet, um das Vorhaben der Bestandsaufnahme ausreichend zu begründen und zu belegen. Es wurden zum Vergleich u. a. Daten des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg herangezogen, bundesweite Studien und Berichte sowie Sozialberichte von Kommunen und Landkreisen. Darüber hinaus fanden Gespräche mit Fachkräften auf regionaler und überregionaler Ebene statt (Universitäten, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Frauenbeauftragte, Jugendamt, Gesundheitsamt Tübingen u. a.). Dadurch fand eine Rückkoppelung in Bezug auf die Planung des Projektdesigns statt und es konnten Kooperationspartner und -partnerinnen gewonnen werden. Aus diesen Gesprächen heraus entstand die

4 Siehe Kindergesundheitsbericht Baden-Württemberg. S. 24.

Projektplanungsgruppe. Um der Idee eines gemeinsamen Projekts näher zu kommen, wurden die Kooperationspartner und -partnerinnen von Anfang an in die Planung und Umsetzung des Projekts mit eingebunden. Bei der Auswahl der Mitglieder der Planungsgruppe wurde darauf geachtet, möglichst das ganze Feld der Fachinstitutionen zu beteiligen, die direkt oder indirekt mit Alleinerziehenden befasst sind. Daraus hat sich folgende „Planungsgruppe Gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden und ihren Kindern im Rems-Murr-Kreis“ (im Folgenden Planungsgruppe) ergeben:

- Kreissozialamt: Sozialer Dienst,
- Kreisjugendamt: Beratung und Information für Alleinerziehende, Bezirkssozialdienst,
- Diakonische Bezirksstelle Backnang,
- Katholisches Bildungswerk Waiblingen,
- Verein Kinder- u. Jugendhilfe Backnang. e. V.: Beratungsstelle,
- Stadt Waiblingen: Frauenbeauftragte,
- Gesundheitsamt: Gesundheitsberichterstattung Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung.

Die Aufgaben der Planungsgruppe waren und sind sehr vielfältig:

- Beratung bei der Erstellung der Befragungsinstrumente,
- Multiplikation des Projekts,
- Kontaktherstellung zur Zielgruppe und weiteren Fachdiensten,
- Mitwirkung bei der Interpretation und Auswertung der Ergebnisse,
- Planung und Vorbereitung der Präsentation der Ergebnisse,
- Planung und Umsetzung von Maßnahmen.

Übergeordnetes Projektziel ist es, zu einer nachhaltigen Verbesserung der Lebenssituation Alleinerziehender und damit zu ihrer Gesundheitsförderung beizutragen. Dazu werden Angebote, Strukturen und Lebensbedingungen überprüft, verändert oder neu gestaltet. Die Vielfalt von Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten der Zielgruppe werden dabei einbezogen und beachtet, auch werden Bewältigungspotenziale gestärkt.

Das Projekt lässt sich in folgende Phasen einteilen:

### **1. Entwickeln des Projektdesigns und der Befragungsinstrumente**

#### *Schriftliche Befragung von Institutionen*

Mit dieser Erhebung wurde der Frage nachgegangen, welche Angebote es im Rems-Murr-Kreis für Alleinerziehende gibt und wie diese angenommen werden. Über diese Angebotsrecherche hinaus wurde eine Bewertung der Angebote sowie eine Einschätzung der Bedarfslage abgefragt.



### Schriftliche Befragung von Alleinerziehenden

Mit dem Fragebogen an die Alleinerziehenden sollte deren Lebenslage möglichst umfassend erfasst werden. Zu Beginn des Fragebogens wurden die soziodemografischen Daten sowie die Situation zur Berufstätigkeit, Kinderbetreuung, zum Sorgerecht und finanzieller Versorgung erfragt. Im Weiteren ging es um Themenbereiche wie „Soziale Beziehungen“, „Belastung“, „Gesundheitliche Beschwerden und Befinden“ sowie „Gesundheitsverhalten allgemein“. Ein weiterer Abschnitt des Fragebogens beinhaltete die Einschätzung von Angeboten und die Abfrage des potenziellen Bedarfs. Drei offene Fragen zu allgemeinen Erwartungen an Institutionen, zum sozialen Umfeld und zu generellen Änderungswünschen bildeten den Schluss dieses Befragungsinstrumentes. Der Fragebogen wurde in die türkische Sprache übersetzt und an türkische Alleinerziehende verteilt. Die begleitende Öffentlichkeitsarbeit zur Befragung wurde im Wesentlichen von der Planungsgruppe geleistet. Sie konnte an vielen Schnittstellen grundlegende Informationen zum Projekt transportieren. Nicht zuletzt spielten auch bestehende persönliche Kontakte zu Alleinerziehenden eine große Rolle. Die Befragung der Alleinerziehenden wurde durch ein begleitendes Preisausschreiben unterstützt. Die Befragten nahmen anonym an einer Verlosung teil.

## 2. Auswertung der Erhebungen

Die Resonanz auf die Befragung war mit einem Rücklauf von 30 % für einen derart aufwändigen Fragenkatalog sehr gut. Insgesamt wurden 684 Fragebo-

Haben Sie folgende Aussagen schon zu hören bekommen?	Ja, habe ich schon gehört, und hat mich getroffen	Ja, habe ich schon gehört, macht mir nichts aus	Nein, habe ich noch nicht gehört
Alleinerziehende sind an ihrer Situation selbst schuld	32 %	32 %	36 %
Kinder von Alleinerziehenden sind benachteiligt	42 %	30 %	28 %
Kinder von Alleinerziehenden haben häufiger Schulprobleme	37 %	38 %	25 %

Tab. 1: Rückmeldungen der Alleinerziehenden (skeptische Reaktionen der Umwelt)

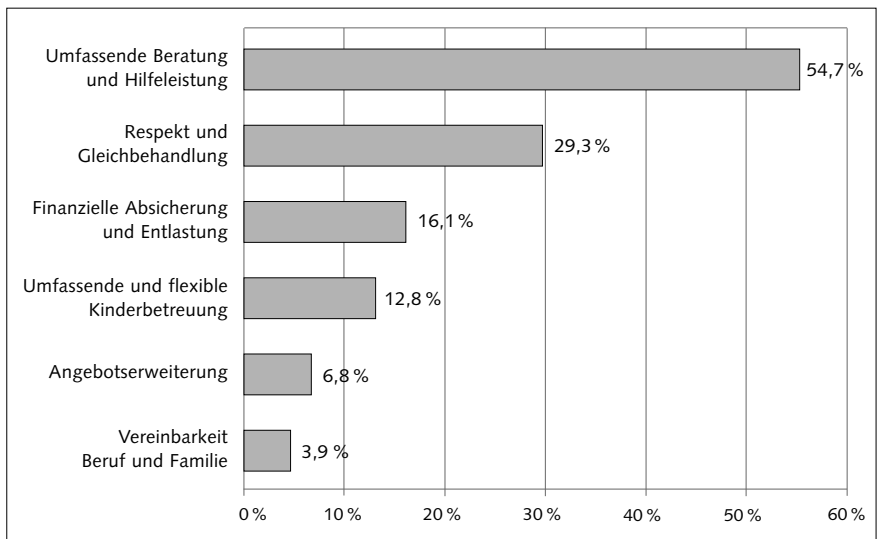


Abb. 1: Erwartungen an Institutionen und Dienste

gen ausgewertet. Die Rückmeldungen der Alleinerziehenden wurden in zentralen Ergebnissen zusammengefasst, welche sich in zwölf Themenbereichen widerspiegeln: von skeptischen Reaktionen der Umwelt (siehe Tabelle 1 auf Seite 31 und Abbildung 1 oben) bis hin zu formulierten Erwartungen und Bedarfen bezüglich Unterstützungsangeboten.

Auf der Grundlage der zentralen Ergebnisse wurden von der Planungsgruppe folgende Handlungsschwerpunkte mit Empfehlungscharakter definiert:

- Kinderbetreuung,
- Finanzielle Situation,
- Beratungs- und Versorgungsangebote.

### 3. Entwicklung von Lösungsstrategien und Maßnahmen

Diese Handlungsempfehlungen wurden im Rahmen, das heißt den Alleinerziehenden und den Fachdiensten, einer Präsentation gemeinsam mit den zentralen Ergebnissen der Befragung den Befragten vorgestellt. In Arbeitsgruppen wurden gemeinsam entsprechend den Schwerpunktthemen Strategien und Maßnahmen erarbeitet und entwickelt. Im Folgenden werden exemplarisch die wichtigsten Ergebnisse einer dieser Arbeitsgruppen dargestellt:

## „Das liebe Geld – Wir verbessern unsere finanzielle Situation“

### *Ausgangssituation*

- 52 % der Befragten leben von Sozialhilfe,
- 42 % der Befragten bekommen keinen Unterhalt,
- 70 % der Befragten empfinden ihre finanzielle Situation als belastend.

### *„Lösungen für mehr Geld“*

Es wurden Ideen gesammelt, was nötig wäre, um die finanzielle Situation zu verbessern. In Arbeitsgruppen wurde die Fragestellung bearbeitet: „Wie kann ich das, was mir wichtig ist, hier vor Ort in die Wege leiten?“ Exemplarische Ergebnisse:

### *Klare Worte*

- Sozialhilfebescheid: verständlicher, logischer, konkret – sachlich,
- Persönliche Beratung: freundlich, klar, offen,
- Einheitliche Auskünfte und Beratung,
- Information über gesetzliche Ansprüche – Voraussetzung dafür ist die ständige Fortbildung der Beratenden,
- Infoblätter und Handzettel,
- Anlaufstelle für Alleinerziehende mit Wegweiserberatung.

### *Haushaltsführung/Selbstbewusstsein stärken*

- Kinder stark machen zum richtigen Umgang mit Geld,
- Haushaltsbuch führen. – Wo gibt es Einsparmöglichkeiten?

### *Information: Verständlich und reichlich*

- Anlaufstelle, die zentral über alle Möglichkeiten (z. B. Unterhalt, Steuerfreibeträge, Möglichkeit von Zuschüssen) *individuell* informiert.
- Bessere Vernetzung der einzelnen Institutionen.

## 4. Umsetzung und Anwendung der Maßnahmen

Als Vorgehensweise bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen empfahl die Planungsgruppe folgende Schritte:

- Vertiefung der vorliegenden Ergebnisse im Diskurs von Fachkräften und Alleinerziehenden im Rahmen der Ergebnispräsentation,
- Sammeln von Zielen und Maßnahmen in Arbeitsgruppen bei der Ergebnispräsentation,

- Weiterführung der Arbeitsgruppe unter Hinzuziehung von weiteren Fachkräften und Betroffenen,
- Planung und Umsetzung der Maßnahmen in den zuständigen Gremien und Fachbereichen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Alleinerziehende selbst wurden als Expertinnen und Experten für ihre Lebenslage gesehen. Dies stellt einen neuen Ansatz in der regionalen Bedarfsplanung dar.

Die Resonanz auf dieses Vorgehen war sehr positiv: „Endlich fragt uns mal einer“, „Das finde ich gut, wenn ich mal meine Meinung sagen kann“, „Ich wüsste schon was zu verbessern wäre“. Aber auch „hoffentlich nützt es etwas“ – „hoffentlich ändert sich dann auch etwas“. Der Fragebogen stellte hohe Erwartungen an die Befragten – sie mussten ihre Lage differenziert betrachten, reflektieren und waren zu einem konstruktiven Mitdenken aufgefordert. Durch die detaillierte Befragung wurden die Alleinerziehenden für ihre eigenen Lebensbedingungen sensibilisiert, für ihre spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe sowie auf eigene Ressourcen aufmerksam gemacht. Sie wurden dazu ermutigt, ihre Wünsche und Ideen einzubringen und erhielten im Rahmen der Präsentationsveranstaltung die Möglichkeit, sich an dem Gestaltungs- bzw. Veränderungsprozess bezüglich bestehender Angebote sowie ihrer Lebenslage zu beteiligen.

Die befragten Fachdienste reflektierten im Rahmen des Befragungsprozesses die eigene Arbeit unter der Fragestellung, was gut läuft, gut ankommt bzw. weniger nachgefragt wurde. In der Zusammenführung der beiden Befragungen erfuhren die Fachdienste Rückmeldungen von Alleinerziehenden, die in dieser umfassenden Form sonst nicht möglich waren. Daraus ergaben sich neue Ideen und wurden neue Qualitätsstandards für die Angebote entwickelt. Die Ergebnisse der Bedarfserhebung hatten Einfluss auf weitere Konzeptentwicklungen und Angebotsformen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Im Rahmen des Projekts „Endlich fragt mich mal einer!“ wurde Partizipation auf mehreren Ebenen praktiziert. Die Planungsgruppe ermöglichte eine sys-

tematische und kontinuierliche fach- und ämterübergreifende Beteiligung bei der Konzepterstellung und weiteren Umsetzung. Dadurch konnte sowohl eine breite Fachlichkeit als auch ein hohes Maß an Identifikation mit der Projektidee erreicht werden.

Die befragten Alleinerziehenden und verschiedenen Fachdienste sind bei der Beschreibung der Ist-Situation, der Formulierung von Wünschen und Bedürfnissen sowie der Ideenentwicklung zur Verbesserung beteiligt. Weiterhin wurden und werden die Betroffenen über die Erhebung hinaus bei der Diskussion der Ergebnisse, der Entwicklung und Weiterentwicklung von Maßnahmen involviert.

### ▲ Guter Praxisbereich „Kontinuität/Nachhaltigkeit“

Das Projekt ist auf Landkreisebene mit der qualitativen, aktivierenden Angebots- und Bedarfserhebung einzigartig. Die Befragung der Betroffenen erfolgte mit einem breit angelegten, umfassenden Erhebungsinstrument. Die Zielgruppe der Alleinerziehenden wurde bewusst in der gesamten Heterogenität angesprochen, um maximale Ressourcen zu ermitteln. Parallel fand eine Befragung von verschiedenen Fachdiensten statt. Die beiden Erhebungen wurden abgeglichen. Die Kontinuität ist durch das neu gegründete Planungsgremium gewährleistet, das auf der Grundlage des Projekts und als weiterführende Maßnahme gegründet wurde.

Folgende Konsequenzen aus der Bedarfserhebung „Alleinerziehende“ unterstreichen die Kontinuität und Nachhaltigkeit dieses Projekts:

1. Diplomarbeit zur Kinderbetreuungssituation für Alleinerziehende im Rems-Murr-Kreis: Konkret wurde eine „Landkarte“ für den Rems-Murr-Kreis erstellt, um der heterogenen Versorgungssituation gerecht zu werden. Die Versorgung im Kreis ist aufgrund der regionalen Struktur – städtischer und ländlicher Charakter – sehr unterschiedlich und erschwert die Planungsarbeit. Die ermittelten Daten können von den Kindergartenfachberaterinnen und -beratern sowie der Jugendhilfeplanung jetzt direkt verwendet werden.
2. Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 78 KJHG „Alleinerziehende“ „Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen die Bildung von Arbeitsgemeinschaften anstreben, in denen neben ihnen die anerkannten Trägerinnen und Träger der freien Jugendhilfe sowie die Trägerinnen und Träger geförderter Maßnahmen vertreten sind. In den Arbeitsgemeinschaften soll

darauf hingewirkt werden, dass die geplanten Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden und sich gegenseitig ergänzen.“ (gemäß § 78 KJHG) In diesem Rahmen ist die Bearbeitung und Vertiefung der Schwerpunktthemen „Vernetzung und Versorgung bzw. Anpassung der Angebote“ (Inhalte, Methoden, Formen) und „Finanzen“ geplant.

3. Veranstaltungen für Alleinerziehende in Kooperation mit der Familienbildungsstätte Waiblingen, die auf den Bedarfsanalysen der Befragung basieren:
  - „Energieräuber und Kraftquellen“ – Stärkungsseminar für Alleinerziehende,
  - „Allein erziehend – nur schwierig oder etwa die bessere Familie?“ Vortrag einer regionalen Erziehungsberatungsstelle,
  - „Gesunde und preiswerte Ernährung“ – Informationsveranstaltung,
  - „Hier sparen Sie so manchen Euro“ – Informationsveranstaltung,
  - „Mit dem Einkommen gut auskommen“ – Informationsveranstaltung.

### ▲ Weitere relevante gute Praxisbereiche

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Praxisbereichen werden in diesem Projekt die guten Praxisbereiche „Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung“ und „Multiplikatorenkonzept“ umgesetzt.

#### **Kontakt**

Karin M. Müller

Landratsamt Rems-Murr-Kreis

Geschäftsbereich Gesundheit Fachbereich Gesundheitsförderung

Bahnhofstr. 1

71328 Waiblingen

Bundesland: Baden-Württemberg

Telefon: 07151-501-619

Telefax: 07151-501-634

E-Mail: [ka.mueller@rems-murr-kreis.de](mailto:ka.mueller@rems-murr-kreis.de)

Website: [www.rems-murr-kreis.de](http://www.rems-murr-kreis.de)

(Hier finden Sie die Dokumentation des Projekts als PDF-Datei.)

# **Gesundheit und Miteinander ins Viertel!**

## **Ein Projekt für Frauen mit und ohne Behinderung**

### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Setting

### **Abstract**

Frauen mit Behinderungen haben in bestimmten Lebensbereichen behinderungsbedingt häufig Probleme (zum Beispiel mangelnde Eingliederung in den Beruf, Armutrisiko, erschwerter Zugang zu Einrichtungen, fehlende Kommunikation). Ziel des Projekts in Stuttgart ist es, eine größere Öffnung der vielfältigen kulturellen Angebote und Möglichkeiten auch für die Zielgruppe der behinderten Frauen zu erreichen, Brücken zwischen Ämtern und Stadtteilinitiativen zu bauen, Serviceleistungen auszubauen, Hilfe zur Selbsthilfe zu stärken und Ämter, Institutionen, Vereine etc. für die Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen zu sensibilisieren. Durch den Einbezug der Zielgruppe in die Ausgestaltung des Projekts wird in besonderem Maße auf die konkreten Bedürfnisse behinderter Frauen eingegangen. Die Ergebnisse (zum Beispiel zum Thema Barrierefreiheit) werden in die Verwaltung und den städtischen Raum hineintransportiert. Mithilfe dieser Prozesse wird in verschiedenen Bereichen zur Verbesserung der Lebensqualität behinderter Frauen beigetragen.

### **Hintergrund**

Die Stabsstelle für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern der Landeshauptstadt Stuttgart hat sich integrative Stadtteilarbeit zum Ziel gesetzt. Hierbei wird – ausgehend von jeweils unterschiedlichen Zielgruppen in den Stadtteilen wie Alleinerziehende, ältere Frauen, Frauen mit Migrationshintergrund etc. – innovativen Kooperationsformen zwischen Stadtverwaltung, Stadtteilinitiativen und den Frauen vor Ort Raum gegeben. Unter dem vielschichtigen Thema „Gesundheit“ werden im Rahmen des Projekts „Gesundheit und Miteinander ins Viertel!“ jeweils Module entwickelt, die direkt auf die Zielgruppen und den jeweiligen Stadtbezirk zugeschnitten sind.

„Kultur, Beratung und Information für Frauen mit und ohne Behinderungen“ ist das Motto eines Moduls, das die städtische Stabsstelle für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern mit dem Frauenprojekt „Lilith“ des Vereins Aktive Behinderte Stuttgart und Umgebung e.V. – Zentrum für selbstbestimmtes Leben und dem Frauenkulturzentrum Sarah e.V. organisiert. Das Projekt wird unter anderem von BeFF – Berufliche Förderung von Frauen e.V., der Gruppe „Geschichts(ver-)führungen“, dem Stuttgarter Frauenmuseum e.V. und der VHS Stuttgart unterstützt.

Obwohl Frauen mit Behinderungen so unterschiedlich sind wie Frauen ohne Behinderungen, gibt es bestimmte Themenbereiche, in denen es behinderungsbedingt häufig Probleme gibt. Hier sind vor allem mangelnde Eingliederung in den Beruf, begrenzte Ausbildungsmöglichkeiten, höheres Armutsrisiko, eingeschränkte Mobilität und erschwerten Zugang zu Einrichtungen und Institutionen zu nennen. Darüber hinaus zeigen Gespräche mit Frauen mit Behinderungen den Wunsch nach gemeinsamer Freizeitgestaltung, nach Kommunikation, nach Kontakten und besserer Teilnahme am kulturellen Leben dieser Stadt.

## Vorgehen

Das Projekt will eine größere Öffnung der vielfältigen kulturellen Angebote in der Stadt Stuttgart für die Zielgruppe erreichen, sodass sie von Frauen mit und ohne Behinderung gemeinsam genutzt werden können. Die Veranstaltungen „Der Alltag beim Stuttgarter Ballett“ (mit Blick hinter die Kulissen und anschließendem Besuch einer Ballettaufführung im Februar und wegen der großen Nachfrage auch im April) oder der Frauenstadtspaziergang „Stadtverführungen“ (im Juni) richten sich vor allem an Rollstuhlfahrerinnen und Menschen mit Gehbehinderungen, sind aber auch offen für Frauen ohne Behinderung. Dieser integrative Charakter soll die Wahrnehmung von Frauen mit Behinderung in der Öffentlichkeit verstärken.

Der zweite Schwerpunkt greift mit verschiedenen Veranstaltungen das Thema „Erwerbsarbeit“ auf. „So habe ich es geschafft! – Erwerbsarbeit trotz Handicap“, ist das Motto eines Angebots im März, das sich sowohl an Frauen mit Behinderungen als auch an Arbeitgeberinnen und -geber richtet.

Miteinander feiern, lachen, genießen wird jedoch auch nicht zu kurz kommen. So laden zum Beispiel die Lilith-Frauen zu einem „Italienischen Abend“



ein. Parallel zur Veranstaltungsreihe ist der Aufbau einer Mobilitäts- und Hilfebörse geplant. Eine Befragung der Ämter der Landeshauptstadt Stuttgart zum Thema „Barrierefreier Zugang zu Ämtern/Eigenbetrieben und Beratungsstellen der Stadtverwaltung“ soll Handlungs- und Informationsbedarf ermitteln und aufzeigen.

Die übergreifenden Ziele von „Gesundheit und Miteinander ins Viertel“ werden von den Projektverantwortlichen folgendermaßen zusammengefasst:

#### *Brücken bauen zwischen Ämtern und Stadtteilinitiativen*

Das bedeutet, die Ämter tragen ihre Angebote und Dienstleistungen direkt in den Stadtteil. Nicht die Menschen müssen zum Amt gehen, sondern das Amt kommt zu ihnen.

#### *Hilfe zur Selbsthilfe stärken*

Selbsthilfe leistet einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität. Erfahrungsaustausch, gegenseitige Unterstützung und umfassende Information verhelfen Betroffenen zum besseren individuellen Umgang mit Problemen, Herausforderungen und Krisen.

In jedem Stadtteil gibt es Frauen mit Fragen, Problemen und Schwierigkeiten, aber auch Frauen, die Antworten wissen, Ideen und Lösungsvorschläge haben und gerne Hilfestellungen geben. Das Projekt bringt diese Menschen zusammen und bietet ihnen die Möglichkeit, ihre Kompetenzen einzubringen und auszubauen.

Im Einzelnen heißt das:

- ehrenamtlich geleistete Arbeit von Frauen sichtbar machen und professionalisieren,
- innovativen Ideen Starthilfe und Unterstützung geben,
- Serviceleistungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie ausbauen,
- zur Verbesserung der Lebenslagen allgemein beitragen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Im Zusammenhang mit der Konzeptentwicklung des Moduls „Kultur, Beratung und Information für Frauen mit und ohne Behinderung“ wurde eine Bedarfserhebung durchgeführt. Im Rahmen dieser Erhebung wurde der Ver-

such unternommen, durch Interviews mit 17 Frauen im Alter von 21 bis 65 Jahren mit unterschiedlichsten Behinderungen die tatsächlichen Wünsche und Anliegen behinderter Frauen in Stuttgart zu ermitteln. Dabei wurde nach der konkreten Lebenssituation gefragt, nach Unterstützung durch das soziale Umfeld, nach der Hauptbelastung durch die Behinderung, nach Anforderungen und Wünschen an die Stadtverwaltung Stuttgart und möglichen Zielen der Intervention. Ein zentrales Ergebnis dieser Erhebung war der Wunsch nach verstärkter Teilhabe am kulturellen Leben, ein Mitmachen bei „vorhandenen Aktivitäten“. Obwohl „Kultur“ nicht der ursprüngliche Projektschwerpunkt sein sollte, wurden die Ziele entsprechend diesen Ergebnissen angepasst.

Der partizipative Ansatz des Projektmoduls „Kultur, Beratung und Information für Frauen mit und ohne Behinderung“ wird in verschiedenen Teilbereichen des Angebots sichtbar:

- Bei Konzeptentwicklung, Programmplanung und Ausgestaltung der Angebote sind Frauen des Frauenprojekts Lilith e. V. – Beratungs- und Begegnungsstätte für Frauen und Mädchen mit und ohne Behinderung von Anfang an beteiligt.
- Die organisatorische Vorbereitung und Durchführung der „eigenen“ Veranstaltung, Begrüßung und Moderation wird zu großen Teilen in Zusammenarbeit mit Frauen mit Behinderungen geleistet.
- Das Schmücken der Räume und das Catering werden durch Frauen des Projekts Lilith übernommen. Dieses Engagement wird mit einem kleinen Honorar entschädigt.
- Telefondienst und Beratung von behinderten Menschen im Zusammenhang mit dem Projekt werden – gegen eine Aufwandsentschädigung – ausschließlich von Frauen mit Behinderungen geleistet.
- Darüber hinaus vermitteln zum Beispiel im Rahmen der Veranstaltungen „So habe ich es geschafft! – Erwerbsarbeit trotz Handicap“ oder „Gesundheitsrecherche im Internet“ sachverständige behinderte Frauen ihr Wissen und ihre Erfahrungen an die Zielgruppe.
- Behinderte Frauen (und Männer) bekommen durch das Projekt beispielsweise bei der Auftaktveranstaltung, beim Sommerfest, bei der Veranstaltung „Lesung, Gedichte, Ausstellung“ die Chance, mit ihren kreativen Beiträgen öffentlich aufzutreten.

Hervorzuheben ist, dass das Projekt durch die Initiative zweier Zielgruppenvertreter angeregt und initiiert wurde: das selbsthilfeorientierte Frauenprojekt Lilith e. V. – Beratungs- und Begegnungsstätte für Frauen und Mädchen mit und ohne Behinderungen sowie das Frauenkulturzentrum Sarah e. V.

Einen Hinweis, dass mit den kulturellen Angeboten des Projekts die Bedürfnisse der Zielgruppe getroffen werden, geben die Zahlen der Teilnehmerinnen: Mit den Veranstaltungen konnten jeweils zwischen zehn und 50 Frauen erreicht werden. Bei der organisatorischen Vorbereitung und Durchführung waren im Einzelnen bis zu zehn Frauen eingebunden. Insgesamt wird im Rahmen des Projekts durchgängig ein hoher Grad an Partizipation der Betroffenen erkennbar.

### ▲ Guter Praxisbereich „Setting“

Neben verhaltensorientierten Maßnahmen versucht das Projekt, auch die Gesundheit der Zielgruppe über die Gestaltung ihrer Lebenswelten positiv zu beeinflussen. Das Projekt zielt im Rahmen seiner Interventionen auf die Institutionen und Verbände, mit denen behinderte Frauen in ihrem täglichen Leben in Kontakt kommen, um somit die Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe behinderter Frauen zu erhöhen. So wurde beispielsweise im Rahmen der Veranstaltung „Erwerbsarbeit trotz Handicap“ die Arbeitgeberseite darüber informiert, wie die Integration von schwerbehinderten Menschen in den Betrieb gelingen kann und welche begleitenden Hilfen und Unterstützungen es gibt. Gleichzeitig berichteten zwei Frauen mit Behinderungen über ihre Erfahrungen bei Bewerbungen, im Vorstellungsgespräch und im Arbeitsleben. Durch die Veranstaltung „Tipps für eine erfolgreiche Bewerbung“ sollen auf der anderen Seite behinderte Frauen ermutigt werden, sich professioneller bzw. anders zu bewerben und im Rahmen ihrer Bewerbung selbstbewusster und offensiver mit ihrer Behinderung umzugehen.

Kommunikation, Kontakte finden, gemeinsame Freizeitangebote, die vorhandenen Möglichkeiten nutzen können – all das kristallisierte sich bei der Befragung als zentrale Wunschliste heraus. Daher ist es ein wesentliches Ziel, vorhandene Kulturangebote für die Zielgruppe zu erschließen, das heißt sie so umzugestalten, dass sie von der Zielgruppe wahrgenommen werden können. Hier sei zum Beispiel eine Stadtführung erwähnt oder die Führung hinter die Kulissen des Stuttgarter Balletts in langsamerem Tempo und auf Wegen, die von Rollifahrerinnen und gehbehinderten Frauen genutzt werden können. Diese spezielle Führung soll zudem in das normale Angebot der beteiligten Veranstalter integriert werden und somit generell behinderten Menschen den Zugang ermöglichen. Die Durchführung von regulären VHS-Veranstaltungen in den Räumen von Lilith ist eine weitere Möglichkeit, Frauen mit Behinderungen den Zugang zu erleichtern. Gemeinsame Feste (Italie-

nischer Abend, Sommerfest im Stadtteil) in den Räumlichkeiten von Lilith, offen für Menschen mit und ohne Behinderungen, tragen zu einer Öffnung in den Stadtteil hinein bei. Die Beteiligung des „Sarah e. V.“, dem Ort für Frauenskultur in Stuttgart, als Projektpartnerin erschließt der Zielgruppe den Zugang zu diesem Bereich und verstärkt beim Sarah e. V. die Bereitschaft, behinderten Künstlerinnen Auftritts- oder Ausstellungsmöglichkeiten zu schaffen.

Darüber hinaus wurde im Rahmen des Projekts eine Befragung der städtischen Ämter zum Thema Barrierefreiheit vorgenommen. Barrieren wurden in der bereits erwähnten Bedarfserhebung von der Zielgruppe als ein wichtiger Bereich benannt. Im Rahmen der Befragung wurden nicht barrierefreie städtische Einrichtungen identifiziert. Die Ergebnisse werden in die Verwaltung und in den politischen Raum hinein transportiert und sollen zu konkreten Verbesserungen hinsichtlich der Barrierefreiheit der Institutionen beitragen.

Ziel ist es, bei den angesprochenen städtischen Ämtern, Institutionen, Vereinen und Verbänden einen Reflexionsprozess anzustoßen, in dessen Rahmen diese sich auch langfristig verstärkt mit den Bedürfnissen der Zielgruppe auseinandersetzen. So wurde durch die Erhebung der Bedarf einiger Ämter nach Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen deutlich. In Zusammenarbeit mit der Schwerbehindertenvertretung der Landeshauptstadt und dem Lilith werden geeignete Workshops entwickelt. Weitere ähnlich gelagerte Angebote, mit denen die Strukturen in den Lebenswelten der Frauen nachhaltig verbessert werden, sollen folgen. Im Ergebnis soll die Erreichbarkeit bzw. Zugänglichkeit (auch im übertragenen Sinne) der jeweiligen Angebote überdacht werden. Darüber hinaus sollen behinderte Frauen durch konkrete Ansprache zur Teilnahme ermutigt werden.

### ▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“

Das Projekt ist gekennzeichnet durch einen hohen Vernetzungsgrad. Im Rahmen dieser Beziehungen und Kooperationen wurden die Maßnahmen des Projekts entwickelt und abgestimmt. Dabei waren bereits zum Zeitpunkt der Planung der Konzeption des Projekts mehrere Kooperationspartnerinnen und -partner involviert. Einige Kooperationspartnerinnen und -partner sind:

- Frauenprojekt Lilith e. V. des Vereins Aktive Behinderte Stuttgart und Umgebung e. V. – Zentrum für selbstbestimmtes Leben,
- Frauenkulturzentrum Sarah e. V.,

- Amsel-Theater (Begegnungsstätte behinderter und nichtbehinderter Menschen),
- BeFF – Berufliche Förderung von Frauen e. V.,
- Fachbereichsleitung „Leben mit Behinderung“ der VHS Stuttgart,
- Integrationsfachdienst,
- Schwerbehindertenvertretungen,
- Städtische Ämter (Umfrage Barrierefreiheit),
- Städtisches Gesundheitsamt,
- Stuttgarter Frauenmuseum e. V. und Geschichts(ver-)führungen.

Die Vernetzungstätigkeiten werden von der Projektverantwortlichen als wichtig für den Projekterfolg bewertet, da sie zum einen grundlegend zum Zustandekommen der konkreten Angebote beitragen und darüber hinaus die beteiligten Institutionen zum Nachdenken über die Bedarfsgerechtigkeit ihrer Angebote für behinderte Frauen anregen. Aus diesen Prozessen sind bereits eine Anzahl sichtbarer Veränderungen für die Zielgruppe hervorgegangen. Beispielhaft zeigt sich dies an den Plänen der Volkshochschule, auch weiterhin eng mit den am Projekt beteiligten Akteurinnen und Akteuren zu kooperieren, um die Hemmschwelle für interessierte Frauen mit Behinderungen zu senken.

### **Kontakt**

Hannelore Ernst

Stabsstelle für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern

Eberhardstr. 61, Eingang A, 7. Stock

70173 Stuttgart

Bundesland: Baden-Württemberg

Telefon: 0711-2166395

Telefax: 0711-2166945

E-Mail: [hannelore.ernst@stuttgart.de](mailto:hannelore.ernst@stuttgart.de)

## MIGES – MigrantinnenGESundheit

### Gute Praxisbereiche:

Empowerment – Innovation und Nachhaltigkeit – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

### Abstract

Im Projekt „MigrantinnenGESundheit“ (MIGES) arbeitet das Kreisgesundheitsamt Ludwigsburg mit dem Frauenseminar des Projekts „MIKELE“ (*Miteinander-Inter-Kulturelle Elternbildung in Ludwigsburg-Eglosheim* in der Trägerschaft des Diakonischen Werks) und dem Internationalen Frauencafé (Integrationskurs) des Vereins Frauen für Frauen e. V. zusammen. Das Projekt ist im Ludwigsburger Stadtteil Eglosheim angesiedelt, einem Gebiet mit besonderem Entwicklungsbedarf, das am Programm „Soziale Stadt“ teilnimmt. Die Bevölkerungsstruktur ist geprägt durch einen hohen Prozentsatz an Empfängerinnen und Empfängern staatlicher Transferleistungen sowie einen überdurchschnittlichen Ausländeranteil. Einschulungsuntersuchungen zeigen einen deutlich höheren Anteil übergewichtiger Kinder aus Migrantenfamilien. Zudem sind Impfstatus sowie die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei dieser Gruppe unterdurchschnittlich.

Das Projekt wendet sich vor allem an türkische Frauen. Ziel ist es, ihnen Wissen und Kompetenzen zu vermitteln, um ihre gesundheitliche Situation und die ihrer Familie zu verbessern sowie ein eigenverantwortliches gesundheitsförderliches Verhalten zu entwickeln. Seit 2001 finden jährlich acht Workshops mit kreativ- und erlebnisorientiertem Ansatz statt. Neben Gesprächsrunden und Kurzvorträgen werden Rollenspiele und Spielstationen eingesetzt.

Durch die Aktivitäten von MIGES gelingt es, Selbstvertrauen und Eigenverantwortung der Teilnehmerinnen zu stärken. Das neu erworbene Wissen wird von den Frauen weiterverbreitet. Sie berichten, dass sie sich bei manchen Themen wie Expertinnen vorkommen und ihren Freundinnen, Kindern und Männern Wissen weitergeben können, über das diese bisher nicht verfügten. Auch die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten wird erleichtert, Hemmschwellen gegenüber Behörden wie dem Gesundheitsamt und deren Angeboten werden abgebaut.

Darüber hinaus konnte bei den teilnehmenden Frauen eine Verbesserung des Impfstatus sowie eine dauerhafte Gewichtsreduzierung durch verbesserte Ernährungsgewohnheiten erreicht werden.

## Hintergrund

Das Projekt ist im Ludwigsburger Stadtteil Eglosheim angesiedelt, einem Gebiet mit besonderem Entwicklungsbedarf, und daher am Programm „Soziale Stadt“ beteiligt. Prägend ist ein hoher Anteil an Arbeitslosen, Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern sowie Erziehungshilfebedürftigen. Im Jahr 2002 kamen 44 % der eingeschulten Kinder aus Migrantenfamilien. Die Einschulungsuntersuchungen zeigten, dass bei ihnen der Anteil übergewichtiger Kinder viermal höher ist als in deutschen Familien. Insgesamt liegen nur wenige Daten über die gesundheitliche Situation von Zuwanderinnen in Deutschland vor, doch weisen folgende Beispiele auf verschiedene weitere Problemlagen und Defizite hin.

Frauen mit Migrationshintergrund (12 % Anteil der Wohnbevölkerung in Baden-Württemberg) erleben besonders häufig einen Schwangerschaftskonflikt. Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2000: 42 % einheimische Bevölkerung, 12 % Spätaussiedlerinnen, 14 % türkische Frauen, 32 % andere Nationalitäten (Quelle: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg).

Von den vom Robert Koch Institut bis Ende Juni 2001 erfassten 20 460 Aids-Fällen entfallen 84,3 % auf Deutsche und 15,7 % auf Ausländer. Damit liegt der Anteil der Migrantinnen und Migranten an Aids-Fällen deutlich höher als ihr Anteil an der Wohnbevölkerung (9 %). Der Anteil der Frauen unter den nichtdeutschen Aids-Krankheitsfällen liegt wesentlich über dem von deutschen Patientinnen.

Aufgrund der anlässlich der Schuleingangsuntersuchung (1998) in NRW vorgelegten Impfausweise zeigt sich, dass der Durchimpfungsgrad der nichtdeutschen Bevölkerung niedriger ist als derjenige der deutschen Kinder. 84,2 % der Deutschen hatten einen ausreichenden Impfschutz, dagegen nur 79,6 % der in Deutschland geborenen Zuwanderer und lediglich 57,7 % der im Heimatland geborenen Zuwanderer.

Der Kindergesundheitsbericht des Sozialministeriums Baden-Württemberg aus dem Jahr 2000 zeigt, dass im Jahr 1999 die Vorsorgeuntersuchung U9 von

9% der deutschen Kinder nicht in Anspruch genommen wurde. Bei den türkischen Kindern lag die Quote bei 30%.

Ausgangspunkt für das Projekt MIGES waren persönliche Kontakte der Akteurinnen der drei beteiligten Einrichtungen, die im Rahmen der Zusammenarbeit im kreisweiten Arbeitskreis Ess-Störungen entstanden sind. Grundlage für das Kooperationsprojekt war zunächst ein gemeinsam initiiertes einzelnes Seminar zu Gesundheitsthemen. Aufgrund des großen Interesses und der guten Akzeptanz bei den Frauen wurde das Angebot im Rahmen von MIGES weiterentwickelt. Dabei sind die Mitarbeiterinnen von MIKELE bzw. von „Frauen für Frauen“ vor allem für die konzeptionelle und pädagogische Planung der Workshops zuständig sowie für Übersetzung und Beratung der Frauen. Das Kreisgesundheitsamt übernimmt die Koordination der gemeinsamen Planung sowie die fachliche Aufarbeitung und Vermittlung der Themen.

Es gibt keine spezifische Projektfinanzierung. Die anfallenden Kosten werden aus Eigenmitteln bzw. über Projektmittel der Kooperationspartnerinnen und -partner gedeckt.

## Vorgehen

Grundlage des Projekts sind die Frauengruppen des Vereins Frauen für Frauen e.V. und von MIKELE (*Miteinander-Inter-Kulturelle Elternbildung in Ludwigsburg-Eglosheim* in der Trägerschaft des Diakonischen Werks). Diese Gruppen treffen sich regelmäßig zu Sprach- und Integrationskursen sowie zum thematischen Austausch u. a. über Erziehungsfragen und berufliche Themen. Sie sind im Stadtteil verankert und verdanken ihren guten Zulauf vor allem der Kompetenz der muttersprachlichen Leiterinnen.

Das Frauenseminar von MIKELE findet in den Räumlichkeiten der Evangelischen Familienbildungsstätte statt. Hier treffen sich wöchentlich zwischen fünf und 25 Türkinnen aus dem Stadtteil unter Leitung von zwei muttersprachlichen Fachkräften. Im Sprachkurs sowie im internationalen Frauencafé (Integrationskurs) von Frauen für Frauen, das zweimal monatlich stattfindet, werden andere Teilnehmerinnen erreicht, da der Schwerpunkt dort auf dem Austausch zwischen Frauen aus verschiedenen Kulturen liegt.

Im Rahmen von MIGES kommen zu den Treffen beider Gruppen jeweils Fachkräfte des Gesundheitsamts hinzu. Es werden Workshops mit kreativ-



und erlebnisorientiertem Ansatz angeboten: Gesprächsrunden, Kurzvorträge, Rollenspiele, Bildmaterial, Fragekärtchen und Spielstationen wie zum Beispiel das Glücksrad. Die muttersprachlichen Gruppenleiterinnen übersetzen bei Bedarf. Die Themenauswahl findet in Absprache oder auf Wunsch der Frauen statt. Folgende Inhalte wurden bisher behandelt:

- Einschulungs- und Vorsorgeuntersuchungen
- Impfungen,
- Kinderkrankheiten,
- Aids und Hepatitis,
- Verhütung,
- Sexualaufklärung,
- Ernährung,
- Ess-Störungen,
- Übergewicht,
- ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom),
- Stress- und Konfliktbewältigung,
- Organspende,
- Sonnenschutz.

Es werden nicht nur Fachinformationen vermittelt, sondern auch praktische Tipps zur Umsetzung im Alltag gegeben. So üben die Frauen zum Beispiel in Rollenspielen den Umgang mit Fragen zu sexuellen Themen, die ihnen von ihren Kindern gestellt wurden und auf die sie bisher nicht adäquat eingehen konnten. Konkrete Antworten werden ausprobiert, diskutiert und mit Erfahrungen der anderen Teilnehmerinnen verglichen. Durch das Einbringen der persönlichen Erlebnisse wird ein Bezug zur Lebenswelt der Teilnehmerinnen hergestellt.

Darüber hinaus werden Angebote der Gesundheits- und der sozialen Dienste bekannt gemacht und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner benannt. Um Ängste und Hemmschwellen abzubauen, wird der Zweck der Angebote, beispielsweise der Einschulungsuntersuchungen, erläutert.

Der Einfluss der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, des sozialen Umfeldes und der eigenen Familie auf die Gesundheitssituation wird bei verschiedenen Themen reflektiert und eigene Veränderungsmöglichkeiten werden aufgezeigt. So wurden etwa beim Thema „Stress“ in der Gruppe Lösungen für den Umgang mit dem Stressor Schichtarbeit entwickelt, von denen alle Familienmitglieder profitieren. Hierbei spielt die gegenseitige Unterstützung der Teilnehmerinnen eine wichtige Rolle. Die Frauen erleben, dass sie

mit ihren Problemen nicht allein sind und lernen von den Erfahrungen der anderen.

Die enge Kooperation mit den genannten sozialen Einrichtungen vor Ort ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang zu den Zielgruppen. Eine Bündelung der einrichtungsspezifischen Kompetenzen der Fachkräfte schafft Synergien, die einen hohen Ertrag der Angebote für die Zielgruppe garantieren. Arbeitsgruppen im Stadtteil, an denen viele Institutionen (Stadtteilbüro, Kindergärten, Beratungsstellen, Schulen, Kirchengemeinde, Vereine) beteiligt sind, ermöglichen einen umfassenden Informationsaustausch und vermeiden Konkurrenzangebote. Weiterhin können dort Bedarfe ermittelt und Zuständigkeiten geklärt werden. Außerdem werden die Informationen von verschiedenen Seiten an die Zielgruppe vermittelt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Die Diskussionsrunden zu den verschiedenen Themen entwickeln sich für die beteiligten Frauen zu einem Gewinn bringenden Medium. Sie erzählen, stellen Fragen und diskutieren unterschiedliche Sichtweisen. Durch diesen kulturellen Austausch werden gegenseitige Lernprozesse bei Referentinnen und Teilnehmerinnen angeregt. So wurde zum Beispiel die Frage der vermittelten Ehen kontrovers diskutiert. Die Ansicht, dass vermittelte Ehen durch die Umsicht der Eltern und geringere Erwartungen der Eheleute glücklicher sein können als die deutsche Liebesheirat, die wegen hoher Scheidungsraten von einigen Teilnehmerinnen als weniger erfolgreiches Modell gesehen wurde, war den Gruppenleiterinnen neu.

Das Selbstbewusstsein der Frauen wird durch neu erworbenes Wissen und Kompetenzen gestärkt. Sie sind besser in der Lage, die Angebote des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen und entsprechend ihrer Bedürfnisse zu nutzen. Durch den gegenseitigen Austausch und die gemeinsame Diskussion von Problemen erfahren die Frauen neue Lösungsansätze und Blickwinkel. Das Wissen wird auch außerhalb der Gruppe in Familie und Bekanntenkreis weitergegeben, was das Selbstvertrauen und die Stellung der Frauen unterstützt. Sie sehen sich als kompetente Ansprechpartnerinnen für ihre Familien in Gesundheitsfragen, sind in der Lage, Handlungsbedarfe bei sich selbst und in ihrem persönlichen Umfeld zu erkennen, sich aktiv an der Lösung von Problemen zu beteiligen und sich bei Bedarf professionelle Hilfe zu holen.

Die neu gewonnenen Informationen und Erfahrungen fördern ein selbstbewusstes Auftreten der Teilnehmerinnen gegenüber Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitssystems, zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten, und erleichtern die Kommunikation. Außerdem werden Angebote stärker wahrgenommen, da es gelingt, Hemmschwellen gegenüber Behörden wie zum Beispiel dem Gesundheitsamt zu senken.

Durch den Austausch zwischen Teilnehmerinnen, Kursleiterinnen und Referentinnen wird das gegenseitige Verständnis für den anderen Kulturkreis erhöht.

Durch den Ausgleich von Wissensdefiziten im gesundheitlichen Bereich wird den Frauen der Zugang zu Informationen und Angeboten erleichtert. Bildung leistet hier einen wichtigen Beitrag gegen soziale Ausgrenzung.

### ▲ **Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“**

Im Rahmen einer Zusammenarbeit von Sozial- und Gesundheitsbereich können Migrantinnen in einem sozial benachteiligten Stadtteil ohne aufwändigen Ressourceneinsatz erreicht und in ihrem Stadtteil eingebunden werden. Durch die Verknüpfung mit dem Sprachkurs des Frauenzentrums wird das erworbene Wissen vertieft und das entsprechende Vokabular gefestigt.

Das Interesse an gesundheitlichen Themen nahm im Verlauf der Zeit zu, was sich durch Nachfrage nach weiteren Veranstaltungen bemerkbar machte. Das neu erworbene Wissen wurde von den Frauen weiterverbreitet. Frauen berichten, dass sie inzwischen als Expertinnen für verschiedene Gesundheitsthemen in ihren Familien und im Freundeskreis agieren und das erworbene Wissen weitergeben können. Hierdurch werden Selbstvertrauen und Eigenverantwortlichkeit der Teilnehmerinnen gestärkt sowie auch ein nachhaltiges Hineinwirken in die Lebensräume gefördert.

Die Themen der Veranstaltungen „Impfen“ und „Ernährung und Übergewicht“ haben bei den Frauen positive, nachweisbare Auswirkungen hinterlassen. Einige Frauen besaßen zunächst keinen Impfpass oder wussten nicht, ob und gegen was sie geimpft worden sind. Sie gingen nach der Veranstaltung zum Arzt bzw. zur Ärztin und ließen ihren Impfstatus kontrollieren bzw. aufbessern.

Aufgrund der Ernährungstipps und einer Änderung des Ernährungsverhaltens haben manche übergewichtige Teilnehmerinnen deutlich abgenommen und dann das reduzierte Gewicht halten können. Dies motiviert die Teilnehmerinnen zu einer aktiven Veränderung der Ernährungsgewohnheiten in den Familien, mit positiven Auswirkungen auch auf die übrigen Familienmitglieder.

Ein weiterer wichtiger Effekt der Veranstaltungsreihe ist der nachhaltige Abbau von Ängsten gegenüber der Behörde Gesundheitsamt. Dies wurde insbesondere beim Thema „Schuleingangsuntersuchungen“ deutlich. Viele Frauen hatten Angst vor dieser Untersuchung ihrer Kinder, weil sie nicht wussten, was sie erwartet. Durch die Erklärung des Hintergrunds – dass es sich dabei um Beratung und nicht um Kontrolle handelt – konnten Vorbehalte abgebaut werden. Dies gilt auch beim Thema „Vorsorgeuntersuchungen“. So konnte der Zugang zur Regelversorgung und zu vorbeugenden Angeboten erhöht werden.

### ▲ **Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“**

Bei MIGES handelt sich um ein Angebot, das durch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen einen niedrighen Zugang zu den Zielgruppen ermöglicht. Die Frauen werden in ihrem Lebensraum im Rahmen ihres Alltags angesprochen und einbezogen. Insbesondere das Frauenzentrum bietet einen geschützten Raum, ohne den viele Migrantinnen nicht teilnehmen dürften.

Die Bündelung der jeweils einrichtungsspezifischen Kompetenzen schafft Synergien, die einen hohen Ertrag der Angebote für die Zielgruppe garantieren. Die im Projekt MIGES kooperierenden Einrichtungen beteiligen sich zudem an Arbeitsgruppen im Stadtteil, in denen sich viele weitere Institutionen (Stadtteilbüro, Kindergärten, Beratungsstellen, Schulen, Kirchengemeinde, Vereine) engagieren. Diese Form der Zusammenarbeit ermöglicht einen umfassenden Informations- und Erfahrungsaustausch und vermeidet Konkurrenzangebote. Weiterhin können dort Bedarfe ermittelt und Zuständigkeiten geklärt werden. Außerdem werden Wissen und Informationen von verschiedenen Seiten an die Zielgruppe vermittelt.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass durch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Sozial- und Gesundheitsbereich beide profitieren und

Zugangsbarrieren abgebaut werden können. Der Sprach- und Bildungsbereich wird durch wichtige gesundheitliche Themen bereichert, das Gesundheitsamt profitiert von dem erleichterten Zugang zur Zielgruppe. Die teilnehmenden Frauen haben den Vorteil von koordinierten Angeboten in ihrem unmittelbaren Umfeld, auf die sie Einfluss nehmen können.

**Kontakt**

Eva Belzner  
Kreis-Gesundheitsamt  
Hindenburgstr. 20  
71638 Ludwigsburg  
Bundesland: Baden-Württemberg  
Telefon: 07141-144-1338  
Telefax: 07141-144-1340  
E-Mail: [praevention@landkreis-ludwigsburg.de](mailto:praevention@landkreis-ludwigsburg.de)

## **Berliner Bündnis gegen Depression**

### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Multiplikatorenkonzept – Innovation und Nachhaltigkeit

### **Abstract**

Depressionen sind, wie die meisten seelischen Erkrankungen, ein Thema, das in der Öffentlichkeit nach wie vor tabuisiert wird. Dabei gehören depressive Störungen zu den Volkskrankheiten und können jeden treffen. Etwa 15–20 % der Bevölkerung leiden im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen Depression mit teilweise tief greifenden Folgen wie Arbeitsunfähigkeit oder sozialer Isolation. Ca. 15 % aller Menschen mit einer schweren Depression sehen den einzigen Weg aus dieser Erkrankung in einem Suizid. Inzwischen übersteigt die jährliche Anzahl an Suiziden deutlich die der Verkehrstoten.<sup>5</sup> Vor allem die Unkenntnis über das Krankheitsbild und dessen Behandlung führt dazu, dass Menschen mit einer depressiven Erkrankung keine Hilfe aufsuchen. Ein weiteres Problem liegt in der adäquaten Versorgung depressiver Menschen.

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ will mit seinem Projekt einen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention leisten und die gesundheitliche Situation depressiver Menschen – insbesondere von Migrantinnen und Migranten – verbessern, Suiziden vorbeugen sowie die Anzahl adäquat behandelter Betroffener steigern. Ein weiteres wichtiges Anliegen des Bündnisses ist die Aufklärung der Bevölkerung über die Krankheit Depression und deren Ent-Tabuisierung.

Da türkischstämmige Bewohner den größten Anteil nichtdeutscher Gruppen in Berlin bilden, hat das „Berliner Bündnis gegen Depression“ seinen Schwerpunkt zunächst auf diese Personengruppe gelegt und jene Bezirke in

---

<sup>5</sup> Die Suizidzahl lag in den letzten Jahren in Deutschland bei ca. 12 000 jährlich. Ausführliche Erläuterungen und Quellenangaben sind abrufbar in einem Artikel der Projektverantwortlichen: <[http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/41/Berliner\\_B43df695e78d14.pdf](http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/41/Berliner_B43df695e78d14.pdf)>.

den Mittelpunkt ihrer Arbeit gestellt, die einen hohen Anteil an türkischen Bewohnern aufweisen. Durch Bereitstellung muttersprachlicher Informationen, die gezielte Ansprache türkischer Einrichtungen und Gemeinden sowie Fortbildungsmaßnahmen für Türkisch sprechende Hausärztinnen und -ärzte sollen Menschen entsprechender Herkunft besser erreicht werden. In weiteren Schritten werden entsprechende Maßnahmen für Menschen russischer, polnischer, arabischer und serbokroatischer Herkunft bereitgestellt.

## Hintergrund

Depressionen können unabhängig von Alter, Beruf, sozialem Status oder ethnischer Zugehörigkeit jeden treffen. Vielfach wird eine Depression von den Betroffenen nicht erkannt bzw. hinter den Beschwerden eine körperliche Erkrankung vermutet. In vielen Fällen wird die Depression als vorübergehende Lebenskrise bzw. alltägliche Verstimmung heruntergespielt. Vielfach wird der Weg zum Fachmann vermieden – aus Sorge vor einer Psychiatrisierung und weil die Betroffenen fürchten, dass die Medikamente ihre Persönlichkeit verändern oder sie von ihnen abhängig werden. Teilweise nehmen Betroffene aber auch aus Scham oder Angst vor Ausgrenzung keine professionelle Hilfe in Anspruch. Selbst Ärztinnen und Ärzte erkennen nicht immer, wann es sich um eine Depression handelt, mit der Folge, dass die Erkrankung nicht entsprechend therapiert wird. Nur ca. 10 % der behandlungsbedürftigen Betroffenen erhalten eine adäquate Therapie.

Eine besondere Personengruppe unter den Betroffenen bilden Migrantinnen und Migranten. Zwar besteht kein direkter Zusammenhang zwischen ethnischer Zugehörigkeit und Depression, jedoch sind Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund des Migrationsprozesses einer Reihe von Belastungsfaktoren ausgesetzt, die eine Depression begünstigen können. Hierzu gehören zum Beispiel der Verlust sozialer und materieller Ressourcen oder die Konfrontation mit der fremden Sprache und Kultur. Vor allem aber nehmen diese Menschen seltener Gesundheitsleistungen in Anspruch, was u. a. auf Informationsdefizite und fehlende Verständigungsmöglichkeiten zurückzuführen ist. Zudem werden psychische Erkrankungen in dieser Bevölkerungsgruppe noch stärker tabuisiert, als dies im deutschen Kulturkreis der Fall ist. Darüber hinaus kann es infolge einer Unkenntnis über kulturelle Hintergründe und eines unterschiedlichen Verständnisses von Gesundheit und Krankheiten zu Problemen bei der Diagnostik oder Behandlung von Migrantinnen und Migranten kommen, was sowohl bei den Betroffenen als auch beim medizi-

nischen Personal Frustration hervorrufen und unter Umständen zum Abbruch der Behandlung führen kann.

Um die Lebens- und Versorgungssituation depressiver Menschen zu verbessern, schlossen sich im Jahr 2001 in Nürnberg Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Beratungsstellen, das Gesundheitsamt, das Klinikum Nord und viele weitere Einrichtungen zum „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ zusammen. Durch Aufklärungskampagnen und Aktionstage für die allgemeine Bevölkerung, Weiterqualifizierungsmaßnahmen für medizinische und soziale Berufe und die Bereitstellung unterschiedlicher Informationsmaterialien konnte ein signifikanter Rückgang suizidaler Handlungen (–24%), von Suizidversuchen (–26%) und Suiziden erreicht werden.<sup>6</sup> Eine repräsentative Telefonumfrage ergab, dass das Wissen über die Erkrankung in der Bevölkerung im Vergleich zu einer Kontrollregion zugenommen hat.

Aufgrund der guten Erfahrungen entstanden in vielen weiteren Regionen entsprechende Bündnisse. Seit dem 27. 4. 2005 gibt es das „Berliner Bündnis gegen Depression“. Die Schirmherren sind Prof. Dr. Rita Süßmuth und der türkische Generalkonsul in Berlin Ahmet Nazif Alpman.

## Vorgehen

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ versucht auf mehreren Ebenen, die Information und Versorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen, insbesondere für die in Berlin große Anzahl an türkischen Einwohnern, zu verbessern und einen Beitrag zur Suizidprävention zu leisten.

Einen wesentlichen Arbeitsschwerpunkt bildet die Öffentlichkeitsarbeit: So veranstaltete das „Berliner Bündnis gegen Depression“ auf dem Gelände der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus ein Sommerfest mit Vorträgen und Informationsständen über depressive Erkrankungen und deren Behandlung. Verschiedene Materialien wie Flyer und Ratgeberbroschüren für Betroffene und Angehörige informieren über Krankheitssymptome sowie Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Inte-

---

<sup>6</sup> Hegerl, U., Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A. (2003): Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention – Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“. Deutsches Ärztebl. 100, A 2732–2737, Heft 42.



ressierte Menschen und Personen, die sich unsicher sind, können anhand eines kurzen Fragebogens unter dem Titel *Nur „schlecht drauf“? Oder steckt eine Depression dahinter?* ermitteln, ob bei ihnen Zeichen einer Depression vorliegen. Plakate machen auf die Problematik aufmerksam und tragen zur Sensibilisierung für das Thema bei. Über Funk, Fernsehen und Printmedien (auch türkische) wird die breite Öffentlichkeit angesprochen. Ein besonderes Anliegen war es, bei der Gestaltung von Informationsmaterialien und Fortbildungsveranstaltungen auch kulturelle Hintergründe zu berücksichtigen, da in den unterschiedlichen Kulturkreisen vielfach völlig andere Vorstellungen von und Ausdrucksweisen zu Gesundheit und Krankheit vorliegen und es für den Behandlungserfolg wichtig ist, dass therapeutische Konzepte auf die Bedürfnisse dieser Personengruppe ausgerichtet sind.

Konkrete Beratungs- und Hilfsangebote finden Betroffene und deren Angehörige in der Depressionssprechstunde der Psychiatrischen Institutsambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus.

Erhebungsfragebogen für Ärztinnen und Ärzte sowohl in deutscher als auch in türkischer Sprache sollen dazu beitragen, eine Depression schnell und zuverlässig zu erfassen. Zudem werden Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zahlreichen Bündnispartner angeboten und Seminare u. a. für türkischsprachige Hausärztinnen und -ärzte durchgeführt.

### ▲ **Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“**

Durch eine sehr breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit wird die allgemeine und speziell die türkischsprachige Öffentlichkeit über das Thema Depression informiert.

Anhand verschiedener Materialien wird die Bevölkerung über die Erkrankung, deren Therapie sowie die bestehenden Hilfsangebote informiert. Da alle Informationen in türkischer Sprache vorliegen, erreichen die Informationen auch diese Bevölkerungsgruppe. Inzwischen liegen Ratgeberbroschüren in fünf weiteren Sprachen vor.

Ebenfalls niedrigschwellig angelegt ist ein kleiner Fragebogen, der über die Homepage des Berliner Bündnisses abgerufen werden kann und anhand dessen interessierte Personen zunächst einmal für sich ermitteln können, ob bei

ihnen tatsächlich Zeichen einer Depression vorliegen und eventuell ein Hilfebedarf besteht. Auf diese Weise werden auch Menschen erreicht, die sich diesbezüglich noch unsicher sind und/oder bislang den Gang zu einem Arzt bzw. einer Ärztin scheuten.

Die Einbeziehung türkischer Vereinigungen wie zum Beispiel der Arbeitskreis Türkischsprachiger PsychotherapeutInnen in Berlin in die Aktivitäten sowie der direkte Kontakt zu türkischen Gruppen, u. a. über die Türkische Gemeinde zu Berlin, ermöglichen einen Zugang zu dieser Personengruppe, die sonst nur schwer zu erreichen ist.

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ bietet verschiedene Fortbildungsveranstaltungen an. Im April 2005 fand das erste „Train-the-Trainer-Seminar“ statt. Inzwischen wurde eine zweite Veranstaltung durchgeführt – weitere sind in Planung. Die sehr gut besuchten eintägigen Fortbildungen bieten Platz für 14 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. In der Veranstaltung werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zahlreichen Bündnispartner vor allem aus den Bereichen Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialpädagogik ausgebildet und stehen dann als Referentinnen und Referenten für zukünftige Veranstaltungen zur Verfügung bzw. führen selber Seminare durch. Auf diese Weise gelingt es, das Wissen zum Thema „Depression“ in der jeweiligen Berufsgruppe weiterzuverbreiten und es in der Öffentlichkeit stärker publik zu machen. Interaktive Workshops für türkische sowie deutsche Hausärztinnen und -ärzte tragen dazu bei, das Wissen über die Erkrankung zu erweitern, eine Depression schneller zu erkennen und durch die Vermittlung kultureller Hintergründe die Versorgung türkischer Patientinnen und Patienten zu verbessern.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ ist bei seiner Konzeption insofern neue Wege gegangen, als es sich neben der Aufklärungsarbeit über das Thema Depression für die Allgemeinbevölkerung gezielt an die sonst nur schwer zu erreichende Personengruppe der Migrantinnen und Migranten wendet. Ebenfalls innovativ war dabei die Vorgehensweise, da man sich bei der Erstellung von Informationsmaterialien nicht allein auf eine inhaltliche Übersetzung

beschränkte, sondern zudem den kulturellen Kontext der türkischen Bevölkerung einbezog. Vielfach wird zu wenig beachtet, dass jeder Kulturkreis etwas anderes unter bestimmten Krankheitssymptomen – wie zum Beispiel Traurigkeit oder Depressivität – versteht und sich auch anders ausdrückt. Dies hat zur Folge, dass Professionelle ohne ein entsprechendes Hintergrundwissen aus den Symptombeschreibungen der Betroffenen unter Umständen nicht auf eine Depression schließen. Ebenso hat jede Kultur ihre ganz eigene Strategie, auf ein Symptom oder eine Krankheit zu reagieren, was ebenfalls bei der Behandlung einer Erkrankung berücksichtigt werden muss.

### **Kontakt**

Dr. med. Meryam Schouler-Ocak  
Psychiatrische Institutsambulanz der Charité  
im St.-Hedwig-Krankenhaus  
Große Hamburger Straße 5–11  
10115 Berlin  
Bundesland: Berlin  
Telefon: 030-2311-2120  
Telefax: 030-2311-2790  
E-Mail: [kontakt@berlinerbuendnisgegendepression.de](mailto:kontakt@berlinerbuendnisgegendepression.de)  
Website: [www.berlinerbuendnisgegendepression.de](http://www.berlinerbuendnisgegendepression.de)

## **Fitness für Kids**

### **Frühprävention im Kindergartenalter**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Multiplikation – Nachhaltigkeit – Evaluation

#### **Abstract**

Immer mehr Kinder in Deutschland sind übergewichtig und leiden unter Bewegungsmangel (Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Um dieser Entwicklung frühzeitig entgegenzuwirken, setzt das Projekt bereits im Kindergartenalter mit regelmäßiger gesundheitsorientierter Bewegungserziehung an. Die Maßnahme wird in Kitas in Berliner Bezirken mit unterschiedlicher Sozialstruktur durchgeführt. Durch eine entsprechende Anleitung und Qualifizierung der Erzieherinnen und Erzieher sind diese nach Projektabschluss in der Lage, die Bewegungserziehung selbstständig fortzusetzen. Damit wird das Projekt auf Dauer kostenneutral. Die Ergebnisse der Evaluation haben gezeigt, dass sich diese Bewegungsförderung äußerst positiv auf die motorische Entwicklung und den Gesundheitsstatus der Kinder auswirkt. Kinder aus sozial schwachen Familien profitierten in besonderem Maße von dieser Maßnahme.

#### **Hintergrund**

Immer mehr Kinder in Deutschland sind übergewichtig und leiden unter Bewegungsmangel. Die Ursachen hierfür sind in den veränderten Lebensgewohnheiten zu finden. Die nachteiligen Auswirkungen einer medienorientierten Welt auf das Spiel- und Freizeitverhalten von Kindern und Jugendlichen werden immer deutlicher. Viele Kinder sind zu passiven Konsumenten geworden und sind folglich körperlich zu wenig aktiv. Untersuchungen in Deutschland ergaben, dass sich Kinder durchschnittlich nur eine Stunde am Tag bewegen.

Dieser Bewegungsmangel, ein inzwischen anerkannter kardiovaskulärer Risikofaktor, führt zunehmend dazu, dass Kinder sowohl motorische Defizite als

auch eine verringerte körperliche Fitness aufweisen. In der Folge treten Risikofaktoren und Krankheiten wie erhöhter Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas und Diabetes mellitus, aber auch Schwächen des Stütz- und Bewegungsapparates häufiger bereits im Kindes- und Jugendalter auf.

Dass vielfach bereits zum Schulbeginn Defizite vorliegen, zeigen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, aber auch die Beobachtung der Sportlehrerinnen und Sportlehrer, die belegen, dass viele Kinder einfachste sportliche Übungen nicht mehr ausführen können.

Insofern war es das Anliegen der Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V. (BGPR), der Unfallkasse Berlin sowie der Universität Potsdam, ein Präventionskonzept zu entwickeln, das Kinder in einem Alter erreicht, in dem sie noch keine körperlichen Vorschädigungen und motorischen Defizite aufweisen.

## Vorgehen

Das zweijährige Pilotprojekt „Fitness für Kids“ hatte zum Ziel, den oben genannten Problemen durch eine regelmäßige gesundheitsorientierte Bewegungserziehung bereits im Kindergartenalter zu begegnen. Es sollte zu einem Zeitpunkt ansetzen, zu dem bei den Kindern noch keine Defizite und Vorschädigungen vorliegen. Diese Präventionsmaßnahme wurde zunächst in sechs Kitas mit 160 Kindern in verschiedenen Berliner Bezirken unterschiedlicher Sozialstruktur durchgeführt. Weitere sechs Kitas mit insgesamt 105 Kindern aus vergleichbaren sozialen Einzugsgebieten dienten als Kontrollgruppe. Um die Wirksamkeit dieser Maßnahme zu überprüfen, wurde das Projekt wissenschaftlich begleitet. Die Evaluierung dieser regelmäßigen Bewegungsförderung zeigte eindeutig, wie positiv sich diese Präventionsmaßnahme auf den Gesundheitszustand und die motorischen Fertigkeiten der Kinder ausgewirkt hat.

Die Intervention bestand in einem wöchentlichen Bewegungsprogramm (dreimal wöchentlich jeweils 45 Minuten), das zunächst einmal pro Woche von qualifizierten Übungsleitern und die zwei weiteren Male von den zwischenzeitlich geschulten Erzieherinnen durchgeführt wurde. Dabei ging es um eine vielfältige spielerische Bewegungserziehung, die neben der Freude an der Bewegung die motorischen Grundeigenschaften wie Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit und Geschicklichkeit der Kinder schulen sollte. Diese spielerischen

Übungen waren für jedes Kind leicht umsetzbar, einfach zu verstehen und erforderten keine großen Sprachkenntnisse. Insbesondere Bewegungsspiele mit Alltagsmaterialien (zum Beispiel Zeitungen, Fliegenklatschen, Spülschwämme etc.) erwiesen sich als sehr motivierend bei den Kindern und waren zugleich eine kostengünstige Alternative für teure Spiel- und Sportgeräte.

Neben der regelmäßigen Schulung der Übungsleiterinnen und -leiter vor Ort wurden Workshops unter dem Motto „Bewegungsspaß im Kindergarten“ angeboten, sodass diese nach einer anfänglichen Qualifizierungsphase in der Lage waren, die Bewegungserziehung ohne fremde Hilfe völlig selbstständig fortzusetzen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikation“

Im Rahmen des zweijährigen Projekts war es wichtig, neben der Förderung der Kinder auch die Dauerhaftigkeit der Maßnahme zu gewährleisten. Aus diesem Grund wurden die Erzieherinnen und Erzieher der jeweiligen Einrich-





tungen regelmäßig vor Ort geschult, indem sie an der Bewegungsstunde teilnahmen, die Übungsleiterinnen bzw. -leiter mit den Kindern durchführten. Die Übungsleiterinnen bzw. -leiter fungierten stets auch als Beratung für die Erzieherinnen und Erzieher. Anschließend war es ihre Aufgabe, das Gelernte in den ein bzw. zwei weiteren wöchentlichen Bewegungsstunden anzuwenden und mit den Kindern zu erproben. Um ihre Arbeit zu erleichtern, erhielten sie zahlreiche Arbeitsmaterialien. Zusätzlich erfolgte im Zuge von begleitenden Workshops eine weitere Qualifizierung der beteiligten Erzieherinnen und Erzieher, sodass diese das „Know-how“ erwarben, das Bewegungsprogramm selbstständig fortzusetzen. Den Nachweis ihrer Kenntnisse erbrachten sie in einer Lehrprobe. Auf diese Weise wurden kompetente Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebildet, die dieses Konzept selbstständig umsetzen und es innerhalb ihrer Einrichtung an andere Kolleginnen und Kollegen weitervermitteln können. Der kostenträchtige Übungsleiter bzw. die Übungsleiterin kann nach Beendigung des Projekts in neuen Kindergärten eingesetzt werden. Durch dieses Multiplikatorenkonzept kann der langfristige Fortbestand des Angebots nach einer anfänglichen Starthilfe kostenneutral gesichert werden (vgl. auch Guter Praxisbereich „Nachhaltigkeit“).



### ▲ Guter Praxisbereich „Nachhaltigkeit“

Durch die Qualifizierung und Verselbstständigung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erzeugt das Projektvorgehen Strukturen und Wirkungen, die unabhängig vom Gesamtprojekt über die Laufzeit hinaus fortwirken. Unter der Bedingung einer kontinuierlichen Durchführung in den Kindertagesstätten ist von überdauernden positiven Wirkungen auf die motorische Entwicklung der Kinder auszugehen. Die Tatsache, dass sich regelmäßig weitere Erzieherinnen und Erzieher aus Einrichtungen, die an dem Pilotprojekt beteiligt waren, für den Workshop „Bewegungsspaß im Kindergarten“ anmelden, zeigt, dass das Konzept der Multiplikatorinnen- und Multiplikatoren-schulung erfolgreich ist. Auch die Tatsache, dass dieses motivierende Bewegungsprogramm sehr gut bei den Kindern ankommt, sorgt für eine schnelle Verbreitung dieses einfachen und wirkungsvollen Konzepts. Auch die Nachfrage von Seiten der Eltern führt dazu, dass immer mehr Erzieherinnen und Erzieher auf diesem Gebiet aktiv werden.

Die Resonanz auf dieses Pilotprojekt hat dazu geführt, dass „Fitness für Kids“ inzwischen unter Leitung der Berliner Gesellschaft für Prävention und



Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V. in 49 Berliner Kindergärten (insbesondere in sozialen Brennpunkten im Bezirk Berlin-Mitte) durchgeführt wird und mittlerweile auch in den ersten Grundschulen seine Umsetzung findet. Inzwischen wird auf eine wissenschaftliche Evaluation verzichtet, da die Effizienz des Programms belegt ist.

Aus diesem Grund konnte die so genannte Qualifikationsphase durch den Übungsleiter bzw. die Übungsleiterin auf sechs Monate reduziert werden. Es ist geplant, stets weitere Kindergärten in das Projekt einzubeziehen und Erzieherinnen sowie Erzieher auszubilden. Weiterhin vorgesehen ist, in nächster Zukunft zusätzlich auch den Bereich „Gesunde Ernährung“ in das Gesamtkonzept aufzunehmen mit dem Ziel, die Kinder frühzeitig zu einem aktiven und gesunden Lebensstil zu motivieren.

### ▲ Guter Praxisbereich „Evaluation“

Das Projekt wurde im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung evaluiert. Das methodische Vorgehen beinhaltete eine Messung verschiedener gesundheitsbezogener Parameter vor und während der Intervention sowie die Messung motorischer Fertigkeiten. Um natürliche Entwicklungsprozesse bei den Kindern zu berücksichtigen, wurde eine Kontrollgruppe gebildet.

Die Evaluation beinhaltete zunächst eine Eingangsuntersuchung, bei der verschiedene medizinische und motorische Tests durchgeführt wurden. Die Untersuchungen zeigten, dass Kinder in diesem jungen Alter noch über einen guten Gesundheitsstatus verfügen. Hinsichtlich der Motorik ergab sich, dass die Kinder aus sozial benachteiligten Familien in allen motorischen Tests schlechter abschnitten als Kinder der Mittel- und Oberschicht. Bereits nach einem Jahr der Intervention zeigten sich Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe, die nach dem zweiten Jahr hochsignifikant ausfielen. Insbesondere bei der motorischen Entwicklung sowie dem diastolischen Blutdruck in Ruhe und bei Belastung wies die Interventionsgruppe deutlich bessere Ergebnisse als die Kontrollgruppe auf.

Besonders die Kinder aus sozial schwachen Familien profitierten von dieser Bewegungsförderung, da sich die anfänglichen schichtabhängigen Unterschiede am Ende der Projektzeit aufgehoben hatten. Des Weiteren wirkte sich dieses Konzept durch seinen starken integrativen Charakter nach Aussage der Erzieherinnen und Erzieher positiv auf die soziale Kompetenz der Kinder aus.

## **Kontakt**

Dr. Kerstin Ketelhut

Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation  
von Herz-Kreislaufkrankungen e. V.

Barkenhof 14

14163 Berlin

Bundesland: Berlin

Telefon: 030-8039415

Telefax: 030-8039826

E-Mail: [k.ketelhut@t-online.de](mailto:k.ketelhut@t-online.de)

Websites: [www.sport-berlin.de/bgpr](http://www.sport-berlin.de/bgpr)

[www.fitness-fuer-kids.de](http://www.fitness-fuer-kids.de)

# **Gesund essen mit Freude**

## **Kultursensibler Ernährungskurs mit praktischen Kocheinheiten**

### **Gute Praxisbereiche:**

Innovation – Setting – Partizipation

### **Abstract**

Immer mehr Kinder leiden unter Übergewicht. Sozial benachteiligte Kinder, insbesondere auch Kinder mit türkischem Migrationshintergrund, sind in besonderem Maße hiervon betroffen. Ziel des Projekts ist es, Müttern – als wichtigen Schlüsselpersonen für die Gesundheit ihrer Familien – theoretische und praktische Kenntnisse bezüglich gesunder Ernährung zu vermitteln und die Integration der erworbenen Kenntnisse in den Familienalltag zu erreichen. Zielgruppe sind Migrantinnen und ihre Familien; das Projekt wird an einer Berliner Grundschule in einem sozialen Brennpunkt durchgeführt. Durch die Verknüpfung von Familie und Schule werden partizipative Prozesse zur Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen im Alltag von Familien, die bislang Präventionsangebote wenig wahrnehmen, angestoßen. Über eine Änderung der Essgewohnheiten in den Familien wird der Grundstein für ein dauerhaft gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten der Kinder bis ins Erwachsenenalter hinein gelegt und dadurch ein Beitrag zur Verringerung ernährungsabhängiger chronisch degenerativer Erkrankungen geleistet.

### **Hintergrund**

Die Notwendigkeit primärpräventiver Interventionen zur Reduzierung des Risikofaktors Übergewicht und die Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens ist anerkannt. Dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Stadtteilen, insbesondere Kinder mit türkischem Migrationshintergrund, diesbezüglich einen besonderen Bedarf haben, ist belegt. Im Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten ihrer Kinder kommt Müttern eine wesentliche Rolle zu. Sie sind die Schlüsselpersonen, die im Bezug auf das Ernährungsverhalten ihrer Kinder eine einflussstarke und nachhaltig prä-

gende Funktion haben. Der Zugang zu Müttern mit Migrationshintergrund und schlechten Deutschkenntnissen gestaltet sich dabei zum Teil als schwierig.

## Vorgehen

Der Kurs „Gesund essen mit Freude“ wurde auf Initiative einer Schulsozialarbeiterin an einer Grundschule in einem sozialen Brennpunkt in Berlin durchgeführt. Die große Anzahl übergewichtiger Kinder veranlasste sie, sich mit dem Anliegen an Gesundheit Berlin zu wenden. Die Voraussetzungen für den Kurs wurden geschaffen und der BKK Bundesverband als Förderer des Modellprojekts gewonnen.

In Kooperation mit Lehrerinnen und Lehrern sowie Erzieherinnen und Erziehern der Schule wurde ein zehnwöchiger Kurs für Mütter zum Erlernen eines gesundheitsbewussten Ernährungsverhaltens durchgeführt. Im Rahmen von jeweils zweieinhalbstündigen Gruppengesprächen wurden Themen der gesunden Ernährung besprochen. In praktischen Einheiten wurden die Kenntnisse auf „heimische“ Rezepte angewendet. Bei der Realisierung des Angebots wurde dadurch der kulturelle Hintergrund der Familien besonders berücksichtigt. Dies soll die Integration der erworbenen Kenntnisse in den Alltag der Familien erleichtern.

Die teilnehmenden Mütter erhielten Gelegenheit, sich in der Gruppe mit ihren Alltagsgewohnheiten und Erfahrungen auseinander zu setzen. In einem partizipativen Ansatz wurden gemeinsam realistische Strategien für gesündere Ernährungsweisen entwickelt. Durch die Berücksichtigung kulturbedingter Ernährungsgewohnheiten konnte den Teilnehmerinnen die Integration der Kenntnisse in den Alltag der Familien erleichtert werden.

Ein zentrales Ziel des Kurses war es, den Kindern auch über das Elternhaus ein gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten zu vermitteln. Auch sollten die Voraussetzungen verbessert werden, die für die Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfelds in der Schule wichtig sind. Diese Bemühungen sollten im Einklang mit den kulturell geprägten Alltagsgewohnheiten der Familien stehen. Der Kurs wurde in enger Kooperation mit der Schule durchgeführt.

Der Kurs orientierte sich am prioritären Handlungsfeld der gesunden Ernährung und sollte Eltern motivieren, das im Kurs erworbene Wissen selbstständig anzuwenden und fortzuführen.

Insbesondere sollten

- gesundes Ernährungswissen und praktische Anwendung des Erlernten vermittelt werden,
- Gesundheitsverhalten wahrgenommen, verändert und stabilisiert werden,
- den Eltern und Kindern mit der Vermittlung gesunden Ernährungsverhaltens eine realistische und attraktive Gesundheitsalternative im Alltag eröffnet werden,
- das Verantwortungsbewusstsein der Eltern für ihre Gesundheit und die ihrer Kinder gefördert werden,
- die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Schule verbessert und damit Prozesse zur Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen im Setting Schule erleichtert werden,
- den Eltern eine Möglichkeit zur partizipativen Teilnahme an gesundheitsfördernden Aktivitäten der Schule eröffnet werden.

Durch die Verknüpfung der Settings Familie und Schule wurde auf eine nachhaltige Integration gesundheitsfördernden Verhaltens gezielt.

Der interkulturelle Kurs ging auf folgende Inhalte ein:

- Schulung zur gesunden und ausgewogenen Ernährung,
- Identifikation von günstigen und ungünstigen Ernährungsverhalten und Ernährungsgewohnheiten,
- gesunde und ausgewogene Ernährung von Kindern,
- Strategien zur Bewältigung von Alltagsproblemen im Zusammenhang mit der Ernährung des Kindes,
- Erkennen von Ess-Störungen und Möglichkeiten der Vorbeugung bzw. Hilfestrukturen.

Durch die Kooperation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Schule und Nutzung bzw. Förderung der sozialen Kontakte an der Schule wurde eine Intervention im Setting verfolgt. Erfahrungen und Potenziale der Familie sollten für die Gestal-



tung einer gesundheitsförderlichen Umwelt in der Schule erschlossen werden. Neben dieser Verhältnisorientierung wurde durch Gruppengespräche sowie durch Informationen und Erläuterungen der Kursleiterin die Förderung des individuellen gesundheitsbewussten Verhaltens verfolgt. Die erworbenen Kenntnisse wurden unmittelbar in praktischen Kochübungen umgesetzt.

Die Teilnehmerinnen wurden über die Risiken falscher Ernährung, insbesondere für die Entwicklung von Kindern, informiert. Die Essgewohnheiten und das Ernährungsverhalten in der Familie wurden im Gruppengespräch überprüft und Bewältigungsstrategien für problematische Alltagssituationen entwickelt.

Der Kurs wurde von einer ausgebildeten Fachkraft (Ökotrophologin) durchgeführt. Sie hat das Kurskonzept gemeinsam mit türkischen Migrantinnen entwickelt und im Rahmen des Kurses ein Kiezkochbuch erstellt. Diese Erfahrungen und Kenntnisse ermöglichten ihr die zielgruppengerechte Umsetzung der kultursensiblen Koch- und Ernährungskurse. Die Teilnahme und die Durchführung der Gruppengespräche wurden dokumentiert.



Die Teilnehmerinnen erhielten das Kiezkochbuch und weiterführende Kursunterlagen zur Verfügung gestellt. Der Erfolg des Kurses wurde in einer abschließenden Befragung der Teilnehmerinnen evaluiert.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation“

Das gemeinsam mit der Zielgruppe entwickelte Kurskonzept wurde mit Unterstützung des BKK Bundesverbands veröffentlicht. Kursmanual und Kursmaterialien werden interessierten Akteuren frei im Internet und als Druckausgabe zur Verfügung gestellt. Somit können Stadtteilzent-

ren, Krankenkassen, Gesundheitsämter, Lehrerinnen und Lehrer, Ernährungsberaterinnen und -berater oder soziale Projekte dieses kultursensible Angebot übernehmen. Dadurch konnte das Angebot auch in anderen Schulen (zum Beispiel im Rahmen von „Anschub.de“) durchgeführt werden, um Eltern für dieses Thema an der Schule zu gewinnen. Darüber hinaus konnte der Ansatz in andere Projekte (zum Beispiel AWO Hippy) integriert werden.

Im Zuge der Verbreitung des Ansatzes wurde neben den Kursangeboten auch ein weiteres Medium im Sinne des Projektgedankens genutzt: Kochrezepte, die die Frauen entwickelt hatten, wurden im türkischsprachigen Fernsehen für Zuschauer in Deutschland vorgestellt. Eine Woche lang wurden die Rezepte jeden Vormittag im Studio nachgekocht und durch Expertengespräche und eine türkischsprachige Telefonhotline begleitet. Die Sensibilisierung für Ernährungsverhalten in Familien mit Migrationshintergrund wurde auf diese Weise in einem für die Zielgruppe wichtigen Medium aufgenommen. Als Expertinnen und Experten wurden wichtige Akteurinnen und Akteure (Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassenvertreterinnen und -vertreter, kultursensible Beratungsstellen, Politikerinnen und Politiker etc.) mit einbezogen. Auf diesem Weg konnte die türkische Community zielgruppengerecht zum Thema Ernährungsverhalten angesprochen werden. Die Resonanz auf die Sendung und die Hotline ermutigte Akteurinnen und Akteure, entsprechende Angebote zu initiieren bzw. im weiteren Verlauf zu unterstützen.

Der Kurs wurde als primärpräventives Angebot der BKK anerkannt, das heißt Versicherte dieser Kassen erhalten Zuschüsse zu einer etwaigen Kursgebühr.

### ▲ Guter Praxisbereich „Setting“

In Kooperation mit der Sozialarbeiterin und der Schulleitung konnte im Setting Schule ein Raum geschaffen werden, in dem den teilnehmenden Frauen Gelegenheit gegeben wurde, ihre jeweilige Alltags- und Lebenssituation einzubringen (zum Beispiel kulturelle Wahrnehmung von Essen, Essgewohnheiten, Kochgewohnheiten) und in der Gruppe zu reflektieren. Über das eigentliche Interventionsziel hinaus die Ernährungsgewohnheiten im System der Familie zu beeinflussen, entstand durch den Kurs ein Platz innerhalb der Schule, in dem die Teilnehmerinnen ein gemeinsames Engagement entwickelten. Die Projektverantwortlichen beschreiben insbesondere diesen Aspekt als tragend für den Erfolg: Das Medium Essen und Kochen in der Familie wurde letztlich zu einem Vehikel für die gemeinsamen Prozesse der Teilneh-

menden, die in ihren positiven Auswirkungen wiederum unmittelbaren Einfluss auf die sozialen Strukturen des Settings Schule nahmen. So entwickelte sich allmählich ein Kontakt der Mütter zu Mitarbeiterinnen der Schule. Bislang waren die Frauen, teils auf Grund ihrer schlechten Deutschkenntnisse, hier eher zurückhaltend. Erstmals beteiligten sich die Mütter an einem Schulfest anlässlich der Einweihung des neuen Spielplatzes. Hervorzuheben ist an diesem Projekt auch, dass dieser Prozess im Rahmen der Begegnung von vier Kulturen (einschließlich der deutschen Kultur) zustande gekommen ist, was auch unter dem Blickwinkel Zusammenleben der Kulturen im „Stadtteil“ wie auch „interkulturelle Kompetenz“ als Erfolg zu bewerten ist.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Die Mütter bestimmen die Themen des Kurses, indem sie ihren Alltag und ihre Gewohnheiten – zum Beispiel Probleme in der Erziehung der Kinder oder in der Bewältigung der Migrationssituation – einbringen. Dabei erwies sich das Thema „Ernährung für Frauen mit Migrationshintergrund“ als besonders geeignet, weil es an einen positiv besetzten Aspekt ihres Lebens anknüpft. Vor diesem thematischen Hintergrund gelang die Erörterung vor-





handener problematischer Lebenssituationen und die gemeinsame Entwicklung adäquater Lösungsstrategien. Durch die Berücksichtigung vorhandener Kompetenzen wurde mit dem Angebot auf eine Stärkung des Selbstwertgefühls der Teilnehmerinnen gezielt. Voraussetzung für das Gelingen des partizipativen Prozesses sind laut den Projektverantwortlichen die „nicht belehrenden“ Vermittlungsformen und das Einräumen von ausreichend Platz für die entstehenden Gruppenbildungsprozesse. Die Zusammensetzung der Gruppe ermöglichte zusätzlich ein interkulturelles Lernen. Aus den Diskussionen gewann auch die teilnehmende Schulsozialarbeiterin wichtige Erkenntnisse zum kulturellen Hintergrund der Schülerinnen und Schüler. Erfahrungen und Ergebnisse der Gruppe wurden in einem Leitfaden zur Durchführung kultursensibler Ernährungskurse dokumentiert.

Neben einer Verbesserung des Ernährungsverhaltens der Kinder erörterten die Mütter auch die Situation ihrer Kinder in der Schule und gaben Hinweise zur Verbesserung des Hortessens bzw. zur kultursensiblen Gestaltung der Mahlzeiten. Daraus entwickelte sich auch ein Erfahrungsaustausch mit der Berliner Vernetzungsstelle Schulverpflegung – einem Gremium, in dem Senatsverwaltungen, Schulen und Krankenkassen sich um die gesundheitsgerechte Gestaltung des Essens in Ganztagschulen bemühen.

Ein weiterer wesentlicher Hinweis auf den Erfolg der partizipativen Prozesse ist das Fortbestehen der Gruppe und die Fortführung des Angebots unabhängig von den in der Modellphase gewährten Zuwendungen.

### **Kontakt**

Tülin Duman  
Gesundheit Berlin  
Friedrichstraße 231  
10969 Berlin  
Bundesland: Berlin  
Telefon: 030-44319084  
Telefax: 030-44319063  
E-Mail: [duman@gesundheitberlin.de](mailto:duman@gesundheitberlin.de)  
Website: [www.saglik-berlin.de/ernaehrungskurs.html](http://www.saglik-berlin.de/ernaehrungskurs.html)

Weitere Materialien zum Download – wie das Kiezkochbuch oder das Handbuch für den Kurs – unter <http://www.saglik-berlin.de/materialien.html>

## **IdeFix – Rund um den Hund**

### **Gute Praxisbereiche:**

Empowerment – Innovation und Nachhaltigkeit – Niedrigschwellige Arbeitsweise

### **Abstract**

Auch wenn der Konsum von Opiaten wie zum Beispiel Heroin in der Bevölkerung insgesamt eher gering verbreitet ist und sich laut aktuellem Drogenbericht der Bundesregierung die Anzahl der Drogentodesfälle auf dem niedrigsten Stand seit 16 Jahren befindet, besteht dennoch dringender Handlungsbedarf, da hier große gesundheitliche und soziale Probleme bestehen. Im gesundheitlichen Bereich steht vor allem das Risiko, an einer Hepatitis C oder einer HIV-Infektion zu erkranken, im Vordergrund. Nicht zu unterschätzen sind jedoch auch die den Drogenkonsum oftmals begleitenden Schwierigkeiten wie Langzeitarbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und/oder Beschaffungsprostitution und deren Folgen für die körperliche, seelische und soziale Gesundheit der Betroffenen.

Fixpunkt, eine gemeinnützige Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge und sozialintegrierende Hilfen für suchtmittelabhängige Menschen mbH, hat sich dieses Problems angenommen und führt verschiedene Projekte für Drogenabhängige und substituierte Menschen durch, u. a. auch das Projekt „IdeFix – Rund um den Hund“. Ziel des Projekts ist es, die gesundheitliche und soziale Situation von substituierten drogenabhängigen Menschen zu verbessern, den (Wieder-)Aufbau sozialer Kompetenzen und die (Wieder-)Eingliederung in das Berufsleben zu fördern sowie langfristig durch das Aufbrechen von Suchtstrukturen den Rückfall in die Abhängigkeit zu vermeiden. Der Hund leistet hierbei eine große Hilfe, da viele (substituierte) Drogenabhängige Besitzer eines Hundes sind und es über das Tier gelingt, einen ersten Zugang zu dieser oftmals nur schwer zu erreichenden Personengruppe zu bekommen.

IdeFix bietet Drogenabhängigen oder Substituierten die Möglichkeit einer Betreuung für ihren Hund – zum Beispiel während eines Krankenhaus- oder Therapieaufenthaltes – sowie ein Beschäftigungs- und Qualifizierungsange-

bot. Wie die große Nachfrage bei IdeFix zeigt, besitzt das Projekt eine hohe Akzeptanz in der Drogenszene.

## Hintergrund

In Berlin leben nach Angaben der Landesstelle Berlin für Suchtfragen e.V. schätzungsweise 7000 bis 8000 intravenös polytoxisch konsumierende Drogenabhängige. Annähernd 10 % davon sind schwerstabhängig und weisen gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Da die Beschäftigung mit der Droge, deren Beschaffung und Konsum den Tagesablauf beherrscht und die ökonomische Situation eher schlecht ist, bleibt oftmals wenig Zeit und Geld für eine gesunde Ernährung, für Körperhygiene, adäquate Kleidung oder Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge. In Krisensituationen wird eine medizinische Hilfe zum Beispiel aus Angst vor Strafverfolgung vielfach nicht in Anspruch genommen.

Die soziale Situation der Drogenabhängigen ist ebenfalls vergleichsweise schlecht. Ein Großteil besitzt keinen Schulabschluss, ist arbeits- bzw. erwerbslos, lebt in schlechten Wohnverhältnissen und ist auf Sozialhilfe angewiesen. Aufgrund des niedrigen Einstiegsalters in den Drogenkonsum, das laut Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz zwischen dem 14. und 17. Lebensjahr liegt, werden die in dieser Zeit anstehenden Entwicklungsaufgaben nicht bewältigt. Zu diesen gehören der Aufbau sozialer Kompetenzen und Bewältigungsstrukturen, der Erwerb eines Schulabschlusses und die Entwicklung einer eigenen Lebensperspektive sowie das Erlernen wichtiger Kompetenzen für die spätere Berufstätigkeit wie Ausdauer, Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit.

Ein Ausweg aus der Situation ist für die Betroffenen nur schwer zu finden, da infolge der Arbeitslosigkeit wenig Tagesstruktur vorhanden ist, wichtige soziale Kompetenzen zur Bewältigung des Alltags fehlen und zudem kaum soziale Kontakte außerhalb des Drogenmilieus bestehen. Aufgrund der hohen Kosten, die durch den Drogenkonsum entstehen, bleibt für viele Betroffene nur der Weg über die Beschaffungskriminalität und/oder Prostitution, was die Situation zusätzlich verschärft. Eine Möglichkeit, den Alltag und die Zukunft neu auszurichten, bietet die Substitution durch Ersatzstoffe wie Methadon, Polamidon oder Subutex, jedoch sind flankierende Maßnahmen unerlässlich, um Suchtstrukturen aufzubrechen und eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen.

Ein Tier, vor allem der Hund, ist für zahlreiche Drogenabhängige und Substituierte ein sehr wichtiger sozialer und emotionaler Stabilisierungsfaktor und besitzt einen hohen Stellenwert, da viele Konsumentinnen und Konsumenten ohne eine partnerschaftliche Beziehung leben. Annähernd jeder zweite Betroffene bzw. jede zweite Betroffene ist Hundebesitzer(-in), sodass die Personengruppe sehr gut über dieses Medium zu erreichen ist. Dass in der Vergangenheit manche drogenabhängige Tierbesitzerinnen und -besitzer Schwierigkeiten hatten, ihr Tier zum Beispiel für die Zeit eines Drogenentzugs unterzubringen, war Anlass des Vereins Fixpunkt, das Projekt „IdeFix“ ins Leben zu rufen. Inzwischen hat sich die Angebotspalette von IdeFix deutlich vergrößert, und der Service wird sowohl von Personen aus der Szene, aber auch von Menschen, die mit Drogen jeglicher Art bislang nie etwas zu tun hatten, in Anspruch genommen. Bis zu 20 substituierte Menschen können im Rahmen des Projekts beschäftigt werden. Als Standort wählte das Projekt Räumlichkeiten unmittelbar am Kottbusser Tor und damit mitten in der größten Drogenszene Berlins.

## Vorgehen

Das Projekt startete im Jahr 2002 zunächst mit einem eher kleinen Serviceangebot und in sehr beengten Räumlichkeiten. Seitdem ist viel geschehen, denn die Nachfrage an den Serviceleistungen sowie den Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für substituierte Menschen ist kontinuierlich gestiegen und machte einen Umzug in größere und dem Bedarf besser entsprechende Räumlichkeiten erforderlich. Das Projekt richtet sich vor allem an substituierte drogenabhängige Menschen, seit 2005 ist IdeFix jedoch auch offen für alle sozial Benachteiligten und bietet eine Reihe an Unterstützungsmöglichkeiten: So übernehmen Projektmitglieder die Betreuung des Tieres, wenn drogenabhängige und substituierte Betroffene sich zum Beispiel wegen einer Entgiftungstherapie oder eines Krankenhausaufenthaltes in Einrichtungen befinden, in denen die Mitnahme von Hunden nicht gestattet ist.

Ebenso wird ein umfangreiches Serviceangebot „rund um den Hund“ vorgehalten. Dieses beinhaltet Tierbetreuungsdienste, zum Beispiel für Seniorinnen und Senioren, die abends mit ihrem Hund nicht mehr allein auf die Straße wollen. Ferner gibt es Beratungsangebote zur Hundepflege und -haltung oder zur Durchführung von Halter- und Betreuerschulungen sowie einen Vermittlungsservice von Hunden und Hundeschulen, tierärztliche Beratungen und Untersuchungen oder Rechtsberatungen. Einen weiteren wichtigen Anteil

nimmt die Gestaltung und Herstellung von Hundeaccessoires und Hundekissen durch die Substituierten ein. Betreut werden die Maßnahmen von Sozialarbeitern bzw. -arbeiterinnen, einer Betriebswirtin und externem Lehrpersonal. Durch die Arbeitsaufgaben werden die Betroffenen ihren Interessen und Möglichkeiten entsprechend an „arbeitsmarktaugliche Tugenden“ wie Kontinuität und Übernahme von Verantwortung herangeführt und qualifiziert. Zudem trägt die eigenständige Koordination und Durchführung des Hundesitterdienstes zur Stärkung des Selbstwertgefühls bei und verbessert die Fähigkeit zur Selbstorganisation. Der Erlös aus dem Verkauf der Hundartikel kommt wieder dem Projekt zugute.

Seit dem 1. 7. 2005 wird IdeFix durch den Europäischen Sozialfond gefördert. Damit liegt der Schwerpunkt des Projekts auf dem Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebot für substituierte Menschen. Die Qualifizierungsmaßnahme umfasst eine individuelle Berufsplanung, eine berufsbezogene psychosoziale Betreuung, Bewerbungstrainings sowie die Vermittlung und sozialpädagogische Betreuung in Praktika bzw. Probearbeitsverhältnisse oder Erwerbstätigkeit. Sie wird von qualifizierten, in diesem Arbeitsfeld berufserfahrenen internen und externen Lehrkräften durchgeführt, die zudem Erfahrung im Umgang mit dieser Zielgruppe besitzen.

Eine weitere Aufgabe des Projekts besteht darin, von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten frequentierte Plätze in Berlin zu reinigen und herumliegende gebrauchte Spritzen im Quartier einzusammeln und fachgerecht zu entsorgen. Damit leistet das Projekt einen wichtigen Beitrag zur Gemeinwesenarbeit, trägt zur Akzeptanz der Zielgruppe bei und damit zur Entspannung in diesem sozialen Brennpunkt. Zusätzlich informiert das Projekt seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch über Gesundheitsthemen wie zum Beispiel gesunde Ernährung, Hygiene, Aids-Prävention oder den Umgang mit Spritzenmaterial.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Die Betroffenen werden über das Medium Hund an verschiedene Bereiche herangeführt, die für eine spätere Erwerbstätigkeit von Bedeutung sind und die dazu beitragen, den Alltag zu strukturieren.

Nach einer ersten Kontaktaufnahme der Substituierten mit den Hundebesitzern, die sich bei IdeFix melden, führen diese die gesamte weitere Planung

und Durchführung des Hundesittings eigenverantwortlich durch. Dazu gehören Vereinbarungen über die Abholzeiten des Hundes, den Treffpunkt, die Koordination der Termine und der Austausch mit den Hundebesitzern etc. Die Substituierten lernen auf diese Weise, sich und ihre Arbeit zu organisieren.

Der Schwerpunkt des Projekts liegt in der Qualifizierung der Zielgruppe. Menschen mit Drogen- oder Suchtproblemen erhalten passgenaue Hilfen und Maßnahmen zur beruflichen Orientierung, Qualifizierung und Integration. Über Fortbildungen wird die Zielgruppe befähigt, Beratungen zu hundеспеzi-fischen Themen durchzuführen bzw. Kunden an andere Ansprechpartner weiterzuvermitteln. Ebenso werden die Substituierten angelehrt, Hundartikel wie zum Beispiel Hundekuchen, Hundehalsbänder etc. herzustellen und diese zu verkaufen, was auch Tätigkeiten wie zum Beispiel Buchhaltung, die Verkaufsleitung oder den Umgang mit PC und Internet einschließt.

Dass das Projekt mit diesem Konzept erfolgreich arbeitet, zeigen die vielen Nachfragen zum Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebot, der hohe Anteil an Stammkunden, die auf das Service-Angebot zurückgreifen, und der gute Ruf, den das Projekt bei den Hundebesitzern genießt; so ist zum Beispiel der Hundesitterdienst meist komplett ausgebucht.

### **▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“**

Das Projekt IdeFix ist ein gutes Beispiel dafür, wie es gelingen kann, auch Menschen in schwierigen Lebenslagen zu erreichen und neue Lebenskonzepte in deren Alltag zu verankern. Die Projektakteurinnen und -akteure hatten die Idee, sich die Tatsache zunutze zu machen, dass jeder zweite Drogenabhängige bzw. jede zweite Drogenabhängige zugleich Hundebesitzer(-in) ist. Über das Medium Tier konnte damit der erste Schritt getan werden, mit einem Teil der Zielgruppe in Kontakt zu kommen. Vor allem Hunde sind oftmals der einzige soziale Kontakt dieser Menschen; die Bindung zu ihnen ist daher sehr groß. Das Projekt orientiert sich dabei nicht an den Defiziten der Zielgruppe, sondern knüpft an deren Fähigkeiten und Interessen an, indem die Aktivitäten stets in einem engen Zusammenhang zu den Tieren stehen. So wird zum Beispiel das Wissen und die Erfahrung der Substituierten im Umgang mit den Hunden in die Beratungsangebote eingebracht, was u.a. zur Stärkung des Selbstbewusstseins beiträgt und sie wieder an Disziplinen wie Verantwortung, Pünktlichkeit oder Kontinuität heranführt. Dies ist für die weitere Erwerbstätigkeit von Vorteil.

Durch den regelmäßigen Kontakt zur Institution und zu Menschen außerhalb der Drogenszene gewinnen die Betroffenen zudem an Stabilität und sehen positive Lebensbeispiele.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Die Projektinitiatoren haben als Standort die Gegend um das Kottbusser Tor gewählt – einen sozialen Brennpunkt in Berlin und Aufenthaltsort vieler Drogenabhängiger –, sodass diese ohne viel Aufwand mit IdeFix in Kontakt treten und Beratung oder Hilfe für sich selbst oder für ihr Tier holen können.

Substituierten Menschen bietet IdeFix ein Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebot und damit die Möglichkeit, nach oftmals jahrelanger Arbeits- oder Beschäftigungslosigkeit langsam ihre Fähigkeiten, Kompetenzen und so genannte sekundäre Arbeitstugenden wie Verbindlichkeit, Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit (wieder) aufzubauen. Die Aktivitäten sind niedrigschwellig gehalten und orientieren sich durch ihre hundespezifische Ausrichtung an den bestehenden Fähigkeiten und Ressourcen der Zielgruppe. Zudem sind sie in Form und Umfang den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen und deren aktueller Leistungsfähigkeit angepasst. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Beschäftigungs- und Qualifizierungsprogramms können nach und nach ein realistisches Bild von sich selbst entwickeln und neue Perspektiven für sich erarbeiten.

#### **Kontakt**

Sören Sörensen  
IdeFix, Fixpunkt gGmbH  
Dresdener Str. 20  
10999 Berlin  
Bundesland: Berlin  
Telefon: 030-69565-881  
Telefax: 030-69565-883  
E-Mail: [idefix@fixpunkt.org](mailto:idefix@fixpunkt.org)  
Website: [www.fixpunkt.org](http://www.fixpunkt.org)

## **Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt**

### **Gute Praxisbereiche:**

Multiplikatorenkonzept – Partizipation – Settingansatz

### **Abstract**

Die Umwelt spielt für die Gesundheit von Menschen in vielerlei Hinsicht eine Rolle. Schadstoffe in Wasser, Luft, Boden oder in Lebensmitteln können zu verschiedenen Erkrankungen führen. Ebenso beeinflusst die Wohnumgebung das Wohlbefinden der Menschen.

Der Umgebungsfaktor ist vor allem für Menschen mit niedrigem Sozialstatus von Bedeutung, denn vielfach leben sie unter ungünstigen Bedingungen, die u. a. gekennzeichnet sind durch beengten Wohnraum und eine Lage an verkehrsreichen Straßen mit hoher Schadstoff- bzw. Lärmbelastung sowie erhöhter Unfallgefahr. Grün- und Freiflächen sind hingegen wenig vorhanden. Kinder stellen eine besonders zu schützende Personengruppe dar, denn sie reagieren besonders sensibel auf Umwelteinflüsse und können sich zudem Belastungssituationen meist schwerer entziehen als Erwachsene (Aktionsplan Umwelt und Gesundheit, APUG – <http://www.apug.de/apug/index.htm>).

Im Rahmen der Lokalen Agenda 21 und dem Gesunde-Städte-Netzwerk entstand die Idee zum Projekt „Kiezdetektive“. Das Projektziel besteht darin, Kinder im Alter zwischen sechs und 14 Jahren an den Umsetzungsstrategien einer nachhaltigen Stadtentwicklung zu beteiligen. In dem Projekt erkunden Kinder ihr Wohnumfeld mit all seinen Gesundheitsgefahren, aber auch mit seinen „Schätzen“. Sie lernen, sich mit ihrer Lebensumwelt auseinanderzusetzen, Zusammenhänge zwischen Wohnbedingungen, Gesundheit und Wohlbefinden zu erkennen und aktiv ihre Umwelt mitzugestalten. Die Kinder werden auf diese Weise an Politik herangeführt und für gesundheits- und umweltbezogene Fragestellungen sensibilisiert. Die Erfahrung, selbst Einfluss nehmen zu können, stärkt zudem das Selbstbewusstsein und das eigenverantwortliche Handeln.



Im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg lief das Projekt erstmals 1999. Seitdem haben sich dort 400 Kinder aus Schulen, Kitas und anderen Einrichtungen beteiligt.

Friedrichshain-Kreuzberg ist der kleinste Berliner Bezirk mit der höchsten Bevölkerungsdichte (Statistisches Landesamt 2002). Er hat den niedrigsten Sozialindex, die höchste Arbeitslosenquote, den zweithöchsten Anteil an Sozialhilfeempfängerinnen/-empfängern und Migrantinnen/Migranten sowie Wohnungen mit einer hohen Belegungsdichte. Im Vergleich mit anderen Bezirken sind die Einwohner hier den größten sozialen und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt.

Als Ergebnisse des Projekts konnten u. a. konkrete Verbesserungsmaßnahmen im Setting Stadtteil erzielt werden. Dazu zählen die Instandsetzung von Spielplätzen, eine nutzerfreundliche Gestaltung von Freiflächen oder auch generationsübergreifende Nachbarschaftsaktivitäten.

Das Projekt erhielt im Juni 2000 den Gesunde-Städte-Preis der Bundesrepublik Deutschland.

## Hintergrund

Der Bereich „Umwelt und Gesundheit“ umfasst eine breite Themenpalette. Gemäß der Definition des WHO-Regionalbüros für Europa gehören hierzu „sowohl die direkten pathologischen Auswirkungen von Chemikalien, Strahlungen und gewissen biologischen Organismen als auch die Auswirkungen physischer, psychosozialer und ästhetischer Faktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden [ebenso] wie Wohnungswesen, Stadtentwicklung, Raumplanung und Transport“ (Umwelt und Gesundheit. Die europäische Charta mit Kommentar, Kopenhagen 1990). Das Thema „Kindergesundheit“ besitzt international im gesundheitsbezogenen Umweltschutz einen hohen Stellenwert: So hatten die G8-Umweltminister bereits 1997 die Verbesserung des Schutzes von Kindern gegenüber Umweltbelastungen eingefordert (Erklärung der G8-Umweltministertreffen von 1997, Miami-Declaration). 198 Staaten unterzeichneten die UNO-Konvention über die Rechte von Kindern, in denen u. a. gefordert wird, dass Kinder das Recht auf den höchsten Standard an Gesundheit und Gesundheitseinrichtungen sowie das Recht auf eine sichere Umgebung haben (APUG 2006). 2004 wurde auf der 4. Konferenz der europäischen Umwelt- und Gesundheitsminister der WHO ein Europäischer

Aktionsplan für Kinder, Umwelt und Gesundheit verabschiedet, der diese Forderung unterstreicht.

Gleichzeitig wird der Einfluss der Umwelt auf Gesundheit und Wohlbefinden, speziell bei Kindern, im täglichen Leben vielfach unterschätzt. Teilweise ist dies auf Informationsdefizite zurückzuführen, teilweise liegt es an einem fehlenden Gefahrenbewusstsein. Zusammenhänge zum Beispiel zwischen Schadstoffbelastungen, Lärm oder beengten Wohnverhältnissen und Gesundheit/Wohlbefinden sind nicht immer offensichtlich, und Auswirkungen treten vielfach erst nach längerer Zeit auf. Vor allem für Kinder kann dies problematisch werden, da sie sich noch im Wachstum befinden und aufgrund der Besonderheiten des kindlichen Organismus sehr sensibel auf Umwelteinflüsse reagieren. Zwar ist die Entstehung chronischer Erkrankungen durch viele Faktoren bedingt, jedoch treten zum Beispiel infektiöse Atemwegserkrankungen in Belastungsgebieten deutlich häufiger auf.

Auch eine hohe Lärmbelastung an verkehrsreichen Straßen kann den Schlaf beeinträchtigen, was sich am Tag auf die Konzentrationsfähigkeit des Kindes und damit auf dessen kognitive Leistungen auswirken kann (APUG). Unzureichende Spiel- und Bewegungsflächen sowie ein hohes Verkehrsaufkommen beeinträchtigen die Kinder in ihren Bewegungsmöglichkeiten und tragen mit dazu bei, dass Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Haltungsschäden oder Defizite in der Motorik stark zugenommen haben. Aber auch andere Faktoren aus der Umwelt werden von Kindern intensiv wahrgenommen und haben Einfluss auf ihr Wohlbefinden im Quartier. Hierzu zählen beispielsweise die Sauberkeit auf Spielplätzen.

Vor diesem Hintergrund kommt der gesundheitsförderlichen Gestaltung des Wohnumfelds für alle Bewohnerinnen und Bewohner eine besondere Bedeutung zu. Um den speziellen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen besser gerecht werden zu können, sollten diese bereits in die Planungs- und Gestaltungsphase eines Projekts einbezogen werden, wie dies bei den „Kiezdetektiven“ gelungen ist.

## Vorgehen

In Friedrichshain-Kreuzberg wird das Projekt „Kiezdetektive“ von der Plan- und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamtes, Gesundheit Berlin und dem BKK Bundesverband durchgeführt. Es hat zum Ziel, die Lebensqualität spe-

ziell von Kindern in einem Bezirk mit besonderem Entwicklungsbedarf durch gesundheitsbezogene Aktivitäten zu verbessern und sozial benachteiligte Kinder an das Thema Gesundheitsförderung heranzuführen.

Einschulungsuntersuchungen in Kreuzberg haben gezeigt, dass bei den Kindern erhebliche Defizite im Bereich der Sprachentwicklung, Wahrnehmungs- und Konzentrationsmängel, allgemeine Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten zu finden sind. Dennoch verfügt der Bezirk auch über wertvolle Ressourcen. So besteht dort eine große Vielfalt an Kulturen, das Durchschnittsalter ist niedrig, es gibt ein hohes Potenzial an Selbsthilfe, gute nachbarschaftliche Kiezstrukturen, eine reiche Projektlandschaft und eine lange Tradition der Bürgerbeteiligung.

Aufbauend auf diese Tradition und im Hinblick auf die gesundheitliche Situation von Kindern war es die Idee der Projektinitiatoren, Kinder und Jugendliche als Expertinnen bzw. Experten in eigener Sache in die Planungs- und Entscheidungsprozesse der Stadtentwicklung einzubeziehen.

Am ersten Projektdurchlauf beteiligten sich drei Schulklassen mit Kindern im Alter zwischen sechs und 14 Jahren. Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurden insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien, vielfach mit Migrationshintergrund, berücksichtigt. Die Schulklassen entwickelten zunächst Fragestellungen, anhand derer sie ihr Wohngebiet unter die Lupe nehmen wollten.

Ausgerüstet mit Kiezdetectiv-Ausweisen, Stirnbändern, Buttons und Fotoapparaten durchstreiften sie dann ihren Stadtteil, um Problembereiche und „Schätze“ in ihrem Kiez aufzuspüren. Die Ergebnisse der Begehung verdeutlichten die breite Palette an Umweltfaktoren und zeigten, wie sensibel Kinder ihr Wohngebiet wahrnehmen. Die Mängelliste reichte von kaputten Spielgeräten, herumliegendem Hundekot und Müll, mit Graffiti beschmierten Wänden über fehlende Freizeiteinrichtungen, gewaltbereite Jugendliche und Erwachsene, Drogenhändler, die offen ihre Ware verkauften, bis hin zur fehlenden Ampel, um zur Schule zu gelangen. Aber auch die positiven Seiten, wie zum Beispiel ein schöner und sauberer Spielplatz mit attraktiven Spielgeräten, der immer freundliche Besitzer eines Gemüseladens, ein Park mit bunten Blumen, mit Tieren und einem Minigolfplatz oder Wachleute, die in einer Siedlung mit ihrem Hund spazieren gingen, wurden in den Notizheften festgehalten.

Im Anschluss an die Kiezbegehung wurden die Ergebnisse im Unterricht ausgewertet und in Form einer Ausstellung präsentiert.

Auf einer Kinderversammlung stellten die Kinder den verantwortlichen Bezirkspolitikerinnen und -politikern eine „rote Liste“ mit den vorgefundenen Missständen und eine „grüne Liste“ mit positiven Aspekten samt Forderungen und Lösungsvorschlägen vor. Sechs Monate später erfolgte eine Nachbefragung, die thematisierte, welche der Maßnahmen inzwischen umgesetzt werden konnten.

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Das Projekt „Kiezdetektive“ legt besonderen Wert auf die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Um sicherzustellen, dass das Projekt auch in anderen Stadtteilen bzw. Städten Verbreitung findet, wurde eine Multiplikatorenbrochure entwickelt, außerdem wurden verschiedene weitere Materialien für eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit erstellt.

Die Multiplikatorenbrochure richtet sich in erster Linie an Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Stadtentwicklung und Pädagogik (Stadtteil- und Quartiersmanagement, freie Träger etc.).

In der Broschüre, die in Form eines Leitfadens konzipiert wurde, werden grundlegende Informationen zum Thema Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche vermittelt. Anhand eines kompletten Projektverlaufs erhalten die Nutzerinnen und Nutzer außerdem Anleitungen zum Transfer in die eigene Praxis sowie Angaben zu wichtigen Erkenntnissen und bewährten Vorgehensweisen. Ebenso finden sich Informationen und Anregungen in Bezug auf Zeitplanung, Auswahl der teilnehmenden Kinder und Durchführung eines vorbereitenden Methodenworkshops für Pädagoginnen und Pädagogen, ferner zu Finanzierungsmöglichkeiten, Öffentlichkeitsarbeit oder zur Gestaltung des Kontaktes zur Politik.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Auf Konferenzen, in Vereinbarungen und Programmen wird immer wieder hervorgehoben, dass die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an gesellschaftlichen und politischen Entscheidungsprozessen unverzichtbar ist.

Im Rahmen der konzeptionellen Überlegungen von Lokaler Agenda 21 und vom Gesunde-Städte-Netzwerk wurde 1996 konkret damit begonnen, Kinder und Jugendliche an Umsetzungsstrategien für eine nachhaltige Stadtentwicklung zu beteiligen und ihr Expertenwissen sowie ihre Perspektive stärker zu berücksichtigen. Mit dem Projekt „Kiezdetective“ ist es gelungen, Kinder und Jugendliche in alle Phasen eines solchen Stadtentwicklungsprozesses einzubeziehen.

Das Projekt wird von Beginn an gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen geplant und durchgeführt. So wird zunächst ermittelt, welche Stadtgebiete „begehungsbedürftig“ sind und welche Fragestellungen bei der Begehung berücksichtigt werden – zum Beispiel nach Belastungen (Geräusche, Verkehrsgefahren, Gewaltbedrohung), aber auch nach Rückzugs- und Entspannungsräumen (Spielplätze, öffentliche Parks etc.).

Die Begutachtung des ausgewählten Gebietes erfolgt dann gemeinsam mit den pädagogischen Betreuungskräften, wobei diese stets im Hintergrund halten, sodass es allein den Kindern und Jugendlichen obliegt, welche Probleme und „Schätze“ in die Listen aufgenommen werden sollen. Die Kinder dokumentieren ihre Beobachtungen in Form von Fotos, Notizen und selbst gemalten Bildern. Anschließend erfolgen die Auswertung des gesammelten Materials (im Unterricht) und die Formulierung von Maßnahmen. Im nächsten Schritt wird die Präsentation gestaltet und schließlich die Kinderversammlung durchgeführt.

Die Kinder lernen zum einen, wie eng ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden mit der Umwelt zusammenhängen. Zum anderen werden sie an politische Prozesse herangeführt (Analyse – Maßnahmenplanung – Maßnahmendurchführung – Evaluation) und spüren, dass auch sie in ihrem Umfeld etwas bewegen können und ihre Stimme Gehör findet. Zudem werden wichtige Kompetenzen gefördert, die für einen partizipatorischen Prozess wichtig sind: zum Beispiel eigene Vorschläge und Alternativen einzubringen, Ansprüche zu formulieren und Anliegen gegenüber anderen (Erwachsenen) zu präsentieren.

Partizipationsmöglichkeiten bestehen nicht nur für die Kinder, sondern auch für die Eltern sowie den gesamten Stadtteil. So gelang es in Friedrichshain-Kreuzberg auf politischer Ebene, alle für die Umsetzung wichtigen Ressorts (Gesundheit und Soziales, Jugend und Familie sowie Stadtentwicklung) und auch den Bezirksverordnetenvorsteher in das Projekt einzubinden. Ebenso wurden die Projektergebnisse an öffentlichen Plätzen ausgestellt, sodass inte-

ressierte Bewohner Einblick nehmen und Verbesserungsvorschläge einbringen konnten. Auf so genannten Nachbarschafts-Talentbogen konnten die Bewohner festhalten, über welche spezifischen Fähigkeiten sie verfügen und inwieweit sie bereit sind, diese für eine positive Gestaltung des Stadtteils einzusetzen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Im Projekt „Kiezdetektive“ wurde als Setting der Stadtteil gewählt. Die Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Stadtteil bietet verschiedene Vorteile: So profitieren alle Bewohner des Stadtteils von den Interventionen – also auch solche, die sonst nur schwer mit gesundheitsförderlichen Angeboten zu erreichen sind –, denn die Maßnahmen zielen in der Regel vor allem auf eine Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensverhältnisse sowie die Entwicklung personaler und sozialer Ressourcen.

Wie eingangs dargestellt, handelt es sich beim Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg um einen Stadtteil mit vielen sozialen Brennpunkten und einem hohen Bedarf an Entwicklungsmaßnahmen, um Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

In den Stadtteilbegehungen entdeckten die Kinder und Jugendlichen sowohl Problemfelder als auch „Schätze“, die zunächst einmal vor allem das Stadtbild prägen und den Zustand von Einrichtungen im Stadtteil betreffen, die aber auch mehr oder weniger direkt das Wohlbefinden und die Gesundheit beeinflussen. Defekte Spielgeräte, Glasscherben und Hundekot in Sandkästen, fehlende oder unattraktive Freizeiteinrichtungen, Müll auf den Straßen, Verkehrslärm und Ratten, aber auch Gewalt, Drogen oder sexistische „Anmachere“ in der unmittelbaren Umgebung bedeuten Gesundheitsgefahren und führen dazu, dass Kinder diese Orte meiden.

Durch entsprechende Forderungen der „Kiezdetektive“ konnten konkrete Verbesserungsmaßnahmen im Setting Stadtteil erzielt werden. Dazu zählen beispielsweise die Instandsetzung von Spielplätzen, eine nutzerfreundliche Gestaltung von Freiflächen oder auch generationsübergreifende Nachbarschaftsaktivitäten.

## **Kontakt**

Ingrid Papiés-Winkler (Koordinatorin Gesunde-Städte-Netzwerk)  
Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Plan- und Leitstelle Gesundheit  
Müllenhoffstr. 17  
10967 Berlin  
Bundesland: Berlin  
Telefon: 030-74755-972  
Telefax: 030-74755-970  
E-Mail: [gespl@ba-fk.verwalt-berlin.de](mailto:gespl@ba-fk.verwalt-berlin.de)

## Pfiffikus durch Bewegungsfluss

### **Gute Praxisbereiche:**

Dokumentation und Evaluation – Innovation und Nachhaltigkeit – Settingansatz

### **Abstract**

Die in den letzten Jahren zunehmende Tendenz vermindelter Gesundheit bei gleichzeitiger Abnahme der motorischen und geistigen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen steht oft eng in Zusammenhang mit ihrer sozialen Herkunft. Deshalb bildet der Kindergarten gerade in sozialen Brennpunktgebieten ein zentrales „Auffangbecken“ für Kinder aus benachteiligten Familien. Häufig erfahren sie hier die wichtigste gezielte Förderung.

Das Institut für Sportmedizin und Prävention der Universität Potsdam entwickelte deshalb ein Konzept, das im Settingbereich Kita ansetzt. Das daraus entstandene dreijährige Modellprojekt „Pfiffikus durch Bewegungsfluss“ (2002–2005) hat das Ziel, Kinder im Vorschulalter durch ausgesuchte, koordinativ anspruchsvolle Übungen motorisch und geistig optimal zu fördern. Parallel soll eine Interventionsstruktur entstehen, die ohne großen Aufwand auf andere Kindergärten übertragbar ist.

Zur Umsetzung der Projektinhalte werden Fortbildungen mit den Erzieherinnen durchgeführt. Gleichzeitig erfolgt eine Analyse der personellen, materiellen, räumlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen in der Kita als Grundlage für eine bewegungsfördernde Umgestaltung. Die Übungsinhalte werden schrittweise in den normalen Kita-Alltag integriert.

Die Ergebnisse der Abschlussuntersuchung zeigen deutliche Unterschiede zwischen den Projektkindern und den nicht geförderten Kontrollgruppen. Beispielsweise erreichen die Kinder der Projektkindergärten deutlich bessere Ergebnisse beim Motoriktest (KTK – Körperkoordinationstest für Kinder).



## Hintergrund

Zahlreiche Hinweise belegen seit einiger Zeit bei Kindern eine Tendenz zu verminderter Gesundheit sowie geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit, die in Zukunft eine weitere Zunahme chronischer Krankheiten befürchten lässt. Die brandenburgische Sportlehrerschaft berichtet in jüngster Zeit immer häufiger von Bewegungsauffälligkeiten der Kinder.

Bei Untersuchungen mittels des Motoriktests für Vier- bis Sechsjährige (MOT 4–6 nach R. Zimmer und M. Volkhammer, Testfassung 1984/1987) weist der Psychomotoriker Lensing-Conrady einen Rückgang des mittleren motorischen Quotienten um ca. 9% innerhalb der letzten zwölf Jahre nach, wobei auffällig ist, dass der Rückstand mit zunehmendem Alter der untersuchten Kinder größer wird.

Das Landesgesundheitsamt Brandenburg berichtet, dass in den letzten zehn Jahren neben einer deutlichen Zunahme von Allergien vor allem auch Sprach- und Bewegungsauffälligkeiten bei brandenburgischen Kindern auftreten. Zudem zeigen die aktuellen Ergebnisse der PISA-Studie gravierende Defizite im kognitiven Bereich. Körperliche Fehlentwicklungen gehen also Hand in Hand mit solchen des Nerven- und Immunsystems.

Verschiedene Forschungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass Intelligenz davon abhängt, wie komplex die beteiligten Nervenzentren miteinander verschaltet sind und mit welcher Geschwindigkeit das Gehirn Informationen aufnimmt, verarbeitet, bewertet und beantwortet. Diese Qualitäten sind für gute kognitive (z. B. Leseverständnis) und sensomotorische Leistungen gleichermaßen erforderlich.

Vor diesem Hintergrund entstand das Projekt „Pfiffikus durch Bewegungsfluss“. Es wurde vom Institut für Sportmedizin und Prävention unter der Leitung von Prof. Frank Bittmann entwickelt und verfolgt das Ziel, die Phase der maximalen Hirnreifung in der Zeit zwischen dem 4. und 7. Lebensjahr optimal zu fördern. Damit sollen beim Kind möglichst gute biologische Voraussetzungen geschaffen werden für eine harmonische ganzheitliche Entwicklung auf hohem Niveau. Es geht nicht um das isolierte Training einzelner Fähigkeiten, sondern um die Schaffung universeller (systemischer) Grundlagen für möglichst viele körperliche, geistige, seelische und auch soziale Kompetenzen. Insbesondere Kinder aus anregungsarmen Elternhäusern sollen von diesem Ansatz profitieren können.

Neben dem pädagogischen Ansatz beinhaltet das Projekt auch eine wissenschaftliche Überprüfung des Erfolgs der Fördermaßnahmen mithilfe motorischer und kognitiver Tests (Körperkoordinationstest für Kinder – KTK; Entwicklungstest 6 Monate bis 6 Jahre – Et 6–6; Bildbasierter Intelligenztest für das Vorschulalter – BIVA).

In vier Potsdamer Kindertagesstätten der Träger „Internationaler Bund“ sowie „Independent Living“ wurden zu diesem Zweck spezielle Übungsprogramme erarbeitet und erprobt. Diese erfolgten in Zusammenarbeit von Kita-Erzieherinnen und -Erziehern, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Universität und einer Zirkuspädagogin. Das Projekt wurde von der AOK des Landes Brandenburg sowie vom Ministerium für Bildung, Jugend und Sport gefördert und in allen Belangen unterstützt (vgl. [www.mbjs-brandenburg.de](http://www.mbjs-brandenburg.de)).

Zwei der vier Kitas liegen in sozialen Brennpunkten im Stadtteil Drewitz (Plattenbausiedlung). Viele Eltern sind Hartz-IV-Empfänger. Der Migrantinnen- und Migrantinnenanteil beträgt ca. 5%; mehr als ein Drittel der Kinder wird von Alleinstehenden erzogen.



## Vorgehen

Die Förderung der Hirnreife erfolgt durch spezifische koordinativ anspruchsvolle Aufgaben, beispielsweise zur Unterstützung von Körperbalance, Wahrnehmung, Rhythmusgefühl und Stimmbildung/Artikulation. Alle Übungen beanspruchen große Hirnregionen und/oder schaffen eine vielseitige Vernetzung zwischen beiden Gehirnhälften. Zusätzlich verbessern die Übungen die Informationsaufnahme und -verarbeitung.

Nach einer Einführungsphase werden die verschiedenen

neuromotorischen Aktivitäten untereinander und mit kognitiven Leistungen kombiniert, um möglichst viele Hirnareale gleichzeitig zu aktivieren.

Zum Trainieren neuromotorischer Aufgaben bietet sich als Konzept die Zirkuspädagogik an. Deshalb sind originäre Zirkuskünste Bestandteil der Interventionen. Sie beinhalten neben der Förderung der Sensomotorik auch psychologische und soziale Qualitäten. So werden zum Beispiel diverse Balanceübungen, Jonglagen in den unterschiedlichsten Schwierigkeitsstufen, aber auch Clownerie, Tanz und Musik zu einem Gemeinschaftsunternehmen. Dabei erlernen die Kinder nicht nur auf spielerische und spaßbetonte Art verschiedene Fertigkeiten, sondern kombinieren diese auch und entwickeln nebenbei soziale Kompetenzen wie Rücksicht, Gemeinschaftssinn und Einfühlungsvermögen. Im Elementarbereich wird für diese Künste ein Grundstein gelegt, indem in jeder Kita einfache grundlegende Formen geübt werden. Die Übungsschwerpunkte werden mithilfe täglicher und wöchentlicher Rituale wie auch durch übergreifende Projekte in den Alltag integriert.

### ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

Initiator des Projekts und gleichzeitig verantwortlich für die Evaluation war das „Institut für Sportmedizin und Prävention“ der Universität Potsdam. Die wissenschaftliche Begleitung umfasste verschiedene Tests, eine Dokumentation sowie regelmäßige Auswertungen mit den beteiligten Kita-Erzieherinnen und -Erziehern.

Zu Beginn des Projekts wurde eine umfangreiche Eingangsuntersuchung des Entwicklungsstandes der teilnehmenden dreijährigen Kinder durchgeführt. Dabei ging es um körperliche, motorische und geistige Aspekte. Nach Ablauf der Interventionsphase von drei Jahren erfolgte die Abschlussuntersuchung, mit der die erzielten Effekte gemessen und nachgewiesen wurden.

Die Ergebnisse des Projekts wurden durch das Team der Universität und die beteiligten Kitas in unterschiedlichsten Formen dokumentiert (wissenschaftlicher Bericht, Bilder, Wandzeitungen, DVD etc.).

Während der Projektphase erfolgte eine kontinuierliche Fortbildung der Erzieherinnen und Erzieher. Darüber hinaus wurden regelmäßig gemeinsame Teamsitzungen zur Analyse des Prozesses (Ergebnisse, Schwierigkeiten, Lösungen) und zur Abstimmung der weiteren Schritte durchgeführt. So war

es zu jedem Projektzeitpunkt möglich, die Ziele und Ergebnisse des Projekts abzugleichen und daraus die weitere Vorgehensweise zu entwickeln.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Das Projekt war auf den Zeitraum 2002–2005 ausgerichtet. Durch die erworbenen Kompetenzen aller Beteiligten und die Integration des Programms in die Kita-Konzepte war eine anschließende Fortsetzung jedoch problemlos möglich. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Übungen keine zusätzliche Belastung des ohnehin schon vollen Kita-Alltags darstellen, sondern sich organisch in den normalen Tagesablauf einfügen.

„Pfiffikus durch Bewegungsfluss“ ist mittlerweile fester Bestandteil des pädagogischen Programms in den beteiligten Kitas und hat sich somit nach der Projektphase zu einem Regelangebot entwickelt. Die notwendigen Strukturen (Integration ins Kita-Konzept, Bewegungsräume mit Material, Kompetenzen in der Kita) wurden während des Projekts geschaffen und bestehen über den Projektzeitraum hinaus.



Das Projekt hat Modellcharakter. Ein langfristiges Ziel ist die Verbreitung des Konzepts sowohl innerhalb des Landes Brandenburg als auch bundesweit. Damit kann ein Beitrag zur Umsetzung der Bildungszielvorgaben geleistet werden, denn Bewegung und Wahrnehmung bilden laut den Ergebnissen zahlreicher Forschungen des Entwicklungspsychologen Jean Piaget die Grundlage jeglichen Lernens.<sup>7</sup> Auf diese Weise fördert Bewegung in den ersten Lebensjahren nicht nur die Zunahme der körperlichen Fähigkeiten eines Kindes, sondern auch sein Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Dieses Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten hilft Krisen und Niederlagen zu überwinden. Das verbesserte Körpergefühl wirkt Unfällen präventiv entgegen. Da in der Kindheit die grundlegende Einstellung zur Bewegung geprägt wird, kann die freud- und spaßbetonte Bewegungsförderung langfristig dafür sorgen, dass Kinder auch im Jugend- und Erwachsenenalter Lust an Bewegung empfinden und somit Zivilisationskrankheiten wie Diabetes, Adipositas oder Rückenprobleme von vornherein verhindert werden.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

In der ersten Projektphase ging es um die Entwicklung eines Übungskatalogs für die Erzieherinnen und Erzieher. Hierbei zeigte sich bald, dass Einführung und Umsetzung des Programms stark von den verschiedenen Rahmenbedingungen in den Kitas abhängen. Dazu gehören personelle Faktoren (Einstellung und Engagement der Beteiligten, Unterstützung durch Leitungsebene und Eltern, Personalausstattung und vieles mehr) ebenso wie organisatorische (Gruppengröße, Zeitmanagement, pädagogisches Konzept) oder auch räumliche Faktoren wie die Ausstattung der Einrichtung. Die Integration der Übungen in den Kita-Alltag entpuppte sich dabei als größere Herausforderung als die Entwicklung der Inhalte. Es erwies sich somit als notwendig, neben den Übungsinhalten auch eine Methodik des Einsatzes im Alltag zu entwickeln. So entstand eine Übungssammlung, die zum Beispiel in Form von farbig gestalteten Karteikarten ohne großen Mehraufwand in die pädagogische Arbeit integriert werden kann. Diese Karteikarten sind so gestaltet, dass sie auch von den Kindern selbst gelesen und eigenständig umgesetzt werden können. Das Konzept sieht dabei keine engen Vorgaben mit ganz kon-

---

<sup>7</sup> Vgl. beispielsweise die Werke von *Jean Piaget*: *Das Weltbild des Kindes*, München, 1988, oder *Biologie und Erkenntnis*, Frankfurt a. Main, 1975.

kreten Bewegungsabläufen vor, sondern soll in erster Linie das Kind zum spielerischen Erproben der eigenen Möglichkeiten anregen. Dies wird durch ausgesuchte, aber erschwingliche Materialien und Geräte mit Aufforderungscharakter unterstützt.

Die Inhalte der Übungskartei wurden mithilfe von täglichen Ritualen in den Alltag integriert. Beispielsweise wurden der Morgenkreis sowie die Zeit vor dem Essen und vor dem Schlafen genutzt, um die Kinder durch ausgewählte Bewegungsübungen zu fördern. Zusätzlich entstanden wöchentliche Rituale wie ein „Bewegungsmotto“ oder ein Trimpfad. Weiterhin wurden die Pfi-fikus-Inhalte in laufende Projekte und Feste (z.B. Sommerfest, Fasching, Weihnachtsaufführung) eingebaut.

Die Verankerung des Projekts in die täglichen Abläufe der Kita ermöglicht den Zugang aller Kinder zum Projekt.

### **Kontakt**

*Projekt Kita „Märchenland“*

Helga Gellert, Nadine Mehl

Kita „Märchenland“

Paul-Wegener-Str. 2–4

14480 Potsdam

Bundesland: Brandenburg

Telefon: 0331-624197

*Projekt Kita „Storchennest“*

Irene Braun, Kerstin Hendlr

Kita „Storchennest“

Günther-Simon-Str. 2–4

14480 Potsdam

Bundesland: Brandenburg

Telefon: 0331-600601-70

Telefax: 0331-600601-71

*Projektpartner*

Universität Potsdam

Institut für Sportmedizin und Prävention

Norman Radeiski

Am Neuen Palais 10

14469 Potsdam  
Bundesland: Brandenburg  
Telefon: 0331-9771803 oder 977-1768  
Telefax: 0331-977-1296  
E-Mail: [norman.radeiski@gmx.de](mailto:norman.radeiski@gmx.de)  
Website: [www.pfiffikusdurchbewegungsfluss.de](http://www.pfiffikusdurchbewegungsfluss.de)

## **Vorbeugen ist besser als heilen – Vorbeugen ist billiger als heilen**

### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Multiplikatorenkonzept – Settingansatz

### **Abstract**

Das Projekt „Vorbeugen ist besser als heilen ...“ ist ein regionales und überregionales Projekt der vernetzten Suchtprävention. Es leistet einen Beitrag zur primären Prävention von gesundheitsfördernden Maßnahmen für Kinder und Jugendliche. Das Gesundheitsamt als Träger versteht sich dabei als Initiator, Koordinator und Kommunikator. Es bündelt qualifizierte Präventionsarbeit zahlreicher Partner, um vorhandene Ressourcen effizienter nutzen zu können. Im Projekt finden Strukturen aus Kita und Schule ebenso Berücksichtigung wie die soziale Lage der Familien und Inhalte von anderen Präventionsanbieterinnen und -anbietern.

Durch den Einsatz des evaluierten schulischen Suchtpräventionsprogramms „Fit und stark fürs Leben“, unter besonderer Berücksichtigung der durch die jeweiligen Settings vorgegebenen Bedingungen, wird ein gesundheitsförderlicher Umgang mit Suchtmitteln erreicht. Der EU-geförderten Modellphase (2002–2004) folgt die Verstetigungsphase ab 2005.

### **Hintergrund**

Mitte der 90er-Jahre nahm die Amtsärztin im Landkreis Oder-Spree wahr, dass die Zahlen der Klientinnen und Klienten in Suchtberatungsstellen kontinuierlich anstiegen und Probleme mit Suchtmitteln besonders bei Kindern und Jugendlichen zunahmen. Das Gesundheitsamt bemühte sich im Landkreis Oder-Spree bereits um das Handlungsfeld Suchtprävention. Angesichts der wahrgenommenen Entwicklungen mussten jedoch die Strategien überarbeitet werden. Schwerpunkte der neuen Konzeptionen waren: Vernetzung der Akteurinnen und Akteure, langfristige Arbeit und ein früher Beginn suchtpreventiver Arbeit. Die Zielstellungen richteten sich auf Verhaltensprävention.



Das vorliegende Konzept zur Suchtprävention im Landkreis orientiert sich am Konzept der Gesundheitsförderung der WHO. Der Fokus liegt auf Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Selbsthilfe des und der Einzelnen. Das größtmögliche Gesundheitspotenzial soll unter Berücksichtigung der jeweiligen subjektiven Lebenszusammenhänge entfaltet werden. Eine alltagsorientierte Lebenskompetenzförderung bildet dementsprechend den Ausgangspunkt suchtpreventiven Handelns bei Kindern und Jugendlichen.

Es geht weniger um Wissensvermittlung als um eine ganzheitliche Stärkung der Persönlichkeit, unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumwelten. Kinder sollen befähigt werden, gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen und so Verantwortung für sich und ihre Umwelt zu übernehmen. Umgesetzt wurde eine gemeinsame grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit einer Partnerregion in Polen, dem Kreis Sulecin.

Das Projekt findet im Bereich der Kindertagesstätten (Kitas) und Grundschulen statt. In der Modellphase nahmen auf deutscher Seite 14 Kitas, fünf Grundschulen und eine Förderschule teil. Einige der Kitas und Schulen auf deutscher Seite liegen in sozial benachteiligten Stadtteilen. Drei Schulen haben einen sehr hohen Anteil von Migrantinnen und Migranten.

Das Projektteam des Gesundheitsamtes besteht aus einer Zahnärztin, einer Sozialarbeiterin, der Projektkoordinatorin und der Koordinatorin für Gesundheitsverwaltung. Dieses Team entwickelte das Konzept zum Projekt, konzipierte ein zehntägiges Blockseminar für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und koordiniert die Projektumsetzung.

## Vorgehen

### *1. Phase der Konzeptentwicklung und Ausbildung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren*

Das Konzept der Primärprävention berücksichtigt die Bereiche:

- Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen,
- Umgang mit Stress und negativen Emotionen,
- Kommunikation,
- Kritisches und kreatives Denken,
- Strategien zur Problemlösung,
- Körperbewusstsein.

Die Schulungen für die pädagogischen Fachkräfte erfolgten auf der Basis der Handreichung „Fit und stark fürs Leben“<sup>8</sup> und wurden durch einen Ernährungsbaustein und eine Kreativwerkstatt ergänzt. Die Anleitung erfolgte über das „Erfahren“ der einzelnen Bausteine durch die Teilnehmenden und hatte einen hohen Anteil an praktischen Übungen.

Parallel dazu wurde die Schaffung eines externen Netzwerks von Expertinnen und Experten initiiert. Auf diese Kontakte konnten die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auch nach Beendigung der Weiterbildungen zurückgreifen.

## 2. Umsetzung des Projekts in den Einrichtungen

Auch während der Umsetzung der Projektidee mit den Kindern wurden die pädagogischen Fachkräfte engmaschig durch zweimonatige Fortbildungsveranstaltungen betreut. Ein zusätzliches Supervisionsangebot wurde umfassend genutzt.

In den Kindertagesstätten war der „Hase Kasimir“ ständiger Projektbegleiter in der Arbeit mit den Kindern, während im Schulbereich die „Igelstunden“ mit dem „Igel Igor“ zur Vermittlung der Inhalte dienten. Als Höhepunkte gestaltete Projekttage ergänzten die tägliche Arbeit. Im Kita-Bereich lag ein besonderer Schwerpunkt auf der Einbeziehung der Eltern. Zu diesem Zweck wurde nach einer allgemeinen Einführung zum Thema „Prävention in der Kita“ an der Schärfung der Wahrnehmung sowie an den Kompetenzen für Gesprächsführung und Kommunikation gearbeitet.

## ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Das Grundkonzept „Vorbeugen ist besser als heilen – Vorbeugen ist billiger als heilen“ konnte in allen teilnehmenden Einrichtungen an die Bedingungen angepasst werden. Jede Einrichtung setzte Schwerpunkte und legte den zeitlichen Rahmen fest. Somit wurde die Planungsphase durch die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und die Einrichtungsleitungen angepasst und modifiziert. Die Kinder selbst waren in die Umsetzung der Stunden mit „Hase Kasimir“ oder „Igel Igor“ aktiv einbezogen. Sie gestalteten die unter-

---

<sup>8</sup> *Abthauer, M., Burow, F., Hanewinkel, R. (1999): Fit und stark fürs Leben. 3. und 4. Schuljahr. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression und Sucht. Ernst Klett Grundschulverlag, Leipzig.*



schiedlichen Themen mit, reflektierten darüber, was ihnen gut und weniger gut getan hatte, was sie schon gut konnten und was weiter geübt werden müsste. Der Grundansatz des Projekts ist auf Selbstwahrnehmung und Stärkung des Selbstwertgefühls ausgerichtet. Durch die Suche nach Lösungen bei Konflikten sowie die Beschäftigung mit der eigenen Verantwortung für Gesundheit und Suchtvorbeugung waren die Kinder und Jugendlichen zu jedem Zeitpunkt in die Umsetzung des Projekts integriert.

Die Befragung der Kinder ergab, dass sie viel Spaß am Projekt hatten. Die Eltern sowie die Pädagoginnen und Pädagogen reflektierten über Einstellungsänderungen und das spürbar veränderte Klima in den Projektgruppen. Durch die Projektaktivitäten konnten viele Faktoren innerhalb des Settings positiv beeinflusst werden. Aufgrund dieses deutlichen Erfolges wird das Projekt weitergeführt und durch kontinuierliche und langfristige Arbeit nachhaltig gesichert.

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Die Aktivitäten zur Umsetzung der Projektidee gingen vom Gesundheitsamt Oder-Spree aus. Als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren dienten die beteiligten pädagogischen Fachkräfte sowie die Eltern.

Ihre Fortbildungen fanden in der ersten Projektphase statt. Externe Beratungspersonen wurden während des gesamten Prozesses hinzugezogen. Die ausgebildeten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren führten anschließend die Projektumsetzung in den Einrichtungen durch. Regelmäßige Fortbildungen sowie Supervisionsangebote gab es auch während der Projektumsetzung. Einige Kitas arbeiteten nach der Fortbildungsphase selbstständig multiplikativ und bildeten die Erzieherinnen und Erzieher im eigenen Haus weiter.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Das Projekt fand in Grundschulen und Kitas statt. Einige davon liegen in sozial benachteiligten Stadtteilen. Drei Schulen haben einen sehr hohen Anteil von Migrantinnen und Migranten. Da das Projekt im Setting Kita bzw. Grundschule stattfand, hatten alle Kinder gleichermaßen Zugang zum Projekt. Die Angebote wurden im Rahmen der Kita-Arbeit („Lernen mit dem Hasen Kasimir“) und der Unterrichtsstunden („Igelstunden“) wahrgenommen. In den Settings fand eine Abstimmung mit den Beteiligten (pädagogische Teams, Eltern, Leitung, UNI-Begleitung, polnische Partnerinnen und Partner) statt. Sowohl Verhältnisprävention als auch Verhaltensänderung kamen zum Tragen (zum Beispiel die Integration von Entspannungsübungen in die Kita-Arbeit





und die Einrichtung entsprechender Räume). Sowohl in den Kita-Plänen als auch in den Lehrplänen der Schulen wurden die Stunden mit dem „Hasen Kasimir“ bzw. „Igelstunden“ fest verankert. Die Teams in den Einrichtungen setzten sich mit den Inhalten und der Durchführung auseinander und bezogen schrittweise weitere Gruppen oder Klassen ein. In einigen Einrichtungen fanden räumliche Veränderungen statt, um die Bedingungen für die Projektumsetzung günstiger zu gestalten und somit den Kindern die Möglichkeiten zur Umsetzung der Strategien zu geben.

### **Kontakt**

DM Gudrun Sommer  
Gesundheitsamt des Landkreises Oder-Spree  
Glashüttenstraße 10  
15890 Eisenhüttenstadt  
Bundesland: Brandenburg  
Telefon: 03364-5054366  
Telefax: 03364-5054399  
E-Mail: [gudrun.sommer@l-os.de](mailto:gudrun.sommer@l-os.de)  
Website: [www.landkreis-oder-spree.de](http://www.landkreis-oder-spree.de)

## **Waldameisen der Kita „Storchennest“**

### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Innovation und Nachhaltigkeit – Settingansatz

### **Abstract**

In städtischen Bereichen haben Kinder durch Verbauung von Bewegungsräumen und Spielflächen oft unzureichende Bewegungsmöglichkeiten. Freie und naturbelassene Spielplätze zum selbstständigen Erkunden sind in der Regel kaum vorhanden.

Die Kita „Storchennest“ in Cottbus befindet sich in einem sozialen Brennpunkt. In der Kita werden überproportional viele Kinder aus sozial benachteiligten Familien betreut, die in einem defizitären Umfeld leben.

Das Projekt „Waldameisen“ der Kita „Storchennest“ wendet sich an Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren, die in ihrem Alltag den Wald und weitere naturnahe Angebote als Lebens-, Bildungs- und Erfahrungsraum entbehren müssen. Ziel des Projekts ist die Förderung der Gesundheit der Kinder sowie eine grundsätzliche Stärkung des Gesundheitsbewusstseins von Eltern und Kindern. Beteiligt sind 26 Kinder sowie ihre Eltern und Betreuer.

Das Projekt verbindet einen ganzheitlichen Lernansatz mit dem Bedarf und dem Willen nach einer naturnahen Auseinandersetzung in der Lebenswelt der Kinder. Dabei profitiert das Projekt vor allem von der guten Zusammenarbeit zwischen Eltern und Erzieherinnen.

Besondere Erfolge sind die intensive Integration der Eltern in das Projekt, die aktiv eine Mitverantwortung für das Gelingen des Projekts tragen. Darüber hinaus gelang es, das Projekt sehr gut in die Regelarbeit der Kita zu integrieren. Das Projekt läuft erfolgreich seit vier Jahren. Perspektivisch ist die Einrichtung einer zweiten „Waldameisengruppe“ vorgesehen.

## Hintergrund

Kindheit als Lebensphase ist heute gekennzeichnet von einer Fülle neuer Konstellationen in der Familie, steigender Bedeutung außerfamiliärer Lebensbereiche, einer anhaltenden Reduzierung freier Spiel- und Gestaltungsmöglichkeiten bei gleichzeitiger Ausweitung der sich immer stärker ausdifferenzierenden institutionalisierten Bildungs- und Betreuungsangebote sowie Spiel- und Freizeitmöglichkeiten. Gefährdungspotenzialen wie der Zerstörung der natürlichen Lebensgrundlagen, unter denen Kinder in besonderem Maße leiden, wird nur unzureichend durch konkretes und zielgerichtetes Handeln entgegengesteuert.

Die Naturschutzverbände stellen aufgrund einschlägiger Untersuchungen fest, dass trotz hohen Lebensstandards und intensiver medizinischer Versorgung etwa 7–10 % aller Kinder und Jugendlichen von chronischen, häufig umweltbedingten Erkrankungen wie Allergien, Bronchitis, Neurodermitis oder auch Krebs betroffen sind.

Insbesondere Menschen, die in großen Wohngebieten leben, sind zunehmenden gesundheitlichen und sozialen Belastungen ausgesetzt. Neben Lärm und Luftverschmutzung sind in diesem Zusammenhang vor allem die beengte Wohnsituation sowie unzureichende Grün- und Freizeitflächen zu nennen. Dieser Situation versucht das Projekt „Waldameisen“ entgegenzuwirken.

Die Projektkita „Storchennest“ liegt im größten Neubaugebiet der Stadt Cottbus. Dieser Stadtteil ist aufgrund des Wegzugs von vielen Menschen aus der Region vom Abriss betroffen. Die Bewohner des Stadtteils Sachsendorf/Madlow sind überproportional häufig sozial Benachteiligte; der Stadtteil ist ein sozialer Brennpunkt.

In der Kita „Storchennest“ werden 125 Kinder im Alter von null bis zwölf Jahren betreut. Davon leben mehr als die Hälfte bei allein Erziehenden, der Anteil arbeitsloser oder gering verdienender Eltern ist überdurchschnittlich hoch, neun Kinder haben einen Migrationshintergrund.

Am Projekt sind 26 Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren beteiligt. Neben den beiden Erzieherinnen wird die Gruppe durch eine Erzieherin in Ausbildung sowie einen ehrenamtlich als Waldbegleiter fungierenden Rentner betreut. Außerdem leisten die Eltern der Kinder aktive Unterstützung in Form von täglichen Essenstransporten zum Waldstandort.

Die Idee zum „Waldameisen“-Projekt entstand aus den Erfahrungen verschiedener kleiner Naturprojekte und Waldspieltage der Kita, bei denen ein großes Interesse der Kinder an Pflanzen, Bäumen und Tieren deutlich wurde. Diese Naturverbundenheit sollte aufgegriffen, für kontinuierliche Aktivitäten genutzt und mit gesundheitlichen Aspekten verknüpft werden.

## **Vorgehen**

Das Ziel des Projekts ist eine Stärkung der Gesundheit der Kinder und des Gesundheitsbewusstseins von Eltern und Kindern. Eine Entwicklung „weg vom Fernseher, Computer und Auto“ und hin zur Schaffung von gemeinsamen Naturerlebnissen von Eltern und Kindern soll unterstützt werden.

Es geht um die Förderung einer ganzheitlichen Entwicklung und die Vorbereitung auf Schule und auch andere Lebensbereiche durch die Nutzung des Waldes als natürlichen Lebensraum. Sinnliches Erleben, ausreichende Bewegungsmöglichkeiten und gemeinsame Aktivitäten in der Natur fördern die Entwicklung eines positiven Sozialverhaltens. Die regelmäßige Bewegung im Freien dient aber auch der Vorbeugung grippaler Infekte, hilft gegen Übergewicht und Probleme des Bewegungsapparates und fördert die Entwicklung motorischer Fähigkeiten.

Die „Waldameisen“ besuchen dreimal wöchentlich bei Wind und Wetter ein Waldstück bei Cottbus-Gallinchen. Die Kinder haben ein beeindruckendes „Waldameisendorf“ aus Totholz errichtet. Es gibt Hütten mit Vorgärten, einen Konzertsaal, ein Lernfenster, einen Morgenkreis, einen Basteltisch, einen Speiseraum usw. Seilschaukeln, Kletterseile und Baumwippen dienen als Spielgeräte. Die Kinder lernen, mit Lupen, Ferngläsern und Kompass umzugehen und Naturerscheinungen genau wahrzunehmen. Sie arbeiten mit Taschenmessern und Säge. Die Kinder entwickeln ein naturnahes Verhalten, ihr Umweltbewusstsein wird ausgebildet. Sie leben im Wald mit dem Wechsel der Jahreszeiten.

## **▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“**

Partizipation im Sinne des Projekts „Waldameisen“ bietet Kindern die Möglichkeit, sich außerhalb des Elternhauses eigenständig zusammen mit Gleichaltrigen ein Lern- und Erfahrungsfeld zu erschließen. Dieses bietet einerseits



vielfältige Möglichkeiten, sich selbst auszuprobieren und stärkt andererseits Gemeinschaftsgefühl und Solidarität.

Grundlegende Prinzipien des Projekts sind: Freiwilligkeit der Teilnahme, Verzicht auf Leistungskontrollen, Offenheit, Selbstorganisation, Orientierung an den Bedürfnissen der Kinder und Fachlichkeit auf Grundlage eines entsprechenden pädagogischen Konzepts, das in Form eines Jahresplans die einzelnen Bildungsbereiche abdeckt.

Im Tagesablauf bestimmen die Kinder zum größten Teil ihre Aktivitäten im Wald selbst. Sie orientieren und organisieren sich eigenständig, spielen und gestalten gemeinsam in kleinen Gruppen oder auch einzeln.

Die Kinder sind in der Lage, selbstständig ihre angestrebten Ziele mit den erreichten Ergebnissen zu vergleichen und zu bewerten. Sie können beispielsweise mit Bestimmungsbüchern Pflanzen und Pilze identifizieren. Sie haben „Zeit“ und „Raum“ für ihre eigenen Forschungen und Experimente. Sie bauen in kleinen Gruppen Hütten. Sie erstellen dafür selbstständig die Planung, sammeln das dafür notwendige Totholz, sprechen die Bauvorhaben gemeinsam ab und arbeiten intensiv am Aufbau der Hütten.

Auch die Eltern der teilnehmenden Kinder profitieren vom Projekt. Für sie besteht die Möglichkeit, gemeinsam mit den Kindern die Tage im Wald zu erleben und zu gestalten. Sie stellen sich auf die Witterung ein und kleiden die Kinder entsprechend. Sie unterstützen das Projekt, indem sie das Essen in den Wald bringen, Arbeitsmaterialien und Handwerkszeug zur Verfügung stellen und mögliche Gefahrenquellen im Wald beseitigen.

Die gesamte Einrichtung nutzt die positiven Erfahrungen des Waldprojekts (siehe Guter Praxisbereich „Settingansatz“, Seite 104 ff.).

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Das Projekt läuft erfolgreich seit vier Jahren. Perspektivisch ist die Einrichtung einer zweiten „Waldameisengruppe“ vorgesehen.

Es wurde festgestellt, dass der Krankenstand innerhalb der Waldgruppe im Durchschnitt nur bei 1,2 % liegt. Hingegen beträgt der Krankenstand einer übrigen Kindergruppe der Kita im Durchschnitt 4–5 %.

In der Gruppe gibt es keine adipösen Kinder. Bemerkenswert ist insbesondere eine positive Entwicklung des Sozialverhaltens. Es ist zu beobachten, dass aggressive Verhaltensweisen ohne maßgebliche erzieherische Einwirkung stetig abgenommen haben. Die Kinder übernehmen Verantwortung für sich und andere, unterstützen sich gegenseitig und sind in der Lage, Konflikte konstruktiv zu lösen. Die gemeinsamen Erlebnisse von Kindern, Eltern und pädagogischem Personal verbinden und schaffen Warmherzigkeit und gegenseitiges Verständnis.

Alle Seiten der kindlichen Persönlichkeit werden durch dieses Projekt ganzheitlich umfassend und in natürlicher Weise ohne hohen materiellen Aufwand entwickelt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Das Projekt findet im Setting Kita statt. Durch die zeitweilige Verlagerung des Standorts in den Wald wird der Lebensraum der Kinder erweitert sowie ihr Bewusstsein für Natur und Umwelt gestärkt; dort gemachte Erfahrungen können in den Kita-Alltag integriert werden. Die Kombination aus beiden Standorten schafft günstige Bedingungen für die Entwicklung jedes teilnehmenden Kindes.

Die gesamte Kita trägt und unterstützt das Konzept. Das Projekt ist wichtiger Bestandteil und Antrieb für die pädagogische Arbeit in der Einrichtung. Die (pädagogischen) Erfahrungen mit der „Waldameisengruppe“ befördern bei allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen eine entsprechende Bewusstseinsbildung und wirken damit im Sinne einer Organisationsentwicklung. An den verbleibenden zwei Tagen in der Woche nutzen die „Waldameisen“ Räumlichkeiten der Kita. Diese gruppeneigenen Räume sind weniger mit Spielzeug als vielmehr mit unterschiedlichen Naturmaterialien wie gesammelten Waldfrüchten, gefundenen Geweihen, Vogelnestern usw. ausgestattet. Das entdeckte Material wird für das freie Spiel oder zur kreativen Gestaltung eingesetzt und ist für alle Kinder der Kita „Storchennest“ zugänglich. In der Kita wurde bereits eine Ausstellung mit Naturmaterialien gestaltet, die kontinuierlich und unter Beteiligung der Eltern und anderer Gruppen der Kita erweitert wird.

Durch die Verlagerung der Aktivitäten der „Waldameisen“ in den Wald wird Eltern und Betreuern zudem eine enge Zusammenarbeit abverlangt. Eltern sind nicht nur zuständig für das Bringen und Abholen der eigenen Kinder,

sondern tragen aktiv eine Mitverantwortung für das Gelingen des Projekts. Sie sind integriert und bestärken das Projekt zum Wohle aller beteiligten Kinder. Eltern reflektieren dadurch auch die eigenen Lebenssituationen sowie die Notwendigkeit der naturnahen Erlebnis- und Erfahrungsräume und beeinflussen die Lebensgewohnheiten der Kinder sowie der gesamten Familie zu Hause.

### **Kontakt**

Diana Richter, Bärbel Neumann

Kita „Storchennest“

Schopenhauerstr. 91

03048 Cottbus

Bundesland: Brandenburg

Telefon: 0355-47861-18 oder 523749

Telefax: 0355-47861-17

E-Mail: [kita@jugendhilfe-cottbus.de](mailto:kita@jugendhilfe-cottbus.de)

Website: [www.jugendhilfe-cottbus.de](http://www.jugendhilfe-cottbus.de)



## Familienprojekt ADEBAR

### Gute Praxisbereiche:

Niedrigschwelligkeit – Multiplikatorenkonzept – Empowerment

### Abstract

Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen mehr gesundheitliche Belastungen auf als andere; dazu gehören beispielsweise Defizite im Bereich der Wahrnehmung, der Motorik, der Sprachentwicklung, der Zahngesundheit und des Ernährungsverhaltens. Mangelnde Inanspruchnahme von Präventionsangeboten und fehlende Bewältigungsressourcen der Eltern wirken sich negativ auf die Entwicklung der Kinder aus. Möglichst früher Kontakt mit den (werdenden) Eltern erhöht die Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien. Das Familienprojekt ADEBAR wendet sich an (werdende) Familien (mit Kindern im Alter von bis zu zehn Jahren), die in den sozial benachteiligten Stadtteilen St. Pauli Süd und Altona-Altstadt in Hamburg leben. Es bietet den Familien niedrigschwellige Unterstützung durch Angebote der familiären Krisenhilfe, des Familiencafés, der Hebammenhilfe und der Stadtteilentwicklung an. Die Angebote des Projekts setzen an den Lebenswelten der Betroffenen an mit dem Ziel, die Familien in das bestehende Hilfesystem zu integrieren und ihnen, wenn nötig, individuelle Unterstützung zu geben. Förderung, Aktivierung und Befähigung der Familien spielen dabei ebenso eine Rolle wie die Veränderung der Strukturen des Stadtteils und der Aufbau von interdisziplinären Kooperationsbeziehungen. Durch den sehr niedrigschwelligen Zugang und die aktive Einbeziehung von Eltern und Kindern kann eine Stärkung der gesundheitsförderlichen Handlungsfähigkeit erwartet werden.

### Hintergrund

St. Pauli Süd und Altona-Altstadt sind zwei der 24 Hamburger Stadtteile, die im letzten Gesundheitsbericht (Stadtdiagnose 2, April 2001) als Stadtteile mit schlechter sozialer Lage identifiziert wurden. Anhand der Gesundheitsdaten wird deutlich, dass Kinder aus sozial benachteiligten Stadtteilen in ihrer

gesundheitlichen Entwicklung wesentlich höheren Risiken ausgesetzt sind als Kinder aus reicheren Stadtgebieten. Dazu gehören zum Beispiel ungünstige Entwicklungsbedingungen beim Start ins Leben, Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, Ernährungsmangel oder mangelnde Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen. Von der Zahngesundheit über Unfälle bis hin zum Übergewicht bestimmen die Einkommensverhältnisse der Eltern die Erkrankungs- bzw. Unfallwahrscheinlichkeit mehr als alle anderen Faktoren.

St. Pauli Süd ist einer der einkommensschwächsten Stadtteile Hamburgs: Das durchschnittliche steuerpflichtige Einkommen ist sehr niedrig. Der Anteil der Arbeitslosen beträgt 10,1 %. Der Anteil der Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger lag 2003 bei 11,4 %. Der Anteil von Migrantinnen und Migranten betrug 2003 31,2 %; 54,1 % der Schülerinnen und Schüler haben keinen deutschen Pass. Viele Familien in St. Pauli Süd leben von Transferleistungen. Ein Beispiel zur Verdeutlichung: In der örtlichen Ganztagschule bekamen im Schuljahr 2004/2005 mehr als 80 % der Kinder einen Zuschuss zum Essensgeld. Dieser wird gezahlt bei Bezug von ALG II oder vergleichbar niedrigem Einkommen.

Auffallend ist, dass viele Frauen in St. Pauli sehr jung ihr erstes Kind bekommen. Der Anteil von Kindern, die in Ein-Eltern-Familien aufwachsen, liegt bei 36,9 %. Ein Großteil der Familien ist also bei der Bewältigung ihres Alltags starken Belastungen ausgesetzt. Im Bereich der Wohnraumversorgung lässt sich ein Prozess der Mieterhöhung und Verdrängung beobachten; familiengerechter Wohnraum wird knapp. Wirtschaftlich besser gestellte Familien verlassen oft vor der Einschulung ihrer Kinder den Stadtteil.

St. Pauli Süd zählt zu den am dichtesten bewohnten Stadtteilen Hamburgs (Einwohnerdichte pro Hektar in 2002: 223, der Hamburger Durchschnitt liegt bei 27). Es besteht ein Mangel an Grün- und öffentlichen Freiflächen; spezifisch für den Stadtteil sind auch die Auswirkungen ansässiger Vergnügungsbetriebe und Großevents, die jährlich 25 bis 30 Millionen Menschen anziehen.

Das Familienprojekt ADEBAR in St. Pauli Süd ist aus dem ehemaligen Schnittstellenprojekt zur Förderung der Kinder- und Jugendhilfe im Stadtteil nach zweijähriger Modellprojektphase entstanden. 2004 wurde die Finanzierung durch Gelder aus der Rahmenvorgabe für die Weiterentwicklung der Jugendhilfe bzw. für sozialräumliche Angebotsentwicklung vom Bezirk Altona übernommen. Die Zielgruppe von ADEBAR sind Schwangere und Familien mit Kindern im Alter von bis zu zehn Jahren.

Projektpartner sind die Gemeinwesenarbeit St. Pauli Süd, das Kinderhaus am Pinnaßberg, der Kreisel e. V., das Nachbarschaftsheim St. Pauli sowie der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) Altona und der ASD St. Pauli. Es gibt vier Arbeitsbereiche mit jeweils einer Teilzeitstelle und zusätzlichen Honorarkräften. ADEBAR hat den Auftrag, eine integrative, flexible, sozialraumorientierte Angebotsstruktur zur Förderung der Erziehung in der Familie und der Gesundheitsförderung zu etablieren. Mithilfe unterschiedlicher Angebote sollen Familien in ihrem Alltag unterstützt, ihre Erziehungskompetenz gestärkt und Selbsthilfepotenziale aktiviert werden.

## Vorgehen

Das Familienprojekt ADEBAR ist ein sozialraumorientiertes Projekt der Gesundheitsförderung und der Sozialarbeit mit dem Ziel, die soziale und gesundheitliche Situation der (werdenden) Familien aus St. Pauli Süd und Altona-Altstadt zu verbessern und deren Kompetenzen zu stärken. Im Projekt sind vier Arbeitsbereiche integriert: Stadtteilentwicklung, Familienhebammenangebot, Familiencafé und Familiäre flexible Krisenhilfe.

*1. Stadtteilentwicklung:* Im Stadtteil werden Bedarfe nach Unterstützungsangeboten ermittelt und aktuelle Themen aufgegriffen wie zum Beispiel „Kin-



derbetreuung ohne Kita“, „Betreuter Spielplatz“ oder Schulprojekte zu „Familiengeschichten, Eltern-Liebe-Zukunft“. ADEBAR arbeitet in verschiedenen Arbeitskreisen und Gremien auf Stadtteil- und Bezirksebene mit und trägt zur Vernetzung der sozialen Einrichtungen bei. Grundlagen des Arbeitsbereiches Stadtteilentwicklung sind die Arbeitsprinzipien der Gemeinwesenarbeit. „Aktivierende Befragungen“ oder „Planning for real“ sind Methoden, die in diesem Bereich angewendet werden, um Bedarfe und Ressourcen der Anwohnerschaft zu ermitteln und sie in den Planungs- und Umsetzungsprozess zu integrieren.

*2. Familienhebammenangebot:* Die Familienhebammen betreuen Frauen und Familien in St. Pauli Süd und Altona-Altstadt während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes. Zum Angebotsspektrum zählen Beratung und Unterstützung während der Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung, Hausbesuche, Rückbildungsgymnastik, Babymassage, Stillberatung, Beratung bei Schreikindern, Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen und eine Gesprächsgruppe für Frauen nach der Geburt. Die Kursangebote richten sich an alle Familien im Stadtteil, die Hausbesuche nur an Frauen/Familien in besonders belasteten Lebenslagen. Dazu gehören sehr junge bzw. minderjährige Mütter, Familien mit Suchtproblemen, Familien mit großen finanziellen oder sozialen Schwierigkeiten, Familien, denen das Sorgerecht für ein voriges Kind entzogen wurde, und Schwangere bzw. Mütter, die psychisch belastet oder psychisch erkrankt sind. Die Familienhebammen arbeiten eng mit den Sozialpädagoginnen und -pädagogen bei ADEBAR zusammen und sind mit anderen Einrichtungen des Stadtteils vernetzt.

*3. Familiencafé:* Das ADEBAR Familiencafé ist eine niedrigschwellige Einrichtung, die sich an Schwangere sowie Väter und Mütter mit Kindern im Stadtteil wendet. Nachbarschaftlicher Kontakt wird gefördert, die Beratung durch sozialpädagogische Fachkräfte kann bei Bedarf in Anspruch genommen werden. Es gibt eine Vielzahl von unterschiedlichen Angeboten wie zum Beispiel Krabbelgruppen, Singen und Bewegen, Babymassage oder Alleinerziehendentreff. Ziel ist es, die Alltagsbewältigungs- und Erziehungskompetenz zu stärken und die Familien aus der Isolation zu locken, wobei der Fokus auf den Ressourcen der Eltern liegt. ADEBAR versteht sich als Multiplikator und Vermittler im Stadtteil. Das Café bietet die Möglichkeit der niedrigschwelligen Kontaktaufnahme zur Familienhebamme und zur sozialpädagogischen Beratung. Auch das Familiencafé arbeitet integrativ, das heißt es wendet sich an alle, die im Stadtteil wohnen, was nicht zuletzt mit dem Ziel verbunden ist, der Viertelflucht von sozial stärkeren Familien entgegenzuwirken.



*4. Familiäre flexible Krisenhilfe:* Die Familiäre flexible Krisenhilfe unterstützt Schwangere sowie Mütter und Väter mit Kindern im Alter von bis zu zehn Jahren, die sich in akuten Krisensituationen befinden, und bietet ihnen eine zeitnahe, flexible und bedarfsgerechte Unterstützung an. Ziel ist die Vermeidung von Eskalation und Verfestigung von Schwierigkeiten. Auch in diesem Arbeitsfeld von ADEBAR steht die „Hilfe zur Selbsthilfe“, das Orientieren an den Ressourcen der Hilfesuchenden, im Mittelpunkt.

#### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwelligkeit“

Die Erreichbarkeit der Zielgruppe spielt im Familienprojekt ADEBAR eine wichtige Rolle. Das Angebot von ADEBAR richtet sich in erster Linie an Schwangere und Familien, unabhängig davon, ob es sich um Ein-Eltern-, Stief-, Patchwork-, Pflege- oder Adoptivfamilien handelt, die in den oben genannten Stadtteilen leben. Die Bedürfnisse von minderjährigen Schwangeren bzw. Müttern finden besondere Berücksichtigung. Um die (werdenden) Familien zu erreichen, ist es wichtig, auf unterschiedlichen Ebenen im Stadtteil präsent zu sein. Dazu zählt das Angebot einer niedrigschwelligen Ein-



richtung wie das Familiencafé ebenso wie der persönliche Kontakt im Stadtalltag oder die Arbeit in interdisziplinären Netzwerken. Die Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Familien wird erhöht durch folgende Standards:

- *Die Angebote sind offen und nicht stigmatisierend, sondern integrativ angelegt.* Wenig Anmeldeformalitäten (Inanspruchnahme der Beratung ohne lange Wartezeiten, kurzfristige Termine, keine Antragstellung) und die Tatsache, sich nicht zu einer regelmäßigen Teilnahme verpflichten zu müssen, erleichtern den Familien den Zugang zur Beratung sowie die Teilnahme an Gruppenangeboten. ADEBAR organisiert Veranstaltungen mit großer Öffentlichkeit, etwa Flohmärkte mit Kindersachen, die von allen Anwohnerinnen und Anwohnern gern besucht werden, da sie nicht stigmatisieren und an den Bedürfnissen der Menschen ansetzen. Das Mitbringen von Kindern ist immer möglich; die Angebote sind kostenlos oder auf Spendenbasis.
- *Erfolgreiche Kooperation mit anderen Stadtteileinrichtungen* trägt dazu bei, den Bekanntheitsgrad von ADEBAR zu erhöhen, und ermöglicht die Vermittlung von Familien an/durch andere Einrichtungen des Stadtteils.
- *Aufsuchende Arbeit* ermöglicht die Kontaktaufnahme zu Familien, die von sich aus den Kontakt nicht aufnehmen.
- *Die Variationsbreite von offenem Treffpunkt, Gruppenangeboten und Einzelfallhilfen* erleichtert die Kontaktaufnahme. Je nach Problemlage und Interesse können die Bewohnerinnen und Bewohner unterschiedliche Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen.
- *Ein multidisziplinäres Team* aus Sozialpädagogik und Gesundheitsförderung innerhalb eines Projekts ermöglicht die Unterstützung von Familien auf mehreren Ebenen. Gesundheitliche Ungleichheit hängt direkt mit sozialer Benachteiligung zusammen: Unabhängig davon, ob bei der Familie soziale oder gesundheitliche Probleme im Vordergrund stehen, findet sie eine Ansprechperson im Team.

Das Wichtigste für die Erreichbarkeit der Zielgruppe ist, dass die Mitarbeiterinnen den Betroffenen mit einer positiven, respektvollen und integrativen Haltung entgegentreten: Die Projektmitarbeiterinnen sehen sich grundsätzlich zuständig als Ansprechpartnerinnen für Schwangere und Familien mit kleinen Kindern. Niemand wird weggeschickt, jede Anfrage nach Unterstützung wird zumindest in Form einer einmaligen Beratung beantwortet, ggf. mit Überleitung in andere Regelangebote. Eine wertschätzende Haltung gegenüber den Familien ist elementar. Defizite müssen wahrgenommen und ggf. thematisiert werden, Unterstützungsleistungen müssen jedoch an den Ressourcen der Betroffenen ansetzen. Sämtliche Angebote basieren auf Freiwilligkeit in der Teilnahme. Ressourcenorientiertes Arbeiten mit extrem

belasteten Familien ist nur zu realisieren, wenn auch die Mitarbeiterinnen mit ihren eigenen Ressourcen bewusst umgehen; bei ADEBAR haben die Mitarbeiterinnen die Möglichkeiten zur Fortbildung und Supervision.

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Die Familienhebammen nehmen am „Runden Tisch Altona – St. Pauli“ teil, an dem sich regelmäßig und erfolgreich Fachkräfte aus Gynäkologie, Geburtshilfe und Kinderheilkunde, aus Krankengymnastik und Ergotherapie sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Beratungsstellen, sozialen Diensten, Kinderkrankenhaus u. a. zum gemeinsamen Austausch und zu gegenseitiger Fortbildung treffen. Ziel ist, die Versorgung von Frauen rund um die Geburt in den Stadtteilen St. Pauli und Altona zu verbessern und Versorgungslücken zu schließen. Eine weitere Ebene der Multiplikation besteht aus der Mitarbeit im Netzwerk der Hamburger Familienhebammen, das sich auch für die Beratung von neu entstehenden Familienhebammenprojekten einsetzt. Im Bereich Stadtteilentwicklung bietet ADEBAR Qualifizierungsbausteine für Beratung und Selbsthilfe an, zum Beispiel zu Hartz IV. Konzepte wie etwa das Schulprojekt „Familiengeschichten, Eltern-Liebe-Zukunft“ werden anderen Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Empowerment, die Befähigung der Familien im Stadtteil, gehört zu den Grundprinzipien der Arbeit von ADEBAR. Die Mitarbeiterinnen von ADEBAR zielen mit einer ressourcenorientierten Arbeitsweise darauf ab, bei den Familien die oft verschütteten individuellen Stärken, Fähigkeiten und Möglichkeiten aufzudecken und zu fördern. Die Vernetzung und Unterstützung von Selbsthilfeeinheiten oder Selbstorganisation im Stadtteil genießt immer erste Priorität; betreuende und programmorientierte Intervention wird dem nachgestellt. Im Familiencafé wird informiert, qualifiziert und fortgebildet. Dazu zählten im Jahr 2004 Informationsveranstaltungen und Fortbildungseinheiten zum Beispiel zu erster Hilfe am Kind, gesundem Ernährungsverhalten, Schlafverhalten von Kindern oder Hartz IV.

Auch in der Arbeit der Familienhebammen werden die Mütter qualifiziert. Dabei steht die Stärkung der Mutter im selbstständigen Umgang mit ihrem Kind im Vordergrund. Weitere Themen sind: Geburtsvorbereitung, Stillförde-

rung, Prävention des plötzlichen Säuglingstods, Wahrnehmen der Bedürfnisse des Babys, Rauchen in der Schwangerschaft, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Stärken der Mutter-Kind-Bindung. Integratives Arbeiten bedeutet, im Rahmen der Angebote an den Lebenswelten aller Betroffenen anzusetzen. Neben fachlicher Kompetenz bedarf es einer hohen sozialen Sensibilität, um allen Beteiligten gerecht zu werden und in den heterogenen Gruppen niemanden auszugrenzen.

Im Bereich der Stadtteilentwicklung ist die Befähigung der dort Lebenden ein zentraler Schwerpunkt: Dazu zählt der Ansatz, die Veränderungsbedarfe aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner zu erheben und sie bei der Artikulation ihrer Interessen und in dem praktischen Engagement für ihre Durchsetzung zu unterstützen. Das Selbsthilfepotenzial und die Selbsthilfeorganisation werden gestärkt. ADEBAR setzt Beteiligungsmethoden wie „Planning for Real“ ein und orientiert sich konsequent am vorhandenen Niveau der Problemwahrnehmung und -artikulation der Anwohnerschaft.

### **Kontakt**

Mirjam Hartmann, Birgit Schulze  
Familienprojekt ADEBAR  
Lange Straße 9  
20359 Hamburg  
Bundesland: Hamburg  
Telefon: 040-31798166 oder 30089688  
Telefax: 040-31798167  
E-Mail: [adebar.st.pauli@gmx.de](mailto:adebar.st.pauli@gmx.de)  
Website: [www.adebar-st-pauli.de](http://www.adebar-st-pauli.de)

Weitere Materialien zum Download: „Bericht aus der Praxis“ und „Familien-  
geschichten, Eltern-Liebe-Zukunft“.

## **Connect – Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien**

### **Kooperation und Vernetzung**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Multiplikatorenkonzept – Innovation und Nachhaltigkeit – Dokumentation und Evaluation

#### **Abstract**

Kinder, die mit suchtkranken Eltern(-teilen) aufwachsen, leiden häufig unter einer Vielzahl von psychischen, sozialen und körperlichen Belastungen. Die Gefahr, dass die Kinder selber eine Suchterkrankung entwickeln oder psychosomatisch erkranken, ist erhöht. Kommt zu der Suchterkrankung der Eltern noch ein Aufwachsen in Armut (niedriges Bildungsniveau der Eltern, materielle Unterversorgung, Arbeitslosigkeit, Migration, Leben in einem Stadtteil mit Entwicklungsbedarf etc.) hinzu, sind die Kinder überdurchschnittlich großen körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Präventives und gesundheitsförderndes Handeln zu einem möglichst frühen Zeitpunkt ist für diese Kinder besonders wichtig.

Das Projekt „Connect“ zielt auf eine arbeitsfeldübergreifende Zusammenarbeit. Nicht nur Sucht- bzw. Beratungseinrichtungen arbeiten sozialraumorientiert enger zusammen, sondern in einem Verbund kooperieren verbindlich alle Einrichtungen miteinander, die „rund um das Kind und die Familie“ aktiv sind. Dazu zählen Kindertagesstätten ebenso wie Hebammen, Erziehungsberatungsstellen oder auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie viele andere.

Die Bedarfe der Professionellen werden erhoben, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden qualifiziert, und mit Hilfe von Fortbildungen, Workshops und Fallbesprechungen wird die sektorenübergreifende Zusammenarbeit gefördert. Die Professionellen werden für das Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ sensibilisiert, erhalten Qualifikation und werden Teil eines unterstützenden Netzwerkes. Auf frühzeitige Anzeichen von Belastungen der Kinder kann zukünftig durch die Entwicklung einer „Kultur des Hinschauens“ professionell und vernetzt reagiert werden.

Das Modellprojekt hat folgende wichtige Ergebnisse erzielt: Das Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ ist in der Region präsent. 30 Kooperationspartner aus den Bereichen rund um das Kind und seine Familie konnten auf der Basis eines Kooperationsvertrags zur verbindlichen Zusammenarbeit motiviert werden. Es ist gelungen, ein neues Instrument – eine unbürokratische kollegiale Fallberatung unter regelhafter Einbeziehung der Kompetenz aus der Suchthilfe – zu entwickeln und strukturell zu verankern.

Dank der Unterstützung der Akteurinnen und Akteure aus der bezirklichen Jugendarbeit ist es gelungen, den Kooperationsverbund über die Projektphase (August 2003 bis August 2005) hinaus zu erhalten. Die Arbeit ist an die regionale sozialräumliche Angebotsentwicklung angebunden; Fallberatung und Koordination sind als Regelangebot in der Modellregion übernommen. Die Regelungen für die Weiterarbeit sind Bestandteil des Kooperationsvertrages.

## Hintergrund

Das Modellprojekt „Connect – Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien – Kooperation und Vernetzung“ wurde im Hamburger Stadtteil Osdorf (Sozialraum 15) angeboten. Die Gesamtkoordination des zweijährigen Modellprojekts (Laufzeit August 2003 bis August 2005) lag beim Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen. Die regionale Koordination wurde von der Vereinigung Pestalozzi e.V. – einem Jugendhilfeträger mit unterschiedlichen (koordinierenden) Angeboten – vor Ort durchgeführt. Finanziert wurde das Projekt durch Zuwendungen der Behörde für Soziales und Familie, der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) und aus Spenden.

Osdorf befindet sich im Bezirk Altona und zählt zu den Stadtteilen, die im letzten Gesundheitsbericht (Stadtdiagnose 2, April 2001) als Stadtteile mit schlechter sozialer Lage identifiziert wurden.

Die Modellregion Osdorf umfasst als Kerngebiet die Wohnsiedlung Osdorfer Born und das so genannte Born-Center; charakteristisch für die Siedlungen sind Wohnblocks mit sechs bis 17 Geschossen. Im Sozialraum Osdorf sind 18,8% der Bevölkerung unter 18 Jahren, was den Hamburger Durchschnittswert um 2,8 Prozentpunkte übersteigt. Die durchschnittliche Wohnfläche pro Einwohnerin oder Einwohner ist geringer als im Hamburger Mittelwert. Von

den Wohnungen sind 40,7% (2003) Sozialwohnungen. (Im Vergleich dazu: Der Anteil im Bezirk Altona beträgt 16,5%.) Der Anteil der nichtdeutschen Bürger und Bürgerinnen zeigt keine auffallenden Unterschiede zum Hamburger Durchschnittswert.

Bei Betrachtung der Sozialstruktur fällt auf, dass 7,9% der Bevölkerung (2003) ihren Lebensunterhalt über Sozialhilfe bestreiten (der Hamburger Durchschnittswert beträgt 7,0%) und die Arbeitslosenquote bei Personen im erwerbsfähigen Alter (März 2004) bei 7,5% liegt (Hamburger Durchschnittswert 7,3%).

Innerhalb des sozialen Brennpunkts Osdorf existieren Straßenzüge, die von einigen dort tätigen Professionellen als „Ghetto“ angesehen werden: Hier leben Familien auf besonders beengtem Sozialwohnraum mit geringer Wohnqualität. Diese Familien sind verstärkt durch Suchtmittelmissbrauch belastet.

Nach Aussagen der Professionellen vor Ort lebt jedes fünfte Kind in Osdorf in einer suchtbelasteten Familie. Einige Fachkräfte aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe schätzen den Anteil der Hilfe suchenden suchtbelasteten Familien auf ca. 70% ihrer Gesamtklientel. Die familiäre Situation hat vielfache Auswirkungen auf die gesunde Entwicklung der Kinder.

Kinder aus suchtbelasteten Familien sind in höherem Maße Gewalt und Vernachlässigung ausgesetzt und haben selbst ein erhöhtes Risiko, Suchterkrankungen oder andere psychische bzw. psychosomatische Störungen zu entwickeln. Der Familienalltag wird geprägt durch wechselhaftes und unberechenbares Verhalten der Eltern oder des konsumierenden Elternteils. Betroffene Kinder übernehmen oft Aufgaben, die ihrem Alter nicht entsprechen, und geraten schnell in emotionale Isolation. Die Belastungen und Entwicklungseinschränkungen dieser Kinder sind vielfältig. Mit dem Ziel, die Sucht der Eltern zu verheimlichen, machen diese Kinder alles, um zu „funktionieren“ und nicht aufzufallen. Dies führt dazu, dass ihre Probleme, trotz extremer Überforderung der Kinder, selten frühzeitig wahrgenommen und nicht vor dem Hintergrund der Suchtproblematik eingeordnet werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kita und Schule fühlen sich ratlos und sind nur wenig in das System weiterführender Hilfen eingebunden. Im Bereich der Suchthilfe hingegen steht die Suchtbehandlung der Erwachsenen im Vordergrund, ihre Rolle als Vater oder Mutter wird selten erfragt und in die Therapie einbezogen. Die Hamburger Basisdatendokumentation im Suchtbereich e.V. (Bado) veröffentlichte erstmals 2002, wie viele Klientinnen und Klienten

mit Kindern im ambulanten Versorgungssystem behandelt wurden. Seitens der hier zuständigen Gesundheitsbehörde wurde angesichts der hohen Anzahl Handlungsbedarf formuliert. Es wurde erkannt, dass die Hilfe für Kinder häufig zwischen verschiedenen Zuständigkeitsschranken auf der Strecke bleibt. Das Hilfesystem ist nicht in der Lage, den erhöhten Risiken der Kinder adäquat zu begegnen. Dieses Fazit – formuliert anlässlich einer Tagung des Hamburger Arbeitskreises „Kinder aus Suchtfamilien“ im Jahr 2002 – bildete die Basis für die Entwicklung des Projekts „Connect“. Dabei sollte es nicht darum gehen, neue Angebote für die Zielgruppe zu entwickeln, sondern die vorhandenen Hilfen durch Zusammenwirken der Einrichtungen effektiver zu machen. Dies sollte in einer Modellregion beispielhaft entwickelt und durchgeführt werden.

Das Projekt „Connect“ zielte darauf, Fachkräfte aus den Bereichen medizinische Versorgung, Geburts-, Jugend- und Suchthilfe, aus Kita, Schule und Stadtteil zu sensibilisieren und zu unterstützen, frühzeitig die Anzeichen einer gesundheitlichen, sozialen und/oder psychischen Gefährdung bei Kindern durch eine Suchtproblematik in der Familie wahrzunehmen.

Des Weiteren wurde die Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften in den verschiedenen Bereichen gefördert. Die Koordination der unterschiedlichen Hilfemaßnahmen und die Vernetzung sollte durch die Entwicklung verbindlicher, nachhaltig wirksamer Strukturen gewährleistet werden.

„Connect“ verfolgte das Ziel, den Eltern den Schritt zu erleichtern, Hilfe für sich und ihr Kind anzunehmen, um so auch den Verbleib des Kindes in der Familie zu fördern. Primäre Zielgruppe des Projekts waren Kinder suchtbelasteter Eltern. Mittelbar zu erreichen sind diese jedoch am ehesten über ihre Eltern oder über die Fachkräfte der einzelnen Institutionen, die mit der Familie oder den Kindern in Kontakt sind.

Durch das gezielte Zusammenwirken der vorhandenen Angebote sollten die Entwicklungschancen von Kindern suchtbelasteter Eltern verbessert werden.

## Vorgehen

Sucht in der Familie wird als Hintergrund für Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern oft zu spät gesehen oder nicht angemessen berücksichtigt – auch seitens der Fachkräfte. Es fehlt eine Kultur des Hinschauens: Aus Sorge, zu stig-

matisieren oder nicht adäquat helfen zu können, wird die Sucht der Eltern oder des Elternteils tabuisiert. Die Unsicherheit, wie das Thema angesprochen werden kann, ist groß. Vorhandene Hilfeangebote sind wenig koordiniert.

Die Arbeit von „Connect“ setzte sich aus vier Bausteinen zusammen: *Projektkommunikation*, *Qualifikation von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren*, *Strukturentwicklung* und *Evaluation*. Die Umsetzung dieser Bausteine erfolgte schrittweise und parallel zueinander.

In einem ersten Schritt (Bestandsaufnahme als ein Aspekt von *Evaluation und Projektkommunikation*) wurde die Situation der Kinder aus Sicht der unterschiedlichen Professionellen im Stadtteil erhoben, ebenso wie der Fortbildungs- und Kooperationsbedarf zum Thema „Kinder aus suchtblasteten Familien“. In die Bestandsaufnahme wurde eine Beurteilung des Handlungsbedarfs einbezogen.

Im Stadtteil fanden Informationsgespräche statt mit dem Ziel, ein Netzwerk aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Einrichtungen aller Bereiche aufzubauen und eine gemeinsame Kooperationsvereinbarung zu entwickeln.

Im Bereich der *Qualifikation* stand die Sensibilisierung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Situation der betroffenen Kinder im Mittelpunkt. Es wurden Informationen ausgetauscht, Seminare und Fortbildungen angeboten, Fachgespräche geführt und Unterstützungsangebote bekannt gemacht. Weiterhin fand in regelmäßigen Abständen unter der Moderation einer Mitarbeiterin aus der Suchtprävention eine Praxis- oder Fallberatung statt.

Teamintern und bereichsübergreifend wurden Fortbildungen durchgeführt, u. a. zu Grundlageninformationen, methodischen Fragen und zur Gestaltung von Fachgesprächen. Als Unterstützung wurde die Broschüre „Kinder – Netz – Hilfe“ erarbeitet.

Ein weiterer Baustein war die Entwicklung einer verbindlichen nachhaltigen Kooperationsstruktur (*Strukturentwicklung*). Dabei wurde an bereits vorhandene Gremien angeknüpft. Workshops wurden durchgeführt mit dem Ziel, gemeinsam eine verbindliche, fallbezogene Kooperationsvereinbarung zu entwickeln. Das Projekt wurde begleitend evaluiert (*Evaluation*).

30 Kooperationspartner aus Kita, Schule, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung haben sich zu einem Hilfeverbund zusammengeschlossen und sich



auf ein gemeinsames Vorgehen und gegenseitige fachliche Unterstützung verständigt. Vor Ort war eine Mitarbeiterin für die Stadtteilkoordination zuständig und sicherte den Informationsaustausch und die Terminabsprachen für die gemeinsame Fallberatung zwischen allen beteiligten Institutionen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Die gemeinsame Qualifizierung der vor Ort mit Kindern und Familien Tätigen war eine zentrale Säule des Projekts. Gemeinsam wurden diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie weitere interessierte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Stadtteil regelmäßig fortgebildet durch Grundlageninformationen (Wie geht es Kindern aus suchtbelasteten Familien und wie erkenne ich eine Sucht?), methodisches Vorgehen (z. B. Gesprächsführung, kreative Methoden) und durch Fachgespräche zwischen einzelnen Arbeitsfeldern. Die Inhalte orientierten sich an den Ergebnissen der Bestandsaufnahme, das Ziel war, „Handwerkszeug“ für die Arbeit mit der Zielgruppe (Kinder und ihre Familien) zu erlernen. Die Fortbildungen setzten sich aus theoretischen „Inputs“ und praktischem Erproben zusammen; das Erlernte sollte in der Region bleiben und nachhaltig in den einzelnen Einrichtungen wirken. Innerhalb der Einrichtungen wurde das Wissen an Kolleginnen und Kollegen weitergegeben bzw. „multipliziert“, sodass die Handlungssicherheit des gesamten Teams im Umgang mit Kindern und ihren Familien erhöht wurde. Für die Durchführung des Projekts wurden Workshops zur Kooperationsentwicklung durchgeführt mit dem Ziel, gemeinsam eine sektorenübergreifende Vernetzungsstruktur aufzubauen, die die Zusammenarbeit zwischen allen Institutionen mit Angeboten für Kinder und Familien im Stadtteil fördert. Beteiligte Gruppen waren u. a. Ärztinnen und Ärzte aus den Bereichen Kinderheilkunde und Gynäkologie, Hebammen und Geburtshelfer sowie Professionelle aus den Bereichen Jugendhilfe, Polizei, Suchthilfe, Kita und Schule (insbesondere Sonderschule). Alle Partner wurden gleichermaßen mit eingebunden. Um dies zu ermöglichen, wurden keine neuen Strukturen entwickelt, sondern vorhandene genutzt und intensiviert.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Kooperationsprojekte zur Unterstützung von Kindern aus suchtbelasteten Familien sind in der Regel suchtmittelspezifisch ausgerichtet und beziehen sich überwiegend auf Familien bzw. Mütter, die illegale Drogen konsumieren.

Die Problemlage und damit auch der entsprechende Handlungsbedarf sind hier meist offensichtlicher als in Familien, deren Suchtproblematik im Missbrauch legaler Drogen begründet liegt. Aufgrund des zunehmenden Missbrauchs ist jedoch eine suchtmittelübergreifende Arbeit sehr wichtig. „Connect“ war daher auch auf formaler Basis suchtmittelübergreifend ausgerichtet und gleichzeitig in ein sehr breites Verbundsystem eingebunden, das auch Regeleinrichtungen wie Kita und Schule umfasste. Ein weiterer innovativer Faktor war die von allen Beteiligten unterzeichnete schriftliche Kooperationsvereinbarung. Bisherige Arbeitskreise hatten eher informellen Charakter und arbeiteten ohne schriftliche Vereinbarung. Die Übereinkunft war nicht an finanzielle Ressourcen gebunden (wie es bei vielen Kooperationsvereinbarungen zum Beispiel im Jugendhilfebereich der Fall ist), sondern sie war Ausdruck von einrichtungsbezogenem Engagement.

Die Fallberatungen gaben den Professionellen vor Ort eine niedrigschwellige Möglichkeit, sich fachlich auf „Augenhöhe“ zu begegnen und haben somit eine wertschätzende und gewinnbringende Form der Kooperation geschaffen. Innovativ ist dieser Ansatz insbesondere deshalb, da es sich hier nicht um eine Hilfeforenz im Rahmen von sozialen Diensten handelte, sondern dieses Instrument im präventiven Bereich beispielsweise in Kooperation von Kinderärztin/-arzt, Erzieherin/Erzieher und Erziehungsberatung durchgeführt wurde. Das heißt: Schon beim Verdacht auf eine Suchtbelastung wurde die Aufmerksamkeit der entsprechenden Fachkräfte auf das Kind gelenkt und gemeinsam überlegt, wie ihm neue Entwicklungschancen eröffnet werden können – weit im Vorfeld von Kinder- und Jugendhilfe-Gesetzmaßnahmen (womit diese vielleicht sogar vermieden werden können). Bei der Fallberatung handelte es sich um eine Art supervisorische Beratung, die von einer Mitarbeiterin der Suchthilfe (bzw. mit Kompetenzen in diesem Feld) moderiert wurde, und die für die beteiligten Fachkräfte aus allen Bereichen offen war. Innovativ ist darüber hinaus die Tatsache, dass hier nicht ein neues spezifisches Angebot geschaffen, sondern stattdessen die Qualität der vorhandenen Hilfen durch Vernetzung und Synergieeffekte auf eine neue Stufe gestellt wurde.

Dank der Unterstützung der Akteurinnen und Akteure aus der bezirklichen Jugendarbeit ist es gelungen, den Kooperationsverbund über die Projektphase (August 2003 bis August 2005) hinaus zu erhalten. Die Arbeit ist an die regionale sozialräumliche Angebotsentwicklung angebunden, Fallberatung und Koordination wurden als Regelangebot in der Modellregion übernommen. Die Regelungen für die Weiterarbeit sind Bestandteil des Kooperationsvertrags.

## ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

„Connect“ wurde projektbegleitend durch das Arbeitsfeld Wissenschaft und Forschung des Büros für Suchtprävention evaluiert. Während des Prozesses wurden die Qualität der Versorgung von Kindern aus suchtbelasteten Familien sowie die vor Ort vorhandenen Strukturen mehrfach überprüft.

Folgende Instrumente wurden eingesetzt:

1. Zu Beginn wurden leitfadengestützte Interviews mit Fachkräften in den verschiedenen Arbeitsfeldern aus der Modellregion Osdorf durchgeführt. Zusätzlich wurden Fragebogen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Einrichtungen rund um Kind und Familie (ca. 80 Einrichtungen) ausgegeben, um eine quantitative Bestandsaufnahme der Bedarfe zu erheben. Ziel war es, die Lebenssituation der Familien, die bestehenden Vernetzungsstrukturen der Einrichtungen und Institutionen vor Ort sowie die Kooperations-, Fortbildungs- und Qualifizierungsbedarfe von Fachkräften in den unterschiedlichen Handlungsfeldern zu erfassen. Diese Befragungen wurden am Ende des Projekts für die Ergebnissicherung erneut durchgeführt.
2. Evaluation der Fortbildungsveranstaltungen mithilfe von Fragebogen (vorher/nachher).
3. Leitfadengestützte Interviews zur Untersuchung der Fallberatungen.
4. *In Entwicklung*: Ein Fragebogen zur Beurteilung der Ergebnisse der Fallberatungen, um die Qualität der Anamnese und die Weiterarbeit in einem fachlich korrekten Rahmen zu sichern.

Alle Ergebnisse sind in den Verlauf des Projekts eingeflossen und haben neue Möglichkeiten für die praktische Arbeit geschaffen. Sie zeigen, welche Vernetzungsstrukturen gut greifen und erweitern den Blick der unterschiedlichen Fachrichtungen. Zum Projektende fand eine Abschlussevaluation statt.

Die Evaluationsergebnisse machen deutlich, dass Kooperation, die zur früheren und effektiveren Hilfe für die betroffenen Kinder führt, möglich ist. Es ist jedoch wichtig, die Fachkräfte zur Einbeziehung der Kooperationspartner und -partnerinnen sowie zur Nutzung des Instruments der Fallberatung immer wieder zu motivieren, da die Suchtproblematik im Hintergrund der familiären Situation der Kinder permanenter Tabuisierung auch seitens der Eltern unterliegt. Darum ist die Funktion einer Koordinatorin bzw. eines Koordinators dauerhaft nötig. Sind die Strukturen allerdings aufgebaut, können mit einem geringen Stundenkontingent hohe Effekte erzielt werden. Wichtig ist, das

Netzwerk lebendig zu erhalten, die Praxis der Fallberatung zu fördern und durch fachliche und strukturelle Impulse weiterzuentwickeln.

Die Evaluation diente nicht ausschließlich der Erfolgskontrolle sondern bezog durch den frühen Befragungszeitraum die Expertise der Fachkräfte vor Ort mit ein. Sie ermöglichte durch den modularen Aufbau die zeitnahe Rückmeldung an die Projektplanung und trug auch dazu bei, die Akzeptanz für das Projekt zu erhöhen. Die Evaluation der Fortbildungsveranstaltungen verdeutlichte, dass neben den Primäreffekten – Sensibilisierung und Qualifizierung – wichtige Sekundäreffekte zu verzeichnen sind: Kontaktaufbau und -ausbau der Einrichtungen untereinander, Einblicke in fachfremde Bereiche und die Klärung und Überwindung von Zuständigkeitsgrenzen. Dabei wurde vor allem der Kontakt von „suchtfremden“ Arbeitsbereichen (wie Kita und Schule) zum System Suchtprävention und Suchthilfe signifikant intensiviert. Deutlich wurde ebenfalls, dass eine Koordinationsinstanz zur Vermeidung von Reibungsverlusten beim Zusammenführen der unterschiedlichen Versorgungssysteme unverzichtbar ist. Durch die connect-spezifischen Fallberatungen konnten flexible, individuelle, interdisziplinäre und frühe Hilfen nachhaltig implementiert werden.

Die Ergebnisse des Modellprojekts wurden von der zuständigen Behörde auch auf die Übertragbarkeit auf andere Stadtteile geprüft. Der Empfehlung, die Fallberatung flächendeckend auszuweiten, wurde zugestimmt. Im Mai 2006 wurden die Ergebnisse im Rahmen einer Fachtagung hamburgweit präsentiert. Fazit: Die Connect-Fallberatung soll mit den aktuellen strukturellen Entwicklungen in Hamburg – Optimierung der Arbeit in den Schnittstellenbereichen der Jugendhilfe, Suchtprävention und Suchthilfe – verknüpft und in ein flächendeckendes Netzwerkmanagement eingebunden werden.

### **Kontakt**

Irene Ehmke

Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle  
gegen die Suchtgefahren e.V.

Repsoldstr. 4

20097 Hamburg

Bundesland: Hamburg

Telefon: 040-2849918-0

Telefax: 040-2849918-19

E-Mail: [ehmke@suchthh.de](mailto:ehmke@suchthh.de)

Website: [www.suchthh.de](http://www.suchthh.de)

# Lernen durch Genießen – Gesunde Ernährung aus Sehpferdchens Küche

## Gute Praxisbereiche:

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Empowerment – Settingansatz

## Abstract

Das Aufwachsen in armen Familien hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder. Besonders eindrucksvoll wird dieser Zusammenhang im Ernährungsstatus und -verhalten der Kinder und ihrer Familien deutlich. In armen Haushalten steht wenig Geld für eine abwechslungsreiche, gesunde Ernährung zur Verfügung, und Eltern fehlen häufig die Kompetenzen, bedarfsgerechte Speisen zuzubereiten. Die Kita „Sehpferdchen“ setzt hier mit ihrem Konzept „Lernen durch Genießen“ an und arbeitet mit einem settingbezogenen Ansatz: Gesundes Essen wird mit und für die Kinder zubereitet; Kochkurse und Veranstaltungsreihen geben den Eltern sowohl ernährungsphysiologisches Wissen als auch die Möglichkeit, praktische Erfahrung auf niedrigschwelliger Ebene zu erproben. Die Mitarbeit im Arbeitskreis „Gesundes Heimfeld“ ermöglicht der Kita, ihre Angebote lebensweltorientiert auszurichten. Gesunde Ernährung ist als übergreifendes Konzept in der Kita verankert, dient aber auch als Medium, um die Kompetenzen der Kinder in den Bereichen Sprache, Sozial- und Konfliktverhalten zu fördern sowie die Eigenverantwortung der Eltern zu unterstützen. Erfolge sind zum Beispiel bei den Kindern im Sprachverhalten erkennbar. Das Benennen einzelner Obst- und Gemüsesorten und das eigenständige Durchführen von Vorbereitungstätigkeiten wie Schälen, Schneiden und Raspeln haben bei den Kindern zu einer Wortschatzerweiterung geführt. Gemeinsames Arbeiten in der Küche verlangt von den Kindern, dass sie Absprachen (z. B. bezüglich der Gerätenutzung) durchführen und einhalten; das Sozial- und Konfliktverhalten der Kinder hat sich dadurch deutlich verbessert. Einige Eltern interessierten sich für die Rezepte und kochten sie zu Hause mit ihren Kindern nach.

## Hintergrund

Die Kita „Sehpferdchen“ befindet sich in Heimfeld-Nord, einem ehemaligen (Hafen-)Arbeiterviertel am Rand des Bezirks Hamburg-Harburg. Heimfeld-

Nord zählte viele Jahre zu den Armutsinseln der Stadt. Die Umsetzung des Hamburger Programms der sozialen Stadtteilentwicklung und eine umfassende Wohnungsmodernisierung tragen seit 1995 zu einer grundlegenden Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen im Quartier bei. In Heimfeld-Nord leben ca. 6000 Menschen. Der Anteil an Arbeitslosen und Personen, die Transfereinkommen beziehen, liegt in Heimfeld-Nord weit über dem Hamburger und Harburger Durchschnitt. 30–35 % der Menschen in Heimfeld-Nord sind Migrantinnen und Migranten.

Neben den Problemen aufgrund von (drohender) Arbeitslosigkeit leiden viele Eltern (der Kita-Kinder) unter schwierigen Arbeitsbedingungen wie Beschäftigung im Niedriglohnsektor, Früh-, Nacht- oder Wechselschicht bzw. Springertätigkeiten.

Die soziale Situation der Familien schlug sich auch in den Ergebnissen der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen nieder: Der Anteil an Übergewicht, Konzentrations- und Lernstörungen, Auffälligkeiten in der Motorik und im sozialen Verhalten bei den Kindern des Stadtteils war überdurchschnittlich hoch.

Gesundheit wurde zum zentralen Schwerpunkt des Stadtteilentwicklungsprogramms; in einem Arbeitskreis „Gesundes Heimfeld“ arbeiten seit Mai 2000 Gesundheitsamt, Schule, Jugendclub und Kirche mit dem Ziel, das Thema „Gesundheit“ in alle Bereiche zu integrieren und die Menschen in ihrer Eigenverantwortung langfristig zu stärken. In den Jahren 2002 und 2003 wurde das Thema Gesundheit in der Kindertagesstätte sehr intensiv gelebt. Eine Auswertung, bezogen auf den Stadtteil, hat nicht stattgefunden. Im Rahmen des Stadtentwicklungsprozesses haben die Anwohnerinnen und Anwohner ihre Bedürfnisse mithilfe einer Befragung geäußert: Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Unterstützung bei der Erziehung ihrer Kinder waren die von den Eltern am häufigsten aufgeführten Themen.

Die Kita hat sich als Erstes das Thema „Gesunde Ernährung“ vorgenommen, da die Familien häufig aus Unwissenheit, aber auch aus Kostengründen, in diesem Bereich besonders sparen. Ziel ist es, Kinder wie auch ihre Eltern für ein bewusstes Gesundheitsverhalten zu sensibilisieren, die Kinder zu befähigen, ihre Bedürfnisse zu entdecken und auszudrücken sowie Strategien der Krisenbewältigung zu erlernen.

## Vorgehen

Die Kita „Sehpferdchen“ ist eine Einrichtung des Arbeiter-Samariter-Bundes und befindet sich im Stadtteil Heimfeld-Nord. Es werden täglich ca. 60 Kinder im Alter von einem Jahr bis Schuleintritt halb- und ganztags im Elementar- und Hortbereich pädagogisch betreut. In enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis „Gesundes Heimfeld“ hat die Kita ihre gesundheitsfördernden Angebote insbesondere im Themenfeld Ernährung entwickelt. Die Kita vermittelt mit dem Projekt „Lernen durch Genießen“ sowohl Kindern als auch Eltern Wissen und praktische Erfahrungen zum Thema Ernährung sowie über Bestandteile, Herkunft oder Zubereitung von Nahrungsmitteln. Neben der gesunden Ernährung stehen die Befähigung und Kompetenzerweiterung der Beteiligten im Mittelpunkt der Maßnahmen.

Kinder lernen Verhaltensweisen wie Essen durch Beobachtung und Nachahmung und die dabei gemachten Erfahrungen und geweckten Gefühle. Die Kita nimmt als familienergänzende Einrichtung eine zentrale Rolle für die Entwicklung von gesundheitsförderndem Verhalten ein. In der Kita Sehpferdchen sind neben den pädagogischen Leitungskräften und den Erzieherinnen auch eine Hauswirtschaftsleitung und eine Küchenkraft beschäftigt. In der pädagogischen Angebotsgestaltung nimmt die Küche eine wichtige Funktion ein: Küchenleitung und pädagogisches Personal wurden gemeinsam fortgebildet mit dem Ziel, die pädagogischen Themenfelder mit gesunder Ernährung zu verknüpfen. Kochen und Essen ist als positives, ressourcenstärkendes und lebensbejahendes Konzept in der Kita verankert. Neben den ernährungsphysiologischen Aspekten stehen die Faktoren Genuss, Selbstverantwortung und sozialer Zusammenhalt im Mittelpunkt.



„Lernen durch Genießen“ setzt an den Beobachtungen der Pädagoginnen an: Die Kinder kannten kein Sättigungsgefühl mehr, bevorzugten überwiegend süße Speisen und verfügten über wenig Wissen darüber, wie Essen zubereitet werden kann. Im Rahmen von „Lernen durch Genießen“ zieht sich gesunde Ernährung durch den ganzen Kita-Alltag: Die Frühdienstkinder bestücken gemeinsam mit den Erzieherinnen das Frühstücksbüfett (*Was brauche ich, um den Tag gestärkt zu beginnen?*), das Mittagessen findet in festen Tischgemeinschaften statt (*Erzieherinnen essen mit, gepflegte Tischkultur, sicherer Umgang mit Messer und Gabel, Herumreichen der Schüssel, Gespräch über das Essen und Zubereitung, Getränkediens*), und als Zwischenmahlzeiten werden Obststeller gemeinsam zubereitet (*dabei wird die Gelegenheit genutzt Obstsorten zu benennen; die Kinder lernen, selber zu schneiden; Geschmacks- und Geruchserfahrungen, Herkunft/Anbau des Obstes werden besprochen und Ähnliches*).

Im „Küchenlabor“ können die Kinder Geschmacks- und Genussforschung betreiben, und bei Naturspaziergängen sammeln sie Kräuter, Beeren oder Pilze, die später für das Mittagessen verarbeitet werden. Bei Bewegungsangeboten spüren die Kinder unterschiedliche Auswirkungen der gesunden Lebensmittel auf ihren Körper: Sie sammeln Erfahrungen, wie es ist, sich zu bewegen, nachdem sie vorher Chips und Kekse zu sich genommen haben und ob sich die gleichen Bewegungen anders anfühlen, wenn sie im Vorfeld Gemüse oder Obst verzehrt haben. Die Kinder geben an, trotz eines Sättigungsgefühls nicht durch einen „vollen Magen“ belastet zu sein. Auch sind die Kinder ausdauernder und körperlich aktiver. Angebote wie „Kochen in Muttersprachen“, bei denen Erzieherinnen mit der Muttersprache Türkisch oder Russisch mit allen Kindern Rezepte aus ihrer Heimat kochen und die Zubereitungen in der jeweiligen Sprache begleiten, unterstützen Kinder in der Entwicklung eigener Kompetenzen und ihres Selbstwertes. Kochkurse für die Eltern und Veranstaltungsreihen in der Kita zum Thema „Leben mit Kindern“ stärken die Kompetenzen und die Eigenverantwortung der Eltern.

Gesunde Ernährung bestimmt das Leitbild der Kita. Ernährung wird darüber hinaus als Vehikel betrachtet, das die Kinder bei der Entwicklung ihrer Sprach- und Sozialkompetenzen unterstützt. Im Küchenlabor wurden die Handlungen auch sprachlich ausgedrückt: „Jetzt gebe ich ein Ei in die Schüssel“ oder „Der Teig muss gehen, er wird jetzt leicht und locker“. Es wurden die einzelnen Arbeitsgänge benannt: „Mehl mahlen, abwiegen, kneten.“ In Verbindung mit dem direkten praktischen Tun entstehen Bilder und Wahrnehmungen, die mehr sind als die Anhäufung von Wissen.



## ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Ein Großteil der Kinder (ca. 60%), die die Kita besuchen, kommt aus einem von relativer Armut betroffenen Haushalt. Die Kita Sehpferdchen arbeitet settingorientiert, das heißt, sie bezieht mit ihren Angeboten die Kinder, die Erzieherinnen und die Eltern in ihren Lebens- und Arbeitsbereichen ein. Gesunde Ernährung durchzieht den Tagesablauf der Kita wie ein roter Faden, daher profitieren alle Kinder von den Angeboten, ohne stigmatisiert zu werden. Ernährungsdefizite der Kinder werden durch das Angebot gesunder Lebensmittel in der Kita ausgeglichen.

Die Erzieherinnen folgen der Grundhaltung, dass „Eltern nur das Beste für ihre Kinder wollen und dass sie dafür ihr Möglichstes tun“. Mit dieser positiven Haltung drücken sie ihre Akzeptanz gegenüber den Eltern aus, und so gelingt es ihnen, ein Klima der gegenseitigen Anerkennung zu schaffen. Das erleichtert den Eltern, Anregungen zur Förderung der Kinder von Seiten des pädagogischen Personals anzunehmen. Eltern werden als Partner bei Angeboten der Kita einbezogen, sie begleiten die Kinder bei Ausflügen oder beteiligen sich an Projekttagen, zum Beispiel als Vorleserin in ihrer Muttersprache. Diese gemeinsamen Aktionen und die Wertschätzung der Fähigkeiten der Eltern tragen zum Schwellenabbau bei.

Die Angebote – wie zum Beispiel der Kochkurs, die Kochparty oder die Veranstaltungsreihe – wenden sich an alle Eltern, das heißt, sie sind bewusst als integrierende Maßnahme konzipiert. Bei der Programmgestaltung wird auf eine nicht diskriminierende und die Lebenswelten der Familien berücksichtigende Themenauswahl und -bezeichnung geachtet.

Das Team der Kita ist mit zwei Erzieherinnen aus dem russisch- bzw. türkischsprachigen Kulturkreis multikulturell besetzt. Multikulturelle Teams ermöglichen nicht nur Angebote in der Muttersprache der Kinder und Eltern, sondern wirken sich generell positiv auf das Inanspruchnahmeverhalten von ausländischen Eltern aus.

## ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Der Grundsatz, den die Pädagoginnen ihrer Arbeit zugrunde legen, lautet: „Kinder können nur wählen und entscheiden, wenn sie die Dinge kennen.“ Mit dem Themenschwerpunkt „Lernen durch Genießen“ schaffen die Erzie-

herinnen einen Rahmen, in dem es den Kindern gelingt, eigene Interessen, Vorlieben und Stärken (und auch die anderer Kinder) zu entdecken und zu erproben. Eine breite Geschmacks- und Ernährungserfahrung im frühkindlichen Alter ist für das spätere Ess- und Gesundheitsverhalten in hohem Maße prägend; schöne kulinarische Erlebnisse rufen bei den Kindern den Wunsch nach Wiederholung hervor.

Im „Küchenlabor“ erarbeiten sich die Kinder eigenständig ihre Themen: Beim Thema „Getreide“ wird im Anschluss an den Besuch einer Mühle das Brot selbst gebacken. Zum Thema „Äpfel“ werden Patenschaften für zwei Apfelbäume in der Zeit vom Frühjahr bis Herbst übernommen; während der regelmäßigen Besuche werden Wachstum und jahreszeitliche Entwicklung gemeinsam beobachtet. Nach der Ernte werden gemeinsam in der Kita Apfelmus, Apfelkuchen und Apfelsaft hergestellt.

Charakteristisch für das Küchenlabor ist aber auch das didaktische Vorgehen der Erzieherin: Sie übernimmt die Rolle der „Anstifterin“; anstelle von Wissensvorträgen unterstützt sie die Kinder darin, Fragen zu stellen und auf die



Suche zu gehen. Dieser Arbeitsansatz zielt auf die Förderung der Sprach- und Sozialkompetenzen der Kinder und geht weit über eine Wissensaneignung über gesunde Ernährung hinaus.

Die Kinder tragen ihre Anregungen und Erlebnisse aus der Kita in das Elternhaus und stoßen damit Veränderungen im Familienalltag an. Bei Bedarf holen sich Eltern Unterstützung von den Erzieherinnen. Die Entwicklung von Eigenverantwortung wird darüber hinaus auch direkt bei den Eltern gestärkt. Im Rahmen von Veranstaltungsreihen lernen sie, ihren Handlungsspielraum in den Bereichen „Gesunde Ernährung“, „Prävention“, „Bewegung“ u. Ä. zu erweitern.

Viele Eltern interessieren sich verstärkt für das Essen in der Kita. Sie suchen Anregungen, um auch zu Hause den Appetit ihrer Kinder und das gesunde Essverhalten zu fördern. Veranstaltungen zum Thema „Ernährung, Kochgelegenheiten und Rezepte“ stießen auf großes Interesse. Diese gemeinsamen Veranstaltungen leisten einen entscheidenden Beitrag zum Vertrauensaufbau. Eltern fassten in deren Folge den Mut, mit den Erzieherinnen über ihre Unsicherheiten in den Bereichen Kochen, Ernährung und Gesundheit zu sprechen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Die Kita „Sehpferdchen“ ist Gründungsmitglied des Stadtteilarbeitskreises „Gesundes Heimfeld“. Gesundheitsförderung wird in diesem Gremium als Querschnittsthema behandelt. Die Kindertagesstätte ist mit ihrer Küche eine zentrale Institution im Stadtteil und wird von anderen Einrichtungen genutzt und wertgeschätzt; sie ist mit allen familienbezogenen Einrichtungen vernetzt und kann mit ihren Angeboten auf die aktuellen Lebenslagen der Eltern im Stadtteil eingehen.

Das Projekt „Lernen durch Genießen“ ist eingebettet in die Kampagne „Gesundes Heimfeld“ des gleichnamigen Arbeitskreises. Alle zwei Monate findet eine Veranstaltungsreihe „Leben mit Kindern“ in der Kita Sehpferdchen statt, die die Themen Ernährung, Bewegung, aber auch Familienkommunikation, Prävention u. Ä. aufgreift. Diese Veranstaltungen beginnen am späten Nachmittag und dauern bis in die frühen Abendstunden. Die Kinder sind während dieser Zeit betreut. Den Abschluss bildet ein gemeinsamer Abendimbiss. Somit bietet die Einrichtung nicht nur Raum für Wissensaustausch, sondern auch Entlastung im Alltag.

Im Anschluss an den Informationsabend „Gesund kochen – bei Penny einkaufen“ hat sich eine Kochgruppe von (Kita-)Eltern aus dem Stadtteil gegründet, die einmal im Monat mit Unterstützung der Hauswirtschaftsleitung Essen zubereitet. In diesem Kochkurs werden ernährungsphysiologische Grundkenntnisse vermittelt und Anregungen zum kostengünstigen Kochen gesunder Gerichte oder zur Aufwertung von vorgefertigten Gerichten gegeben. Die Mitglieder des Kochkurses haben aktiv an der Gestaltung der 1. Heimfelder Kochparty mitgewirkt.

### **Kontakt**

Hannelore Fischer

Kita Sehpferdchen

Nobléstr. 38

21075 Hamburg

Bundesland: Hamburg

Telefon: 040-76750605

Telefax: 040-7676063

E-Mail: [kita-sehpferdchen@asb-hamburg.de](mailto:kita-sehpferdchen@asb-hamburg.de)

## Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt

### Gute Praxisbereiche:

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Settingansatz – Innovation und Nachhaltigkeit

### Abstract

Der Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt ist in einem sozial benachteiligten Segment der Hannoverschen Nordstadt angesiedelt. Mit seinen Angeboten richtet er sich an Personen, denen durch Armut, Benachteiligung und Ausgrenzung Schaden an ihrer Gesundheit droht.

Die Angebote der Einrichtung sind vielfältig. Neben allgemeiner (Gesundheits- oder auch Ernährungs-)Beratung umfassen sie beispielsweise Vortragsreihen zu verschiedenen Gesundheitsthemen, Vermittlung/Begleitung bei Kuren, Arztgängen und Behördenbesuchen oder auch offene Gruppen (u. a. Kochen). Angehörige unterschiedlicher Altersgruppen und sozialer Milieus nehmen die größtenteils kostenlosen Angebote in Anspruch. Dazu gehören vor allem Eltern mit Kindern, Alleinerziehende, ältere allein stehende Männer, Punker und Punkerinnen sowie Frauen unterschiedlichen Alters. Ziel ist die Förderung positiver gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen innerhalb der verschiedenen Zielgruppen. Dazu gehören zum Beispiel die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten, die Vermittlung von hauswirtschaftlichen Fähigkeiten und Techniken rund ums Kochen sowie Budgetberatung. Der Gesundheitsladen kooperiert mit mehreren Netzwerken im Stadtteil (u. a. mit einem breiten Verbund von mehr als 30 Partnern) bzw. in der Stadt Hannover. Er strebt eine hohe Auslastung der Räumlichkeiten an und bietet den Bewohnerinnen und Bewohnern auch die Möglichkeit, die Räumlichkeiten für selbst organisierte Veranstaltungen zu nutzen. Jüngstes Angebot ist die Beteiligung an der „Elternwerkstatt“ mit einem Gruppenangebot für Schwangere und Mütter mit ein- bis dreijährigen Kindern.

### Hintergrund

Im Jahr 2004 lebten in der Landeshauptstadt Hannover 19,4 % der Einwohnerinnen und Einwohner bzw. 17,6 % der Haushalte in relativer Armut, das

heißt, ihnen stand weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens zur Verfügung. Dieses betrug zum genannten Zeitpunkt 1227 Euro. Damit lag die Armutsschwelle bei 613 Euro für eine Einzelperson. Die Stadt hatte am 31. 12. 2004 mit 74 Sozialhilfeempfängern auf 1000 Einwohnern den zweithöchsten Wert in Niedersachsen. Zum Stichtag 31. 12. 2004 erhielten 34 038 Personen Hilfe zum Lebensunterhalt, davon mindestens ein Drittel Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren. Die Arbeitslosenquote in Hannover ergab mit 14,3 % der Bevölkerung den dritthöchsten Wert in Niedersachsen.

Die Hannoversche Nordstadt stellt eine Mischung aus einem in sich stabilen „interkulturellen Stadtteil“ und einem aufwertungsgefährdeten Altbauquartier mit weiter steigenden Segregationstendenzen<sup>9</sup> dar, wobei diese Unterteilung jeweils teilräumliche Segmente des Stadtteiles erfasst. Ungefähr 12 % der Einwohner leben von der Sozialhilfe. Der Stadtteil hat einen Migrantenanteil von ca. 24 % an der Gesamtbevölkerungszahl (Hannover Stadt 15 %). Mit einem Anteil der 18- bis 29-Jährigen von ca. 30 % (20 % im Stadtdurchschnitt) ist die Nordstadt ein junger Stadtteil. Der überdurchschnittliche Wert ist zurückzuführen auf die studentische Bevölkerung einerseits und den Stadtteil im Ganzen als Wohnort und Treffpunkt junger Leute mit geringem Einkommen andererseits. Studierende, Migrantinnen und Migranten sowie gehobene Mittelschicht Haushalte, aber auch Langzeitarbeitslose, Autonome, Punks und Personen mit erheblichen Drogenproblemen prägen das Bild.<sup>10</sup>

Die Aktivitäten des Diakonischen Werks des Evangelisch-lutherischen Stadtkirchenverbandes Hannover in der Nordstadt entstanden ursprünglich vor dem Hintergrund gewalttätiger Auseinandersetzungen zwischen Punkern und Punkerinnen, Polizei und Bevölkerung während der „Chaos-Tage“ in Hannover im Jahr 1995. Die daraufhin ins Leben gerufene Arbeit des Gemeinschaftsprojekts „Streetwork Nordstadt“ wandte sich an Punker bzw. Punkerinnen, Trebegängerinnen und Trebegänger sowie Straßenkinder, die einen Treffpunkt im Stadtteil hatten und eine extrem defizitäre Ernährungs- und Gesundheitslage aufwiesen. Der Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt wurde im Jahr 2000 aus diesen Aktivitäten heraus gegründet und hat sich seit-

---

9 Im Zuge der räumlichen Mobilität (entstandene) Häufung einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem Stadtteil (die zu sozialer Trennung führen kann).

10 (Alle Zahlen in diesem Absatz stammen aus dem Jahr 2001. Quelle: Wohnbund Informationen-Expertekommission Wohngenossenschaften III/04, Wohnen in der Stadt, Dissertation von *Klaus Habermann-Nieße*, Aachen 2004.

dem mit dem Ziel, gesundheitliche und soziale Ungleichheit zu reduzieren, vermehrt auch anderen Zielgruppen zugewandt.

## Vorgehen

Der Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt richtet sich mit seinen Angeboten an Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die in unterschiedlichen Bereichen ihres Alltags unterversorgt und von Teilen des gesellschaftlichen Lebens ausgegrenzt sind. Angesprochen werden besonders diejenigen, denen durch Armut, Benachteiligung und Ausgrenzung Schaden an ihrer Gesundheit droht oder bei denen bereits ein Schaden eingetreten ist. Angeboten wird eine breite Palette an Beratung und Unterstützung, wie allgemeine (Gesundheits-) Beratung, Vorbereitung/Vermittlung/Begleitung bei Arztgängen sowie Ämter- und Behördenbesuchen, Vermittlung von Kuren für Frauen und Kinder inkl. Gesprächen zur Kurnachsorge, Ernährungsberatung, Haushalts- und Budgetberatung, Beratung bei der Antragstellung etwa für ALG II und Vermittlung an Beratungseinrichtungen bei nicht gesichertem Lebensunterhalt. Offene Gruppenangebote umfassen Informationsveranstaltungen zu gesundheitlichen Themen wie gesunde Ernährung, Patienteninformation etc., Treffpunktarbeit (Punkertreff), Mittwochsfrühstück sowie Koch- und Nähgruppen.

Seit kurzem werden auf Wunsch der Stadtteilbewohner auch Vortragsreihen durchgeführt, in denen anhand von praktischen Beispielen über gesundheitliche Fragen referiert wird. Diese umfassenderen und themenzentrierten Veranstaltungen werden im Diakonie- und Gesundheitsladen, in der Presse (kostenlose Wochenzeitungen) und durch Plakate im Stadtteil (Bäcker, Supermarkt, Kinder- und Frauenarzt bzw. -ärztin, Kita usw.) frühzeitig angekündigt und greifen Informationsbedarf und Themenwünsche der Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtung auf, beispielsweise:

- Hausapotheke,
- Erste Hilfe am Kind,
- Sprachentwicklung des Kindes,
- natürliche Heilmethoden neu entdecken, beispielsweise Hausmittel bei Erkältungskrankheiten,
- Stressbewältigung.

Die Angebote werden durch Kooperation und Vermittlung verschiedener Fachdienste des Diakonischen Werkes, der Stadt Hannover und anderer Träger sozialer Arbeit wirksam ergänzt.

## ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Das Essen, wie etwa das wöchentliche offene Frühstück, an dem bis zu 40 Personen teilnehmen, ist für viele der Einstieg in das breite Beratungs- und Hilfsangebot des Diakonie- und Gesundheitsladens Nordstadt. Aber auch die Möglichkeiten zu duschen und Wäsche zu waschen sind geeignete Zugangswege zu den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen des Stadtteils, ebenso wie die Infobörse über kostenlose Tauschangebote, ein Schaufensterflohmarkt und die Kleiderkammer. Auch diese Angebote erleichtern den Zugang zu den Bewohnerinnen und Bewohnern des Stadtteils und bieten gute Einstiegsmöglichkeiten für Gespräche und Einladungen zu weiteren Aktivitäten.

Zu den regelmäßigen Besucherinnen und Besuchern zählen Angehörige unterschiedlicher Generationen. Ältere allein stehende Männer nehmen ebenso wie Punker bzw. Punkerinnen und junge Wohnungslose die größtenteils kostenlosen Angebote in Anspruch. Im Vordergrund stehen Beratung bei gesundheitlichen Problemen, Ernährungs-, Haushalts- und Budgetberatung sowie allgemeine Lebensberatung. Die Vermittlung zu den verschiedenen





Dienstleistern im Gesundheitswesen wird stark nachgefragt. Möglich ist in Einzelfällen auch eine Vermittlung und Begleitung bei Arztbesuchen und Behördengängen. Nach telefonischer Absprache sind auch Hausbesuche möglich, zum Beispiel bei gehbehinderten Menschen oder komplizierten Sachverhalten, die in der offenen Sprechstunde nicht geklärt werden können.

Für die wöchentliche Kochgruppe, die sich insbesondere an Alleinstehende richtet, wird ein Unkostenbeitrag von zwei Euro erhoben. Unter dem Motto „Einfach, preiswert und gesund kochen“ werden mit diesem Angebot vorwiegend allein stehende Männer erreicht. Zu den Zielen der Kochgruppe gehören in erster Linie die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten, die Vermittlung von hauswirtschaftlichen Fähigkeiten und Techniken rund ums Kochen, aber auch das Erleben von Gemeinschaftsgefühl, was vor allem die häufig sozial stark isolierten männlichen Teilnehmer zum regelmäßigen Mitmachen motiviert. Allein erziehende Mütter und Frauen unterschiedlichen Alters kommen zu den Kochgruppen und nehmen an den Vortragsreihen zu Gesundheits- und Erziehungsthemen teil. Von Vorteil ist, dass parallel zu fast allen Angeboten eine Kinderbetreuung angeboten wird.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Der Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt wird von Menschen unterschiedlicher Altersgruppen gleichermaßen genutzt, befindet sich an zentraler Stelle im Stadtteil und hat seine vielfältigen Angebote offen einsehbar platziert. Er ist dadurch zu einer Kontaktstelle für die Bewohner des Stadtteils geworden, die während der täglichen Erledigungen leicht zu erreichen ist. Durch das Angebot der Begleitung zu Behörden und Ärzten bzw. Ärztinnen besteht ein enges Kooperationsnetzwerk, das von beiden Seiten (Anbietern wie Inanspruchnehmenden) gewinnbringend genutzt werden kann. Das heißt, Betroffene erhalten Unterstützung bei der Durchsetzung ihrer Bedarfe und Interessen, und die Institutionen des gesundheitlichen und sozialen Sektors können auf arbeitserleichternde Vermittlungsdienste zurückgreifen, durch die allzu zeitintensive Beratungen vermieden werden. Die Angebote richten sich an Menschen aller Altersgruppen, das heißt an Kinder (und Mütter), an Jugendliche und junge Erwachsene und auch an Ältere, vornehmlich Alleinstehende. Sie sind für beide Geschlechter konzipiert und werden von Männern wie Frauen angenommen. Ein besonderer Erfolg in der Vergangenheit war die Integration von Randgruppen (junge Punks) in die Gruppenarbeit mit Bewohnerinnen und Bewohnern des Stadtteils.

Auch die Kooperation mit Anbieterinnen und Anbietern des sozialen Umfelds gehört für den Gesundheitsladen zu den Grundsätzen seiner Arbeit. Er beteiligt sich am Netzwerk „Gesundheitsförderung im Stadtbezirk Nord“, das mehr als 30 Kooperationspartner umfasst, und wirkt damit auf die Rahmenbedingungen im Stadtteil ein. Das Netzwerk hat sich u. a. zum Ziel gesetzt, über das Spektrum gesundheitlicher und gesundheitsfördernder Angebote im Stadtbezirk Nord zu informieren und alle Altersgruppen und Nationalitäten anzusprechen, wozu die Einrichtung gute Voraussetzungen bietet. Jüngstes Beispiel ist die „Elternwerkstatt“ mit einer Aktion gegen Adipositas im Kindesalter, für die eine Kooperation verschiedener Trägerinnen und Träger sowie Institutionen (u. a. zwei Kindertagesstätten des Stadtteils, die Stadtteilkoordination der Stadt Hannover, der Jugendpsychologische Dienst, eine Hebammenpraxis sowie ein Verein für Kultur und Soziales mit einem Angebot für Hortkinder) vereinbart wurde. Zielgruppe der Maßnahmen sind Schwangere und Mütter mit ein- bis dreijährigen Kindern. Der Gesundheitsladen Nordstadt wird dazu einmal wöchentlich eine Kochgruppe (mit Kinderbetreuung) mit entsprechenden Ernährungshinweisen für diese Altersgruppe anbieten.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Bereits bei den ersten Überlegungen zur Gründung des Diakonie- und Gesundheitsladens Nordstadt wurde der Gesundheitsschwerpunkt in einer vorläufigen Konzeption festgeschrieben. Mit der Fokussierung auf den Bereich Gesundheit wurden in Hannover zumindest zum damaligen Zeitpunkt völlig neue Wege der Sozialarbeit beschritten, die den Kostenträgerinnen und -trägern nicht immer einfach zu vermitteln waren. Hintergrund und Auslöser des Vorhabens waren die Erfahrungen mit Punks, die in einer Bauwagensiedlung im Stadtteil lebten und eine extrem defizitäre Ernährungs- und Gesundheitslage aufwiesen. Die Kochgruppen und auch die Angebote zur Erleichterung der Körperhygiene (Duschen, Wäsche waschen etc.) entstanden zunächst als Reaktion auf diesen Sachverhalt. Da außerdem eine Integration dieser Zielgruppe und die anhaltende „Befriedung des Stadtteils“ angestrebt wurden, versuchte das Team über die Einrichtung offener Angebote (z. B. offener Treff, Frühstück) auch andere Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

Ein weiteres Motiv für den Aufbau der Einrichtung war die defizitäre Ernährungslage einer großen Anzahl von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen im Stadtteil, auf die in der „Nordstadtkirche“ mit einer „Kin-

dertafel“ (Mittagessen für diese Zielgruppe) reagiert wurde. Die Aufgabe des Diakonie- und Gesundheitsladens Nordstadt bestand bzw. besteht in einer sinnvollen Ergänzung dieses Angebots. Das Konzept hat sich vor allem wegen der Niedrigschwelligkeit und Offenheit des Angebots bewährt. Über das wöchentliche Frühstück oder die Kleiderkammer erhalten viele Bewohner des Stadtteils einen guten Einstieg in weitere Aktivitäten. (Jugendliche) Punks werden auch heute noch begleitet und gesundheitlich beraten (in einem Einzelfall sogar bei Schwangerschaft, Geburt und Säuglingspflege). Aber auch die Arbeit mit der Zielgruppe „Ältere allein stehende Männer“ ist sehr erfolgreich, was sich in der regelmäßigen Nutzung der Angebote spiegelt. Diese Zielgruppe ist auch in der Sozialarbeit nur sehr schwer zu erreichen, vor allem wenn es um Ernährungs- oder allgemeine Gesundheitsberatung geht.

Der Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt hat sein Angebot seit der Gründung kontinuierlich ausgedehnt und an den unter den Nutzerinnen und Nutzern erhobenen Bedarf angeglichen. Die Bandbreite des Angebots wird u. a. mittels der aktivierenden Befragung (einer Methode aus der Gemeinwesenarbeit bzw. der Sozialraumanalyse) erweitert und regelmäßig aktualisiert. Viele Aktivitäten (z. B. Kleiderkammer) lassen sich zurzeit allein mit den personellen Kapazitäten des hauptamtlichen Teams nicht dauerhaft verwirklichen, können aber aufgrund ehrenamtlicher Tätigkeiten aufrechterhalten werden. Eine weitgehende Auslastung der Räumlichkeiten wird angestrebt (zwecks Nutzung der Ressourcen im Stadtteil). Die Einrichtung ist auch sonntags geöffnet und bietet mit dem „Brunch“ von 12.00 bis 14.00 Uhr ein Familienangebot für Mütter und Väter mit Kindern bis zu zwölf Jahren. Außerdem bietet der Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt den Bewohnerinnen und Bewohnern des Stadtteils die Möglichkeit, die Räumlichkeiten auch für selbst organisierte, ehrenamtlich betreute Freizeitmaßnahmen und Veranstaltungen zu nutzen.

### **Kontakt**

Sabine Vetterlein-Janschek

Diakonisches Werk des Ev.-luth. Stadtkirchenverbandes Hannover

Schaufelder Straße 17

30167 Hannover

Bundesland: Niedersachsen

Telefon: 0511-1697678

Telefax: 0511-1697678

E-Mail: [gesundheitsladen.nordstadt@evlka.de](mailto:gesundheitsladen.nordstadt@evlka.de)

## **Kontaktladen „Mecki“**

### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Empowerment – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

### **Abstract**

Mit dem Leben auf der Straße sind zahlreiche Risiken verbunden. Die Folgen für die Betroffenen sind ein schlechter körperlicher Allgemeinzustand bis hin zur Verelendung. Um diesem Prozess entgegenzuwirken, kombiniert der Kontaktladen „Mecki“ die Methoden und Hilfestellungen aufsuchender Straßensozialarbeit mit verschiedenen Angeboten zur gesundheitlichen Grundversorgung in einer im Lebensraum der Zielgruppe angesiedelten Anlaufstelle. Wohnungslosen, Durchreisenden sowie Trebegängerinnen und Trebegängern wird über die niedrigschwellig gestaltete Anlaufstelle der Weg in das allgemeine soziale und gesundheitliche Versorgungssystem geebnet. Dadurch wird das Risiko einer Chronifizierung von Erkrankungen verringert und eine Verstärkung der defizitären gesundheitlichen und sozialen Versorgungslage vermindert. Der Kontaktladen ist Teil eines Verbundsystems ambulanter sozialer und gesundheitlicher Hilfen und nutzt deren Ressourcen zur Integration Wohnungsloser in die bestehenden Hilfs- und Unterstützungssysteme.

### **Hintergrund**

Zu den zahlreichen gesundheitlichen Risikofaktoren, denen Wohnungslose ausgesetzt sind, gehören insbesondere unzureichende und unregelmäßige Ernährung, wenig Schlaf, unzureichende Kleidung sowie unhygienische Verhältnisse. Die Folgen sind ein schlechter körperlicher und auch psychischer Allgemeinzustand bis hin zur Verelendung. Sind wohnungslose Menschen durch Krankheiten zusätzlich geschwächt, so ist auch ihr ohnehin labiles Versorgungsgefüge gefährdet. Menschen in dieser Notlage leiden besonders unter der sozialen und gesundheitlichen Benachteiligung sowie unter dem erschwerten Zugang zum sozialen und gesundheitlichen Hilfs- und Versorgungssystem. Neben der unklaren Finanzierung bei der Inanspruchnahme von

Dienstleistungen stellen Scham, der Wunsch nach Anonymität und gesellschaftliche Ablehnung große Hürden für sie dar. Daher sind für die gesundheitliche Versorgung Wohnungsloser sowohl mobile als auch ortsgebundene Behandlungsorte notwendig, die im „Lebensraum Straße“ integriert sind. Je nach Standort erreichen sie sowohl Männer als auch Frauen dieser spezifischen Zielgruppe.

In Hannover leben je nach Jahreszeit ca. 200 bis 400 Wohnungslose auf der Straße. Dazu gehört auch ein Anteil Durchreisender aus anderen (Bundes-) Ländern, wobei die Behandlung ausländischer Wohnungsloser häufig wegen ungeklärtem Versicherungsstatus im Herkunftsland besondere Probleme beinhaltet und auch unabhängig von Sprachbarrieren viel Zeit für Recherchen benötigt. Im Jahr 2005 hatten außerdem ca. 2500 Personen keine eigene Wohnung und lebten in den verschiedenen Notunterkünften der Stadt. (Angaben der Zentralen Beratungsstellen [ZBS] des Diakonischen Werks und des Amts für Stadterneuerung und Wohnen.)

Vom 1. 9. 2001 bis zum 1. 9. 2004 erhob das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen der niedersächsischen Ärztekammer 4162 Arztkontakte in den verschiedenen Anlaufstellen im Stadtgebiet. (Zusätzlich fällt eine erheblich höhere Anzahl an Kontakten zu der Krankenschwester im Kontaktladen „Mecki“ an.) Behandlungsanlässe stellen in der Gesamtzielgruppe zur Zeit (das heißt: 3. Quartal 2004 bis 1. Quartal 2006) Herz-/Kreislauf-Erkrankungen (13 %), Hauterkrankungen (12,1 %), Verletzungen/Vergiftungen (11,5 %) und Atemwegserkrankungen (10,9 %) dar. Die wohnungslosen Frauen in dieser Klientel sind in der Regel jünger als die Männer. Der Anteil der Frauen unter den Behandlungsfällen in den mobilen und den ortsgebundenen Behandlungsorten für wohnungslose Menschen in Hannover liegt bei 22,4 %.

Dabei handelt es sich häufig um Erkrankungen (Erkältungskrankheiten, Allergien, Infektionen), für die nichtverschreibungspflichtige Medikamente verordnet werden. Seit Einführung der Gesundheits- und Sozialreformen stellen daher Zuzahlungen – zum Beispiel für nichtverschreibungspflichtige Medikamente, aber auch für Krankenhausaufenthalte – ein erhebliches finanzielles (und in Folge ein gesundheitliches) Problem für Wohnungslose dar. Häufig werden Rezepte aus finanzieller Not nicht eingelöst, was zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands bzw. zu einer Chronifizierung von Erkrankungen führt.

## Vorgehen

An dieser Stelle setzt das Angebot des Kontaktladens „Mecki“ an. Der Anlaufpunkt wurde vor 21 Jahren vom Diakonischen Werk – Stadtverband für Innere Mission – Hannover e. V. gegründet. Das Ladenlokal, das den Kontaktladen beherbergt, befindet sich in unmittelbarer Nähe des Hauptbahnhofs in Hannover.

Der Kontaktladen ist Ausgangspunkt für aufsuchende Straßensozialarbeit und zugleich Anlaufstelle für Personen in besonderen gesundheitlichen und sozialen Notlagen. Von Armut betroffene Menschen erhalten nicht nur basale Hilfen wie Schlafsack, Essen und Kleidung, sondern auch eine medizinische Grund- oder Erstversorgung. Personell wird das Konzept des Kontaktladens durch drei Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter und eine Krankenschwester umgesetzt. Zudem findet seit 1999 einmal pro Woche eine ärztliche Sprechstunde statt. Da die Anlaufstelle den Teil eines Verbundsystem aus weiteren ambulanten Hilfen darstellt, ist die einfache Vermittlung zu anderen

Hilfs- und Versorgungsmöglichkeiten garantiert. Diese Vorgehensweise erleichtert nicht nur den Zugang, sondern trägt auch zur Beseitigung der grundlegenden Ursachen der Gesundheitsprobleme der Zielgruppe bei. Täglich suchen durchschnittlich 90 Personen die Einrichtung auf.



Die basalen Hilfsangebote des Kontaktladens erstrecken sich von warmen Getränken, die zum Selbstkostenpreis abgegeben werden, bis hin zur kostenlosen Versorgung mit Schlafsäcken, Kleidung und Hygieneartikeln. Zudem haben die Gäste die Möglichkeit, die sanitären Einrichtungen und das Telefon

des Kontaktladens zu nutzen. Durch die Befriedigung dieser Grundbedürfnisse ist es den Klientinnen und Klienten möglich, weiterführende Hilfen anzunehmen. Diese bestehen hauptsächlich in der Weitervermittlung der Klientinnen und Klienten an andere Hilfs- und Versorgungsangebote wie Beratungsstellen, medizinisch/pflegerische Einrichtungen, Ämter und Behörden.

Der zweite grundlegende Baustein des Kontaktladenkonzepts besteht aus der Bereitstellung einer kostenlosen medizinischen Erst- oder Grundversorgung sowie einer Gesundheitsberatung. Die Krankenschwester im Kontaktladen leistet Erste Hilfe, reinigt und versorgt Wunden und führt verschiedene Hygienemaßnahmen durch. Die Pflegekraft berät hinsichtlich gesundheitsfördernden Verhaltens. Des Weiteren weist sie auf das medizinische Hilfesystem außerhalb des Kontaktladens hin, motiviert die Patientinnen und Patienten, medizinische/pflegerische Betreuung anzunehmen und fungiert als vermittelnde Instanz zwischen Klient bzw. Klientin und Gesundheitssystem. Im Falle einer Einweisung in eine stationäre Einrichtung sorgt die Krankenschwester für eine hygienische Ausstattung ihrer Klientinnen und Klienten und besucht diese auf Wunsch in der Klinik. Außerdem besteht eine enge Zusammenarbeit mit der KuRVe, einer in Hannover gelegenen Krankenwohnung für Wohnungslose, siehe Seite 146 ff.

Das medizinische Hilfsangebot der Krankenschwester nehmen täglich durchschnittlich 14 Personen an. Die zusätzlich einmal wöchentlich stattfindende ärztliche Sprechstunde dient der qualitativen Verbesserung der medizinischen Versorgung. Es können Krankenhauseinweisungen vorgenommen und Medikamente verordnet werden. Die ärztlichen Leistungen werden über die Krankenversicherung der Betroffenen abgerechnet. Existiert keine Krankenversicherung, so geht bei deutschen Personen das Sozialamt in Vorleistung. In vielen Fällen erfährt der Kontaktladen jedoch nicht, wer die Kosten trägt. Werden diese nicht übernommen, kann das ggf. zu einem vorzeitigen Abbruch der Behandlung führen. Die pflegerischen Leistungen werden derzeit ausschließlich durch den Träger des Kontaktladens „Mecki“ bzw. aus dem Haushalt des Projekts finanziert, ebenso die Personalkosten der Krankenschwester.

Die Gesamtfinanzierung des Kontaktladens wird derzeit mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Land Niedersachsen) verhandelt. Es zeichnet sich eine Kürzung der Mittel ab, sodass das bisherige Konzept nicht in vollem Umfang aufrechterhalten werden kann. Die Krankenkassen sollen für die pflegerischen und medizinischen Leistungen herangezogen werden.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Die Arbeitsweise der Beschäftigten sowie die besonderen strukturellen Gegebenheiten des Kontaktladens, das heißt: die Prinzipien aufsuchender Straßensozialarbeit und der Standort in Nähe des Hauptbahnhofs, zeichnen das Angebot als niedrigschwellig aus. Der Laden hat keine Pforte, und eine gut einsehbare Fensterfront wirkt außerdem einladend. Die Räumlichkeiten können von der Zielgruppe auch unabhängig von den konkreten Hilfeangeboten als Schutzraum genutzt werden. Um Betroffenen mögliche Schwellenängste zu nehmen, wurde das Ladenlokal in einem üblichen Lebensraum der Zielgruppe verortet. Neue Gäste werden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter persönlich begrüßt und eingeführt. Bei Sprachbarrieren fungieren andere Gäste des Ladens als Übersetzerinnen und Übersetzer. Die morgendlichen Öffnungszeiten (8.00–10.00 Uhr) kommen dabei den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten entgegen, die auf der Straße schlafen und in der Regel ihren Schlafplatz sehr früh verlassen müssen. Dieses Angebot gilt von Montag bis Samstag und an besonderen Feiertagen wie Ostern oder Weihnachten. Außerhalb der Öffnungszeiten arbeiten die Beschäftigten des Kontaktladens in der Straßensozialarbeit.

Die Unterstützungsangebote kommen nur auf Wunsch der Klientinnen und Klienten zustande. Werden die Angebote der Sozialarbeiterinnen und -arbeiter oder der Krankenschwester angenommen, zieht dies keine Verpflichtungen für die Klientinnen und Klienten nach sich. Ihre Anonymität bleibt gewahrt. Ist ihr Vertrauen gewonnen, wird ihnen die Vermittlung an weiterführende Beratungsstellen, Ämter und Einrichtungen der medizinischen/pflegerischen Versorgung angeboten. Damit die Vermittlung gelingt, motivieren die Sozialarbeiterinnen und -arbeiter sowie die Krankenschwester nachdrücklich dazu, Veränderungswünsche in die Tat umzusetzen. Um Schwellenängste abzubauen, beschreiben sie die zu erwartenden bürokratischen Handlungsabläufe und begleiten Betroffene bei Bedarf zu den entsprechenden Stellen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Personen aus dem Milieu der Zielgruppe leiden häufig unter einem geringen Selbstwertgefühl. Daher ist im Konzept des Kontaktladens „Mecki“ die Stärkung der Selbsthilfepotenziale und die Förderung von Eigeninitiative grundlegend verankert.



Dies macht sich in der täglichen Arbeit vor allem bei Maßnahmen zur Wiedereingliederung betroffener Personen in das soziale System bemerkbar. Die Vermittlungsarbeit der Beschäftigten ist ein in sich abgestufter Prozess. Er reicht von der Unterstützung bei Behördengängen bis zur unkomplizierten Weitergabe von Adressen. Bei diesen Hilfestellungen wird zu jedem Zeitpunkt das Ziel der schrittweisen Verselbstständigung der Adressaten und Adressatinnen im Auge behalten.

Weitgehende Unterstützung im gesundheitlichen Bereich bietet die Krankenschwester an. Um zu verhindern, dass Wohnungslose aus Angst oder Scham über ihren körperlichen Zustand oder wegen fehlender Ausstattung einen dringend notwendigen Krankenhausaufenthalt nicht antreten, unterstützt die Krankenschwester diese, sich hinsichtlich der dafür nötigen Unterlagen und Ausstattung zu organisieren. Für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt werden Verhaltensregeln besprochen und gemeinsam mit den Betroffenen Unterkunftsmöglichkeiten geregelt. Während der täglichen Arbeit im Kontaktladen werden auch Diätvorschläge bei bestimmten Krankheiten unterbreitet oder allgemeine Ernährungs- und Hygienehinweise zum Beispiel zur Wundversorgung gegeben. Bei Auswahl und Intensität der Hilfestellung orientieren sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kontaktladens an den subjektiven Voraussetzungen und Fähigkeiten der jeweiligen Klientinnen und Klienten. Im Einzelfall wird mit Betroffenen über ein adäquates und der Situation angemessenes Verhalten gesprochen. Ziel ist in jedem Fall die Stärkung der Selbsthilfefähigkeiten durch ein auf die individuellen Fähigkeiten abgestimmtes Vorgehen.

Den Gästen des Kontaktladens werden Ressourcen in Form instrumenteller Hilfen wie die kostenlose Benutzung des Telefons, Fahrkarten für öffentliche Verkehrsmittel, Stadtpläne sowie weiteres Informationsmaterial zur Verfügung gestellt, damit sie notwendige Arztbesuche oder Behördengänge wahrnehmen können. Auf Wunsch findet anfangs auch eine Begleitung zum Beispiel durch Sozialarbeiterinnen bzw. -arbeiter oder die Krankenschwester statt. Ziele sind die Unterbringung in einer Wohnung bzw. eine wohnungsähnliche Unterbringung, die Wiedereingliederung in das allgemeine Gesundheits- und Sozialsystem und im weiteren Verlauf die soziale Integration. Der Anteil der Unterbringungen hat in den letzten beiden Jahren nach Angaben der Niedersächsischen Ärztekammer vom Februar 2006 deutlich zugenommen. Der Anteil der Frauen, die integriert werden, übersteigt dabei den der Männer.

## ▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“

Der Kontaktladen „Mecki“ ist Teil eines Verbundsystems ambulanter Hilfen. Dieses besteht aus dem Kontaktladen, der Beratungsstelle Hagenstraße (Beratung, laufende persönliche Unterstützung, Postadresse, Geldverwaltung, Vermittlung in stationäre Einrichtungen), dem Tagestreffpunkt „DÜK“ (tagesstrukturierende Maßnahmen, Kochen, Waschen, Dusche, Schreibtisch, Telefon etc.), der Krankenwohnung „Die KurVe“ und der ökumenischen Essensausgabe. Innerhalb der genannten Einrichtungen ist eine Weitervermittlung von Personen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Notlagen ohne Formalitäten möglich. Zusammengenommen bilden diese Einrichtungen eine Fachgruppe der Zentrale Beratungsstelle Hannover (ZBS) des Diakonischen Werkes e.V. Innerhalb der gesamten ZBS werden in fachbezogenen Arbeitsgruppen aktuelle Probleme der Wohnungslosenhilfe aufgegriffen und gemeinsame Lösungsstrategien entwickelt. Dabei werden im Einzelfall Absprachen zur Kooperation und zum Vorgehen getroffen. Zu generellen Themen werden Arbeitskreise gebildet, um die Belange der Klientel zu sammeln und Interessen zu vertreten oder zu verdeutlichen. Eine übergeordnete Stelle koordiniert die verschiedenen Fachgruppen. Ebenso ist die ZBS Hannover zuständig für Fortbildungsveranstaltungen, das zentrale Qualitätsmanagementsystem und die verwaltungstechnischen Aufgaben. Enge trägerexterne Verbindungen bestehen zur Sozialen Wohnraumhilfe gGmbH, zu verschiedenen Angeboten der Tagesbetreuung und Übernachtung sowie zu den Einrichtungen der Drogenhilfe.

Durch die Einführung der ärztlichen Notfallsprechstunde im Kontaktladen wurde die Zusammenarbeit auf medizinischem Gebiet verstärkt. Außerdem bestehen enge Bindungen zu mehreren niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dem sozialpsychiatrischen Dienst und stationären Pflege- bzw. Behandlungseinrichtungen. Gäste des Kontaktladens finden bei diesen Anlaufstellen ohne große Formalitäten freundliche Aufnahme. Deren Personal kann durch den Kontaktladen „Mecki“ auf aktuelle anonymisierte Informationen über die Patientinnen und Patienten, über die Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen bei Menschen ohne Wohnsitz und vieles mehr zurückgreifen.

Der Kontaktladen „Mecki“ zeichnet sich auch dadurch aus, dass er seit mehr als sechs Jahren Mitglied im niedersächsischen Arbeitskreis „Armut und Gesundheit“ der Landesvereinigung für Gesundheit ist, sich seitdem an der sektorenübergreifenden Vernetzung beteiligt und den Austausch zwischen

Sozial- und Gesundheitssystem unterstützt (z. B. bei Fachtagungen, Workshops oder Presseveranstaltungen des Arbeitskreises).

„Mecki“ beteiligt sich am Projekt „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge“ der niedersächsischen Ärztekammer, das durch das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen durchgeführt wird. Außerdem widmen die Beschäftigten dem persönlichen Kontakt zu niedergelassenen (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten viel Zeit und Aufmerksamkeit, um Kenntnisse und Verständnis für die besonderen Bedürfnisse ihrer Klientel zu vermitteln.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es dem Projekt sehr gut gelungen ist, sein Vorgehen mit den umgebenden Hilfestrukturen abzustimmen bzw. es in diese zu integrieren.

### **Kontakt**

Ulla Neubacher, Franziska Walter  
Diakonisches Werk Hannover – Stadtverband für Innere Mission –  
Kontaktladen „Mecki“  
Raschplatz 8 c  
30161 Hannover  
Bundesland: Niedersachsen  
Telefon: 0511-3480264  
Telefax: 0511-9904-036  
E-Mail: [mailbox@zbs-hannover.de](mailto:mailbox@zbs-hannover.de)  
Website: [www.diakonisches-werk-hannover.de/ZBS.htm](http://www.diakonisches-werk-hannover.de/ZBS.htm)

## Krankenwohnung „Die KuRVe“

### Dienstleistung bei Krankheit, Regeneration und medizinischer Versorgung Wohnungsloser

#### Gute Praxisbereiche:

Innovation und Nachhaltigkeit – Dokumentation und Evaluation – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

#### Abstract

Um die Situation für kranke wohnungslose Bürgerinnen und Bürger in Hannover zu verbessern, wurde im Juli 1998 die Krankenwohnung „Die KuRVe“ (*Dienstleistung bei Krankheit und Regeneration, Medizinische Versorgung Wohnungsloser*) gegründet. Die für das Projekt angemietete Wohnung ist speziell für die Bedürfnisse kranker Menschen ausgestattet. Voraussetzung für die Aufnahme in die Krankenwohnung ist eine Verordnung für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB XI.

Ziel der Krankenwohnung ist die Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts durch Sicherstellen einer medizinischen und pflegerischen Versorgung in häuslicher Umgebung. Zudem werden die Patientinnen und Patienten dazu befähigt, gesundheitsschädigendes Verhalten zu erkennen und zu verändern sowie das medizinische Regelsystem selbstständig zu nutzen. Im Hinblick auf die nachhaltige Gestaltung ihrer Lebenswelt werden die Bewohnerinnen und Bewohner bei Behördengängen und Wohnungssuche unterstützt.

Das Projekt wurde anfänglich durch die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) wissenschaftlich begleitet. Die Region Hannover sichert auf Grundlage einer kontinuierlichen Dokumentation der Arbeitsergebnisse durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die finanzielle Förderung der Krankenwohnung zu. Damit ist eine Verstetigung des Projekts gelungen. Herausragend am Angebot der KuRVe ist, dass in der medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ausschließlich auf Kooperation mit und Integration in das allgemeine medizinische Hilfesystem gesetzt wird. Eine über das Angebot der Krankenwohnung hinausgehende Beratung wird durch die Einrich-

tungen des ambulanten Wohnungslosenhilfesystems der Zentralen Beratungsstelle (ZBS) Hannover übernommen.

Die Evaluationsergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Krankenwohnung für die Genesung der Patientinnen und Patienten. Durch den Aufenthalt in der „KuRve“ konnten nicht nur objektive Heilungserfolge nachgewiesen werden, sondern auch ein gesteigertes subjektives Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner. Weitere messbare Erfolge sind ein Zuwachs an Zufriedenheit sowie ein verbesserter objektiver Gesundheitszustand. Zudem gaben die Befragten an, durch die Krankenwohnung leichter ärztliche Hilfe zu bekommen.

## Hintergrund

Wohnungslos sind Einzelpersonen oder Familien ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung, die nichtinstitutionell (z.B. bei Freundinnen und Freunden sowie Bekannten) bzw. institutionell (z.B. in einem Heim oder einer Notunterkunft) untergebracht sind oder ganz ohne Unterkunft auf der Straße leben. Häusliche Konflikte, Scheidung, Trennung, Verlassen der Herkunftsfamilie und häusliche oder familiäre Gewalt sind entscheidende Auslöser des Wohnungsverlustes, die nahezu durchgängig einhergehen mit einer zunehmenden Verarmung der Betroffenen: Mietschulden sind inzwischen der mit Abstand wichtigste formale Grund für den Wohnungsverlust, wobei die Zahl der Räumungen wegen Mietschulden vor allem bei Frauen seit 1998 stark zugenommen hat. Die Mietschuldenproblematik ist u. a. auf die steigende Überschuldung der privaten Haushalte und eine seit 2003 in regionalen Teilmärkten angespannte Wohnungsmarktsituation zurückzuführen.

Bundesweit beträgt der Frauenanteil unter den Wohnungslosen 14 %, unter Berücksichtigung der Dunkelziffer schätzungsweise 23 %. Wohnungslose Frauen sind im Schnitt deutlich jünger als wohnungslose Männer: Das Durchschnittsalter der Frauen liegt bei 35 Jahren, das der Männer bei gut 40 Jahren. 39 % der Frauen bzw. 21 % der Männer sind unter 30 Jahre alt. Die Altersgruppe der bis 29-Jährigen ist die Gruppe mit der deutlichsten kontinuierlichen Zunahme zwischen 1993 und 2003 insgesamt. Deren Entwicklung und Anteil fällt nach Geschlecht aber höchst unterschiedlich aus. Junge Frauen sind – gemessen an ihrem Gesamtbevölkerungsanteil – in dieser Altersgruppe überproportional häufig vertreten. Jüngere Wohnungslose stürzen häufig direkt aus der Herkunftsfamilie in die Wohnungslosigkeit, ohne jemals zuvor

eine eigene Wohnung bewohnt zu haben. Sie kommen oft bei Bekannten unter, während die größte Gruppe der über 40-Jährigen ganz ohne Unterkunft auf der Straße lebt – „Platte macht“.

Etwa zwei Drittel der Wohnungslosen in der Wohnungslosenhilfe sind auf staatliche Transferzahlungen in Form von Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld angewiesen. Jede/r Zehnte hat überhaupt kein Einkommen, weitere 8 % bestreiten ihre Einnahmen aus Gelegenheitsarbeiten, Betteln und Prostitution. Demgegenüber stehen lediglich 4 %, die ihr Einkommen durch Erwerbs- bzw. Berufstätigkeit erlangen.<sup>11</sup>

Schlechte und unregelmäßige Ernährung, wenig Schlaf, unzureichende Kleidung und unhygienische Verhältnisse sind Risikofaktoren, die die Lebenssituation von Wohnungslosen erheblich prägen. Menschen in dieser Notlage leiden besonders unter sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung sowie unter einem erschwerten Zugang zum sozialen und gesundheitlichen Hilfs- und Versorgungssystem. Neben der unklaren Finanzierung bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen stellen Scham, der Wunsch nach Anonymität und gesellschaftliche Ablehnung große Hürden für sie dar. Gedanken an ein gesundheitsbewusstes Verhalten müssen im Bemühen um die tägliche Existenzsicherung auf der Straße in den Hintergrund rücken. Die Folge ist ein schlechter körperlicher Allgemeinzustand bis hin zur Verelendung. Treten Krankheiten oder Verletzungen auf, heilen diese aufgrund fehlender Rückzugsmöglichkeiten schlechter aus. Die Folge sind Chronifizierung und Multimorbidität. So befinden sich nach bundesweiten Untersuchungen zwischen 55–70 % der Obdachlosen fast jährlich in stationärer Krankenhausbehandlung.<sup>12</sup>

Wohnungslose sind besonders betroffen von Zuzahlungen zu Medikamenten und anderen Kosten für gesundheitliche Dienstleistungen. Sie haben nur in den seltensten Fällen einen ständigen Hausarzt bzw. eine ständige Hausärztin und sind kaum in der Lage, Quittungen über Rezeptkosten u. a. zu sammeln. Eine Einordnung als Chronikerin bzw. Chroniker und die damit verbundenen Einsparmöglichkeiten sind daher mit größten Schwierigkeiten verbunden. Als

---

11 Alle Daten aus der Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Wohnungslosenhilfe von 2003; Bericht veröffentlicht im September 2005.

12 Alle Daten aus der Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Wohnungslosenhilfe von 2003; Bericht veröffentlicht im September 2005.

besonderer Erfolg ist vor diesem Hintergrund die Zusammenarbeit der niedersächsischen Wohnungslosenhilfe mit der niedersächsischen Ärztekammer und einer Krankenkasse zu bewerten, durch die ein Verzicht auf die Praxisgebühr für Wohnungslose erreicht werden konnte.

In Hannover leben je nach Jahreszeit ca. 200 bis 400 Wohnungslose auf der Straße. Im Jahr 2005 hatten außerdem ca. 2500 Personen keine eigene Wohnung und lebten in den verschiedenen Notunterkünften der Stadt.<sup>13</sup>

Um die Situation für kranke wohnungslose Bürgerinnen und Bürger in Hannover zu verbessern, wurde im Juli 1998 die Krankenwohnung „Die KuRVe“ gegründet.

## Vorgehen

Ziel der Krankenwohnung ist die Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts durch Sicherstellen einer medizinischen und pflegerischen Versorgung in häuslicher Umgebung. Zudem werden die Patientinnen und Patienten dazu befähigt, gesundheitsschädigendes Verhalten zu erkennen und zu verändern sowie das medizinische Regelsystem selbstständig nutzen zu können. Im Hinblick auf die nachhaltige Gestaltung ihrer Lebenswelt werden die Bewohnerinnen und Bewohner bei Behördengängen und Wohnungssuche unterstützt.

Die für das Projekt angemietete Wohnung ist ruhig gelegen und speziell für die Bedürfnisse kranker Menschen ausgestattet. Insgesamt können in den Räumlichkeiten sechs Personen untergebracht werden. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind auf zwei Einzelzimmer und zwei Doppelzimmer aufgeteilt. Außerdem können eine voll eingerichtete Wohnküche, ein Aufenthaltsraum mit verschiedenen Möglichkeiten der Freizeitgestaltung, zwei Sanitärräume und ein Behandlungszimmer genutzt werden. Die persönliche Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner ist wochentags bis 14.00 Uhr gewährleistet und wird durch eine Sozialarbeiterin, eine Krankenpflegehelferin und einen Zivildienstleistenden erbracht. Ein kooperierender ambulanter

---

<sup>13</sup> Angaben der Zentralen Beratungsstellen (ZBS) des Diakonischen Werks Hannover und des Amts für Stadterneuerung und Wohnen.

Pflegedienst übernimmt die medizinische Versorgung. Eine über das Angebot der Krankenwohnung hinausgehende Beratung wird durch die Einrichtungen des ambulanten Wohnungslosenhilfesystems der Zentralen Beratungsstelle (ZBS) Hannover übernommen. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen und Putzen müssen die Bewohnerinnen und Bewohner nach Möglichkeit selbst übernehmen.

Die Finanzierung des Projekts „Die KurVe“ basiert auf einer Entgeltvereinbarung mit der Region Hannover und unterliegt dem Prinzip der Einzelfallabrechnung. Die Abrechnung erfolgt monatlich in Abhängigkeit zur Belegung. Die Region Hannover trägt dabei 80% der Kosten für Wohnung und Personal, das Diakonische Werk als Träger übernimmt die restlichen 20%. Die anfallenden Kosten für den ambulanten Pflegedienst werden über eine ärztliche Verordnung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SBG XI durch die Kranken- bzw. Pflegekasse übernommen.



Im Mittelpunkt des Konzepts der Krankenwohnung steht die ganzheitliche Betrachtung der Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Betreuung der Patientinnen und Patienten bezieht sich nicht nur auf die Heilung bzw. Linderung der akuten Erkrankung, sondern hat auch psychologische und soziale Komponenten. Im Folgenden werden diese Arbeitsschwerpunkte der „KurVe“ erläutert.

Aufnahmevoraussetzung für die Krankenwohnung ist eine Verordnung für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB XI. Diese kann aber nur ausgestellt werden, wenn die betroffenen Personen über eine eigene Häuslichkeit verfügen. Die Sozialarbeiterin-



nen und Sozialarbeiter in Krankenhäusern und die Mitarbeitenden anderer sozialer Hilfeinrichtungen in Hannover kennen dieses Problem obdachloser Menschen und vermitteln betroffene Personen an die Krankenwohnung. Ungefähr die Hälfte der aufgenommenen Wohnungslosen wird durch Straßensozialarbeiterinnen und -sozialarbeiter auf die Krankenwohnung aufmerksam gemacht. Die andere Hälfte wird durch Krankenhäuser vermittelt. Die Verordnung für häusliche Krankenpflege muss durch einen niedergelassenen Arzt bzw. eine niedergelassene Ärztin ausgestellt werden. Da Wohnungslose aber nur in 10–20 % der Fälle über einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin verfügen, wird die Verordnung häufig durch eine mit der Krankenwohnung eng zusammenarbeitende allgemeinmedizinische Praxis ausgestellt. Sie erhalten anschließend einen über die Dauer der Verordnung befristeten Mietvertrag. Bisher wurden vorwiegend Männer aufgenommen. Erst im Jahr 2003 bezog erstmals eine Frau die Krankenwohnung. Sie war mit der Aufnahme trotz der männlichen Bewohnerstruktur einverstanden, da sie so rechtzeitig mit den für sie notwendigen Therapien beginnen konnte.

Die Betreuung in medizinischer Hinsicht umfasst das Aufzeigen von Hilfemöglichkeiten, Vermittlung an geeignete Ärztinnen und Ärzte oder einen ambulanten Pflegedienst, das Erklären notwendiger diagnostischer bzw. therapeutischer Verfahren, Unterstützung bei therapeutischen Maßnahmen und das Beschaffen von Arzneimitteln. Medikamentengaben oder Verbandswechsel werden durch den ambulanten Pflegedienst übernommen. Benötigt eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner Unterstützung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens wie Körperpflege oder Einkaufen, hilft der Zivildienstleistende. Grundsätzlich ist jedoch ein hoher Grad an Selbstständigkeit gewünscht, und zwar sowohl als Perspektive für die Betroffenen als auch im Hinblick auf die personellen Kapazitäten der Krankenwohnung. Um krankmachende Lebensgewohnheiten bewusst zu machen wie auch um Verhaltensänderungen anzustoßen, informieren die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der „KuRve“ ihre Klientinnen und Klienten über Zusammenhänge von Lebensweisen und Erkrankungen, gesündere Verhaltensmöglichkeiten und weitergehende Hilfeinrichtungen (z. B. Suchtberatung). Zudem geben sie praktische Anleitung in Bezug auf Haushaltsführung und Speisenzubereitung. Eine gute Wohnatmosphäre und Gespräche mit den Beschäftigten bilden die psychologische Komponente von Gesundheit, die von den Wohnungslosen sehr positiv erlebt wird. Im 14-tägigen Rhythmus kommt außerdem ein Pastor ins Haus und steht für Gespräche und auch für die Seelsorge bei Schwerstkranken zur Verfügung.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt ist das Entwickeln neuer Lebensperspektiven gemeinsam mit den Betroffenen. Der Aufenthalt in der Krankenwohnung stellt für Bewohnerinnen und Bewohner eine Chance dar, ihrem Leben eine Wendung zu geben. Oberstes Ziel ist vor allem die Beschaffung von eigenem Wohnraum, was schwierig und vor allem zeitraubend ist. Entsprechend gehört eine bessere Kooperation mit Akteurinnen und Akteuren des freien Wohnungsmarktes seit längerem zu den dringlichsten Wünschen der Beschäftigten in der Krankenwohnung.

Kann eine Patientin bzw. ein Patient der „KuRVe“ nicht mehr allein leben, wird ein Platz in einem Pflegeheim oder eventuell in einem Hospiz gesucht. Im Jahr 2005 wohnten 25 Patientinnen und Patienten in der Krankenwohnung, davon blieben sechs über den Jahreswechsel. Drei Personen gingen zurück auf die Straße, zwölf Patienten bekamen eine Wohnmöglichkeit in einer eigenen Wohnung, einer Übergangswohnung oder in einem Alten-/Pflegeheim, vier wurden stationär in ein Krankenhaus aufgenommen.

Um die Betroffenen bei Wohnungssuche und Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu unterstützen, werden sie über ihre Rechte bezüglich sozialer Hilfen informiert und erhalten nötigenfalls Begleitung bei Behördengängen. Die Arbeit der Krankenwohnung enthält somit gesundheitsfördernde, präventive sowie therapeutische Inhalte und basiert auf dem Gesundheitsverständnis der WHO.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Die Krankenwohnung wurde 1998 ins Leben gerufen und anfänglich durch die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) wissenschaftlich begleitet. Durch Befragungen von Hilfebedürftigen sowie Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Wohnungslosenhilfe wurde das Hilfsangebot auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer abgestimmt. Zum Zeitpunkt der Gründung war die Krankenwohnung die erste Maßnahme dieser Art in Deutschland. Im Laufe der Jahre konnten einige Trägerinnen und Träger an anderen Standorten wie zum Beispiel in Köln oder Dortmund ein ähnliches Hilfsangebot aufbauen. Herausragend am Angebot der „KuRVe“ ist bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt, dass in der medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ausschließlich auf Kooperation mit und damit auch Integration in das allgemeine medizinische Hilfesystem gesetzt wird; das heißt, es wird gezielt die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten im

Umfeld der Krankenwohnung gesucht bzw. es werden enge Kooperationsbeziehungen mit ambulanten Pflegediensten, Heimen, Krankenhäusern etc. geknüpft. Dieses abgestimmte Vorgehen kann als wesentlicher Beitrag zum Erfolg des Projekts gesehen werden, da dadurch die Nachhaltigkeit der Wirkungen bei den Projektadressaten und -adressatinnen gesichert wird.

Die bedingt durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz immer schwieriger werdende gesundheitliche Versorgung von Wohnungslosen macht die Krankenwohnung „Die KuRve“ nach wie vor zu einem aktuellen Lösungsansatz bei gesundheitlichen Problemen Wohnungsloser. Während einer Blitzumfrage der BAG Wohnungslosenhilfe gaben lediglich 17% von mehr als 100 befragten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe an, keine Behandlungsabbrüche aufgrund von Praxisgebühr und Zuzahlung bei Medikamenten verzeichnen zu können. Zu den Gründen gehören neben finanziellen Problemen der Betroffenen u. a. fehlende Rückzugsmöglichkeiten, keine Hausärztin bzw. kein Hausarzt, keine befriedigende Möglichkeit, Quittungen und Belege zu sammeln und andere bereits genannte Gründe, die dann häufig zu schweren oder chronifizierten Krankheitsverläufen führen.

Die Studie der MHH und deren Untersuchungsergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Krankenwohnung für die Genesung der Patientinnen und Patienten. Durch den Aufenthalt in der „KuRve“ konnten nicht nur objektive Heilungserfolge nachgewiesen werden, sondern auch ein gesteigertes subjektives Wohlbefinden der Bewohner. Ihre Zufriedenheit wächst analog zur Verbesserung des eigenen Gesundheitszustandes zwischen Aufnahme und Entlassung um 66%. 72,2% der Befragten gaben an, durch die Krankenwohnung leichter ärztliche Hilfe zu bekommen.

Aufgrund dieser zahlreichen positiven Auswirkungen konnte eine kommunale finanzielle Unterstützung für die „KuRve“ und damit eine Verstetigung des Projekts erwirkt werden. Die Region Hannover sichert auf Basis einer regelmäßigen Evaluation der Arbeit die Förderung der Krankenwohnung zu.

Ein weiterer Punkt, der die Nachhaltigkeit der Maßnahme unterstreicht, ist der ganzheitliche Betreuungsansatz der Krankenwohnung. Es werden nicht nur die Symptome aufgetretener Krankheiten behandelt, sondern auch die tiefer liegenden Ursachen bekämpft. Die psychosoziale Betreuung, die sozialen Reintegrationsmaßnahmen und die Wiederanbindung der Bewohner an das Gesundheitssystem verhindern ein Wiederauftreten bzw. Verschlimmern ihrer gesundheitlichen Probleme.

## ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

Im ersten Jahr ihres Bestehens (1998) wurde die „KuRve“ durch die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) wissenschaftlich begleitet. Zu diesem Zeitpunkt waren Hauterkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates die Hauptaufnahmegründe für den durchschnittlich ca. 8-wöchigen Aufenthalt in der Krankenwohnung. Seitdem erfolgt eine kontinuierliche Dokumentation der Belegsituation durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenwohnung. Dazu wird der durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) in Kooperation mit der „Arbeitsgemeinschaft Statistik und Dokumentation auf Bundesebene für die Hilfen in besonderen Lebenslagen nach § 72 BSHG und vergleichbare Hilfearten“(AG STADO 72) entwickelte Fragebogen zur Erfassung des Basisdatensatzes Wohnungslosenhilfe verwendet. Dieser weist insgesamt 46 Variablen auf, die soziodemografische Daten, Bildungsstand, gesundheitlichen Zustand und die Umstände abfragen, die zur Wohnungslosigkeit führten. Da mehrmals während der Betreuungszeit die Daten der Klientinnen und Klienten erfasst werden, wird damit das Spektrum von Hilfebedarf, Hilfeverlauf und Hilfeergebnis abgedeckt.



Mit dieser Methode können nicht nur Veränderungen unterschiedlichster Art dokumentiert werden, sondern auch Zielvereinbarungen getroffen werden, die eine genaue, auf den Bedarf abgestimmte Hilfeplanung erlauben. Für das Jahr 2003 wurden beispielsweise bei fünf Patienten besonders schwere unheilbare Krankheitsbilder belegt. Dieser Schweregrad führte zu einer überdurchschnittlich langen Aufenthaltsdauer in der Krankenwohnung, bedingt u. a. durch die Schwierigkeit, andere Unterbringungsmöglichkeiten zu organisieren.

Auch die Vermittlung in Wohnungen oder Wohnheime wird dokumentiert. Diese erfordert bei Schwerkranken außerordentlich viel Zeit, was sich durch das Verfahren belegen lässt. Im Ergebnis entstanden verstärkte Bemühungen um Kooperationsroutinen mit Krankenhäusern, Pflegeheimen, Ärztinnen und Ärzten etc., die für beide Seiten zeitsparend wirken. Häufig liegen Schwierigkeiten jedoch auch darin, dass Fragen der Kostenübernahme langwierige Klärungsprozesse erfordern und die Vermittlung in ein Pflege- oder Altersheim behindern.

Neben der Rechenschaftsdarlegung gegenüber dem Träger bzw. der Trägerin dient die Dokumentation als Basis einer landes- und bundesweiten Routinedatenerhebung, die Überblickdaten für die überregionale Entwicklung und Planung der Wohnungslosenhilfe liefert. Die Ergebnisse werden u. a. regelmäßig im Jahresbericht der Zentralen Beratungsstellen Niedersachsens (ZBS) der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Im Rahmen des Qualitätsmanagementprozesses der zentralen Beratungsstellen Niedersachsens wurden im Jahr 2004 für die „KuRVe“ erstmals eine Prozessbeschreibung entwickelt und Schlüsselprozesse benannt. Zurzeit existieren zwei Prozessbeschreibungen: zum einen bezüglich der Klärung/Schaffung von Voraussetzungen für eine Aufnahme in die Krankenwohnung, zum anderen zur Ablauforganisation von der Aufnahme der Patientinnen und Patienten bis zu ihrem Auszug aus der „KuRVe“.

### ▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“

„Die KuRVe“ ist Teil eines Verbundsystems ambulanter Hilfen. Neben der Krankenwohnung gehören dazu die Beratungsstelle Hagenstraße (Beratung, Betreuung, Postadresse, Geldvermittlung, Vermittlung in stationäre Einrich-

tungen), der Tagestreffpunkt „DÜK“ (tagesstrukturierende Maßnahmen, Kochen, Waschen, Dusche, Schreibtisch, Telefon etc.), der Kontaktladen „Mecki“ (siehe Seite 138 ff) und die ökumenischen Essensausgaben. Innerhalb der genannten Einrichtungen ist eine Weitervermittlung von Personen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Notlagen ohne Formalitäten möglich. Gemeinsam bilden diese Einrichtungen eine Fachgruppe der Zentralen Beratungsstelle Hannover (ZBS) des Diakonischen Werkes e.V.

Innerhalb der gesamten ZBS werden in fachbezogenen Arbeitsgruppen aktuelle Probleme der Wohnungslosenhilfe aufgegriffen und gemeinsame Lösungsstrategien entwickelt. Dabei werden im Einzelfall Absprachen zur Kooperation und zum Vorgehen getroffen. Zu generellen Themen werden Arbeitskreise gebildet, um die Belange der Klientel zu sammeln und Interessen zu vertreten oder zu verdeutlichen. Eine übergeordnete Stelle koordiniert die verschiedenen Fachgruppen. Ebenso ist die ZBS Hannover zuständig für Fortbildungsveranstaltungen, das zentrale Qualitätsmanagementsystem und die verwaltungstechnischen Aufgaben. Enge trägerexterne Verbindungen bestehen zur Sozialen Wohnraumhilfe gGmbH, zu verschiedenen Angeboten der Tagesbetreuung und Übernachtung sowie zu den Einrichtungen der Drogenhilfe.

Die bereits erwähnten Schwierigkeiten bei der Vermittlung von schwerkranken Wohnungslosen in stationäre Pflegeeinrichtungen führten zur Formulierung von entsprechenden Prozesszielen und zu verstärkten Bemühungen um zuverlässige Kooperationsbeziehungen. Diesem Zweck dienen u. a. gemeinsame Arbeitstreffen verschiedener Einrichtungen, die Gelegenheit bieten, sich gegenseitig mit den jeweiligen Arbeitsschwerpunkten kennen zu lernen sowie die notwendigen Routinen herzustellen. Beispielhaft ist hier neben der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Pflegeheimen die Kooperation mit Hospizen, psychiatrischen Einrichtungen und sozialpsychiatrischen Beratungsstellen zu nennen.

Eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Wohnungslosenhilfe ermöglicht eine Interessensvertretung der Zielgruppe auch auf Bundesebene. Die „KuRve“ beteiligt sich außerdem am Projekt „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge“ der niedersächsischen Ärztekammer, das durch das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen durchgeführt wird.

## **Kontakt**

Corinna Genz

Diakonisches Werk Hannover – Krankenwohnung „Die KuRve“

Güntherstraße 7

30519 Hannover

Bundesland: Niedersachsen

Telefon: 0511-83873-20

Telefax: 0511-83873-24

E-Mail: [die.kurve@zbs-hannover.de](mailto:die.kurve@zbs-hannover.de)

## MIMI – Das Gesundheitsprojekt des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover (EMZ)



### Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland

#### Gute Praxisbereiche:

Multiplikatorenkonzept – Innovation und Nachhaltigkeit – Dokumentation und Evaluation

#### Abstract

In Deutschland hat ca. jede/r Siebte einen Migrationshintergrund. Die verschiedenen Migrantengruppen unterscheiden sich voneinander zwar in vielen Bereichen, doch für alle Migrantinnen und Migranten bringt das Leben in der fremden Kultur psychische und soziale Veränderungen mit sich. Daraus resultierende Stresssituationen wirken sich – gepaart mit einem niedrigen sozialen Status und finanzieller Armut – negativ auf den Gesundheitszustand aus.

Das MIMI-Gesundheitsprojekt leistet durch mehrsprachige und kultursensible Interventionen Gesundheitsförderung und Prävention für Migrantinnen und Migranten. Mit Hilfe von Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren, Schulungen und Informationsveranstaltungen und durch die Vernetzung von Migrations- und Gesundheitsdiensten sowie Migrantenvereinigungen wird gezielt Gesundheitswissen vermittelt und ein koordiniertes Vorgehen in der Gesundheitsversorgung angestoßen. Ziel des Projekts ist, die Eigenverantwortung von Migrantinnen und Migranten für ihre Gesundheit zu stärken und einen Beitrag zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit zu leisten. Das Multiplikatorenkonzept ist das zentrale Element des MIMI-Gesundheitsprojekts. Dessen Nachhaltigkeit wird durch ein gezieltes Empowerment der beteiligten Dienste gestärkt. MIMI wird umfassend durch das Ethno-Medizinische Zentrum sowie durch die Medizinische Hochschule Hannover evaluiert.



## Hintergrund

Migration stellt in Westeuropa eine besondere Herausforderung dar. Je nach Definition des Begriffs „Migrantin“ bzw. „Migrant“ gehören ca. 8–15 % der Bevölkerung Westeuropas Gruppen an, die innerhalb einer oder mehrerer Generationen in Gastländer übersiedelt sind. In Deutschland trifft dies auf 15,46 % der Bevölkerung zu. Damit hat jede siebte Bewohnerin bzw. jeder siebte Bewohner in Deutschland einen Migrationshintergrund. In Niedersachsen beträgt der Migrantenanteil 13,15 %.<sup>14</sup>

Migrantinnen und Migranten können als nichthomogene Gruppe betrachtet werden. Sie unterscheiden sich durch ihren kulturellen Hintergrund, durch Sprache, Bildung, Integrations- und sozialen Status. Im Vergleich zu Personen, die seit mehreren Generationen im Aufenthaltsland leben, lassen sich allerdings Gemeinsamkeiten feststellen. Das Leben in einer fremden Kultur bringt für alle Migrantinnen und Migranten umfassende psychische und soziale Veränderungen mit sich. Diese Stresssituationen wirken sich, gepaart mit einem niedrigen sozialen Status im Aufenthaltsland<sup>15</sup>, negativ auf den Gesundheitszustand aus. Zudem beeinflussen Unkenntnis über das deutsche Gesundheitssystem, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem im Herkunftsland sowie sprachliche und kulturelle Barrieren die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Eine erhöhte Prävalenz von Adipositas bei Kindern mit Migrationshintergrund, ein hoher Anteil an Rauchern bei männlichen ausländischen Jugendlichen sowie eine geringe Durchimpfungsrate sind deutliche Indikatoren dieses Zustands. Die Ursachen dieses gesundheits-schädigenden Verhaltens können durch gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention reduziert werden.

Das vom BKK Bundesverband geförderte und durch das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover (EMZ) koordinierte Gesundheitsprojekt MIMI ist von der Idee geleitet, mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention für Migrantinnen und Migranten zu leisten. Das Projekt wurde 2003 zunächst in vier Ballungszentren der Bundesländer Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen gestartet und konnte mit Erfolg bis zum Anfang des Jah-

---

<sup>14</sup> Vgl. Rechtliche Betreuung von Migranten, hrsg. durch das Institut für transkulturelle Betreuung, Hannover 2002, Seite 18ff.

<sup>15</sup> 52,6 % aller Familien mit Migrationshintergrund gelten als arm (< 50 % des Durchschnittseinkommens).

res 2006 auf insgesamt 16 Städte in neun Bundesländern ausgedehnt werden. Darüber hinaus wurde 2006 in Hessen ein weiterer Ableger mit fünf Standorten eingerichtet. Ziel des Projekts ist es, die Eigenverantwortung von Menschen mit Migrationshintergrund für ihre Gesundheit zu stärken und langfristig einen Beitrag zur Reduzierung ungleicher Gesundheitschancen zu leisten. Zentrales Element von MIMI ist das Konzept der Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren. Dazu werden bereits integrierte zugewanderte Menschen zu Gesundheitsthemen geschult und als Kontaktpersonen für die unterschiedlichen Bevölkerungsschichten herangezogen. Des Weiteren erfolgt eine Vernetzung der Migrations- und Gesundheitsdienste sowie der Migrantenvereine, um ein koordiniertes Vorgehen in der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten anzustoßen. Die ehrenamtlich handelnden Mediatorinnen und Mediatoren werden durch diese regionalen Kooperationspartner in ihrer Arbeit unterstützt.

## Vorgehen

Das MIMI-Gesundheitsprojekt besteht aus fünf Bausteinen (siehe unten), ist auf Expansion angelegt und kann durch seine universell anwendbaren Methoden kostengünstig in neue bzw. bereits bestehende Strukturen implementiert werden. Es agiert dabei auf zwei Ebenen. Das EMZ sucht in Ballungszentren mit einem hohen Migrantenanteil nach lokalen Kooperationspartnerinnen und -partnern für das MIMI-Gesundheitsprojekt und initiiert dort Netzwerke zwischen Gesundheits- und Migrationsdiensten sowie Migrantenvereinigungen. Weiterhin liefert das EMZ als Kompetenzzentrum das methodische Wissen und übernimmt die übergeordnete Koordination zwischen den einzelnen Projektstandorten. Die lokalen Kooperationspartnerinnen und -partner übernehmen die Implementierung des Projekts vor Ort.

Sind die Strukturen für einen neuen Projektstandort angelegt, kann mit der Durchführung des Projekts begonnen werden. Den *ersten Baustein* stellt die Gewinnung und Ausbildung von Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren dar, die durch ein für alle Standorte identisches Curriculum geregelt wird. Im ersten Jahr des Projekts wurden insgesamt 65 Personen zu Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren ausgebildet. Ein im Jahr 2003 erstellter und laufend fortentwickelter Gesundheitswegweiser stellt den *zweiten Baustein* des Projekts dar. Er kann von allen Kooperationspartnerinnen und -partnern kostenlos angefordert werden. Die Broschüre wird neben anderen Materialien in der Kampagnenphase, dem *dritten Baustein* des Projekts, eingesetzt.

In dieser Phase führen die ausgebildeten Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen in ihrer Muttersprache durch. Die Veranstaltungen werden an Orten abgehalten, die der Zielgruppe aus ihrem Alltag vertraut sind. Der *vierte Baustein* des Projekts besteht aus einer prozessbegleitenden Evaluation. Nach jeder Schulung bzw. jeder Informationsveranstaltung werden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Fragebogen zu ihrem Wissen und zur Qualität der jeweiligen Veranstaltung ausgefüllt, zum anderen wird eine abschließende Evaluation mit einer Kosten-Nutzen-Analyse angestrebt. Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung stellen den *fünften Baustein* von MIMI dar. Neben der für das Projekt grundlegenden Vernetzung von Gesundheitsdiensten, Migrationsdiensten sowie lokalen Verbänden und Vereinen erhalten die ausgebildeten Mediatorinnen und Mediatoren die Möglichkeit, sich in einem bundesweiten Arbeitskreis zu organisieren. Die lokalen Projektkoordinatoren und -koordinatorinnen wiederum sind durch das EMZ verbunden. Die Kommunikation innerhalb dieses Netzwerks findet über Projektkonferenzen, Rundbriefe und eine Internetplattform statt. Die in diesen Strukturen bekannten Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren können an Ämter oder Krankenkassen als Beraterinnen/Berater oder Übersetzerinnen/Übersetzer vermittelt werden. Die Öffentlichkeit wird über Presseerklärungen und andere Publikationen über das Projekt informiert.

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Das Konzept der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ist das zentrale Element des MIMI-Gesundheitsprojekts, das zugleich auf individueller und institutioneller Ebene verfolgt wird. Auf der Individualebene sind Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren sowie öffentliche Informationsveranstaltungen zu nennen. Durch den ehrenamtlichen Einsatz Zugewanderter als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren von Gesundheitswissen, die dieses muttersprachlich vermitteln, wird zudem ein niedrighschwelliger Ansatz verfolgt. Auf kommunaler Ebene werden durch das EMZ die lokalen Gesundheits- und Migrationsdienste für das Thema sensibilisiert. Zudem wird eine Vernetzung der Dienste gefördert.

Das Verfahren, mit dem Mediatorinnen und Mediatoren gewonnen werden, orientiert sich an den Rahmenbedingungen des Projektstandorts und variiert von direkter Ansprache von bereits in Gesundheitsthemen engagierten Personen bis hin zu Werbekampagnen in lokalen Medien. Vorgegebene Auswahl-

kriterien sind gute Kenntnisse der deutschen Sprache sowie der Muttersprache in Wort und Schrift, mindestens mittlere Reife oder eine vergleichbare Ausbildung, kulturelle Offenheit, Bereitschaft zur selbstständigen Durchführung von Veranstaltungen etc. Jede Erstschulung umfasst acht Abend- sowie drei Ganztagsveranstaltungen und hat einen Gesamtumfang von 50 Stunden. Inhaltlich ist die Schulung in drei Module gegliedert. Die ersten beiden Module vermitteln Grundkenntnisse über gesunde Lebensweisen und über Angebote sowie Aufgaben des deutschen Gesundheitssystems. Im dritten Modul werden Methoden der Veranstaltungsplanung, -durchführung und der kultursensiblen Informationsübermittlung gelehrt. Die Schulung endet mit einer Praxisübung. Zusätzlich durchgeführte Ergänzungsschulungen von bereits ausgebildeten Gesundheitsmediatorinnen bzw. -mediatoren haben eine Gesamtlänge von acht bis zwölf Stunden und behandeln zwei im Projektverlauf zusätzlich ausgewählte Themen: „Alter, Gesundheit und Pflege“ sowie „Erste Hilfe beim Kind“. Auch diese Qualifizierungen schließen mit einem Methodenteil ab. Alle Schulungen finden dezentral an den jeweiligen Projektstandorten statt und werden durch die lokalen Kooperationspartner des EMZ organisiert. Mit dem Ziel des Austauschs und der Reflexion finden darüber hinaus regelmäßige Mediatorentreffen auf lokaler Ebene sowie auf Bundesebene statt.

Die durch die Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren selbstständig organisierten Informationsveranstaltungen haben eine Länge von zwei bis drei



Stunden, behandeln jeweils das deutsche Gesundheitssystem sowie ein durch die Mediatorin bzw. den Mediator frei gewähltes, in der Schulung erlerntes Gesundheitsthema. Die Veranstaltungen finden in Settings wie Sprachschulen, religiösen Einrichtungen und Flüchtlingsheimen statt. Als Werbemittel hat sich die Mundpropaganda als effektivste Methode erwiesen. Sie wird durch die Mediatorinnen und Mediatoren, die häufig in das Setting der Veranstaltungsorte integriert sind, initiiert. Im Jahr 2005 wurden so 202 Informationsveranstaltungen mit insgesamt 2913 Teilnehmerinnen und Teilnehmern abgehalten. Ein niedriger Sozialindex bei 42% der Teilnehmenden unterstreicht den Anspruch, gesundheitliche Chancengleichheit herstellen zu wollen. Bei jeder Veranstaltung wird der für MIMI entwickelte Gesundheitswegweiser verteilt. Die Mediatorinnen und Mediatoren erhalten für die Durchführung der Veranstaltung eine Aufwandsentschädigung.

Auf institutioneller Ebene wird der Multiplikatorenansatz durch die Akquise neuer Kooperationspartnerinnen und -partner sowie durch die Pflege bereits bestehender Beziehungen umgesetzt. Die Partner des MIMI-Gesundheitsprojekts erhalten durch das EMZ Informationen und methodische Unterstützung, um die Ziele von MIMI umsetzen zu können. Hier sind vor allem die kostenlos zur Verfügung gestellten Informationsbroschüren und das erarbeitete Curriculum zur Ausbildung der Mediatorinnen und Mediatoren zu nennen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Das MIMI-Gesundheitsprojekt strebt eine nachhaltige bundesweite Vernetzung von Migrationsdiensten, Gesundheitsdiensten und Migrantenvereinigungen an. Im Bereich der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten wurde hiermit ein für Deutschland neuer Weg beschritten. Den bisher isoliert arbeitenden Diensten wurde durch die vermittelnde Arbeit des EMZ eine Möglichkeit der Kooperation bei Problemen des Gesundheitszustandes der Zielgruppe eröffnet. Durch die Ämter wurden lokale Koordinatoren ernannt, die die zukünftige Zusammenarbeit lenken sollen. Die zusätzlich angestoßene Öffnung der Dienste in Richtung von Migrantenvereinigungen bedeutet für die Ämter einen Zugangsweg zu einer schwer erreichbaren Klientel.

Methodisch wird die Nachhaltigkeit des Projekts durch ein gezieltes Empowerment der Dienste verfolgt. Die Kooperationspartnerinnen und -partner von MIMI werden durch das EMZ motiviert, mit Hilfe der lokalen und überregionalen Netzwerke Informationen auszutauschen. Zudem wird die Umset-



zung der Projektziele in die Hand der lokalen Kooperationspartner gelegt und die methodische Unterstützung durch das EMZ allmählich reduziert. Die durch das EMZ initiierten Kommunikationsstrukturen bleiben nach Beendigung des Projekts bestehen, und die ausgebildeten Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren können weiter eingesetzt werden. Da die Betreuung der lokalen Netzwerke durch Koordinatorinnen und Koordinatoren von einer weitergehenden Finanzierung durch die öffentliche Hand abhängt, wird das Projekt umfangreich evaluiert. Die angestrebte Transparenz von Kosten und Nutzen liefert die Argumentationsgrundlage für eine weitere finanzielle Förderung.

### ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

Das MIMI-Gesundheitsprojekt wird durch die Medizinische Hochschule Hannover projektbegleitend evaluiert. Darüber hinaus führt das EMZ eine projektbegleitende Evaluation durch. Als Methode werden schriftliche Befragungen und Gruppendiskussionen eingesetzt. Dabei werden soziodemografische Daten erhoben und in diversen Fragebogen sowohl die Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren selbst als auch die Teilnehmenden nach ihrer Meinung zu Qualität und inhaltlicher Ausrichtung der Schulungen und Infor-

mationsveranstaltungen befragt. Neben der Einzelbetrachtung eines jeden Bausteins soll zum Abschluss des Projekts eine gesamte Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt werden.

Die Mediatorenschulung wird durch vier verschiedene Erhebungsinstrumente bewertet, die die Qualität der Schulung, die Zufriedenheit mit Inhalten und Verlauf sowie den Wissensstand und Einstellungen zu Gesundheitsthemen messen. Es wird je nach Zielgruppe zu verschiedenen Messzeitpunkten evaluiert. Das bedeutet, dass nach jeder Schulungseinheit sowohl Referentinnen und Referenten als auch Mediatorinnen und Mediatoren diese mit einem Feedbackbogen bewerten. Zu Beginn und zum Ende der gesamten Schulung werden die oben genannten Themen außerdem per Fragebogen von Mediatorinnen und Mediatoren erhoben und bewertet. Neben diesem Evaluationsverfahren wurde im Rahmen von Projektkonferenzen ein Erfahrungsaustausch aller lokalen Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren initiiert, in dem aus Sicht der Kooperationspartnerinnen und -partner ein Feedback zur Organisation und zu den Veranstaltungen gegeben wurde. Diese Feedbackergebnisse sind in Projektkonferenzprotokollen festgehalten.

In der Kampagnenphase werden zwei weitere Erhebungsinstrumente für ein Feedback genutzt, um von den Durchführenden sowie von Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Informationsveranstaltungen eine Rückmeldung zu erhalten. Mediatorinnen und Mediatoren dokumentieren die Veranstaltungen in einem strukturierten Bericht. Zudem füllen die Besucherinnen und Besucher zu Beginn und zum Ende einen Fragebogen aus, der in Deutsch und in der Veranstaltungssprache formuliert ist.

Der Gesundheitswegweiser „Hand in Hand“ wurde während der redaktionellen Arbeit von Expertinnen und Experten sowie Praktikerinnen und Praktikern aus dem Gesundheitswesen auf Inhalt und Aktualität überprüft. Das EMZ geht daher von einer umfassenden inhaltlichen und fachlichen Absicherung des Wegweisers aus. Darüber hinaus wird er regelmäßig aktualisiert und neu aufgelegt.

### **Kontakt**

Ramazan Salman  
Björn Menkhaus (MPH)  
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.  
Königstraße 6

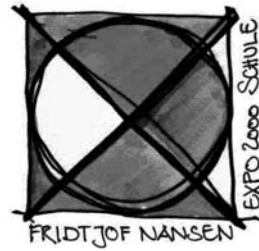
30175 Hannover  
Bundesland: Niedersachsen  
Telefon: 0511-168-41018 oder 168-41020  
Telefax: 0511-457215  
E-Mail: [ethno@onlinehome.de](mailto:ethno@onlinehome.de)  
Websites: [www.ethno-medizinisches-zentrum.de](http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de)  
[www.bkk-promig.de](http://www.bkk-promig.de)



## Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule

### Gute Praxisbereiche:

Partizipation – Setting – Evaluation



### Abstract

In der Fridtjof-Nansen-Schule, im sozialen Brennpunkt Hannover-Vahrenheide, wird Gesundheitsförderung umfassend in den schulischen Alltag der Schülerinnen und Schüler sowie Lehrerinnen und Lehrer integriert. Übergreifendes Ziel ist die Anbahnung von lebenslangem, gesundheitsförderlichem, eigenverantwortlichem Lernen und Leben bei allen Beteiligten. Wichtige Methoden des Programms sind die kind- und erwachsenengerechte Rhythmisierung des Schulalltags, sinnes- und handlungsaktives Lernen, Stärkung der Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und die Verbesserung motorischer Fähigkeiten. Das zugrunde liegende Programm ist durch stark partizipative Elemente sowie eine Öffnung des Schulsystems zum Stadtteil gekennzeichnet. Der Erfolg des Vorhabens konnte durch eine Evaluation, die Indikatoren wie Kommunikationsstrukturen, Arbeitsplatzbedingungen und Formen des Zusammenlebens berücksichtigte, gestützt werden.

### Hintergrund

Die Fridtjof-Nansen-Schule ist eine Grundschule und liegt im sozialen Brennpunkt Hannover-Vahrenheide. Sie ist als volle Halbtagschule mit integriertem Hort konzipiert. Die Fridtjof-Nansen-Schule hat ca. 350 Schülerinnen und Schüler aus mehr als 20 verschiedenen Nationen, 31 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und arbeitet mit einem Schulprogramm, in dem Gesundheitsförderung als wichtigstes Prinzip einen übergreifenden Stellenwert einnimmt. Der Titel ist: „Bewegte Schule – Schule als lernendes System im Stadtteil“. Dazu gehört gesundheitsbezogener Sportunterricht, Vernetzungsarbeit (zum Beispiel mit dem Stadtteil, dem OPUS-Netzwerk oder den Netzwerkschulen des niedersächsischen Qualitätsnetzwerkes), Ernährung, Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (zum Beispiel Ergonomie, Gesund-

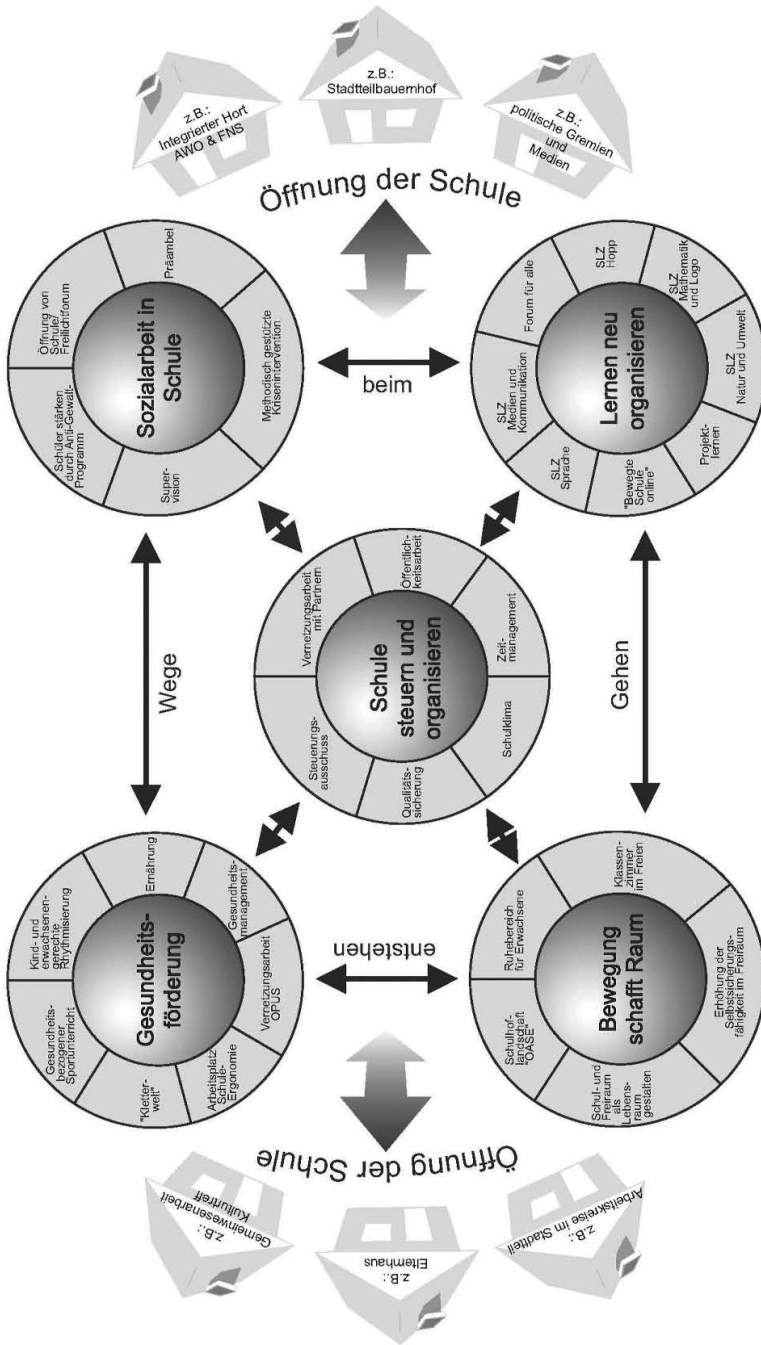
heitsmanagement). Zentrales Ziel ist die Anbahnung von lebenslangem, gesundheitsförderlichem, eigenverantwortlichem Lernen und Leben bei Lehrkräften sowie Schülerinnen und Schülern.

## Vorgehen

Bewegung ist als übergreifendes Prinzip bereits seit Jahren wichtig, um den Schülerinnen und Schülern sinnes- und handlungsaktives Lernen zu ermöglichen. Das Zusammenspiel von innerer und äußerer Bewegung ist dabei ausdrücklich gewollt. Aus dieser Vorgabe folgt die kind- und erwachsenengerechte Rhythmisierung des Schulalltags. Dazu wird der Schulvormittag im rhythmischen Wechsel von Belastung und Entspannung gegliedert, der mit einem gleitenden Einstieg beginnt: Ab 8.00 Uhr ist das Schulgebäude für die Kinder geöffnet; die Lehrkräfte sind ab 8.15 Uhr in der Klasse, und bis 8.30 Uhr müssen alle Kinder im Klassenraum eingetroffen sein, um den Unterricht mit einem Ritual im Sitzkreis zu beginnen. Für die Pausen wird auf die üblichen 5-Minuten-Pausen zwischen Einzelstunden verzichtet und stattdessen der Schulvormittag so organisiert, dass auf einen 90-minütigen Block 25 Minuten Pause folgen. Gesund gefrühstückt wird im Anschluss an die große Pause im Klassenverband. Eine Obst und Gemüse ergänzende Versorgung der Schüler wird durch die Kooperation mit einer Stadtteilinitiative gesichert.

Neben Gesundheitsförderung und Bewegung als übergreifende, didaktische Klammer gibt es weitere Schwerpunkte: Sozialarbeit in der Schule, Steuern und Organisieren (über einen Steuerungsausschuss, Zeitmanagement, Qualitätssicherung), gemeinschaftliche Gestaltung des Innen- und Außenbereichs und Neuorganisation des Lernens (Unterrichtsentwicklung). Der Anspruch des Schulprogramms lautet: ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis entwickeln und leben, ein gesundes Schulklima fördern und praktische Angebote zu einer gesunden Lebensführung vermitteln, verbunden mit der Vermittlung entsprechender Kenntnisse und Fähigkeiten. Die ganzheitliche Förderung von Mädchen und Jungen gilt als durchgängiges Prinzip, das zum Beispiel die Stärkung der Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und die Verbesserung motorischer Fähigkeiten durch ganz unterschiedliche Elemente zum Ziel hat. Dazu gehört die Beteiligung an Entscheidungsprozessen (Kinderparlament), die Verwendung von Kletterelementen oder die Vermittlung von Ernährungswissen und Kenntnissen des optimalen Zeitmanagements.

# Schulprogramm der Fridtjof - Nansen - Grundschule "Bewegte Schule - Schule als lernendes System im Stadtteil"



Beispiele guter Praxis

## ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Die Partizipation der verschiedenen Gruppen wird auf verschiedene Weise hergestellt. Zentrales Instrument ist die Steuerungsgruppe mit je einem Vertreter bzw. einer Vertreterin der verschiedenen Schulprogrammschwerpunkte, der Eltern sowie des integrierten Hortes. Dieser Ausschuss ist von der Gesamtkonferenz beauftragt, alle wesentlichen Entscheidungen der Schule in den wöchentlichen Kurzsitzungen (jeweils 25 Minuten) zu befördern. Zu den Inhalten, über die gemeinsam entschieden wird, gehören Öffentlichkeitsarbeit, Projektmanagement, Qualitätssicherung, Sponsoring, Finanzen, interne Organisation von Arbeitsabläufen sowie die Klärung von aktuellen Problemen. Lehrkräfte haben damit eine durch das Schulprogramm festgelegte weitgehende Beteiligungsmöglichkeit und -pflicht. Wesentlich ist auch, dass die gewählten Lehrkräfte, denen das Vertrauen des gesamten Kollegiums zugesprochen wurde, einen erheblichen Teil der Entscheidungen der Schulleitung verantwortlich mittragen und sich verbindlich zur Umsetzung des Schulprogramms verpflichten. Die regelmäßige Berichtspflicht an die Gesamtkonferenz fördert eine hohe Transparenz im Schulalltag.

Elternarbeit gilt als weiterer Arbeitsschwerpunkt des Schulprogramms. Infolgedessen werden Eltern von Lehrkräften sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern vielfältige Beteiligungsmöglichkeiten – etwa bei der Schulgestaltung – angeboten, die an der Fridtjof-Nansen-Schule wegen des Freiraumkonzepts einen hohen Stellenwert erhält. Informationen an die Eltern werden mehrsprachig herausgegeben, um die Beteiligung der verschiedenen Elterngruppen zu sichern. Elternabende beispielsweise zu Gesundheits- und Erziehungsthemen werden regelmäßig abgehalten und sind in der Regel gut besucht. Eltern haben selbstverständlich auch die Möglichkeit, sich an ganz praktischen Angeboten zur gesunden Lebensführung zu beteiligen, zum Beispiel indem sie täglich Obst- und Gemüseteller als Ergänzung zum gemeinsamen Klassenfrühstück zubereiten und austeilen.

Schülerinnen und Schüler können den Unterricht über Vorschläge zu Themenvielfalt und -bearbeitung mitgestalten. Darüber hinaus gibt es ein Kinderparlament, das in den vierzehntägigen Schulvollversammlungen alle Schulmitglieder informiert und das an Entscheidungen wie etwa der Gestaltung des Außengeländes beteiligt ist. Unter der Begleitung eines Schulsozialarbeiters bzw. einer Schulsozialarbeiterin und einer Lehrkraft werden regelmäßige Sitzungen abgehalten. Die Wünsche des Schülerparlaments werden auch von einer Schülerin oder einem Schüler in der Gesamtkonferenz vorgetragen.

## ▲ Guter Praxisbereich „Setting“

Die Settingorientierung wird durch das Schulprogramm bestimmt, in dem wesentliche, zum Teil auch bereits vorgestellte Aspekte festgehalten sind. Der Steuerungsausschuss sichert die Beteiligung der verschiedenen Gruppen an den Entscheidungen der Schulleitung. Die Gesundheit der Lehrkräfte wird durch Mechanismen wie zum Beispiel Zeitmanagement, interne Arbeitszeitmodelle, die Bilanzierung pädagogischer Erfolge etc. positiv beeinflusst. Die ganzheitliche Förderung von Mädchen und Jungen, die als durchgängiges Prinzip gilt, beinhaltet die kindgerechte Rhythmisierung des Schulalltags, einige immer leicht verfügbare Bewegungsräume, Freiräume für die Begegnung und Auseinandersetzung mit der Natur und vieles mehr.

Die Öffnung der Schule zum Stadtteil ist durch eine gemeinwesenorientierte Zusammenarbeit mit Institutionen aus dem sozialen Umfeld gesichert worden. Die Schule bietet mit dem Freilichtforum einen zentralen Kommunikationsort nicht nur für Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler, sondern auch für den umgebenden Stadtteil. Das Forum steht Stadtteilinitiativen kostenneutral offen und wird intensiv genutzt. Darüber hinaus sichert die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen – zum Beispiel Gemeindeunfallversicherungsverband, Beratungsstellen, Krankenkassen, Stadtteilforen etc. – die fachliche Einbindung und Weiterentwicklung im Setting.

In der Kariesprophylaxe gibt es eine enge Zusammenarbeit mit dem jugendzahnärztlichen Dienst, der bereits zu Beginn der Schulzeit Kontakt zu den Eltern aufnimmt. Auch Elternabende zu Gesundheits- und Erziehungsthemen werden in Zusammenarbeit mit außerschulischen Fachkräften gestaltet. Möglich ist auch eine Unterstützung durch Einzelfallhilfe und Vermittlung an Fachkräfte (Ärztinnen und Ärzte, Kurvermittlung, Therapeutinnen und Therapeuten) im Stadtteil. Das Elterncafé ist als Anlaufpunkt konzipiert und bietet die Gelegenheit, Kontakt zu anderen Eltern aufzunehmen oder gemeinsame Aktivitäten (zum Beispiel Kochclub) zu planen.

## ▲ Guter Praxisbereich „Evaluation“

Durch einfache und klar strukturierte Maßnahmen wurde die Berufszufriedenheit und die Gesundheit der Lehrkräfte verbessert und deren Eigenaktivität und Kenntnisstand erhöht. Diese Ergebnisse werden durch das Instrument PEB (Pädagogische Entwicklungsbilanz) des Niedersächsischen

Qualitätsnetzwerks des Deutschen Instituts für Pädagogische Forschung (DIPF) evaluiert. Als Indikatoren werden zum Beispiel Kommunikationsstrukturen, Arbeitsplatzbedingungen, Formen des Zusammenlebens u. a. erhoben. Als weiteres Instrument gelten die Selbstvergewisserung hinsichtlich der eigenen Arbeitsplatzbedingungen und Leistungen sowie der regelmäßige Austausch mit anderen Schulen. Das Angebot der Supervision für Lehrkräfte ergänzt die Ergebnissicherung um einen weiteren Aspekt.

Darüber hinaus werden Befragungen von Schülerinnen und Schülern durchgeführt, die den Beteiligungsgrad gemäß den Standards des Niedersächsischen Qualitätsnetzwerks des Deutschen Instituts für Pädagogische Forschung (DIPF) festhalten. Die Anforderungen an die ergonomische Gestaltung von Klassenräumen werden im Rahmen einer wissenschaftlichen Längsschnittstudie zu den Auswirkungen eines veränderten Klassenzimmerkonzepts auf Gesundheit und Lernverhalten von Grundschulkindern erhoben.

Die allgemeine Qualität der Zusammenarbeit mit den Eltern wird durch einen diesbezüglichen Austausch der Lehrkräfte sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter untereinander eingeschätzt. Außerdem kann die bereits erwähnte Kariesprophylaxe in Zusammenarbeit mit dem zahnärztlichen Dienst mittlerweile statistisch nachweisbare Erfolge vermelden.

### **Kontakt**

Fridtjof-Nansen-Schule  
Hermann Städtler (Schulleiter)  
Leipziger Str. 38  
30179 Hannover  
Telefon: 0511-16845540  
Telefax: 0511-371849  
E-Mail: [fns@nibis.ni.schule.de](mailto:fns@nibis.ni.schule.de)  
Website: <http://www.nibis.ni.schule.de/~fns>

## Treffpunkt Gemeinwesenarbeit Bloherfelde/Eversten

### Gute Praxisbereiche:

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Niedrigschwellige Arbeitsweise  
– Empowerment

### Abstract

Der Oldenburger Stadtteil Bloherfelde/Eversten hat einen ca. 40%igen Anteil von Familien, die vielfachen Risikofaktoren unterliegen. Zu den Benachteiligungen gehören eine untere soziale Lage, Migrationshintergrund und eine überdurchschnittlich hohe Kinderzahl. Das Zusammenleben von 27 Nationen im Wohnquartier erfordert außerdem besondere Integrationsleistungen. Ziel der Aktivitäten im Treffpunkt Gemeinwesenarbeit ist es, das Wohnumfeld sozial- und gesundheitsförderlich zu gestalten und die Integration der Bewohnerinnen und Bewohner in den umgebenden Stadtteil zu unterstützen. Die Arbeitsweise des Treffpunkts Gemeinwesenarbeit zeichnet sich u. a. durch ein integriertes Handlungskonzept und niedrigschwellige Arbeitsweisen aus.

Kontinuierliche Angebote wie die Mütterberatung des städtischen Gesundheitsamtes während des Frauenfrühstücks weisen ebenso wie zeitlich begrenzte Mikroprojekte (beispielsweise mit Modulen zu Bewegung, Erziehung, Kindergesundheit) oder das „Gesunde Frühstück“ des Bewohnervereins am Schulzentrum Eversten gesundheitsfördernde Charakteristika auf. Durch die Zusammenarbeit mit Schulen, Kitas, Sportvereinen und städtischen Ämtern können an verschiedenen Standorten im Stadtteil sehr differenzierte Angebote gemacht werden. Durch ein fundiertes Konzept, das gemeinsame Aktivitäten in den Vordergrund stellt und ein breites Angebot begünstigt, werden Integrationsleistungen erbracht und Zugangswege zu sozial Benachteiligten eröffnet, die auch von Anbietern und Anbieterinnen des Gesundheitssystems genutzt werden. Die Finanzierung der Einrichtung und der Angebote erfolgt über den städtischen Träger, über Spenden und Projektmittel der „Sozialen Stadt“.

## Hintergrund

Der Oldenburger Stadtteil Bloherfelde/Eversten hat – gemessen an der gesamten Einwohnerzahl von 6500 Personen – einen hohen Anteil (ca. 2500 Einwohner) von Familien, die Vielfachbelastungen ausgesetzt sind. Viele haben einen Migrationshintergrund und/oder leben in Großfamilien mit überdurchschnittlich hoher Kinderzahl. Insgesamt wohnen hier überwiegend in größeren Mehrfamilienhaussiedlungen auf relativ eng umgrenztem Raum Menschen aus 27 Nationen. Viele leben in finanzieller Armut und mit einem niedrigen Bildungsstatus.

Bloherfelde/Eversten gehört somit zu den sozial benachteiligten Stadtteilen Oldenburgs und nimmt am Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die soziale Stadt“ teil. Zu den Zielen des Programms gehört es, in benachteiligten Stadtteilen Revitalisierungs- und Entwicklungsprozesse zu initiieren, integrative Handlungskonzepte umzusetzen sowie die lokalen Selbstorganisationskräfte in den Programmgebieten zu mobilisieren. Durch die ressortübergreifende Kombination von Förderprogrammen, eine stärkere Berücksichtigung nichtinvestiver Ansätze und die Erprobung neuer Verwaltungs- und Managementstrukturen sollen die vorhandenen Ressourcen für eine umfassende und integrierte Stadtteilentwicklung gebündelt und der Mitteleinsatz zielgenauer, effizienter und gleichzeitig auch flexibler gestaltet werden. In der aktuellen Förderphase werden vermehrt Handlungsfelder wie Schule und Bildung im Stadtteil und auch Gesundheitsförderung als Bestandteil integrierter Stadtteilentwicklung definiert. Darin manifestiert sich eine neue Entwicklung – die Aufgeschlossenheit der sozialen Gemeinwesenarbeit gegenüber gesundheitlichen Themenstellungen und gegenüber Institutionen des Gesundheitssystems.

Der Treffpunkt Gemeinwesenarbeit in Bloherfelde/Eversten besteht seit 1997 und versteht sich als zentrale Kontakt- und Anlaufstelle im Stadtteil. Seine Gründung ist Ergebnis eines „runden Tisches“, der im Zuge der Jugendhilfeplanung der Stadt unter dem Motto „Was uns unter den Nägeln brennt“ entstand. Beteiligt waren und sind verschiedene Einrichtungen aus dem Stadtteil wie Kitas, Schulen, Sportvereine, private lokale Partner und die städtischen Behörden, u. a. mit den Ressorts Jugend, Soziales und Gesundheit. Der Treffpunkt hat drei Standorte im Stadtteil, ein vierter ist in Planung. Hintergrund dieser Erweiterung ist nicht zuletzt die erfolgreiche Arbeit, durch die die Stadt den Einsatz finanzieller Mittel im Bereich Kinder- und Jugendhilfe reduzieren konnte.



Die Kosten der Einrichtung werden ebenso wie die Personalkosten für zwei Vollzeitkräfte und zwei halbe Stellen durch die Stadt Oldenburg übernommen. Weitere finanzielle Mittel fließen ein durch die Kooperation mit anderen Einrichtungen und Institutionen bei Veranstaltungen, Kursen und Seminaren, zum Beispiel durch einen gewerkschaftlichen Bildungsverein oder die evangelische Kirche. Darüber hinaus werden (zweckgebundene) Spenden zum Beispiel für die Durchführung von Kursen sowie LOS-Mittel (*LO*kales Kapital für Soziale Zwecke) eingenommen. Bei Letzteren handelt es sich um Geld aus dem Programm „Soziale Stadt“, das für Mikroprojekte verwendet werden kann und gesondert beantragt werden muss.

## Vorgehen

Der Treffpunkt Gemeinwesenarbeit in Bloherfelde/Eversten steht allen Bewohnern im Stadtteil offen und bietet die Möglichkeit, sich zu begegnen, kennen zu lernen, auszutauschen sowie gemeinsame Aktivitäten zu entwickeln und zu organisieren. Ziel dieser Aktivitäten ist es, das Wohnumfeld sozial- und gesundheitsförderlich zu gestalten und die Integration der Bewohner in den umgebenden Stadtteil zu unterstützen. Daneben gibt es zielgruppenspezifische Angebote, die sich themenorientiert vor allem an Kinder und Jugendliche, an Frauen sowie an Migrantinnen und Migranten richten (an Letztere insbesondere mit Sprachkursen).

Die Strategie, die der Treffpunkt Gemeinwesenarbeit verfolgt, zielt auf Integration so genannter „Multiproblemfamilien“ und gleichzeitig auf die Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen und die Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen. Ansonsten schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen wie Migrantinnen und Migranten werden durch die auf ihre Lebenssituation zugeschnittenen Angebote befähigt, Gesundheitsaspekte in ihre Lebensgestaltung einzubeziehen. Durch die offene Ausgestaltung bestehen vielfältige Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten. Mit den drei (künftig vier) Standorten des Treffpunkts wurde eine Infrastruktureinrichtung geschaffen, die eine wichtige stabilisierende Funktion für die Quartiersbevölkerung hat und Impulse für die Stadtteilentwicklung setzt. Im Konzept wurde bewusst die Aufteilung in vier Standorte entwickelt, um im gesamten Stadtteil präsent zu sein und verschiedene Schwerpunkte setzen zu können. Diese liegen u. a. in den Bereichen Wohnumfeldgestaltung, gemeinsames Lernen und gemeinsame Freizeitaktivitäten und haben eine im Wohnumfeld deutlich wahrnehmbare Identifizierung mit dem Quartier mit sich gebracht. Das

gemeinsam gestaltete Außengelände, die Mietergärten, aber auch die Gelegenheit zu gemeinsamen Feiern im Festsaal ermöglichen im Zusammenhang mit den vor Ort angesiedelten Bildungsangeboten einen engen Kontakt der Bewohnerinnen und Bewohner und fördern deren Integration. Dabei spielt das Gemeinschaftshaus eine zentrale Rolle.

Die Arbeitsweise des Treffpunkts Gemeinwesenarbeit zeichnet sich durch Nachhaltigkeit und Kontinuität aus, aber auch durch ein integriertes Handlungskonzept und eine niedrigschwellige Arbeitsweise; es richtet sich an alle Altersgruppen von der Krabbelgruppe bis zum Seniorenalter. In der sozialpädagogischen Hausaufgabenhilfe werden wöchentlich ca. 100 Kinder und Jugendliche betreut. Die Beschäftigten suchen bei Bedarf Kontakt zu den Eltern oder der Schule und leiten weitere unterstützende Maßnahmen ein. Im Freizeitbereich werden regelmäßig eine Jungen- und eine Mädchengruppe sowie Sportmöglichkeiten für Jugendliche angeboten. Frauentreffs werden teilweise von den Teilnehmerinnen eigenständig organisiert, wie etwa Treffen für junge Mütter bzw. Seniorinnen sowie Frühstück oder Nähkurse für Frauen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“

Das umfassende Angebot des Treffpunkts Gemeinwesenarbeit kann nur mit Hilfe der kooperierenden Einrichtungen im Stadtteil realisiert werden. Durch Unterstützung lokaler Institutionen können Kurse und Seminare kostenfrei oder stark vergünstigt angeboten werden. Als ein Beispiel ist die Zusammenarbeit mit der gewerkschaftlichen Bildungsvereinigung Arbeit und Leben zu nennen. Von dieser Seite werden unentgeltliche Sprachkurse für Migrantinnen und Migranten durchgeführt, die eine starke Nachfrage erfahren. Die evangelische Kirche und evangelische Familienbildungsstätte sind enge Kooperationspartner, die einen Teil ihrer Angebote in den Räumen des Treffpunkts veranstalten. Sport für Jugendliche wird in Kooperation mit einem Sportverein und den Streetworkern der Stadt Oldenburg durchgeführt.

Das städtische Gesundheitsamt bietet parallel zur wöchentlichen Krabbelgruppe für Kleinkinder von ein bis drei Jahren eine Mütterberatung mit dem Themenspektrum Kindergesundheit, gesunde Ernährung, Erziehung und vieles mehr an und kooperiert darüber hinaus mit verschiedenen Frauengruppen. Sprachkurse werden genutzt, um Gesundheitsinformationen in verschiedene Sprachen zu übersetzen.

Die Räumlichkeiten werden außerdem von vielen verschiedenen Institutionen und Initiativen genutzt, um zielgruppenspezifische, stadtteilbezogene Angebote zu verwirklichen. Dazu gehören u. a. die „Babysitterkartei“, die Oldenburger Tafel e.V., die Sozialberatung Tacheles e.V. oder der Diakonieladen mit kostenfreiem Angebot an Spielzeug, Kleidung und Hausrat etc.

Eine wichtige Rolle spielen LOS-Projekte. Grundlage dieser Angebote und ihrer Mikroprojekte ist der lokale Aktionsplan. Er ist ein Instrument der Intensivierung und Verstärkung von lokalen Netzwerken und beinhaltet eine Situationslage des Fördergebiets, die Aufstellung von Entwicklungszielen und ein darauf abgestelltes Handlungskonzept. Der Aktionsplan ist auf bestimmte Zielgruppen im Stadtteil Hainholz ausgerichtet.

In LOS-Projekten werden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebildet und für gesundheitliche Themen sensibilisiert. Unter die LOS-Projekte fallen Qualifizierungen mit direktem Bezug zu Gesundheitsthemen, aber auch Abfall- und Computerlotsen, Bewerbungstraining etc., die in Kooperation mit anderen Institutionen oder Honorarkräften durchgeführt werden. Das Projekt „Mietergärten“ zielt ebenso wie ähnliche Angebote direkt auf das nahe Wohnumfeld. Andere regelmäßige Angebote wie das internationale Essen für Frauen werden mittlerweile in Eigeninitiative der Frauen unterschiedlicher Nationalitäten durchgeführt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Zur Gestaltung des Angebots wurden Wünsche und Bedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils durch aktivierende Befragungen erhoben. Begünstigt durch diese Vorgehensweise und mit Hilfe unterschiedlicher Kooperationspartner macht der Treffpunkt Gemeinwesenarbeit mittlerweile sehr differenzierte Angebote. Ein gutes Beispiel ist die Mütterberatung des Gesundheitsamtes, die parallel zur Krabbelgruppe stattfindet. Die zuständige Ärztin nimmt von Zeit zu Zeit auch am Frauenfrühstück teil und tritt informell auf. Weitere Frauentreffs werden von den Teilnehmerinnen eigenständig organisiert: zum Beispiel Treffen für junge Mütter, Frühstück für Frauen, Nähkurse für Frauen und Seniorinnentreffs. In einigen Kursen (z. B. Nähkurs) existiert bereits eine sehr gute gemischte Zusammensetzung von Frauen deutscher und ausländischer Herkunft, niedrigerer und höherer Soziallagen etc. Die Angebote wirken als „Türöffner“ zum Gemeinwesen, das heißt, Frauen verabreden sich zum Essen und gemeinsamen Kochen und kommen unver-

bindlich ins Gespräch. In diesem Rahmen lernen sie die Strukturen des Stadtteils kennen und wie sie sich dort zurechtfinden. Sie können untereinander leichter Probleme besprechen, Lösungsstrategien entwickeln und auch mit geringeren Barrieren das Gespräch beispielsweise mit einem Arzt oder einer Ärztin suchen. Ebenfalls als „Türöffner“ sind Sprachkurse, Gesprächskreise und spezielle Kurse zur Alphabetisierung anzusehen. Durch die finanzielle Unterstützung von „Arbeit und Leben“ können Sprachkurse kostenlos angeboten werden. In den Kursen werden häufig auch mehrsprachige Materialien und Informationen des Treffpunkts erarbeitet bzw. in leicht verständliche Übersetzungen gebracht (z. B. Gesundheitstipps). Die Kurse werden außerordentlich stark nachgefragt, was einerseits auf die Unentgeltlichkeit, aber auch auf die Lage im vertrauten Umfeld zurückzuführen ist.

Um die Menschen im benachteiligten Stadtteil verstärkt zu erreichen, führt die evangelische Familienbildungsstätte ihre Angebote ebenfalls in den Räumen des Treffpunkts durch, dessen Besucherinnen und Besucher gezielt auf diese Veranstaltungen angesprochen werden. Eine Kinderbetreuung bei allen Kursen soll die Teilnahme zusätzlich erleichtern.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Im Rahmen des Treffpunkts werden auch besondere Angebote mit gesundheitsfördernden Schwerpunkten durchgeführt. Diese so genannten Mikroprojekte sind zeitlich begrenzt, haben eine klare Programmstruktur und werden durch Mittel der Arbeitsverwaltung oder durch LOS-Mittel<sup>16</sup> finanziert. Das Mikroprojekt QUASI (Qualifizierungsmaßnahmen für junge Mütter) fand 2004/2005 im Auftrag des Arbeitsamtes/Sozialamtes sowie in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg statt und beinhaltete verschiedene Module zur Gesundheitsförderung aus den Bereichen Bewegung, Erziehung, Kindergesundheit, Alltagskompetenzen und Netzwerkbildung innerhalb des Stadtteils.

Ein Mikroprojekt zum Thema Männergesundheit wurde in den lokalen Aktionsplan aufgenommen und wird aus LOS-Mitteln finanziert. Männer sind bisher im Treffpunkt Gemeinwesenarbeit wie auch in vielen anderen Institutionen (z. B. Familienbildungsstätten) kaum vertreten und sollen mit

---

<sup>16</sup> Lokales Kapital für soziale Zwecke (LOS).

dem geplanten Projekt angesprochen werden. Es findet in Zusammenarbeit mit dem Oldenburger Gesundheitsamt statt und beinhaltet neben Modulen zur Bewegungsförderung und Ernährung die Vermittlung von Haushalts- und Alltagskompetenzen. Außerdem soll am geplanten neuen Standort des Treffpunkts Gemeinwesenarbeit eine Fahrradschule mit Fahrradwerkstatt errichtet werden. Dieses Angebot richtet sich insbesondere an Migrantinnen und Migranten, die sehr häufig nicht Fahrrad fahren können und dadurch in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Der Bewohnerverein „Wir für uns“ e.V., der sich aus der Gemeinwesenarbeit zu deren Unterstützung gegründet hat, bietet am Schulzentrum Eversten ein gesundes Frühstück an. Hier ist auch der Bürgerservice (eine Tauschbörse) angesiedelt.

Besonders die LOS-Projekte zielen auf die Aktivierung der Menschen im Stadtteil. Die Gewinnung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgt in der Regel über persönliche Ansprache und über Mund-zu-Mund-Propaganda. Nach Möglichkeit sollen die Aktivitäten nach Abschluss der LOS-Förderung weiter bestehen; es wird in der Projektlaufzeit gezielt nach entsprechenden Möglichkeiten gesucht.

### **Kontakt**

Cordula Breitenfeldt  
Stadt Oldenburg, Jugendamt – Treffpunkt Gemeinwesenarbeit  
Bloherfelder Straße 173  
26129 Oldenburg  
Bundesland: Niedersachsen  
Telefon: 0441-5601165  
Telefax: 0441-4087605  
E-Mail: [kennedyviertel@stadt-oldenburg.de](mailto:kennedyviertel@stadt-oldenburg.de)  
Website: [www.oldenburg.de](http://www.oldenburg.de)

## **BEAM – Berufliche Eingliederungs- und ArbeitsMaßnahme**

### **Gute Praxisbereiche:**

Empowerment – Dokumentation und Evaluation – Settingansatz

### **Abstract**

Psychische Probleme und/oder Suchterkrankungen sind Barrieren, die zu Arbeitsplatzverlust führen können bzw. der Vermittlung in den Arbeitsmarkt entgegenstehen. Erkrankungen können also sowohl Ursache als auch Auswirkung der Arbeitslosigkeit sein, die vielfach mit weiteren Faktoren wie beispielsweise Verschuldung, Wohnungslosigkeit und gesundheitsriskanten Verhaltensweisen korreliert. Das Modellprojekt BEAM (Berufliche Eingliederungs- und ArbeitsMaßnahme) richtet sich an Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher, die Abhängigkeitserkrankungen und psychische Probleme aufweisen. Ziel des Projekts ist es, sie durch eine Verknüpfung von beruflicher Qualifizierung und gesundheitlicher Stabilisierung wieder an Arbeit heranzuführen. In einem Zeitraum von einem halben Jahr innerhalb des insgesamt zwei Jahre laufenden Modellprojekts BEAM durchlaufen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein Gesundheitsmodul mit verschiedensten Themengebieten wie beispielsweise Selbst- und Zeitmanagement, Alltags- und Stressbewältigung sowie gesunde Ernährung. Ein Evaluationsbericht belegt die positiven Effekte der Maßnahme auf gesundheitsbezogene Einstellungen sowie gesundheitsbezogenes Verhalten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

### **Hintergrund**

Die psychologische Arbeitslosenforschung hat nachgewiesen, dass der Verlust des Arbeitsplatzes und die Erfahrung länger dauernder Arbeitslosigkeit auf unterschiedlichen Ebenen zu einer Viktimisierung (Einstellung, ein Opfer zu sein) der Betroffenen mit daraus resultierenden erheblichen psychosozialen Belastungen führen kann. Insbesondere bei Menschen, die bereits Vorerkrankungen aufweisen, werden psychische und physische Probleme durch die Arbeitslosigkeit verstärkt.

Auf der anderen Seite ist die Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten bei vielen Sozialhilfebezieherinnen und -bezieherern aufgrund ihrer Lebenssituation oft gering. Das führt häufig zusätzlich zu problematischem Gesundheitsverhalten. Zudem ist oft auch das Bewusstsein für den Zusammenhang von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit wenig ausgeprägt. Fehlendes Wissen und unzureichendes Selbstvertrauen erschweren daher die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise.

Diese Erfahrungen machte auch das Haus Theresia, eine Aus- und Weiterbildungseinrichtung der Theresia-Albers-Stiftung, im Rahmen einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme für Menschen in „Multiproblemlagen“. In der täglichen Morgenrunde wurden neben der Thematisierung des aktuellen Gesundheitszustands auch Fragen nach dem generellen gesundheitlichen Befinden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gestellt. Die Antworten fielen mit „überhaupt nicht gut“ bis hin zu „ausgesprochen schlecht“ oftmals negativ aus und bestätigten zudem die hohe Anzahl an Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Um diese Situation zu verbessern, wurde ein Konzept erarbeitet, nach dem die gesundheitlichen Belange in der bestehenden beruflichen Qualifizierungsmaßnahme verstärkt thematisiert werden können. Mit Unterstützung des BKK Bundesverbandes konnten in einem Modellprojekt, das von 2003 bis 2004 durchgeführt wurde, Bedingungen geschaffen werden, die den Zugang zu Gesundheitsangeboten erleichterten und die Gesundheitskompetenz der Zielgruppe durch einen ressourcenorientierten Ansatz erhöhten. BEAM war dabei eines von fünf Modellprojekten innerhalb des Arbeitsmarktprojekts „DevelopmENt“ des Ennepe-Ruhr-Kreises.

## Vorgehen

Die Zielgruppe nahm bestehende Angebote beruflicher Qualifizierung wahr und konnte während der Qualifizierungszeit freiwillig an einem Gesundheitsmodul mit verschiedenen Themenschwerpunkten teilnehmen. Die Teilnahme an dem Gesundheitsmodul war freiwillig. Sofern eine Anmeldung erfolgte, sollten jedoch alle Themenschwerpunkte wahrgenommen oder zumindest „ausprobiert“ werden. Die zeitliche Beschränkung des Angebots auf ein halbes Jahr wurde gewählt, damit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Zusammenhänge der verschiedenen Gesundheitsangebote erkennbar blieben. Zudem wurde insgesamt auf eine Mischung aus Theorie- und Praxis-

einheiten geachtet, um Über- und Unterforderung sowie Langeweile zu vermeiden. Die einzelnen Elemente waren sowohl didaktisch-methodisch auf die Zielgruppe zugeschnitten als auch so gewählt, dass bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern keine Stigmatisierung auftreten oder der Eindruck entstehen sollte, dass „Therapie“ unter dem Deckmantel der Gesundheitsförderung stattfindet.

Die Inhalte wurden durch externe wie interne Referentinnen und Referenten vermittelt und waren so erarbeitet, dass während des laufenden Themenschwerpunktes direkt auf neu auftretende Schwierigkeiten reagiert werden konnte. In Ergänzung zu den Gesundheitsangeboten bestand fortlaufend die Möglichkeit der Beratung durch eine Pädagogin, die während der Projektlaufzeit Ansprechpartnerin sowohl für die Teilnehmenden als auch für die Referentinnen und Referenten war.

Das Gesundheitsmodul setzte sich konkret aus den folgenden Elementen zusammen, die zeitlich versetzt aufeinander aufbauten:

#### *Beratungsmodule*

Um den individuellen Problemlagen gerecht werden zu können, konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einmal im Monat (sowie nach Bedarf) eine Sprechstunde in Anspruch nehmen. Dort bestand Gelegenheit, sehr persönliche Themen zu erörtern und ggf. weiterführende Hilfsangebote zu unterbreiten. Diese Gespräche konnten wahlweise bei der zuständigen Pädagogin als auch bei einer Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes, die u. a. für BEAM beratend tätig war, erfolgen.

#### *Selbst- und Zeitmanagement, Alltagsbewältigung*

Im Mittelpunkt dieses zentralen Elementes standen die Themenkomplexe

- Selbstwahrnehmung/Fremdwahrnehmung,
- Kommunikation,
- persönliche Lebenssituation und positive Bewältigungskompetenzen,
- Zeitmanagement: Strukturierung des Tagesablaufs, Zeiteinteilung und Flexibilität; Zieldefinition und kleinschrittiges Erreichen von Zielen.

#### *Fitness bzw. Module zur Schaffung von Körpergefühl*

Durch die Kooperation mit einem Fitness-Studio konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter der Anleitung von Fachkräften ihre Ausdauer trainieren und an den entsprechenden Geräten Übungen zur Verbesserung von Kraft, Beweglichkeit und Kondition durchführen.



### *Stressbewältigung*

Anhand der zwei sehr unterschiedlichen Entspannungstechniken Tai-Chi-Chuan und der „Progressiven Muskelentspannung“ wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Möglichkeiten der aktiven Stressbewältigung vertraut gemacht.

### *Ernährung*

Beim Element Ernährung wurde großer Wert darauf gelegt, deutlich zu machen, dass gesunde und ausgewogene Ernährung nicht teuer sein muss. Neben der theoretischen Wissensvermittlung wurden durch die gemeinsame Zubereitung von Mahlzeiten auch praktische Erfahrungen gesammelt.

### *Wellnessmodule*

Die einzelnen Gesundheitsthemen wurden in Wellnessmodulen aufgegriffen und sollten sich auf angenehme Art und Weise widerspiegeln. Hier bestand zum einen die Möglichkeit, sich in Ergänzung zu den anderen Entspannungsmodulen im hauseigenen Snoezelen-Raum zu entspannen oder durch die Teilnahme an einem Kurs „Aqua gym“ Sport bei geringer Muskelbelastung zu treiben.

## **▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“**

Bei einer Auftaktveranstaltung wurden die einzelnen Elemente des Gesundheitsmoduls gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zusammengestellt. Seitens der pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden bei diesem Treffen auch Themen wie „Selbstmanagement“ vorgeschlagen, da aufgrund der Erfahrungen mit der Zielgruppe solche Bereiche häufig nicht unter dem Begriff „Gesundheit“ subsumiert werden. Die einzelnen Gesundheitselemente wurden somit am Anfang gemeinsam bestimmt, indem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei der inhaltlichen Planung des Projekts einbezogen wurden. Auf diese Art und Weise konnte sowohl die Teilnahmemotivation erhöht als auch die Nachhaltigkeit der durchlaufenen Gesundheitsbereiche gewährleistet werden. Durch die Anbindung des Gesundheitsmoduls an ein bestehendes Qualifizierungsangebot war die Gewinnung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewährt. Durch das Zusammenwirken verschiedenster Gesundheitsthemen wurde ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis vermittelt, das neben den klassischen Aspekten auch psychosoziale Komponenten berücksichtigt. Dieser Lebensweltbezug war zudem ein entscheidender Faktor für eine kontinuierliche Wahrnehmung der

Gesundheitsangebote. Zudem wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer motiviert, auch im Anschluss an das Projekt eigeninitiativ weiterführende Angebote der Gesundheitsförderung zu besuchen. Dazu erfolgte eine gezielte Internetrecherche, insbesondere zu Angeboten der Krankenkassen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

Es wurde sowohl eine begleitende Projektdokumentation als auch eine Evaluation durchgeführt. Die Dokumentation beinhaltete

- die kontinuierliche Erfassung der vermittelten Themen,
- die Erfassung der didaktisch-methodischen Vorgehensweise,
- die Erfassung von aufgetretenen Problemen,
- das Einarbeiten von Projektmodifikationen,
- den ergänzenden Austausch mit Expertinnen und Experten,
- die Erfassung der Zufriedenheit von Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

In einer externen Prä-/Postbefragung wurde zudem mithilfe eines Fragebogens das Gesundheitsbefinden und -empfinden evaluiert.

Aus dem Evaluationsbericht geht hervor, dass aus Sicht des teilnehmenden Personenkreises das Gesundheitsangebot insgesamt sehr positiv bewertet wurde. Zudem zeigten sich deutlich positive Veränderungen bezüglich des Verständnisses von Gesundheit, der Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem Thema selbst, aber auch mit der eigenen Person und dem eigenen Körper.

Auch in Bezug auf das Gesundheitsverhalten ließen sich positive Effekte feststellen. Im Verlauf des Gesundheitsmoduls kam es bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu positiven gesundheitsrelevanten Verhaltensänderungen.

Schwierigkeiten zeigten sich jedoch im Hinblick auf die Kontinuität der Teilnahme, die aufgrund von Abbrüchen der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme auftraten. Dies ist zum einen auf eine Veränderung der beruflichen Situation zurückzuführen, zum anderen kam es aber auch zu „therapiebedingten“ Abbrüchen. Für zukünftige Maßnahmen sind daher die Zusammensetzung des Kreises der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie ggf. Nachrückverfahren sorgfältig zu bedenken.

## ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Zahlreiche Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Arbeitslose haben gezeigt, dass die Zielgruppe schwer zu erreichen ist. Während Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Regel sehr gut über das betriebliche Setting eingebunden werden können, fehlt bei Arbeitslosen ein klassischer Zugangsweg. Aus- und Weiterbildungseinrichtungen bilden hier eine Ausnahme, da bei diesen Institutionen die notwendigen strukturellen Verhältnisse gegeben sind.

Die Theresia-Albers-Stiftung hat durch eine Verknüpfung von beruflicher Qualifizierung, psychosozialer Beratung und gesundheitlicher Stabilisierung psychisch Kranken und/oder Suchtkranken die Möglichkeit eröffnet, alltagsnah Gesundheit zu erleben. Durch das Zusammenwirken verschiedener Themen wurde ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis vermittelt. Insgesamt wurden neben den Interventionen auf der Verhaltensebene auch die Verhältnisse berücksichtigt. Die Umsetzungsbedingungen der Maßnahme wurden unterstützt durch die „Umgebungsbedingungen“ im Haus Theresia. So war die gesundheitsfördernde Atmosphäre durch Räumlichkeiten wie Schwimmbad und Sporthalle, aber auch durch ein großes Außengelände mit Wiesen, Wald und Bachlauf eine notwendige Voraussetzung für das Gelingen. Hilfreich war zudem, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer während der Arbeits- und Qualifizierungszeit die verschiedenen Gesundheitsangebote wahrnehmen konnten.

Dass zunächst nicht am Projekt Beteiligte Interesse an BEAM zeigten (aufgrund beobachteter Veränderungen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern), macht deutlich, dass dieser verknüpfende Ansatz gewinnbringend ist.

### **Kontakt**

Ulrike Kopf  
Theresia-Albers-Stiftung/Haus Theresia  
in Kooperation mit dem BKK Bundesverband  
Hackstückstr. 37  
45527 Hattingen  
Bundesland: Nordrhein-Westfalen  
Telefon: 02324-5988-50  
Telefax: 02324-5988-22  
E-Mail: [ulrike.kopf@t-a-s.net](mailto:ulrike.kopf@t-a-s.net)  
Website: <http://www.wir-sind-fuer-sie-da.de>

## **„Gesundheitsförderung für MigrantInnen“ – Ein Projekt der pro-familia-Beratungsstelle in Bonn**

### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Empowerment – Multiplikatorenkonzept

### **Abstract**

Angesichts der großen Zahl von Migrantinnen und Migranten in Deutschland müssen Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verwirklichung gleicher Gesundheitschancen auch spezifische Lösungen für diese Bevölkerungsgruppe enthalten.

Die bisherigen Erfahrungen der pro-familia-Beratungsstelle in Bonn zeigen, dass Frauen und junge Mädchen mit Migrationshintergrund im präventiven Angebotsbereich, der u. a. Sexualpädagogik, Familienplanung und Verhütungsberatung umfasst, wenig Zugang finden. In der Schwangerschaftskonfliktberatung sind sie jedoch im Vergleich zu ihrem Anteil in der Bevölkerung überproportional vertreten. Vor diesem Hintergrund wurde ein Projekt entwickelt, dessen übergeordnetes Ziel darin besteht, sowohl das Wissen als auch das selbstbestimmte Handeln im Bereich der sexuellen Gesundheit zu fördern. Dazu gehören auch die Prävention ungewollter Schwangerschaften und sexuell übertragbarer Infektionen sowie die Förderung einer positiv und selbstbestimmt gelebten Sexualität. Um auch jene zu erreichen, die bisher nicht von den Hilfsangeboten profitieren, bedarf es einer aufsuchenden Arbeit sowie einer engen Kooperation mit anderen Einrichtungen im Bereich der interkulturellen Arbeit.

Aus der Arbeit der letzten Jahre wurde deutlich, dass Bedarf und Interesse der Zielgruppen an den Angeboten des Projekts sehr groß sind. Nicht zuletzt durch die kontinuierliche Begleitung durch die Projektleitung ist es gelungen, dass Migrantenselbstorganisationen initiativ werden und bei pro familia Veranstaltungen nachfragen, sodass diese dann in den jeweiligen Räumlichkeiten vor Ort stattfinden.

## Hintergrund

In den letzten Jahrzehnten nahm das Ausmaß der Migrationsbewegungen weltweit zu, und auch in Deutschland verfügt heute schon jeder siebte Einwohner über einen Migrationshintergrund. Hierzu zählen zum einen Zuwanderer und Flüchtlinge, aber auch deren Kinder und Enkelkinder, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind. Eine moderne Integrationspolitik zielt darauf ab, Migrantinnen und Migranten eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Dies betrifft auch den Zugang zum Gesundheitssektor. Migrantinnen und Migranten in Deutschland bilden eine sehr heterogene Gruppe, jedoch ist vielen Migrationsbiografien gemein, dass sie Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang psychische Belastungen aufgrund der Trennung von Familienangehörigen, aber auch die vielfach noch existierende Ausgrenzung von Migrantinnen und Migranten und die mit der Wanderung verbundenen notwendigen Anpassungsleistungen an eine fremde Umgebung. Häufig hat auch die soziale Situation negativen Einfluss auf die Gesundheit. Die Arbeitslosenquote von Migrantinnen und Migranten ist doppelt so hoch wie bei der deutschen Bevölkerung und auch das Armutsrisiko liegt höher. Drei Viertel der Migrantenkinder gehören unteren sozialen Schichten an. Damit einher gehen geringere Bildungs- und Gesundheitschancen und mangelnde soziale Integration.<sup>17</sup>

Sprachbarrieren und unzureichende Kenntnisse über Funktionsweise und Angebote des deutschen Gesundheitswesens erschweren vielen Migrantinnen und Migranten den Zugang zu psychosozialen Einrichtungen. Aus den Statistiken der pro familia Bonn geht hervor, dass gerade die präventiv angelegten Angebote von dieser Zielgruppe wenig genutzt werden. Die Anzahl der ausländischen Frauen, die im Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung zu pro familia kommen, liegt im Verhältnis zu ihrem Bevölkerungsanteil dagegen deutlich höher.

## Vorgehen

Ausgehend von der oben dargestellten Situation engagiert sich die pro familia Bonn seit März 2000 in der Gesundheitsförderung für Migranten und Migran-

---

<sup>17</sup> Mehr Gesundheit für alle. Gesundheitsförderung für Migranten, Dossier des BKK Bundesverbandes. Textversion einsehbar unter <http://www.bkk.de/bkk/content/show.php3?id=1000000371&nodeid=747>.

tinnen. In einem Projekt, das sich überwiegend an Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund richtet, die wenig Zugang zu den Regeldiensten haben, wird das Ziel verfolgt, die Frauen über Angebote im psychosozialen und gesundheitlichen Bereich zu informieren und ihr Maß an selbstbestimmtem Handeln zu erhöhen. Dies geschieht im Wesentlichen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Auf der Basis des im Projekt neu erworbenen Wissens sollen die Frauen selbstbestimmte Entscheidungen darüber treffen können, welche Angebote sie nutzen möchten, aber auch, wie sie ihre sexuellen und partnerschaftlichen Beziehungen gestalten wollen. Informationen und die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten bilden dementsprechend zentrale Projektschwerpunkte.

Das Projekt richtet sich an alle Nationalitäten und Kulturen. Erreicht werden insbesondere Frauen arabischer Herkunft, die in Bonn die größte Gruppe der Migrantinnen bilden. Unter den Nutzerinnen finden sich außerdem viele türkischstämmige Menschen und Spätaussiedlerinnen.

Das Projekt umfasst verschiedene Aufgabenfelder:

- Gruppenangebote, die in erster Linie in den Räumlichkeiten der Kontaktorganisationen stattfinden wie zum Beispiel bei Sprachkursträgern bzw. -trägerinnen und Stadtteilbüros, die jedoch auch in der Beratungsstelle der pro familia Bonn möglich sind,



- Multiplikatorenschulungen zum Themengebiet „Sexuelle Gesundheit und Migration“ mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Organisationen aus den Bereichen Gesundheitserziehung und Migration,
- Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung für das Thema und zur Erhöhung des Bekanntheitsgrads des Projekts,
- Initiierung und Fortführung eines Prozesses der migrationssensiblen Öffnung der pro-familia-Beratungsstelle Bonn.

Bereits in der Anfangszeit des Projekts im Jahr 2000 stellten sich Veranstaltungen in Kursen für Deutsch als Fremdsprache als entscheidende Strategie zur Erreichung der Projektziele heraus. Ein entscheidender Schwerpunkt dieser Veranstaltungen liegt seitdem in der Vermittlung von Vokabeln, die relevant sind für die Gesundheit der Frau (und des Kindes): Sie reichen von Bezeichnungen zum weiblichen Körper über solche für Krankheitssymptome bis zu jenen für auf dem deutschen Markt erhältlichen Verhütungsmitteln. Ziel dieser Maßnahme ist es, den Frauen durch Sprachvermittlung Kommunikation in einem Bereich zu ermöglichen, der in Sprachkursen und -lehrbüchern üblicherweise nicht abgedeckt wird, und sie auf diese Weise zu befähigen, selbstständig für ihre Belange einzutreten. Die Erklärung der Vokabeln ist verbunden mit der Vermittlung von biologischem Basiswissen, das für das Verständnis ärztlicher Erläuterungen unerlässlich ist. Hinzu kommen weitere Themen und Präventionsbotschaften, die sich an den Interessen und Bedürfnissen der Frauen orientieren. Die Themenauswahl umfasst zum Beispiel:

- Kinderwunsch,
- in Deutschland erhältliche Verhütungsmittel,
- Schwangerschaftsabbruch,
- weibliche genitale Exzision („Beschneidung der Frau“),
- Angebotsstruktur des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens,
- (Sexual-)Erziehung der eigenen Kinder,
- sexuell übertragbare Krankheiten,
- kulturelle Unterschiede in den Umgangsformen mit Partnerschaft und Sexualität.

So gehört zu den Zielsetzungen der Veranstaltungen implizit auch die Prävention ungewollter Schwangerschaften, sexuell übertragbarer Infektionen und die Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind durch Empfehlungen zu Vorsorgeuntersuchungen und Untersuchungen durch eine Kinderärztin bzw. einen Kinderarzt.

Neben den Veranstaltungen im Rahmen der Deutschkurse finden ähnliche Angebote auch in anderen Kontexten wie Frauentreffs oder Kindergärten

statt. Darüber hinaus werden auch Veranstaltungen im Jugendbereich durchgeführt. In Kooperation mit verschiedenen Organisationen, u. a. der offenen Jugendarbeit, werden gezielt Jugendliche angesprochen, die aus kulturellen, sprachlichen oder formalen Gründen (z. B. späte Ankunft in Deutschland) durch die sexualpädagogischen Angebote während der Schulzeit wenig bzw. nicht erreicht werden. In kleinen Gruppen (je nach Bedarf auch kulturell homogen und/oder mit Beteiligung der Betreuungspersonen) wird gezielt auf die Fragen und Probleme der Jugendlichen eingegangen. Diese ergeben sich u. a. aus den oftmals widersprüchlichen Erwartungen der Familie und der deutschen Mehrheitsgesellschaft, denen die Sexualerziehung in der Schulklasse häufig nicht gerecht werden kann. Aufgrund fehlender Sexuaufklärung im Unterricht der Herkunftsländer und auch in den Familien haben die Jugendlichen außerdem zum Teil erhebliche Wissenslücken.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Wesentlich für den Projekterfolg ist eine niedrigschwellige Arbeitsweise. Das Projekt verfolgt eine aufsuchende Strategie. „Aufsuchend“ bedeutet in diesem Zusammenhang, die präventiven Angebote der pro familia zu den Migrantinnen „zu tragen“. Dies geschieht in Form von Veranstaltungen, die in den Alltagsstrukturen der Frauen und Mädchen stattfinden. Hierzu zählen zum Beispiel Veranstaltungen in Kursen für Deutsch als Fremdsprache, aber auch andere Veranstaltungsformen, die in den Räumlichkeiten von Migrantinnen-Selbstorganisationen oder sogar in ihren Wohnungen stattfinden. Diese Veranstaltungen sowie die Deutschkurse bieten den Vorteil, dass hier Frauen erreicht werden können, die bisher wenig in der deutschen Gesellschaft integriert sind bzw. wenig Zugangsmöglichkeiten zu den gesundheitsfördernden Angeboten sozialer Einrichtungen haben. Zudem sind die Sprachkurse oftmals so dauerhaft angelegt, dass die Frauen zum Teil mehrmals erreicht werden.

Auch inhaltlich versteht sich das Projekt insofern als niedrigschwellig, als dass Themen und Inhalte aufgenommen werden, die von den Migrantinnen geäußert werden und dementsprechend direkt ihre Lebenssituation betreffen.

Die Integration der Veranstaltung in Deutschkurse für ausländische Frauen und die über Jahre gewachsenen Kooperationsbeziehungen zu den Kursleiterinnen und Kooperationspartnern tragen maßgeblich zur Erreichung der Zielgruppe bei. Die kooperierenden Organisationen reichen vom Bildungswerk



für Friedensarbeit über die Bonner Internationalen Begegnungsstätten bis hin zum Migrantintentreff Gülistan und Mädchentreff Azade. Der Zugang zu dem Angebot wird außerdem erleichtert, indem für die Teilnehmerinnen weder Kosten noch aufwändige bürokratische Formalitäten anfallen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Wesentliches Projektziel ist die Erhöhung von Autonomie und Selbstbestimmung der Zielgruppe. Dies geschieht vor allem durch Wissensvermittlung. Erst durch Informationen über die Angebote im deutschen Gesundheitssystem und durch entsprechende Sprachkenntnisse werden die Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Handeln geschaffen. Beispielsweise sind in Deutschland gebräuchliche Verhütungsmittel und -methoden den Migrantinnen zum Teil unbekannt, ebenso wie die deutschen Vokabeln, um Themen wie Beziehung, Sexualität, Aids etc. und medizinische Fragestellungen mit den zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern psychosozialer und/oder medizinischer Einrichtungen besprechen zu können.

In den Veranstaltungen der pro familia erwerben die Frauen nicht nur die erforderlichen Kenntnisse, sondern werden darüber hinaus auch ermutigt, ihre Belange eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten. Dies geschieht in hohem Maße interaktiv anhand von Arbeitsblättern, Diskussionen und der Verknüpfung zu bereits erworbenen Inhalten und Fähigkeiten. Jeder Frau wird Gelegenheit gegeben, sich mit ihren Interessen und Fragen in dem für sie passenden Maß zu beteiligen. Dabei sind die multikulturellen Gruppen von großem Vorteil, da sie viel Austausch aus verschiedenen Perspektiven ermöglichen. So sind die Frauen – die zum Teil beklagen, keine Kontakte zu haben – es selber, die sich im Austausch neue Sicht- und Handlungsweisen in oft vergleichbaren Problemlagen vermitteln, zum Beispiel bei der Sexualerziehung ihrer Kinder „zwischen den Kulturen“.

Ein zentrales Anliegen innerhalb der Veranstaltungen ist darüber hinaus, beispielhaft eine positive Erfahrung mit der Organisation pro familia zu ermöglichen und so Hemmschwellen und früheren Erfahrungen der Diskriminierung in Kontakt mit Institutionen entgegenzuwirken. Zur Stärkung der persönlichen Handlungssicherheit der Frauen und Mädchen wird in den Veranstaltungen sehr viel Wert auf den Aufbau einer freundlichen Atmosphäre gelegt, in der Unterschiedlichkeit bewusst als positive Vielfalt hervorgehoben wird.

## ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Multiplikatorinnen werden in zweifacher Hinsicht in diesem Projekt ausgebildet. Zum einen können die Teilnehmerinnen der Veranstaltungen als Multiplikatorinnen verstanden werden. Die Erfahrung zeigt, dass die Migrantinnen das in dem Projekt erworbene Wissen in ihre Familien und ihr Lebensumfeld tragen. Zum anderen finden Schulungen von Multiplikatorinnen anderer Einrichtungen statt, da das Projekt der pro familia Bonn inzwischen als Beispiel einer erfolgreichen Ansprache von Migrantinnen zum Thema „Sexuelle Gesundheit“ gilt und es zu entsprechenden Anfragen kommt. Zu unterscheiden ist dabei zwischen Angeboten, die vor allem der Erweiterung von Handlungskompetenzen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Bereich der sexuellen Gesundheit in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten dienen, und solchen, die in erster Linie das Projekt mit seinen Zielen und Umsetzungsstrategien vorstellen. So finden beispielsweise Workshops für Sprachkurslehrkräfte, Beschäftigte der offenen Jugendarbeit oder aus dem Bereich der Sexualpädagogik statt. Dort wird interkulturelle Kompetenz und Handlungssicherheit bei dem im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen als schwierig empfundenen Thema „Sexualität“ vermittelt.

Darüber hinaus wird das Projekt in verschiedenen Zusammenhängen präsentiert, u. a. um zu prüfen, inwiefern Teile des Angebots sich auch in der jeweiligen Region und im Verbund der jeweiligen Organisationen umsetzen lassen. Unter anderem betrifft das auch die eigenen Strukturen der pro familia. Beim Beratungsstellenleitertreffen NRW wurde das Projekt präsentiert mit dem Ziel, einen Prozess der migrationssensiblen Öffnung der Beratungsstellen zu initiieren und nach Möglichkeit ähnliche Angebote einzuführen.

### **Kontakt**

Stéphanie Berrut  
pro-familia-Beratungsstelle Bonn  
Poppelsdorfer Allee 15  
53115 Bonn  
Bundesland: Nordrhein-Westfalen  
Telefon: 0228-2422243  
Telefax: 0228-2422245  
E-Mail: [bonn@profamilia-nrw.de](mailto:bonn@profamilia-nrw.de)  
Website: <http://www.profamilia.de/outputdb/32Bonn/32/511>

# „Steps“ – Optimierung früher Hilfen für junge Familien mit besonderen Belastungen

## Gute Praxisbereiche:

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Multiplikatorenkonzept – Niedrigschwellige Arbeitsweise

## Abstract

Die steigenden Zahlen früher Schwangerschaften, die Zunahme unterversorgter Säuglinge und Kleinkinder sowie die Problematik suchtkranker Eltern sind ein landesweites Problem und haben auch in Herford dazu geführt, sich dieser Situation mit spezifischen Projekten zu stellen. Die Stadt und der Kreis Herford haben deshalb ein Netzwerk ins Leben gerufen, in dem junge Familien aufgefangen werden, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind. In Kooperation mit den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Geburtshelfern, Kliniken, Kinderärztinnen bzw. -ärzten und allen Jugendämtern im Kreis Herford werden die verschiedenen Hilfen während der gesamten Zeitspanne von der Schwangerschaft bis zum Kleinkindalter optimiert.

Das Projekt „Steps“ setzt sich aus sieben Teilprojekten zusammen und zielt darauf ab, die Selbstsicherheit, Eigenverantwortung und Handlungskompetenz von jungen (werdenden) Müttern sowie Müttern in sozialen Problemlagen zu stärken. Nachdem im August 2001 zunächst Step 7 „Früh übt sich“ in einem Herforder Grundschulbezirk in die Praxis umgesetzt wurde, zeigte sich, dass Hilfsangebote für Eltern möglichst noch früher einsetzen sollten. Nach entsprechenden konzeptionellen Vorbereitungen und Recherchen wurden daraufhin 2004 die anderen Steps entwickelt und in die Angebotslandschaft integriert.

## Hintergrund

Bundesweit, aber auch in der Stadt und im Kreis Herford, ist die Zahl der Kinder, die in problematischen Lebensverhältnissen aufwachsen, steigend. Die

Zahl der frühen Schwangerschaften nimmt nicht nur im Kreis Herford seit 1996 kontinuierlich zu. Im Jahr 2002 wurden in Deutschland 7595 Kinder von Mädchen und jungen Frauen in der Altersgruppe zwischen zehn und 17 Jahren geboren. In der Stadt und im Kreis Herford waren es im Vergleichsjahr 78 Kinder, die von Frauen unter 18 Jahren geboren wurden.

Mit der Geburt des Kindes beginnt eine ganz neue Lebensphase, mit der viele Herausforderungen verbunden sind. Dieser Situation sind die jungen Eltern nicht immer gleich gewachsen, sodass die Gefahr der Überforderung besteht. Um negative soziale und gesundheitliche Folgen sowohl für Eltern als auch für Kinder zu reduzieren, sind professionelle Unterstützungsangebote notwendig.

„Steps“ bietet durch Vernetzung vielfältiger Träger inhaltlich und kontinuierlich ein Gerüst, das jungen Familien diese Unterstützung bietet. Erarbeitet wurde „Steps“ von der Präventionsstelle der Stadt Herford und der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz des Kreises in Kooperation mit dem städtischen Arbeitskreis Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Einen wichtigen Anteil der Finanzierung übernehmen die Stadt und der Kreis Herford, dennoch ist eine zusätzliche Finanzierung weiterer Geldgeber notwendig, um das Projekt in der dargestellten Form durchführen zu können. Weitere Förderer sind in diesem Zusammenhang die Firma Humana in Herford, die IKK Westfalen, Marktkauf Herford, die KV WL mit der Bezirksstelle Minden/Herford sowie der Landschaftsverband WL mit dem Landesjugendamt.

## Vorgehen

Ausgehend von der oben dargestellten Situation wurde in Herford zunächst die bestehende Angebotslandschaft näher beleuchtet, indem existierende Hilfen der medizinischen und pädagogisch-therapeutischen Systeme zusammengestellt wurden. Da vielfach die Erfahrung gemacht wurde, dass die Inanspruchnahme von zur Verfügung stehenden Hilfen häufig von Risikofamilien nicht erfolgt, wurde die Analyse insbesondere auf diesen Aspekt ausgerichtet.

Dabei wurde deutlich, dass es trotz aller Professionalisierung nur unzureichend gelingt, bestimmte Frauen und ihre Kinder frühzeitig zu erreichen. Darüber hinaus werden im segmentierten Gesundheits- und Sozialsystem gerade die Familien schlecht erreicht, bei denen die gesundheitlichen Gefährdungen

besonders hoch sind. Aus diesem Grund richtet sich das beschriebene Projekt insbesondere an folgende Zielgruppen:

- junge Schwangere,
- schwangere Frauen (insbesondere solche, die bereits mehrere Kinder geboren haben) aus Familien mit sozialen Schwierigkeiten,
- schwangere Frauen und junge Mütter, die in gewalttätigen Milieus oder mit gewalttätigen Männern leben,
- ausländische schwangere Frauen mit sozialen Belastungen und mit Hemmschwellen zum deutschen Gesundheitswesen,
- psychisch labile oder kranke Frauen,
- alkohol- und/oder drogenabhängige schwangere Frauen.

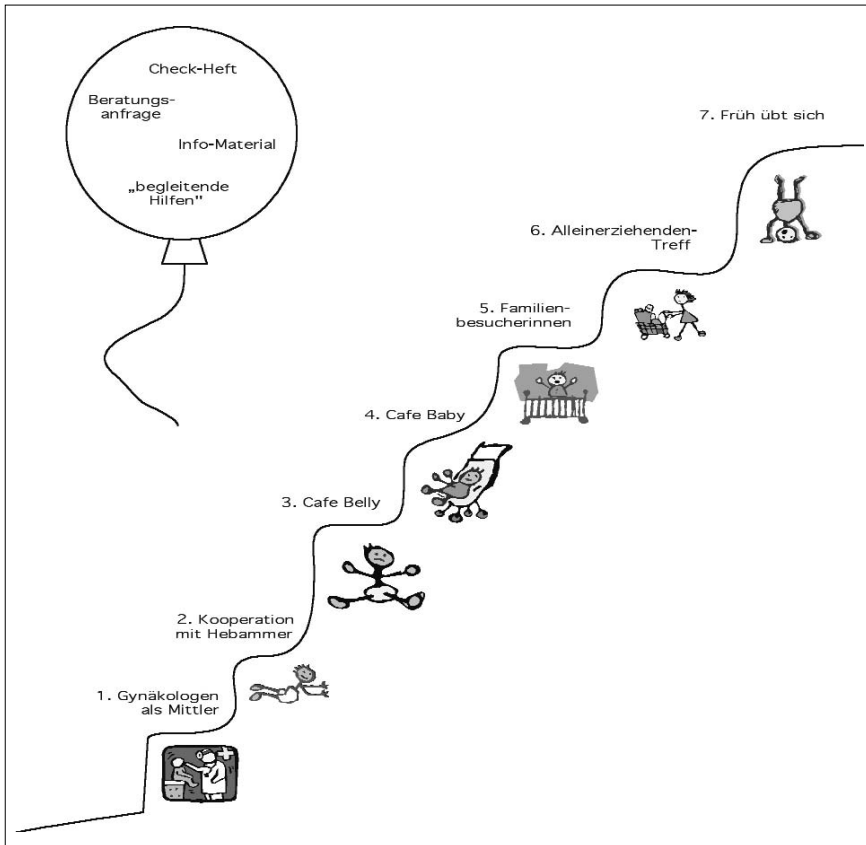


Abb. 2: Die sieben Förderangebote von „Steps“

Weiterhin ergaben sich aus der Analyse drei Bereiche, in denen Verbesserungen als notwendig angesehen werden und auch erfolgen können, wenn die bestehenden Netzwerke und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren systematischer miteinander arbeiten. Diese Bereiche sind im Einzelnen:

- früheres Erkennen von Familien mit Hilfebedarf,
- vermittelter zeitnaher Zugang zu bestehenden und neu zu entwickelnden Hilfen,
- Stärkung von Interesse, Kompetenzen und Verantwortung bei den Familien.

Das angestrebte Zusammenwirken von Netzwerkpartnern zur Begleitung während der Schwangerschaft und bei Hilfen nach der Geburt wird in der Beschreibung der einzelnen Projektbausteine dargestellt. Wie aus der Grafik auf Seite 195 deutlich wird, setzt das Projekt in einem ersten Schritt bei den Gynäkologinnen und Gynäkologen an, reicht weiter über die Hebammen, Geburtshelfer, Kliniken und Kinderärztinnen bzw. -ärzte bis hin zu den präventiven Angeboten der Jugendhilfe, der freien Träger und Trägerinnen sowie der Selbsthilfe im siebten Schritt. Dementsprechend werden bei den einzelnen Projektbausteinen noch einmal Zielgruppen definiert und spezifische Zugangswege gewählt.

### **„Step“ 1: Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte als frühe Mittler**

*Zielgruppe:* Schwangere junge Frauen, werdende Mütter in Problemlagen

Oftmals ist jungen (werdenden) Müttern das gesamte Leistungsangebot von Hebammen nur wenig bekannt. Zudem ist zu vermuten, dass Frauen, die dringend diese Beratung und Begleitung bräuchten, eher selten von diesem Angebot Gebrauch machen. Hebammen vor Ort bestätigen diese Vermutung.

Aus diesem Grund befasst sich das Projekt „Steps“ im ersten Schritt mit der möglichst frühzeitigen Erreichbarkeit von jungen werdenden Müttern und wendet sich an Gynäkologinnen und Gynäkologen und Hebammen, um sie als Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren und Partner im Engagement für diese Zielgruppe zu gewinnen. Durch die wiederholte persönliche Ansprache und Ermutigung, Weitergabe von schriftlichen Materialien bis hin zur qualifizierten Vermittlung sollen diese Frauen für die Inanspruchnahme der Hebammenhilfen nach dem SGB V gewonnen werden.

Um sowohl Multiplikatorinnen als auch werdende Mütter zu erreichen, wurden Informationsbausteine entwickelt. Die gezielte Weitergabe erfolgt über:

- Anschreiben,
- regionale Facharzttreffen (z. B. Qualitätszirkel),
- die zuständige Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer in Minden,
- Hebammenveranstaltungen im Kreis Herford,
- Arzthelferinnenqualifizierung,
- speziell erstellte Flyer, Listen und Broschüren.

### **„Step“ 2: Kooperation mit Klinik-Hebammen**

*Zielgruppe:* Mütter in besonderen Problemlagen, insbesondere erstgebärende junge Frauen, die im Krankenhaus entbinden und dort von den Hebammen versorgt werden.

Erfahrungen zeigen, dass eine zeitnahe Intervention hilfreich ist bei Ängsten der Mütter vor Überforderung, aber auch bei begründeter Sorge seitens der Hebammen hinsichtlich mangelnder Versorgung des Neugeborenen. Sofern die in der Klinik tätige oder niedergelassene Hebamme zu der Einschätzung kommt, dass eine Unterstützung der Mutter und des Kindes erforderlich ist, wird das durch die Geburtsvorbereitung und den Geburtsvorgang entstandene Vertrauensverhältnis zwischen Hebammen und Müttern genutzt, um weitergehende Begleitungs- und Betreuungsmaßnahmen vorzubereiten und über die verschiedenen Möglichkeiten im Projekt „Steps“ zu informieren. Gegebenenfalls füllt die Hebamme gemeinsam mit der Mutter eine „Beratungsanfrage“ an das Jugendamt aus. In diesem Kontext werden die Mütter ermutigt, Hilfen des medizinischen Systems und der Jugendhilfe entsprechend der Lebenssituation in Anspruch zu nehmen.

### **„Step“ 3: Café Belly**

*Zielgruppe:* Junge Mütter und Väter mit ihren Kindern, die ein herkömmliches Kursangebot zur Säuglingspflege, eine Stillgruppe oder einen Babytreff nicht in Anspruch nehmen.

Dieses Angebot hilft (werdenden) Müttern und Vätern, Kontakte in einem Umfeld herzustellen, in dem eine hohe Akzeptanz für soziale Problemlagen gegeben ist. Inhaltlich werden Themen im Zusammenhang mit der Geburt des Kindes besprochen wie beispielsweise Rollenfindung bei der Verantwortlichkeit für das Kind, Veränderungen in der Partnerschaft etc. Im Mittelpunkt des niedrigschwelligen Angebots steht jedoch, bei allem Problembewusstsein

Freude auf das Kind und auf die Erweiterung der eigenen Entwicklung durch die Mutterschaft zu vermitteln. Die Teilnahme ist verbindlich und soll kontinuierlich erfolgen, um auch die Gruppensituation als Unterstützung nutzen zu können. Eine Verbindlichkeit kann allerdings nicht in jedem Fall „zwingend“ gewährleistet werden und ist in der Regel eher bei Müttern gegeben, die seitens des Jugendamts vermittelt werden (Auflage). Darüber hinaus wird die Verbindlichkeit mittels Eintrag eines wahrgenommenen Gruppentreffens in ein „Scheckheft“, ein für das Projekt entwickeltes Begleitmaterial, erhöht.

#### **„Step“ 4: Café Baby**

*Zielgruppe:* Junge Mütter und Väter, gemeinsam mit ihren Kleinkindern, die herkömmliche Angebote (Krabbelgruppen, Müttertreffs etc.) nicht nutzen.

Das „Café Baby“ schließt an das „Café Belly“ an. Allerdings hat sich gezeigt, dass eine klare Trennung der beiden Cafégruppen teilweise nicht möglich ist und es zu einem konstruktiven Austausch der Zielgruppen kommt. Die Förderung der sozialen Kontakte der Mütter untereinander in einer entspannten Atmosphäre lässt die Bearbeitung von unterschiedlichen Themen zu. Dazu gehören Versagensängste ebenso wie Beziehungsklärungen (z. B. „Und wenn meine Mutter alles besser weiß“) und der Entwurf einer generellen Lebensplanung und Perspektiventwicklung für die junge Mutter in Verbindung mit der Versorgungssituation des Kindes. Aber auch praktische Informationen zur Entwicklung des Kindes, spielerische Förderung der Mutter-Kind-Beziehung sind Themen im Café Baby. Auch hier ist eine verbindliche Teilnahme erforderlich, um die Gruppensituation als Unterstützung nutzen zu können.

#### **„Step“ 5: Familienbesucherinnen**

*Zielgruppe:* Familien und Alleinerziehende in akuten Belastungssituationen.

Bei diesem „Step“ leisten ehrenamtliche Helferinnen alltagspraktische erzieherische Unterstützung. Sie sind Ansprechpartnerinnen zur Förderung und Festigung der Beziehung zwischen Kind und Eltern. Der Einsatz der Familienbesucherin erfolgt auf Wunsch der Personensorgeberechtigten und wird durch die für den Wohnbezirk zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes vermittelt und begleitet.

Generell zeichnet sich diese Leistung durch hohe Verlässlichkeit und Zuewandtheit der Familienbesucherinnen aus. Diese können bei Familien mit



dauerhaften sozialen Belastungen auch zusätzlich zu einer Jugendhilfeleistung eingesetzt werden.

Zu den Aufgaben der Familienbesucherinnen zählen Anregung und Förderung des verantwortlichen Umgangs der Eltern mit dem Kind, Unterstützung bei der Pflege und Versorgung und beim altersgerechten Spielen mit dem Kind. Außerdem helfen sie bei der Herstellung von Außenkontakten oder bei der Überleitung zu Spielgruppen und Babytreffs.

Die Besuche erfolgen kontinuierlich mindestens einmal wöchentlich für zwei Stunden in einem Gesamtzeitraum von sechs bis maximal zwölf Monaten. Die Qualifizierung der Familienbesucherinnen lehnt sich inhaltlich an die Schulung für Pflegeeltern an. Zusätzlich erfolgt alle zwei Monate ein Teamgespräch mit der Präventionsstelle des Jugendamtes.

### **„Step“ 6: Alleinerziehenden-Treff**

*Zielgruppe:* Eltern, die sich für die Erziehung ihrer Kinder allein verantwortlich fühlen

In diesem „Step“ liegt der Schwerpunkt auf der Befähigung zur selbstständigen Problemlösung sowie auf einer Stärkung des Selbstbewusstseins. Die sozialen Ressourcen der allein erziehenden Frauen und Männer werden durch den Austausch mit anderen und durch die gemeinsame Bearbeitung der Situation in der Gruppe gefördert.

Das Angebot zielt auf den Abbau von Belastungsfaktoren, die Stärkung sozialer und personaler Kompetenzen der Eltern im Umgang mit ihren Kindern, Konfliktbewältigung sowie auf die Schaffung möglichst guter Entwicklungsbedingungen für die Kinder.

Die Beratungsarbeit sowohl in der offenen Gruppe als auch in Einzelgesprächen umfasst in diesem Zusammenhang konkret:

- die Stärkung der Erziehungskompetenz,
- Hilfe bei der Alltagsbewältigung,
- im Einzelfall Begleitung und Unterstützung im Umgang mit Behörden,
- Auskünfte allgemeiner Art, zum Beispiel über besondere Hilfen und Angebote im örtlichen Bereich,
- Vermittlung finanzieller Hilfen und Vermittlung von Sachhilfen (z. B. Kleidung, Möbel, Elektrogeräte, Spielzeug etc.),

- ggf. Entschuldungshilfen,
- Unterstützung bei der Suche nach Wohnraum,
- Trennungs- und Scheidungsberatung.

Ein weiteres Ziel ist die Vernetzung mit anderen Institutionen und benachbarten Aufgabenfeldern sowie die Koordination von Hilfsangeboten für Alleinerziehende.

### **„Step“ 7: Früh übt sich**

*Zielgruppe:* „Step“ 7 richtet sich an Kinder im Vorschulalter, die keine funktionalen Störungen aufweisen, aber in problematischen Familienverhältnissen aufwachsen.

Hierbei handelt es sich insbesondere um allein erziehende Mütter und junge Eltern, die sich in ökonomisch, sozial oder psychisch belasteten Lebenssituationen befinden und begrenzte Möglichkeiten der erfolgreichen Problembewältigung haben. Mit Einverständnis der Eltern und nach Vorgesprächen mit den Erzieherinnen der Tageseinrichtung erfolgt die individuelle Förderung des Kindes zweimal wöchentlich in Einheiten bis zu 20 Minuten in der Einzel- oder Kleingruppensituation.

Parallel dazu verlaufen Elterngespräche. Je nach Bedarf sind bis zu acht begleitende Elternkontakte vorgesehen. Hier wird auf Vernachlässigungstendenzen reagiert und zur verbesserten Wahrnehmung und Wertschätzung des eigenen Kindes hingeführt. Unter anderem mit Perspektive auf den Schulalltag wird außerdem auf Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit hingearbeitet. Falls erforderlich, besteht ein Anspruch auf Begleitung bis zum Ende der zweiten Klasse, um ein „Ankommen“ im Schulsystem zu sichern. Sollte weitere Förderung notwendig sein, erfolgen Jugendhilfemaßnahmen in Zusammenarbeit mit der Grundschule. 2006 wurde dieser „Step“ in fünf Herforder Kindergärten für jeweils fünf Kinder angeboten.

## **▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“**

Ein herausragendes Element des Projekts ist die Vernetzung mit anderen Institutionen und Einrichtungen. Durch das Zusammenwirken der vielfältigen Netzwerkpartner und durch die aufeinander aufbauenden „Steps“ ist eine um-

fassende Begleitung von der Schwangerschaft bis zur Grundschulzeit möglich.

Inzwischen ist ein breites Bündnis zwischen öffentlichen und kommunalen Trägern geschaffen worden, in dem die folgenden Institutionen aktiv mitarbeiten:

- Stadt und Kreis Herford,
- Diakonisches Werk Herford: Beratungsstelle für Schwangerschaft, Familie und Sexualität,
- Familienbildungswerk der AWO Herford,
- Kinderschutzbund Herford,
- IN VIA, Katholisches Jugendbildungswerk,
- Sozialdienst katholischer Frauen, Herford.

Die Vernetzung ist ein wichtiger Faktor, um Eltern und Kinder aus psychisch, sozial und/oder ökonomisch belasteten Familien zu erreichen. So erfolgt die Vermittlung über die beteiligten Projektpartner, die parallel eine Verzahnung zu eigenen Angeboten und Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen können. Das Zusammenwirken der unterschiedlichen Netzwerkpartner erfolgt ausgehend von dem jeweiligen Arbeitsschwerpunkt des Kooperationspartners. So können beispielsweise die Gynäkologinnen und Gynäkologen ihre Patientinnen während der Schwangerschaft auf das Leistungsangebot der Hebammen aufmerksam machen; diese wiederum können auf das „Café Belly“ hinweisen. Ziel der Vernetzung ist es einerseits, jungen Müttern ein umfassendes Unterstützungssystem von der Schwangerschaft bis zur Grundschule anzubieten und andererseits, ein möglichst engmaschiges System unterschiedlicher Berufsgruppen und Kooperationspartnerinnen bzw. -partner aufzubauen, um ggf. problematische Familienverhältnisse frühzeitig zu erkennen. Zur Gewährleistung der Vernetzung erfolgt in regelmäßigen Abständen ein Austausch mit den Projektbeteiligten.

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Entsprechend der guten Vernetzung ist die Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren immanent. Die Vertreterinnen und Vertreter der kooperierenden Einrichtungen wirken gleichzeitig als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.



Der Austausch unter den Projektpartnerinnen und -partnern in regelmäßigen Arbeitstreffen ist an dieser Stelle ebenso zu nennen wie Sensibilisierung und Einbindung der verschiedenen wichtigen Berufsgruppen wie Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Geburtshelfern, Kinderärztinnen und -ärzte, Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte und Fachkräfte aus den Bereichen Sozialpädagogik und Sozialarbeit.

Darüber hinaus bilden die Qualifizierung ehrenamtlicher Familienbesucherinnen und die daraus resultierende „personalkostenlose“ Unterstützung einen wichtigen Baustein in der Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Die Familienbesucherinnen unterstützen die jungen Familien bei alltäglichen Anforderungen und können in Absprache mit der Mutter und verantwortlichen Projektbegleitern bzw. -begleiterinnen nach Bedarf eingesetzt werden.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Insgesamt handelt es sich bei „Steps“ um ein niedrigschwelliges Angebot, das schnelle, unkomplizierte und unbürokratische Unterstützung ermöglicht. Die Zielgruppe erhält direkte Informationen und Unterstützung über Personen,

mit denen sie in der Regel ohnehin Kontakt hat (z. B. Gynäkologinnen und Gynäkologen). Durch die Möglichkeit, die verschiedenen Steps sukzessiv zu durchlaufen, werden häufig bestehende Berührungspunkte zu anderen Institutionen verringert. Die soziale Versorgung soll dabei ebenso selbstverständlich in Anspruch genommen werden wie die medizinische. In den einzelnen „Steps“ selbst stehen vertrauensbildende Maßnahmen zur Aktivierung und Motivation der Erziehungsberechtigten im Vordergrund. Darüber hinaus werden immer wieder – der ressourcenorientierten Arbeitsweise entsprechend – Erfolge und Anerkennung zurückgespiegelt, das heißt, in der Kommunikation spielt das positive Feedback eine wesentliche Rolle.

### **Kontakt**

Doris Hellweg  
Stadt Herford – Dezernat Soziales  
Auf der Freiheit 23  
32052 Herford  
Bundesland: Nordrhein-Westfalen  
Telefon: 05221-189-760  
Telefax: 05221-186-625  
E-Mail: [doris.hellweg@herford.de](mailto:doris.hellweg@herford.de)

Renate Ricken  
Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz  
Amtshausstr. 2  
32051 Herford  
Bundesland: Nordrhein-Westfalen  
Telefon: 05221-132133  
Telefax: 05221-172116  
E-Mail: [r.ricken@kreis-herford.de](mailto:r.ricken@kreis-herford.de)

# **Gesundheitsförderung mit benachteiligten Jugendlichen im Bildungszentrum Hirschfelde des Internationalen Bundes**

## **Gute Praxisbereiche:**

Settingansatz – Innovation und Nachhaltigkeit – Niedrigschwellige Arbeitsweise

## **Abstract**

Gesundheitsförderung mit benachteiligten Jugendlichen im Bildungszentrum Hirschfelde des Internationalen Bundes (IB) ist der Schwerpunkt dieses Projekts. In einem berufsspezifischen Setting bietet der IB als Bildungsträger die Möglichkeit eines ganzheitlichen gesundheitsfördernden Ansatzes, der sowohl die Verhältnisse als auch das Verhalten der benachteiligten Jugendlichen berücksichtigt. Ziel des Projekts ist es, gesundheitsförderliche Anliegen in der Bildungseinrichtung in den Mittelpunkt zu rücken. Neben der Vermittlung gesundheitsbezogener Themen geht es dabei insbesondere um die Stärkung von Potenzialen und Kompetenzen mit dem Ziel einer verbesserten Gesundheit der Jugendlichen und einer langfristigen Veränderung in Bezug auf Risikoverhalten. Darüber hinaus spielen die Kooperation und Vernetzung aller Beteiligten eine zentrale Rolle.

Mit verschiedenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung werden die Gesundheitskompetenzen gestärkt und die Jugendlichen für eine gesunde Lebensweise sensibilisiert. Es werden dabei personen- sowie verhältnisbezogene Maßnahmen realisiert. Dadurch ist es gelungen, gesundheitsförderliche Themen dauerhaft zu bearbeiten und in Form von Regelangeboten über den Projektzeitraum hinaus in den Tagesstrukturen der Institution zu verankern. Bei dem Projekt handelt es sich um eine Kooperation der AOK Sachsen und des IB Hirschfelde.

## **Hintergrund**

Das Bildungszentrum Hirschfelde ist eine überbetriebliche Ausbildungsstätte für lernbehinderte Jugendliche, die vielfach weitere (z. B. körperliche) Beein-

trächtigungen aufweisen. Ein Großteil der Jugendlichen kommt zudem aus sozial schwachen Familien, hat keinen Schulabschluss und verfügt nur über geringe soziale Kompetenzen. Die Einrichtung liegt in einer Region, die durch eine weit unter dem Durchschnitt liegende Bevölkerungsdichte (80 Einwohner/km<sup>2</sup> – im Vergleich Freistaat Sachsen: 241 Einwohner/km<sup>2</sup>) gekennzeichnet ist. Viele Jugendliche verlassen die Region und gehen zur Ausbildung in die alten Bundesländer. Besonders schwierig gestaltet sich vor diesem Hintergrund die Ausbildungssituation für benachteiligte Jugendliche. Ziel der Förderung und Ausbildung im IB ist es, den Jugendlichen durch gezielte Unterstützung und spezielle Konzepte eine dauerhafte berufliche und soziale Integration zu ermöglichen. Die meisten Jugendlichen sind während ihrer Berufsvorbereitung oder Ausbildung in einem Wohnheim (Internatsbetrieb) mit Vollverpflegung und ganztägiger Betreuung untergebracht.

### **Entstehung des Projekts**

Im Rahmen der Auswertung eines Workshops der Abteilung Gesundheitsförderung der AOK Sachsen (Filiale Zittau) wurden erste konzeptionelle Gedanken für ein Projekt zur Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten verfasst, um in der strukturschwachen Region Akzente zu setzen. Dabei wurde das Bildungszentrum Hirschfelde – Ausbildungsstätte für lernbehinderte und benachteiligte Jugendliche – als Partner für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen laut § 20 SGB V ausgewählt.

Nach Kontaktaufnahme zwischen Vertreterinnen und Vertretern der AOK sowie Sozialpädagoginnen und -pädagogen des IB Bildungszentrums wurde das Projekt seitens der AOK vorgestellt und es fand ein erster Gedankenaustausch zur Projektdurchführung statt. Die Grundlagen für die Arbeit am Projekt „Gesundheitsförderung“ wurden in Form einer Rahmenvereinbarung festgelegt. Die Projektdurchführung erfolgte im Zeitraum 2002 bis 2005.

Ziel war es u. a., die Jugendlichen beim verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit und der Gesundheit anderer zu unterstützen und sie zu befähigen, Fragen von Gesundheit und Wohlbefinden mit ihrem Alltag und ihren Lebensbedingungen zu verknüpfen, zum Beispiel durch Angebote und Durchführung von Kursen (Fittnesstanzgruppe oder Sportaktivitäten wie Schwimmen, Kegeln, Volleyball). Dabei orientierte sich das Projekt an den Alltagsrealitäten der lernbehinderten Jugendlichen und setzte auf Kooperation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bildungseinrichtung (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren).

## Vorgehen

Das Projektvorgehen stellt eine Kombination zwischen personenbezogenen verhaltensändernden Maßnahmen (Verhaltensansatz), Multiplikatoren-schulung und der Verbesserung der strukturellen Verhältnisse (Settingansatz) dar.

Die Maßnahmen betrafen vier Handlungsbereiche (Bewegung, Stressabbau, Ernährung, Suchtprävention), die als Ausgangspunkte für verschiedene Aktionen, Teilprojekte und Gruppenstunden dienen. Darüber hinaus wurde weiterhin eine Veränderung der bestehenden Verhältnisse angestrebt (Settingansatz).

Zur Steuerung der Maßnahmeumsetzung diente ein „Arbeitskreis Gesundheit“, dem insgesamt vier Gesundheitszirkel zugeordnet waren. Die personelle Zusammensetzung der Gesundheitszirkel durch psychologische und sozialpädagogische Fachkräfte, durch Internatsleitung, Ausbilderinnen und Ausbilder, Lehrkräfte sowie Ernährungsberaterinnen und -berater sollte einen bedarfsorientierten Ansatz garantieren.

Die Gesundheitszirkel arbeiteten zu folgenden Themen:

- Gesundheitszirkel 1: Arbeitsplatzbezogene Gesundheitsförderung,
- Gesundheitszirkel 2: Freizeitbezogene Gesundheitsförderung,
- Gesundheitszirkel 3: Erhöhung der Eigenkompetenz,
- Gesundheitszirkel 4: Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit.

Nach einer Analyse der Ist-Situation (insbesondere durch Befragung der Jugendlichen zu ihren gesundheitlichen Problemen) sowie der Auswertung der Ergebnisse wurde ein Katalog für personenbezogene Maßnahmen (Entwicklung und Förderung von personalen Ressourcen), bedingungsbezogene Maßnahmen (Gestaltung gesundheitsfördernder Ausbildungsinhalte und -bedingungen) sowie organisationsbezogene Maßnahmen (Tagesaufbau- und Ablaufgestaltung in der Einrichtung) erstellt.

Bei der Umsetzung des Projekts galt es, alle Bereiche des Bildungsprozesses (praktische Ausbildung, theoretische Ausbildung und sozialpädagogische Begleitung) einzubeziehen und entsprechende gesundheitsfördernde Maßnahmen zu organisieren.

Schwerpunkte waren insbesondere der Arbeitsschutz, die gesunde Körperhaltung bei der Arbeit (Sitzen und Stehen), rückengerechtes Tragen und Heben



von Lasten, eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung, die Analyse der Werkstätten und Arbeitsplätze unter gesundheitsfördernden Aspekten, das Einüben von Techniken zur Stressbewältigung, (z. B. Entspannungs-, Konzentrations- und Bewegungsübungen), Bewerbungstraining und Typberatungen, die Vermittlung sozialer und fachlicher Kompetenzen (Konfliktbewältigung, Selbsteinschätzung, Selbstwahrnehmung), soziale Beratung und Krisenintervention, Projekte der Suchtprävention sowie der Umgang mit Gefühlen und die Förderung des Selbstwertgefühls.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Zahlreiche Maßnahmen der Gesundheitsförderung für benachteiligte Jugendliche haben gezeigt, dass diese Zielgruppe schwer zu erreichen ist. Während Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gut über das betriebliche Setting eingebunden werden können, mangelt es zur Einbeziehung von benachteiligten Jugendlichen häufig an entsprechenden Voraussetzungen. Mit dem Bildungszentrum Hirschfelde stand jedoch ein geeignetes Setting zur Verfügung. Durch eine Verknüpfung von Maßnahmen sowohl zur Verhältnis- als auch zur Verhaltensprävention war zudem die Möglichkeit eines ganzheitlichen Ansatzes gegeben.

Ein Steuerungsgremium sicherte die Beteiligung verschiedener Gruppen (hier Gesundheitszirkel) an den Entscheidungen der Schulleitung. Die Umsetzung des Maßnahmenkatalogs basierte u. a. auf der Mitarbeit und dem Einsatz mehrerer Akteurinnen/Akteure bzw. Institutionen. Neben der pädagogischen und internen Ebene des IB waren auch Externe wie zum Beispiel Gesundheitsamt, Bundesgrenzschutz, Berufsgenossenschaft, Ärztinnen und Ärzte, Sportvereine u. a. beteiligt. Die Maßnahmen orientierten sich an den Zielgruppen und dem Bedarf. Die Schwerpunkte lagen insbesondere in folgenden Bereichen:

- Entwicklung von Angeboten zur Reduzierung von Bewegungsmangel (z. B. Einrichtung eines Volleyballplatzes zur Nutzung in ausbildungsfreien Zeiten, im Internat und auch für sportliche Angebote innerhalb der Ausbildungszeit; organisierter Fußballcup in jedem Ausbildungsjahr mit reger Beteiligung in verschiedenen Ausbildungsklassen; regelmäßige Rückenschule sowie verschiedene sportliche Angebote im Freizeitbereich wie Walking, Schwimmen, Tanzkurs);
- Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens (Gruppenstunden zu verschiedenen Themen; Entwicklung ernährungsbewusster Speisepläne; kos-

- tenloses Teeangebot über den gesamten Ausbildungstag; Kurse zur Gewichtsreduzierung);
- Stärkung der Fähigkeit zur Stressbewältigung (Angebote zu Entspannungsmethoden; Schaffung entspannender Lern- und Lebenssituationen);
  - Suchtprävention (Durchführung von Antisuchtprogrammen; Teilnahme an Nichtraucherkampagne; Kontakte zu externen Partnerinnen und Partnern, zum Beispiel Beratungsstellen, Polizei);
  - weitere gesundheitsbezogene Angebote (Gripeschutzimpfungen, jährliche Gesundheitschecks über das Gesundheitsmobil der AOK; Multiplikatoren-schulungen; Entwicklung von Gesundheitszirkeln).

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Bezogen auf Berufsschulen, berufsbildende Förderschulen und staatlich anerkannte Ersatzschulen hat das Projekt in der Region Modellcharakter – nicht nur für die Schülerinnen und Schüler, sondern auch für das pädagogische Personal sowie im Hinblick auf die Beteiligung zahlreicher Kooperationspartnerinnen und -partner.

Durch die Bildung des Steuerungsgremiums und die kontinuierliche Arbeit der Gesundheitszirkel, zum Teil auch über die Projektdauer hinaus, ist es gelungen, gesundheitsförderliche Themen dauerhaft zu bearbeiten und nachhaltig in der Institution zu verankern. Mithilfe von Maßnahmekatalogen stellen die Gesundheitszirkel die Regelmäßigkeit und Langfristigkeit der angebotenen Kurse sicher. Durch die Bemühungen, die Angebote auch zeitlich in den Freizeitrahmen einzuordnen, konnten möglichst viele Jugendliche teilnehmen. Viele im Projektverlauf aufgebaute sportliche Aktivitäten werden nach dem Abschluss des Projekts weiterhin angeboten und wahrgenommen. Die Durchführung eines Sportfests ist inzwischen regelmäßig in das Jahresprogramm der Einrichtung integriert.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Das Projekt war ausgerichtet auf die Zielgruppe „benachteiligte Jugendliche“, insbesondere Jugendliche aus sozial schwachen Familien, die in ihrer Lernfähigkeit beeinträchtigt sind und häufig zusätzlich Behinderungen aufweisen. Diese sind in der Phase ihrer Berufsvorbereitung bzw. Berufsausbildung im Bildungszentrum Hirschfelde größtenteils in einem Wohnheim mit

einer Kapazität von 90 Plätzen bei Vollverpflegung und ganztägiger Betreuung untergebracht. Dadurch konnte die Zielgruppe mit den Projektmaßnahmen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erreicht werden.

Die verschiedenen Angebote waren zeitlich und örtlich (Wohnheim) so angelegt, dass sie bequem genutzt werden konnten. Die Teilnahme war zumeist kostenfrei und unbürokratisch. Die breite Angebotspalette, die durch die Beteiligung zahlreicher Partner gewährleistet werden konnte, erwies sich in diesem Zusammenhang als sehr vorteilhaft. Die AOK Sachsen finanzierte und finanziert Maßnahmen, insbesondere durch Bereitstellung von Personal- und Sachleistungen (z. B. Sportgeräte), das IB stellte Räume und Personal zur Verfügung. Darüber hinaus wurden verschiedene Angebote des Gesundheitsamtes wahrgenommen wie die Durchführung eines Gesundheits-Check-ups für die Auszubildenden (Teilnehmerzahlen von 219 bzw. 287), Arbeitsplatzbegehungen, eine arbeitsplatzbezogene Rückenschule mit ca. 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, Gripeschutzimpfungen sowie Aktionen zum Tag der Zahngesundheit. Zudem fand auch ein Angebot des Bundesgrenzschutzes zur Selbstverteidigung großen Anklang.

### **Kontakt**

Susanne Neupert  
IB Bildungszentrum Hirschfelde  
Flachsspinnereistr. 5  
02788 Hirschfelde  
Bundesland: Sachsen  
Telefon: 035843-27629  
Telefax: 035843-27623  
E-Mail: [BZ.Hirschfelde@internationaler-bund.de](mailto:BZ.Hirschfelde@internationaler-bund.de)

Regionaler Knoten Sachsen  
Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.  
Helgolandstr. 19  
01067 Dresden  
Bundesland: Sachsen  
Telefon: 0351-56355687  
Telefax: 0351-5635524  
E-Mail: [mueller@slfg.de](mailto:mueller@slfg.de)

## **Impflückenschließung in Grundschulen in Sachsen-Anhalt**

### **Gute Praxisbereiche:**

Integriertes Handlungskonzept – Niedrigschwellige Arbeitsweise – Dokumentation und Evaluation

### **Abstract**

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen der Gesundheitsämter Sachsen-Anhalts wurde festgestellt, dass etliche Kinder Impflücken aufweisen bzw. über keinen altersgerechten Impfstatus verfügen. Die Daten von 2002 belegen, dass die Durchimpfungsraten in einigen Regionen und bei ausgewählten Impfungen weit unter 50 % liegen. Die Ursachen hierfür sind sehr vielschichtig. Ein Grund für das mangelnde Impfverhalten liegt u. a. in der Tatsache, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen im Rahmen der Problemvielfalt, von der sie betroffen sind, dem Impfen nicht die nötige Aufmerksamkeit schenken.

Um insbesondere Kindern mit diesem Hintergrund gleichberechtigte Gesundheitschancen zu eröffnen und deren Familien bei der Umsetzung zu unterstützen, wurde das Projekt „Aufsuchende Impflückenschließung in Grundschulen“ konzipiert. Ziele des Projekts sind:

- Beteiligung möglichst vieler Grundschulen und Kinder,
- Prüfung und ggf. Herstellung eines altersgerechten Impfstatus bei den beteiligten Kindern,
- Schließung von Impflücken,
- Erprobung eines „aufsuchenden“ Angebots als Problemlösungsansatz zur Steigerung der Erreichbarkeit von (benachteiligten) Zielgruppen.

Die mitwirkenden Grundschulen lagen in Stadtteilen, die von einem hohen Anteil von Armut, Migration oder/und Arbeitslosigkeit betroffen sind.

Das Projekt unterstützt eines der fünf Gesundheitsziele des Landes Sachsen-Anhalt, das das „Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung“ beinhaltet.

Im Zuge der Projektdurchführung konnten die Raten der Tetanus-Diphtherie-Impfung von 87,7% auf 94,1%, der Masern-Mumps-Röteln-Impfung von 78,4% auf 83,5% und der Keuchhustenimpfung von 95,6% auf 97,9% angehoben werden.

## Hintergrund

Schutzimpfungen schützen vor Infektionserkrankungen, indem sie Immunität erzeugen. Sie zählen zu den effektivsten und kostengünstigsten Präventionsmaßnahmen.

In der Vergangenheit stellten Infektionskrankheiten die häufigste Todesursache dar. Anfang des 20. Jahrhunderts starben zum Beispiel weltweit etwa 20 Millionen Menschen bei einer Influenza-Pandemie. 1900 starben bei einer Einwohnerzahl von 58 Millionen allein in Deutschland noch 65 000 Kinder an Keuchhusten, Diphtherie und Scharlach.

Mit der Verbesserung der hygienischen, sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen in den Industrienationen gingen zahlreiche Infektionskrankheiten drastisch zurück. Dazu trugen in hohem Maße auch die Schutzimpfungen bei.

Chronisch-degenerative Krankheiten bestimmten zunehmend das Mortalitätsgeschehen. Die Morbidität durch Infektionskrankheiten spielt aber weiterhin eine große Rolle. Lange Zeit glaubte man, die Infektionskrankheiten in den Industrienationen besiegt zu haben. Damit einher ging ein Absinken der Vorsorgebemühungen. Die Gefährlichkeit dieser Krankheiten wurde aus dem Bewusstsein vieler Menschen verdrängt. Die Forschung setzte andere Prioritäten.

Unterschiedliche Faktoren bedingen das Auftreten neuer Infektionsgefahren und begünstigen die Wiederkehr alter. Zu diesen Faktoren gehören u. a. Armut, Umweltveränderungen, die Ausweitung und Zunahme von Handelsaktivitäten, Migration, eine höhere Mobilität großer Bevölkerungsgruppen sowie neue Formen kriegerischer Auseinandersetzung (Bioterrorismus). Diese weckten die Aufmerksamkeit für Infektionskrankheiten erneut.

2002 musste die WHO in ihrem Jahresbericht konstatieren, dass weltweit Infektionskrankheiten mit 25% immer noch an zweiter Stelle der Todesur-

sachenstatistik stehen. In den Industrienationen sind noch ca. 5 % der Todesfälle durch Infektionskrankheiten bedingt. Ihre Häufigkeit und Schwere haben wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit einer Bevölkerung.

Schutzimpfungen weisen neben dem Individualschutz auch einen Kollektivschutz auf und stehen in einem sehr günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Deutschland weist – obwohl es die WHO-Ziele in Bezug auf das Impfen unterstützt – noch unzureichende Durchimpfungsraten zum Beispiel gegen Masern, Mumps und Röteln und eine uneinheitliche Präventionspolitik auf. Im Gegensatz zur Bundesrepublik war das Impfwesen in der DDR ausschließlich in öffentlicher Hand. Eine Impfpflicht sorgte für sehr hohe Impfraten.

Nach der Wiedervereinigung sanken die Durchimpfungsraten in den neuen Ländern deutlich ab. Das Projekt „Aufsuchende Impflückenschließung in Grundschulen“ versucht, dem entgegenzuwirken und insbesondere Kindern aus sozial benachteiligten Verhältnissen einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitschancen zu ermöglichen.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen der Gesundheitsämter Sachsen-Anhalts wurde festgestellt, dass etliche Kinder Impflücken aufweisen bzw. über keinen altersgerechten Impfstatus verfügen. Die Daten von 2002 belegen, dass die Durchimpfungsraten in einigen Regionen und bei ausgewählten Impfungen weit unter 50 % liegen. Die Ursachen hierfür sind sehr vielschichtig. Ein Grund für das mangelnde Impfverhalten liegt u. a. in der Tatsache, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen im Rahmen der Problemvielfalt, von der sie betroffen sind, dem Impfen nicht die nötige Aufmerksamkeit schenken. Oft wird das rechtzeitige Impfen auch einfach vergessen.

Um insbesondere Kindern mit diesem Hintergrund gleichberechtigte Gesundheitschancen zu eröffnen und deren Familien bei der Umsetzung zu unterstützen, wurde das Projekt „Aufsuchende Impflückenschließung in Grundschulen“ von der Landesvereinigung für Gesundheit und dem Landesamt für Verbraucherschutz konzipiert und gemeinsam mit dem BKK Landesverband Ost und dem Arbeitskreis Impfen initiiert.

Folgende Ziele standen dabei im Mittelpunkt:

- Beteiligung möglichst vieler Grundschulen und Kinder,

- Prüfung und ggf. Herstellung eines altersgerechten Impfstatus bei den beteiligten Kindern,
- Schließung von Impflücken,
- Erprobung eines „aufsuchenden“ Angebots als Problemlösungsansatz zur Steigerung der Erreichbarkeit von (benachteiligten) Zielgruppen.

Das Projekt unterstützt darüber hinaus eines der fünf Gesundheitsziele des Landes Sachsen-Anhalt, das das „Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung“ beinhaltet.

## Vorgehen

Für die Umsetzung des Projekts „Aufsuchende Impflückenschließung an Grundschulen“ wurden auf der Grundlage der Daten der Schuleingangsuntersuchung 2002 Regionen identifiziert, die erhebliche Impflücken aufweisen. Das traf auf die Stadt Halle und die Landkreise Weißenfels und Aschersleben/Staßfurt zu. Betrachtet wurden in erster Linie die erste Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie und die zweite Masern-, Mumps-, Rötelnimpfung, darüber hinaus die Keuchhustenimpfung. Die Durchimpfungsraten für die genannten Regionen und Impfungen stellten sich dar, wie in Tabelle 2 gezeigt .

89 Grundschulen, 309 Haus- und 44 Kinderärztinnen bzw. -ärzte sowie drei Gesundheitsämter sind in den identifizierten Regionen tätig. Sie wurden über das Projekt informiert und zum Mitmachen aufgefordert. Nach der Klärung rechtlicher Rahmenbedingungen und der Mitwirkung oben genannter Personen bzw. Institutionen vereinbarten die Kinder- und Hausärztinnen bzw. -ärzte individuell mit den durch die regionalen Gesundheitsämter zugeteilten Schulen ein bis zwei Impftermine. Die Schulen informierten mithilfe ver-

Kreisfreie Stadt/ Landkreis	Durchimpfung 1. Auffrisch- impfung Td	Durchimpfung 2. Masern-Mumps- Röteln-Impfung	Durchimpfung Keuchhusten-Grund- immunisierung
Halle	25,2 %	35,2 %	82,0 %
Weißenfels	23,0 %	31,9 %	86,9 %
Aschersleben/ Staßfurt	24,9 %	33,0 %	86,9 %

Tab. 2: Durchimpfungsraten für die benannten Regionen

<b>Impfarten</b>	<b>Durchimpfung vor der Aktion</b>	<b>Durchimpfung nach der Aktion</b>
Tetanus und Diphtherie	87,7%	94,1%
Masern-Mumps-Röteln	78,4%	83,5%
Keuchhusten	95,6%	97,9%

Tab. 3: Durchimpfungsraten vor und nach der Impfkation

schiedener Aufklärungsmaterialien die Eltern und baten um Unterstützung des Vorhabens. An zwei Tagen zwischen Mai und August 2004 berieten die Ärztinnen und Ärzte in den Räumlichkeiten der Grundschulen Eltern und Kinder zu den Impfungen, kontrollierten die Impfausweise und schlossen – die schriftliche Einverständniserklärung der Eltern der Grundschülerinnen und -schüler vorausgesetzt – ggf. vorhandene Impflücken. Darüber hinaus bekamen die Eltern das Angebot, im Vorfeld telefonisch Kontakt mit den Ärztinnen und Ärzten aufzunehmen und sich beraten zu lassen.

An dem Projekt beteiligten sich 37 Grundschulen, 13 Kinderärztinnen bzw. -ärzte und elf Hausärztinnen bzw. -ärzte sowie die drei betroffenen Gesundheitsämter. 1047 Kinder wurden untersucht, 662 Impflücken konnten geschlossen werden. Die Durchimpfungsraten erhöhten sich, wie in Tabelle 3 gezeigt.

Die Ärztinnen und Ärzte dokumentierten die Art und die Anzahl der durchgeführten Impfungen sowie den altersgerechten Impfstatus aller untersuchten Kinder und leiteten diese an die regionalen Gesundheitsämter zur Auswertung weiter. Die Einzelauswertungen der Gesundheitsämter wurden vom Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt zu einer Gesamtauswertung zusammengeführt und im Dezember 2004 in einem Pressegespräch der Öffentlichkeit vorgestellt. Eine Posterausstellung gab einen schnellen Überblick über Ziele, Vorgehensweise, Beteiligung und Ergebnisse des Projekts sowie Handlungsempfehlungen für Nachnutzerinnen und -nutzer.

Die Erfahrungen und Erkenntnisse sowie die Schwierigkeiten bei der Projektumsetzung werden derzeit in einem Bericht aufgearbeitet, der allen Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsen-Anhalts sowie bundesweit interessierten Regionen zur Verfügung gestellt werden soll.



## ▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept“

Zur Realisierung des Projekts wurden alle unmittelbar und mittelbar betroffenen Akteurinnen und Akteure aus Politik, Verwaltung und Praxis einbezogen, u. a. die Krankenkassen, die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, die regionalen Gesundheitsämter, das Landesamt für Verbraucherschutz, die Mitglieder des Arbeitskreises Impfen sowie die Schulen. Sie beteiligten sich mit ihrem Wissen und mit ihren Möglichkeiten an dem Projekt und konnten so voneinander lernen.

Lehrkräfte sowie die Eltern der Grundschülerinnen und -schüler haben sich durch dieses Projekt mit dem Thema Impfen erstmalig oder erneut auseinandergesetzt, wurden über die Impfstoffe aufgeklärt und bekamen Fragen zu möglichen Impfkomplicationen beantwortet. Dieses erworbene Wissen kann zum Beispiel an andere Schulklassen oder Pädagoginnen/Pädagogen bzw. an Freundinnen und Freunde sowie Bekannte weitergegeben werden.

Durch die Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Sachsen-Anhalts konnten rechtliche Rahmenbedingungen für die Impfkationen abgestimmt und entsprechend reagiert werden. Zu klären waren u. a. wettbewerbsrechtliche Fragestellungen, die Impftätigkeit der Ärztinnen und Ärzte außerhalb ihrer Praxis, die Modalitäten der Abrechnung der Impfstoffe und Ähnliches mehr. Die Krankenkassen wurden über das Projekt informiert und konnten Einsicht in die Konzeption nehmen. Einige Kassenvertreterinnen und -vertreter halfen bei der konzeptionellen Vorbereitung und unterstützten diese mit ihren Erfahrungen. Die Impfleistung der Ärztinnen und Ärzte wurde über die Versichertenkarten der Kinder abgerechnet.

Die regionalen Gesundheitsämter waren die zentralen Akteure vor Ort, bei ihnen lag die Zuweisung der Ärztinnen und Ärzte an die Schulen sowie die Auswertung der erhobenen Daten. Im Vorfeld beteiligten sie sich mit ihren Erfahrungen an der Konzepterstellung. Teilweise übernahmen sie auch selbst Impftermine an ausgewählten Schulen. Die Aktion trug u. a. dazu bei, dass Kontakte zwischen Gesundheitsamt und Grundschulen wieder auflebten bzw. vertieft wurden.

Das Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt identifizierte auf Grundlage der Schuleingangsuntersuchungen 2003 die „Problem“-Regionen und wählte – auf der Basis des altersgerechten Impfstatus – die zu kontrollierenden Impfungen aus. Es erstellte die Auswertungsbogen und erarbeitete

gemeinsam mit der Landesvereinigung für Gesundheit das Konzept und den Projektplan. Außerdem war es für die Auswertung der Daten zuständig.

Die Landesvereinigung führte neben der Konzeptentwicklung und Akquise von Projektmitteln das Projektmanagement durch. Sie koordinierte die Tätigkeiten der beteiligten Akteurinnen und Akteure, fasste die Erkenntnisse zusammen, zeichnete sich für die Öffentlichkeitsarbeit verantwortlich und übernahm die Aufbereitung der aus dem Projekt hervorgehenden Medien.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Die Nichtinanspruchnahme von Impfangeboten kann viele Gründe haben. Eine Aufgabe bei der Projektkonzipierung war, durch ein möglichst niedrigschwelliges Vorgehen die Beteiligung bzw. Inanspruchnahme zu fördern. Folgende Gründe könnten für die Nichtinanspruchnahme von Impfungen sprechen:

- mangelndes oder einseitiges Wissen über Infektionsgefahren und Vorsorgemöglichkeiten,
- mangelndes Wissen über die Leistungen der GKV,
- fehlende Organisationskompetenz,
- fehlende Begleitstrukturen,
- Praxisgebühr,
- der Weg zum Arzt bzw. zur Ärztin,
- Desinteresse,
- andere Alltagssorgen, insbesondere Arbeitslosigkeit,
- beruflicher Stress und wenig (Frei-)Zeit,
- Impfgegnerschaft.

Aufgrund dieser möglichen „Hürden“ entstand die Idee einer aufsuchenden Lösung an einem Ort, der durch die Zielgruppe gut besucht wird: der Schule. Der „leichtere“ Zugangsweg, die „Bring-“ statt „Kommstruktur“ warf jedoch auch Probleme auf, die es zu lösen galt. Zu klären waren hierfür zum Beispiel neben den organisatorischen und rechtlichen Fragestellungen die Information und Aufklärung von Schülerinnen und Schülern und ihren Eltern sowie die Gewährleistung des Einverständnisses der Erziehungsberechtigten.

Eine rechtzeitige und gute Information der Schulleitung und der mitwirkenden Klassenlehrerinnen und -lehrer war eine der Grundvoraussetzungen für das Gelingen. Die Eltern wurden ebenfalls frühzeitig in die Aktion einbezo-

gen und mit persönlichen Anschreiben über das Projekt sowie über das Impfen und die Möglichkeit einer Beteiligung ihres Kindes aufgeklärt. Die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Option von zwei Terminen zur Inanspruchnahme, die Option der ausschließlichen Statusprüfung sowie die zeitliche Entlastung – die Eltern mussten lediglich den Impfausweis herausuchen und eine Einverständniserklärung unterschreiben und brauchten nicht zum Termin mitkommen – erleichterten vielen Eltern die Entscheidung, das Angebot in Anspruch zu nehmen.

Die Lehrkräfte wurden in diesem Prozess als Vertrauenspersonen von den Eltern wahrgenommen. Ihre positive Einstellung vermittelte sich den Eltern ebenso wie das „geschlossene“ Auftreten von Schulleitung, niedergelassenem Arzt bzw. niedergelassener Ärztin und Gesundheitsamt. Einige Eltern nutzten auch die Möglichkeit, sich im Vorfeld telefonisch von Arzt bzw. Ärztin beraten zu lassen.

Das Projekt kann und soll das Regelangebot der Impfung über niedergelassene Haus- und Kinderärztinnen bzw. -ärzte nicht unterlaufen, es kann aber dazu beitragen, schnell umfangreiche Impflücken bei einer definierten Zielgruppe zu schließen. Darüber hinaus erreicht es auch soziale Gruppen, die ansonsten schwer erreichbar sind. Das gelang durch folgende Standards:

- Das Angebot war nicht stigmatisierend, sondern offen für „jedermann“ angelegt.
- Keine Wartezeiten beim Arzt bzw. bei der Ärztin, da Termine pro Klasse vergeben und den Eltern mitgeteilt wurden.
- Geringe Formalitäten (lediglich Einverständniserklärung) waren notwendig.
- Der Arzt bzw. die Ärztin nahm sich Zeit für die Beantwortung der Fragen der Eltern (mehr als in der Praxisroutine möglich).
- Die Schule des Kindes war ein bekannter Ort für die Zielgruppe – das erleichterte die Wahrnehmung des Angebots.
- Die mitwirkenden Grundschulen bzw. die jeweiligen Elternhäuser lagen in Stadtteilen, die von einem hohen Anteil von Armut, Migration oder/und Arbeitslosigkeit betroffen sind.

Laut einer Einschätzung der mitwirkenden Ärztinnen und Ärzte ließen mehr sozial benachteiligte Familien ihre Kinder in der Schule impfen, als es im Kontext der ärztlichen Praxen üblich ist.

Das Projekt ist eine gute Möglichkeit, allen erreichten Kindern in Bezug auf ihren Impfschutz gleiche Chancen zu bieten. Impfschutz ist Individual- und

Kollektivschutz, bei entsprechender Durchimpfungsrate profitieren auch die Kinder, die nicht erreicht werden konnten. Die Durchimpfungsrate sollte für den Kollektivschutz bei über 90 % der Bevölkerung gewährleistet sein, in der benannten Zielgruppe wurde dieses Ziel für zwei von drei Impfungen durch das Projekt erreicht.

### ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

Die Projektdokumentation umfasst Struktur- und Prozessqualität wie auch die Ergebnisdarstellung. Alle Aktivitäten wurden durch Protokolle dokumentiert. Die strukturellen Rahmenbedingungen des Vorhabens wurden festgelegt, im Prozess angepasst und optimiert und auf ihre Tauglichkeit geprüft. Außerdem wurden sie regelmäßig analysiert und dokumentiert. Die bei Projektbeginn formulierten Ziele wurden operationalisiert und zum Projektende einer Bewertung unterzogen. Insbesondere während des Projekts auftretende Schwierigkeiten sowie die Aussagen der beteiligten Personen und Institutionen zu dem Projekt wurden schriftlich dokumentiert. Für die Erfassung der Impfdaten wurden einheitliche Formblätter genutzt und eine entsprechende Auswertung durchgeführt. Alle Daten wurden zusammengeführt und unter den Zielkriterien bewertet. Diese Ergebnisse wurden in diversen Formen aufbereitet:

- Konzept,
- Materialsammlung inklusive aller Protokolle,
- Datenauswertung,
- Presseinformation,
- Posterserie,
- Projektbericht,
- Handlungsempfehlungen.

#### **Kontakt**

Birgit Ferner

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.

Bandwirker Str. 12

39114 Magdeburg

Bundesland: Sachsen-Anhalt

Telefon: 0391-8364111

Telefax: 0391-8364110

E-Mail: [birgit.ferner@lv-g-lsa.de](mailto:birgit.ferner@lv-g-lsa.de)

Website: [www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de](http://www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de)

# XXL – Gut drauf durch den Tag

## Gute Praxisbereiche:

Empowerment – Evaluation – Nachhaltigkeit

## Abstract

Die gesundheitlichen und sozialen Folgen durch Übergewicht sind bekannt. Das Projekt „XXL – Gut drauf durch den Tag“ richtet sich an übergewichtige und adipöse Kinder. XXL ist ein Kursangebot zur Stärkung eines positiven Selbstwertgefühls und zur Förderung einer gesunden Lebensweise. Es wird in den Kinder- und Jugendberufshilfen Sachsen-Anhalts umgesetzt. Neben der Aneignung von Selbstverantwortungskompetenzen stehen gesunde Ernährung und Bewegungsfreude im Mittelpunkt der Maßnahme. Die Ergebnisse einer Evaluation, die Änderungen in ernährungsbezogenen Einstellungen und im Ernährungsverhalten der Zielgruppe vor und vier Monate nach dem Kurs erhebt, stützen die Annahme der positiven nachhaltigen Wirkung der Prozesse, die in der Gruppe stattfinden.

## Hintergrund

Immer mehr Menschen legen an Körpergewicht und Umfang zu. Auch immer mehr Kinder sind übergewichtig bis adipös. In Deutschland sind über 65 % der Männer und ca. 55 % der Frauen übergewichtig, bereits jedes fünfte Kind ist zu dick. In Sachsen-Anhalt sind ca. 54 % der Menschen betroffen, ihr BMI (Body Mass Index) liegt über 25. Gesund ist ein BMI bei Männern zwischen 20 und 25 und bei Frauen zwischen 19 bis 24.

Übergewicht hat erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge und vermindert die Lebensqualität und Lebenserwartung. Folgeerkrankungen treten nicht unmittelbar auf, sondern stellen sich schleichend ein. Nicht zu unterschätzen sind auch die psychosozialen Begleiterscheinungen: So gelten dicke Kinder schon in der Schule als unbeweglich, dumm und wenig belastbar. Viele adipöse Kinder leiden unter ihrem Aussehen. Meistens sind sie dem Hohn und Spott ihrer Alterskameradinnen und -kameraden – auch mancher

Lehrkräfte – ausgesetzt, die sie häufig ablehnen und ausgrenzen. Daraus folgt eine zunehmende soziale Isolation mit noch verstärkter Inaktivität. Nicht selten versuchen diese Kinder dann, die Frustration durch unkontrolliertes Essen zu kompensieren. Der Teufelskreis beginnt.

Überschüssige Pfunde behindern oft auch den Start ins Berufsleben. Dicke haben mehr Mühe, die Karriereleiter zu erklimmen. Auch bei der Partnersuche haben sie letztendlich schlechtere Karten als die schlankere Konkurrenz.

Vor diesem Hintergrund hat die AOK Sachsen-Anhalt einen Kurs initiiert, der die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und die Aneignung von Selbstverantwortungskompetenzen bei betroffenen Kindern und Jugendlichen fördert sowie zu sportlichen Aktivitäten und zur Ernährungsumstellung motivieren soll.

Als Hauptanliegen will das Angebot über die Kombination Ernährung, Bewegung und Verhalten eine Lebensstilveränderung bei den Kindern und Jugendlichen anregen. Bewegungstherapie und Selbstreflexion stehen dabei im Mittelpunkt. Erst wenn das Gelernte in die Alltagsroutinen von Kindern und Eltern einfließt, ist das Ziel dieses Kurses erreicht.

## Vorgehen

Der siebentägige Kurs wird seit Februar 2004 in den Kinder- und Jugendberufshilfen Sachsen-Anhalts angeboten und richtet sich an Jungen und Mädchen im Alter von zehn bis 14 Jahren, die übergewichtig bis adipös sind und sich dieser Erkrankung bzw. diesem Problem stellen möchten.

Die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer werden über die Haus- und Kinderärztinnen bzw. -ärzte sowie über die Schulen gewonnen. Ein Informationsflyer der AOK mit zielgruppenspezifisch aufbereiteten Informationen zu Kursinhalten und organisatorischen Fragen dient der gezielten Ansprache von Eltern und Kindern. Maximal 20 Kinder und Jugendliche können an einem Kurs teilnehmen. Die Krankenkassenzugehörigkeit spielt keine Rolle. Die Kursleitungen sind befähigt worden, auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe einzugehen und das Programm entsprechend zu gestalten.

Neben einem ungezwungenen und natürlichen Umgang mit Nahrungsmitteln steht auch die Vermittlung gesundheitsorientierter und zielgruppenspezi-



fischer Sportarten im Vordergrund des Angebots. Der eigene Körper und die Körpersignale wie Appetit, Hunger und Sättigung sollen von der Zielgruppe wieder bewusst wahrgenommen werden. Dazu werden Entspannungs- und Atemübungen, Massagetechniken usw. unterstützend herangezogen.

Sinnliches Erleben von Nahrungsmitteln – Schmecken, Riechen, Fühlen – fördert die Genusserfahrung und hilft, die Produkte in ihrer Besonderheit zu entdecken.

Neben der Erläuterung von Zusammenhängen zwischen Ernährung, Verhalten und Gesundheit werden konkrete Veränderungsmöglichkeiten für den Alltag gemeinsam erarbeitet.

Gesundheitsaufklärung und -beratung erfolgt durch Informationen und Anregungen hinsichtlich verschiedener Bewältigungsstrategien. Dabei spielen die individuellen Handlungsmöglichkeiten und -alternativen und ihre gesundheitliche Wirkung eine wichtige Rolle.

Ein zentrales Kursmerkmal ist das Lernen durch praktische Erfahrungen. Die Vorstellung lokaler Sportangebote und Adipositas-Selbsthilfegruppen gehört

ebenfalls zu diesem Schwerpunkt. So sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass Kinder und Eltern ihren Alltag selber gesund gestalten können. Die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer lernen, angemessen auf psychische Belastungen und Anforderungen zu reagieren. Durch vielfältige emotionale und soziale Erfahrungen – zum Beispiel das Erleben von Spaß und Wohlbefinden in der Kursgemeinschaft, Kontakt zu „Leidensgefährten“ und neue Hoffnung auf Veränderung – sollen psychische und soziale Ressourcen gestärkt werden.

Zum Abschluss des Kurses – sowie vier Monate nach seiner Beendigung – werden Kinder und Eltern zur Akzeptanz und zur Nachhaltigkeit des Erlernenen befragt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Ziel des Kurses ist die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und die Aneignung von Selbstverantwortungskompetenzen bei den von Übergewicht betroffenen Kindern und Jugendlichen. Dabei soll die Erkenntnis gefördert werden, dass nur sie selbst in der Lage sind, ihr Gewicht zu beeinflussen.

Durch eine gezielte Schulung der Körperwahrnehmung mithilfe von Entspannungs- und Atemübungen sowie durch die Anwendung von Massagetechniken werden Körpersignale wie Appetit, Hunger und Sättigung wieder bewusst wahrgenommen. Sinnesübungen helfen, Nahrungsmittel mit „anderen Augen“ zu sehen und machen den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern bewusst, dass es nicht auf die Menge des Essens, sondern auf den Genuss ankommt. Des Weiteren werden die Kinder und Jugendlichen über ihr Krankheitsbild sowie über Ursachen und Folgen aufgeklärt. Intensive Gespräche helfen, störende Verhältnisse im Lebensumfeld zu identifizieren, Stärken und Schwächen herauszuarbeiten und gemeinsam individuelle sowie auf alle Anwesenden übertragbare Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Dies fördert die Selbstakzeptanz der Betroffenen. Hierbei spielt die Einbeziehung der Eltern eine besondere Rolle.

Innerhalb des Kursangebots werden positive Erfahrungen durch Gruppenzusammenhalt und Selbsthilfe ermöglicht. Gegenseitige Motivation soll dazu beitragen, am Gelernten festzuhalten, die Ernährung umzustellen und Sportangebote wahrzunehmen. Die Kinder und Jugendlichen sollen nach dem Kurs gemeinsam mit ihren Eltern befähigt sein, ihre Lebensweisen, das heißt ihre



bisherigen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, zu überdenken und zu verändern und ihr weiteres Leben gesünder zu gestalten. Dazu tragen auch Exkursionen in Schwimmbäder oder Sportvereine bei.

Täglich müssen sich „Dicke“ Beleidigungen von Gleichaltrigen oder Erwachsenen anhören. Eine Konsequenz ist oft der soziale Rückzug. Durch die spielerische Konfrontation mit Alltagssituationen lernen die Kinder und Jugendlichen, mit Aussagen anderer zu ihrem Gewicht umzugehen und diesen durch ein gestärktes Selbstwertgefühl besser zu begegnen.

Besuche im Supermarkt, Erläuterungen zu „ungewöhnlichen“ Nahrungsmitteln (wie exotischen Früchten) und deren Inhaltsstoffen sowie die gemeinsame Zubereitung von Mahlzeiten wecken den Spaß am Kochen und Ausprobieren frischer Lebensmittel. Der Griff zu Fastfood und Fertiggerichten soll zumindest eingeschränkt werden.

Sinnesspiele, wie das langsame Lutschen eines Stückchens Schokolade, schulen die Genussfähigkeit. So werden neue Handlungskompetenzen erworben, die im häuslichen Alltag dazu beitragen können mit zu entscheiden, was eingekauft und gegessen wird.

### ▲ Guter Praxisbereich „Evaluation“

Die Projektevaluation basiert auf zwei Schwerpunkten: Zum einen werden sämtliche Informationen über das Angebot selbst systematisch gesammelt und ausgewertet, zum anderen werden die Erfolge der Teilnehmenden dokumentiert und bewertet. Dafür wurden spezielle Fragebogen entwickelt. Die Erstbefragung zielt auf die Bewertung des Gelernten und die Rahmenbedingungen des Kurses. Die Zweitbefragung liefert Erkenntnisse über die nachhaltige Anwendung des Gelernten im Familienalltag.

Der erste Fragebogen wird am letzten Tag von der Kursleitung an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verteilt. Die Inhalte der Fragestellungen konzentrieren sich auf folgende Schwerpunkte:

- persönliche Daten,
- Was habe ich mitbekommen?
- Welche Fragen sind noch offen?
- Welche Anregungen habe ich?
- Bewertung der Rolle der Kursleitung,

- Bewertung der Kursbedingungen vor Ort,
- Kommentare.

Die Ergebnisse der Befragung werden in einem ersten Treffen den Kursbeteiligten und Kooperationspartnern vorgestellt. Daraufhin wird über eine Fortsetzung des Kurses und ggf. eine Erweiterung der Kursinhalte beraten.

Etwa vier Monate nach Ende des Kurses wird ein weiterer Fragebogen an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und ihre Eltern versandt. Mit diesem Fragebogen soll das Hauptziel des Kurses überprüft werden: die Übernahme gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen – insbesondere in Bezug auf Bewegung, Ernährung und Selbstkompetenz – in den familiären Alltag. Die Fragen beziehen sich somit auf die gegenwärtige Mitarbeit in einer Sport- oder Selbsthilfegruppe, auf sportliche Aktivitäten sowie auf das aktuelle Wohlbefinden. Auch diese Ergebnisse werden innerhalb eines Erfahrungsaustausches allen Beteiligten vorgestellt und gemeinsam analysiert. Die Ergebnisse werden ebenfalls zur Kursoptimierung genutzt.

Aufgrund der ersten Auswertungen wurde ein Kurs für Kinder und Jugendliche konzipiert, an dem auch die Eltern teilnehmen durften. Bis dahin war der



Kurs für Eltern nicht zugänglich. Sie wurden nur zu Einzelgesprächen hinzugezogen.

Die neue Kursform befindet sich derzeit in der Erprobung. Sie soll auch den Eltern helfen, die Krankheit „Übergewicht“ besser zu verstehen und ihre Kinder auf dem Weg zu einer gesunden Lebensweise zu begleiten. Diese Berücksichtigung des sozialen Umfelds der Betroffenen soll einen weiteren Beitrag zur Nachhaltigkeit der Maßnahmen leisten.

### ▲ **Guter Praxisbereich „Nachhaltigkeit“**

Die Kurse werden regelmäßig und langfristig angeboten. Durch die Bemühungen, die Elternbeiträge zu senken bzw. einen Teil der Kursgebühren durch andere Institutionen übernehmen zu lassen, soll es vor allem auch sozial benachteiligten Familien ermöglicht werden, das Angebot zu nutzen.

Die starke Orientierung des Kurses auf das Sammeln positiver Erfahrungen, die Vermittlung einfacher praktikabler Übungen sowie die Unterstützung bei der Nutzung von Selbsthilfegruppen und Sportvereinen im familiären Umfeld erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer nachhaltigen Wirkung.

Die Befragung der bisherigen Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer nach vier Monaten zeigt, dass ca. 80 % der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern versuchen, das Gelernte im Alltag anzuwenden und ihre Lebensweise gesundheitsorientiert umzustellen. Es gibt Überlegungen, mit einer weiteren Befragung nach Ablauf eines Jahres die Ergebnisse erneut zu prüfen.

#### **Kontakt**

AOK Sachsen-Anhalt  
Lüneburger Str. 4  
39106 Magdeburg  
Bundesland: Sachsen-Anhalt  
Telefon: 0391-5804806  
Telefax: 0391-5804212  
E-Mail: kerstin.grasshoff@san.aok.de

## **Eutiner Babynet**

### **Das Netzwerk „Rund um Schwangerschaft, Geburt und danach“**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwelligkeit – Integriertes Handlungskonzept – Kosten-Nutzen-Relation

#### **Abstract**

Die Zeit der Schwangerschaft und Geburt ist als lebenskritische Phase anfällig für verschiedene soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen. Insbesondere bei sozial benachteiligten Familien kumulieren unterschiedliche Belastungsfaktoren. Die Palette der gesundheitsbezogenen Angebote vor Ort ist in der Regel wenig transparent und wird vor allem von bildungsfernen Familien nicht ausreichend in Anspruch genommen. Zielsetzung des Eutiner Babynetzes ist es, durch eine optimale Koordination von medizinischen, behördlichen und sozialen Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten – von der Schwangerschaft über die Entbindung bis ins Säuglingsalter – die gesundheitliche Situation von Schwangeren und jungen Familien zu verbessern. Mit relativ wenig Aufwand wird ein hoher Synergieeffekt erzeugt. Das Eutiner Babynet ist ein nachahmenswertes Modell, das personelle Ressourcen sinnvoll nutzt und auf jede Region übertragbar ist.

#### **Hintergrund**

Die Zeit der Schwangerschaft und Geburt eines Kindes stellt für Eltern eine der bedeutsamsten Veränderungen in ihrem Leben dar. Als so genannte lebenskritische Phase ist diese zugleich anfällig für verschiedene soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen. Insbesondere bei sozial benachteiligten Familien kommen häufig mehrere Belastungssituationen zusammen: zum Beispiel mangelnde Wohnraumausstattung, finanzielle Notlage, keine abgeschlossene Berufsausbildung, fehlende soziale Netzwerke, fehlender Partner, kulturelle und sprachliche Verständigungsschwierigkeiten. Untersuchungen belegen, dass die gesundheitliche Situation bereits im frühen Kindesalter von

der sozialen Lage abhängig ist. Die Zahl der Frühgeborenen, deren Entwicklung stark verzögert ist, liegt bei Frauen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status signifikant höher als bei Frauen aus der Mittel- und Oberschicht. Die Notwendigkeit einer Frühförderung von sozial benachteiligten Kindern ist entsprechend fast doppelt so hoch.

Die Leistungspalette der gesundheitsbezogenen und psychosozialen Angebote in den einzelnen Regionen ist in der Regel wenig transparent und sehr spezialisiert. Dies erzeugt vor allem für bildungsferne Familien, die auf der Suche nach geeigneten Unterstützungsangeboten sind, viele Hürden und hat zur Folge, dass Leistungen nicht ausreichend in Anspruch genommen werden. Um sozial benachteiligte Familien effektiver zu erreichen, ist gemäß der nationalen Gesundheitsziele des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eine bessere Vernetzung der verschiedenen Hilfeangebote notwendig. Die nachgewiesene geringere Inanspruchnahme von Vorsorge- und Informationsdienstleistungen durch belastete Familien erfordert darüber hinaus, dass Zugangswege zum gesundheitlichen und sozialen Hilfesystem so niedrigschwellig wie möglich gestaltet werden.

## Vorgehen

Im Mai 2001 wurde das Netzwerk „Rund um Schwangerschaft, Geburt und danach“ mit Fachleuten aus dem Sozial-, Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungsbereich im Eutiner Raum gegründet. Zielsetzung ist es, die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Schwangeren und jungen Familien durch eine optimale Koordination von medizinischen, behördlichen sowie sozialen Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten – von der Schwangerschaft über die Entbindung bis hin ins Säuglingsalter – zu stabilisieren bzw. zu verbessern. Dieses vernetzte Hilfeangebot bietet vor allem für diejenigen eine effektive Unterstützung, die den größten Bedarf haben: sehr junge Mütter, Alleinerziehende, Familien mit Migrationshintergrund und Familien, die aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Erkrankung am Rande der Armutsgrenze leben.

Zu den am Netzwerk beteiligten Fachkräften und Institutionen gehören Behörden (Jugendamt, Sozialamt, Wohnungsamt), psychosoziale Beratungseinrichtungen, Beratungsstellen für Schwangere, die Klinik vor Ort, Praxen von Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, heilpädagogische Praxen, eine Familienbildungsstätte, der Migrationsfachdienst, das Mutter-Kind-Haus, Träger von Qualifizierungsmaßnahmen, der Verband allein erziehender Mütter und Väter

(VAMV), der Deutsche Kinderschutzbund und weitere Interessierte. Die Angebotspalette reicht von medizinischen und psychosozialen Beratungs- und Versorgungsangeboten über praktische Hilfen nach der Geburt sowie Angebote der Frühförderung, berufliche Qualifizierungsangebote für junge Mütter, (Selbsthilfe-)Gruppen für Alleinerziehende und für junge Mütter bis hin zu stationären Hilfen für Mütter mit Kindern.

Das Eutiner Babynetz wird koordiniert durch die Beratungsstelle für Familienplanung und Schwangerschaftskonflikte des Kreises Ostholstein und trifft sich einmal pro Quartal zum Informationsaustausch. Die Netzwerkpartnerinnen und -partner erhalten regelmäßig aktuelle Informationen zu fachspezifischen Fragestellungen. Im Rahmen der Netzwerktreffen wird neben dem Austausch auch Raum für Fachvorträge gegeben. Das Eutiner Babynetz hat kein starres Konzept, sondern ist offen und prozessorientiert. Dies bezieht sich sowohl auf die Teilnehmenden als auch auf Diskussionsinhalte und Ideen.

Um die Transparenz der Angebote in der Region zu verbessern und Frauen sowie werdende Familien darüber zu informieren, zu welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft welche Schritte zu unternehmen sind bzw. welche Form der Unterstützung wann in Anspruch genommen werden kann, wurden von Fachkräften des Eutiner Babynetzes folgende Materialien für die Zielgruppe erarbeitet:

- Wegweiser mit Adressen im Eutiner Raum „Rund um Schwangerschaft, Geburt und danach“,
- Checkliste „Schwanger? Was muss ich wann tun?“.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwelligkeit“

Das zentrale Anliegen des Eutiner Babynetzes ist eine schnelle und unbürokratische Unterstützung von Frauen und Familien in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und erstem Lebensjahr des Kindes durch eine koordinierte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Institutionen und entsprechende Weitervermittlung im Sinne einer fachkompetenten und bedarfsorientierten Hilfeplanung. Die Schwellen beim Zugang zu den einzelnen Unterstützungsangeboten des Netzwerks werden durch „kurze Dienstwege“ untereinander deutlich herabgesetzt: Wird beispielsweise im Rahmen einer Schwangerschaftsberatung bekannt, dass die Betroffene aufgrund der Trennung von ihrem Partner dringend eine neue Unterkunft benötigt, kann die Wohnraumbeschaffung durch die bestehende Kooperation mit dem Wohnungsamt der

Stadt Eutin beschleunigt werden. Wartezeiten und Anmeldeformalitäten lassen sich durch den engen Kontakt der Fachkräfte reduzieren bzw. zum Teil ausschalten. Die Motivation der Betroffenen, eine weitere Institution aufzusuchen, wird durch die Vermittlung und Abstimmung der weiteren Vorgehensweise mit der dortigen Ansprechpartnerin bzw. dem Ansprechpartner erfahrungsgemäß erhöht.

Sprachliche Schwierigkeiten beim Zugang zu Frauen und Familien mit Migrationshintergrund lassen sich durch die Zusammenarbeit mit dem Migrationsfachdienst des Kreises Ostholstein und dem dortigen Kontakt zu Sprachmittlern im Bedarfsfall überbrücken.

### ▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept“

Vernetzung als Wesensmerkmal eines integrierten Handlungskonzepts ist zugleich das Herzstück des Eutiner Babynetzes. Durch die Verzahnung von verschiedenen Systemen und eine passgenaue Abstimmung des Bedarfs wird ein Optimum an Hilfeleistung im jeweiligen Einzelfall ermöglicht. Die Erfahrung zeigt, dass zum Beispiel am Netzwerk beteiligte Medizinerinnen und Mediziner durch die verstärkte Sensibilisierung für die besonderen Problemstellungen von sozial benachteiligten Müttern und jungen Familien, aber auch durch die Kenntnis der differenzierten Hilfeangebote vor Ort, verstärkt an Beratungsstellen oder Bildungseinrichtungen verweisen bzw. direkt mit Fachkräften Kontakt aufnehmen. Die allerorten eingeforderte interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht in der praktischen Umsetzung eine ganzheitliche Gesundheitsförderung im Sinne der WHO, nämlich das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden von Menschen zu stabilisieren. Dies ist aufgrund der Häufung von Belastungssituationen bei sozial benachteiligten Familien besonders angezeigt und hat sich bei der Arbeit des Eutiner Babynetzes als effektiv erwiesen. Zielsetzung auf kommunaler Ebene ist es, durch die Einbeziehung entsprechender Entscheidungsträger langfristig eine Verbesserung von Sozialplanung und Leistungen für die Zielgruppe zu erreichen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Kosten-Nutzen-Relation“

Das Eutiner Babynetz erzeugt mit relativ wenig Aufwand einen hohen Synergieeffekt. Die Organisationen und Institutionen unterstützen das Babynetz durch Sachleistungen und personellen Einsatz. Es stehen keine gesonderten

Projektmittel zur Verfügung. Dies bedeutet zugleich, dass das Projekt unabhängig von einer zeitlich befristeten finanziellen Förderung ist. Die Finanzierung von Teilprojekten (zum Beispiel Wegweiser und Checkliste) erfolgt über geringe Spenden. Der Vorteil für die beteiligten Partnerinnen und Partner ist neben der Verbesserung der Leistungen für die Zielgruppe auch in einer kostengünstigen Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch den regelmäßigen Fachaustausch zu sehen. Insgesamt lässt sich eine ausgesprochen positive Kosten-Nutzen-Relation bilanzieren.

In Zeiten immer knapper werdender kommunaler Mittel ist dieses Netzwerk ein nachahmenswertes Modell, das personelle Ressourcen sinnvoll nutzt und grundsätzlich auf jede Region übertragbar ist.

### **Kontakt**

Angela Jagenow  
Kreis Ostholstein, Fachbereich Jugend und Soziales  
Beratungsstelle für Familienplanung und Schwangerschaftskonflikte  
Lübecker Straße 41  
23701 Eutin  
Bundesland: Schleswig-Holstein  
Telefon: 04521-788314  
Telefax: 04521-788698  
E-Mail: [a.jagenow@kreis-oh.de](mailto:a.jagenow@kreis-oh.de)



## Gesundheit und Aktivität in Schulen

### Gute Praxisbereiche:

Settingansatz – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Dokumentation und Evaluation

### Abstract

Schuleingangsuntersuchungen belegen, dass bereits bei Kindern im Alter von sechs bis sieben Jahren gesundheitliche Risikofaktoren wie Übergewicht und Bewegungsmangel auftreten. Insbesondere Übergewicht stellt bei Kindern und Jugendlichen in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen ein überproportional häufiges und somit ernst zu nehmendes Problem dar, wie der Kindergesundheitsbericht der Stadt Lübeck zeigt. Das grenzüberschreitende EU-Projekt „Gesundheit und Aktivität in Schulen“, das in Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt Lübeck und der Stadt Størstroms Amt in Dänemark durchgeführt wird, verfolgt die Zielsetzung, ein gesundheitsförderndes Good-Practice-Modell insbesondere für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche im Setting Schule zu entwickeln und zu erproben. Zu den inhaltlichen Schwerpunkten gehören die Bereiche Ernährung sowie Bewegung und Entspannung, die als Nachmittagsmodule im Rahmen der offenen Ganztagsangebote der beteiligten Haupt- und Förderschulen in Lübeck angeboten werden. Durch Austausch und Wissenstransfer der beteiligten Fachkräfte und Schülerinnen bzw. Schüler beider Länder werden die unterschiedlichen Erfahrungen systematisch in der Projektentwicklung berücksichtigt.

Der Schulalltag konnte durch das Projekt im Sinne einer Verhältnisprävention inzwischen nachhaltig verändert und um die Komponente Gesundheitsförderung bereichert werden. Umgangsregeln und Kommunikationsstrukturen wurden verändert sowie das Essen in zwei beteiligten Schulkantinen verbessert. Gesundheitsbezogene Kursangebote konnten etabliert werden. Beispielhaft ist auch das integrierte Handlungskonzept, das „Gesunde-Städte“-Mitglieder aus Schleswig-Holstein und Dänemark sowie zahlreiche weitere Partner mit einbezieht.

## Hintergrund

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in den westlichen Industriestaaten. Viele chronische Erkrankungen wie etwa Arteriosklerose und Diabetes mellitus werden in hohem Maße durch Lebensstilfaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, Fehlernährung und Übergewicht begünstigt und verursachen erhebliche Kosten für das Gesundheitswesen. Eine Untersuchung des Instituts für Humanernährung der Christian-Albrecht-Universität Kiel zeigte, dass zum Zeitpunkt der Einschulung bereits bei ca. 12% aller Jungen und Mädchen in Schleswig-Holstein Risikofaktoren wie Übergewicht und Bewegungsmangel vorliegen.

Der stadtteilorientierte Kindergesundheitsbericht aus dem Jahr 2000 der Hansestadt Lübeck belegt, dass Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen ein überproportional häufiges und somit ernst zu nehmendes Problem in der Hansestadt darstellt. Auch der Gesundheitszustand der Bevölkerung in Størstroms Amt (DK) ist aufgrund eines relativ hohen Anteils sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen im gesamt-dänischen Vergleich unterdurchschnittlich.

Das grenzüberschreitende EU-Projekt „Gesundheit und Aktivität in Schulen“ wird im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung und Zusammenarbeit gefördert und mit dem Ziel durchgeführt, ein gesundheitsförderndes Good-Practice-Modell insbesondere für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche im Setting Schule zu entwickeln und zu erproben. Inhaltliche Schwerpunkte sind hierbei die Bereiche Ernährung, Bewegung und Entspannung/Konfliktbewältigung. Es erfolgt ein grenzüberschreitender Austausch und Wissenstransfer von den beteiligten Fachkräften und Schülerinnen bzw. Schülern sowie eine begleitende Evaluation durch die Universitäten Schleswig-Holstein, Campus Lübeck und Kopenhagen. Ein Nebeneffekt des Projekts ist die Qualifizierung von Fachkräften und die Schaffung von Arbeitsplätzen in beiden Regionen.

Das deutsche Projekt verfolgt einen primärpräventiven Ansatz; in Dänemark liegt der Schwerpunkt im Bereich der Sekundärprävention. Das langfristige Ziel des Projekts ist es, den Bereich Gesundheitsförderung in den Lehrplänen systematisch zu verankern und das gemeinsam entwickelte Angebot regelhaft in Schulen durchzuführen. Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf die Projektumsetzung in Lübeck.

## Vorgehen

Das Modellprojekt ist auf drei Jahre angelegt (August 2003 bis Sommer 2006) und wird in Lübeck an drei Schulen in den Jahrgangsstufen 5 und 6 durchgeführt. Beteiligt sind zwei Hauptschulen und ein Förderzentrum in sozial benachteiligten Stadtteilen, die bereits über ein offenes Ganztagsangebot verfügen. Das Projekt umfasst gesundheitsförderliche Kursangebote für Schulkinder sowie den Erfahrungsaustausch zwischen den Fachkräften und Schülerinnen bzw. Schülern.

### **Einrichtung und Durchführung von gesundheitsfördernden Kurseinheiten im Rahmen des offenen Nachmittagsangebots**

Zu Beginn des jeweiligen Schuljahres werden die Kinder über das Angebot an Nachmittagskursen, zu denen auch das Projekt zählt, informiert und dürfen dann auswählen, an welchem Kurs sie teilnehmen möchten.

Die Angebote „Ernährung/Kochen“ und „Bewegung/Entspannung“ finden abwechselnd in Blöcken à zwölf Wochen statt und werden nachmittags in ein- einhalbstündigen Kurseinheiten von ausgebildeten Fachkräften in Zusammenarbeit mit dem Lehrpersonal durchgeführt. Pro Angebot können acht bis zehn Schülerinnen und Schüler teilnehmen.

Im Modul „Ernährung/Kochen“ werden Kenntnisse über eine gesunde und ausgewogene Ernährung vermittelt; durch die gemeinsame Zubereitung von Mahlzeiten in der Schulküche werden praktische Fertigkeiten erlangt. Methodisch wird unter anderem mit der „Kinderpyramide – clever essen und trinken“ des „aid Infodienst Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft“ gearbeitet. In vier aufeinander aufbauenden Kapiteln werden den Kindern auf praxisnahe Weise grundlegende Informationen zum Thema Ernährung vermittelt. Diese reichen von der Reflexion der eigenen Nahrungsaufnahme über das Zusammenstellen von Mahlzeiten bis hin zur Botschaft „Bring Bewegung in deinen Alltag!“.

Beim Kursangebot „Bewegung/Entspannung“ wurden die Bewegungsangebote zunächst separat von den Entspannungsübungen durchgeführt. Die Erfahrungen des ersten Projektjahres zeigten jedoch, dass ein ausschließliches Entspannungsangebot von den Kindern nicht gut angenommen wurde, sodass man dazu überging, beide Aspekte zu kombinieren. Das Angebot unter dem Titel „Spaß aktiv“ ist in drei Blöcke gegliedert, die von allen beteiligten Kindern wahrgenommen werden: 1. Konditionssteigerung durch Ausdauerläufe/

-spiele, 2. Kennenlernen unterschiedlicher altersgerechter Entspannungsmethoden und 3. laufintensive Spiel- und Bewegungsformen. Je nach Verfügbarkeit einer Schwimmhalle wird ergänzend ein Schwimmangebot zur Verfügung gestellt. Vorrangige Zielsetzung des Bewegungsmoduls ist es, die Freude der Kinder an Bewegung zu verstärken. Als Einstieg in dieses Modul findet jeweils eine Runde statt, bei der alle Gelegenheit haben, zu erzählen, wie es ihnen geht und was gerade wichtig ist. Im späteren Entspannungsteil kann bei Anwesenheit einer Co-Leitung auf einzelne (problematische) Themen der Kinder genauer eingegangen werden.

### **Wissenstransfer durch Austausch von Projektbeteiligten (Fachkräfte und Schülerinnen/Schüler)**

Pro Maßnahmejahr werden vier Workshops für die Kursleiterinnen und -leiter beider Regionen durchgeführt. Neben dem Kennenlernen der jeweiligen Gesundheits- und Sozialsysteme können sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über ihre praktischen Erfahrungen, die im Laufe des Projekts gesammelt werden, austauschen. Unter anderem werden die Ansätze zur Gesundheitsförderung beider Regionen unter Erarbeitung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Rahmen des Kurssystems verglichen; ferner werden die verschiedenen pädagogischen Aktivitäten diskutiert mit dem Ziel der Anwendung in beiden Regionen (z. B. Sportolympiade, Bewegungstagebuch, Austausch von Rezepten, Einsatz von E-Mails).

Einmal jährlich findet ein dreitägiger Schüleraustausch statt. Dieser beinhaltete beispielsweise im Schuljahr 2003/2004 sportliche Freizeitaktivitäten wie Wikingerspiele, das Erklettern der Treppen an den Felsen von Mont Klint sowie den Besuch einer Sporthochschule.

### **▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“**

In den beteiligten Schulen wird durch das Projekt sowohl auf Lehrer- als auch auf Schülerseite ein Raum zur Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit und Wohlbefinden geschaffen. Die Teilnahme an den Angeboten am Nachmittag ist freiwillig und kostenlos, jedoch verbindlich für die Dauer eines Schuljahres. Im Rahmen der Module am Nachmittag erhalten die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit, sich sportlich-spielerisch oder bei den gemeinsamen Kochaktivitäten mit gesundheitsfördernden Themen miteinander vertraut zu machen. Die vor allem im Modul „Bewegung/Entspannung“ verankerten Umgangsregeln beziehen auch das soziale Miteinander als wich-

tigen gesundheitsförderlichen Aspekt mit ein. Diese Regeln reichen von der verbindlichen Teilnahme und ggf. Entschuldigung bei Abwesenheit über Kommunikationsprinzipien wie „Wenn einer redet, hören alle anderen zu“ bzw. „Wenn einer Stopp sagt, dann gilt dies auch“ bis hin zu „Störungen haben Vorrang“. Darüber hinaus gilt der Grundsatz, sowohl für das eigene Sprechen und Handeln als auch füreinander Verantwortung zu übernehmen im Sinne von „Ich passe auf dich auf, du passt auf mich auf“.

In zwei der beteiligten Schulen wurde im Laufe des Projekts das Essensangebot in den Schulkantinen deutlich verbessert. Inzwischen gibt es ein wesentlich größeres Angebot an frischem Obst und Gemüse im Rahmen der Pausen- und Mittagsverpflegung. Als ein vorbildliches Beispiel für die bereits stattfindende Implementierung der Kursmodule lässt sich die Anna-Siemsen-Schule nennen: Obwohl das Projekt noch in der Erprobungsphase ist, hat die Schule in Eigeninitiative flächendeckend für alle fünften Klassen verpflichtend gesundheitsbezogene Kursangebote etabliert. Die dort tätigen Lehrkräfte haben sich bereit erklärt, diese Angebote selbstständig durchzuführen. Der Schulalltag wurde auf diese Weise im Sinne einer Verhältnisprävention inzwischen nachhaltig verändert und um die Komponente Gesundheitsförderung bereichert.

Durch diesen wirksamen Settingansatz und die Auswahl der Schulen in sozialen Brennpunkten gelingt es sehr gut, sozial benachteiligte Kinder zu erreichen, ohne diese zu stigmatisieren bzw. sie als eine besondere Zielgruppe zu exponieren.

### ▲ **Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“**

Im Rahmen eines Erfahrungsaustauschs zwischen „Gesunde-Städte“-Mitgliedern aus Schleswig-Holstein und aus Dänemark im Jahr 2002 wurde deutlich, dass sowohl auf dänischer als auch auf deutscher Seite ein erhebliches Problem mit übergewichtigen Kindern besteht, das insbesondere die unteren sozialen Schichten betrifft.

Das Gesundheitsamt Lübeck, bei dem auch die Vertretung des „Gesunde-Städte“-Netzwerkes Nord angesiedelt ist, hat daraufhin in Kooperation mit dem Schulamt und Schulrat der Hansestadt Lübeck, dem Netzwerk Ernährung, den Landesministerien für Gesundheit und Kultur und verschiedenen

Krankenkassen Ideen für ein Gesundheitsförderungsprojekt im Setting Schule zur Erreichung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher entwickelt. Dabei wurden von Beginn an die wesentlichen Akteurinnen und Akteure in die Entwicklung des Projektvorgehens mit einbezogen.

Im Zuge erster Kontaktaufnahmen mit Lübecker Hauptschulen wurden bei den jeweiligen Schulleiterinnen und -leitern Interesse und Möglichkeiten einer modellhaften Implementierung von gesundheitsfördernden Bildungsmodulen in den jeweiligen Nachmittagsangeboten abgefragt. Im weiteren Planungsverlauf wurden Kontakte zu Sportvereinen und Fitnesscentern, zum ALBATROS-Projekt (*AL*ternative*BER*ufs*AUS*bildung- und *TR*ainings*OFF*ensive) und zu den Landfrauen hergestellt, um potenzielle Partner und Fachkräfte für die konkrete Durchführung der Angebote zu gewinnen. Im Rahmen dieser Beziehungen erfolgten die Abstimmung und Optimierung von Interventionen und Zielen des Projekts. Die beteiligten Krankenkassen sowie das Kultusministerium werden regelmäßig über den Projektverlauf informiert.

Um das Projekt systematisch und in einem größeren Rahmen durchführen zu können, wurden gemeinsam mit den dänischen Partnern Fördermöglichkeiten durch die EU geprüft und beantragt.



## ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

Die wissenschaftliche Begleitung durch die Universität Lübeck erfolgt in Form einer Machbarkeitsstudie, die zeigen soll, in welcher Weise Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche erfolgreich sein kann. Zielsetzung ist die Erarbeitung von Best-Practice-Modulen in den genannten Handlungsfeldern. Die besonderen Anforderungen hinsichtlich des Bedarfs der Zielgruppe sowie Hürden in der praktischen Umsetzung wurden durch die Erfahrungen in den ersten beiden Maßnahmejahren sichtbar und konnten jeweils in der weiteren Planung berücksichtigt werden. Hierzu dient u.a. der grenzüberschreitende Fachaustausch in Form von Workshops, die viermal jährlich stattfinden. An den Workshops nehmen neben Mitgliedern der deutschen und der dänischen Lenkungsgruppen die Fachreferentinnen und -referenten, die Schulleiterinnen und -leiter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes Lübeck, Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen sowie die Evaluatorinnen und Evaluatoren teil.

Im Rahmen der Evaluation werden zur Einschätzung und Bewertung des Projektverlaufs die Fachreferentinnen und -referenten, Lehrkräfte sowie Schulleiterinnen und -leiter mithilfe strukturierter Interviews befragt. So hat sich zum Beispiel gezeigt, dass externe Fachkräfte aus den Bereichen Bewegung und Ernährung aufgrund einer fehlenden (sozial-)pädagogischen Grundqualifikation im Umgang mit der Zielgruppe mitunter überfordert waren und Schwierigkeiten hatten, die Kinder „bei der Stange zu halten“. Als Konsequenz wurde eine eintägige Pädagogikfortbildung für die Fachreferentinnen und -referenten organisiert. Es hat sich insgesamt als sinnvoll erwiesen, das Lehrpersonal stärker in die Kursleitung einzubinden. Darüber hinaus wird künftig berücksichtigt, dass während der Zeit des Ramadans keine Angebote im Bereich „Kochen/Ernährung“ gemacht werden und auf bestimmte Lebensmittel wie etwa Schweinefleisch verzichtet wird. Außerdem wurde das ursprünglich separate Modul „Entspannung“ mit dem Baustein „Bewegung“ zusammengefasst, da sich im ersten Jahr herausgestellt hat, dass ein reines Entspannungsangebot von den Kindern nicht gut angenommen wird.

Die Einbeziehung der Eltern ist ein weiterer wichtiger Baustein, um im optimalen Fall einen Transfer in das familiäre Umfeld zu ermöglichen. Leider bestand bisher seitens der Eltern wenig Interesse an der Maßnahme. Dies wurde anhand ihrer geringen Teilnahme an den Informationsveranstaltungen über das Projekt deutlich und belegt die schwere Erreichbarkeit bildungsferner Elternhäuser.

Jeweils zu Beginn und am Ende des Maßnahmejahres werden die teilnehmenden Schülerinnen und Schüler mittels Fragebogen zu ihrem Freizeitverhalten, ihrer psychosozialen Situation und zu ihren Ernährungsgewohnheiten befragt. In der zweiten Befragung wird ergänzend abgefragt, wie den Kindern das Angebot gefallen hat. 66,7% der Kinder, die an dem Kursangebot im Schuljahr 2003/2004 teilgenommen hatten, gaben an, dass sie den Kurs gern besucht haben. 76,7% von ihnen würden ihn einem Freund empfehlen. Das Modul „Ernährung“ gefiel 70% der befragten Schülerinnen und Schüler gut bzw. sehr gut, mehr als 53% beurteilten den Bewegungsteil als gut bzw. sehr gut. Der zu dem Zeitpunkt noch separate Baustein „Entspannung“ wurde von einem Drittel der Kinder mit „gut“ bzw. „sehr gut“ bewertet.

### **Kontakt**

Dr. Michael Hamschmidt  
Gesundheitsamt Lübeck  
Sophienstraße 2–8  
23560 Lübeck  
Bundesland: Schleswig-Holstein  
Telefon: 0451-1225300  
Telefax: 0451-1225390  
E-Mail: [gesundheitsamt@luebeck.de](mailto:gesundheitsamt@luebeck.de)  
Website: [www.gesundheitsamt.luebeck.de](http://www.gesundheitsamt.luebeck.de)



## **Schutzengel e. V.**

### **Vernetzungsprojekt zur Förderung von Maßnahmen, die Familien mit jungen Kindern in einem sozialen Brennpunkt unterstützen**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Niedrigschwelligkeit – Evaluation

#### **Abstract**

Zahlreiche Familien und Alleinerziehende befinden sich in schwierigen sozialen Lagen. Damit verbunden sind Mehrfachbelastungen und Überforderungen, die sich negativ auf die Gesundheit der Kinder auswirken. Zielsetzung des Projekts ist es, durch spezielle niedrigschwellige Angebote und Frühförderungsmassnahmen Frühbegleitung (zum Beispiel Familienhebammen, Kinderbetreuungsangebote, Elterntreffpunkte) und Hilfestellungen in den Familien zu geben, um Entwicklungsstörungen und gesundheitliche Probleme bei Kindern zu verringern oder zu verhindern. Angesprochen werden Familien bzw. Mütter in schwierigen sozialen Lebenslagen mit Kindern im Alter von null bis drei Jahren. Über die interdisziplinäre Arbeitsweise und verstärkte Einbindung von Kooperationspartnerinnen und -partnern (Kliniken, Ämter, Kitas u. Ä.) erfolgt eine effektivere Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen vor Ort und es kann eine gezielte Unterstützung gegeben werden.

#### **Hintergrund**

Im Norden Flensburgs, an der Westseite der Förde, liegt die Neustadt – in der Zeit der Industrialisierung im 19. Jahrhundert ein Stadterweiterungsgebiet. In ihrem heutigen Erscheinungsbild spiegelt sich der wirtschaftliche Strukturwandel des ausgehenden Industriezeitalters wider: Brachgefallene Gewerbe- und Industrieflächen, industrieller großflächiger Einzelhandel, Gründerzeitwohnungen und schlichter Arbeiterwohnungsbau, verbunden mit gebietsbezogenem Einzelhandel und Kleingewerbe charakterisieren die Neustadt. Diese ist seit 1999 im Förderprogramm Soziale Stadt und gleichzeitig Sanierungsgebiet nach dem Baugesetzbuch.

Hier leben rund 4500 Menschen, unter ihnen überdurchschnittlich viele sozial Benachteiligte. Zahlreiche Familien und Alleinerziehende befinden sich in schwierigen sozialen Lebenslagen. Damit verbunden sind Überforderungen und Spannungen, die sich negativ auf die psychische und gesundheitliche Lage vor allem der Kinder auswirken.

Im gesundheitlichen Bereich wurden insbesondere für Kinder und Jugendliche Sprach- und Entwicklungsstörungen, Deprivation, Übergewicht, Karies, Verhaltensauffälligkeiten sowie erhöhte Asthma- und Infektionsanfälligkeit beschrieben.

## Vorgehen

Vor diesem Hintergrund ist das Modellvorhaben Schutzensel-Projekt entstanden. Es wurde vom Land Schleswig-Holstein gefördert. Schutzensel e. V. ist ein Zusammenschluss verschiedener im Gebiet ansässiger Träger, die sich zum Ziel gesetzt haben, Hilfestrukturen für junge Familien in der Neustadt zu stärken, zu verbessern und auch zu entwickeln. Es geht von einem umfassenden Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation aus und ist ein partizipatorisches Projekt zur Stützung von Eltern und Kindern. Durch Frühbegleitung soll Hilfestellung in den Familien gegeben werden, um Entwicklungsstörungen und Behinderungen körperlicher und seelischer Art bei Kindern zu verringern oder zu verhindern. Dieses wird durch verschiedene Bausteine erreicht:

- Die Familienhebamme, die mit dem Diakonissenkrankenhaus zusammenarbeitet, unterstützt junge Familien während der Schwangerschaft und nach der Geburt weit über den Rahmen der üblichen, durch die Krankenkassen finanzierten Hilfen hinaus. Sie übt auch präventive Frühbetreuung aus. Sie hat „alle Zeit der Welt“, und die wird auch gebraucht bei vielen Familien, die häufig in ihrer Lebenssituation mehrfach belastet und überfordert sind. Alltagsorgen, Gesundheitsprobleme, Ratlosigkeit im Umgang mit einem Schreikind – dies sind Themen, die gemeinsam mit der Familienhebamme angegangen werden können.
- Die Kindergarten Adelby 1 GmbH ist für die wissenschaftliche Begleitung, die Koordination des Elterntreffcafés und die pädagogische Frühförderung der Kinder im Alter von null bis drei Jahren verantwortlich.
- Die Familienbegleiterin der Diakonie unterstützt junge Familien in Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde insbesondere bei der Bewältigung des Alltags.

- Dem Elterntreffpunkt kommt ganz entscheidende Bedeutung zu. Zwei Wohnungen baute der Flensburger Arbeiter Bauverein zum Teil mit Städtebauförderungsmitteln – Soziale Stadt – zum Elterntreffcafé um. Hier erhält jeder Gelegenheit, über die großen und kleinen Sorgen miteinander zu sprechen, erfährt Tipps zur Bewältigung des Alltags sowie zu Erziehungs- und Gesundheitsproblemen oder kann sich austauschen bzw. einfach „nur“ miteinander reden. In den Räumen des Elterncafés bietet die Hebamme eine Sprechstunde an. Der Kindergarten Adelby 1 ist dort zur Frühförderung der Kleinkinder beratend tätig. Um das Elterncafé zu betreiben, ist eine ehrenamtliche Mitarbeit notwendig und auch vorgesehen. Das Café soll langfristig zu einem Ort der Selbsthilfe werden; Eltern können dort Kompetenz erwerben und ihr Wissen weitergeben.

Schutzengel e. V. ermöglicht mit seinen unterschiedlichen Bausteinen eine Begleitung und Beratung von Müttern in schwierigen Lebenslagen – von der Schwangerschaft über die Säuglingspflege bis hin zur Kindererziehung.

### ▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“

Schutzengel e. V. basiert auf einer eigens entwickelten Netzwerkarbeitsweise, in deren Rahmen es zu einer übergreifenden Abstimmung des Handlungskonzepts mit den beteiligten Kooperationspartnerinnen und -partnern gekommen ist. Die Netzwerkbeteiligten haben teils durch Strukturänderungen im Abrechnungswesen sowie über Gestellungsverträge, personelle Verknüpfungen und finanzielle Beteiligungen neue Kooperationswege erprobt. Dazu gibt es folgende Beispiele:

- Die bis 2004 beim Kirchenkreis angestellte diakonische Familienbegleiterin arbeitete im Schutzengel-Projekt. Zur Zeit ist die Familienbegleiterin beim Förderverein Schutzengel e. V. angestellt.
- Die AOK Flensburg hat einen Teil des Abrechnungsverfahrens hausintern umstrukturiert.
- Die Wohnungsbaugenossenschaft (Flensburger Arbeiter Bauverein) konnte mit Städtebaufördermitteln zwei Wohnungen mietfrei zur Verfügung stellen.

Durch diese Netzwerkarbeitsweise entsteht eine Situation, von der der Stadtteil insgesamt profitiert. Wohnungen werden besser vermietet, die Menschen haben eine Anlaufstelle, in der sie sich ungezwungen treffen können und unbürokratisch Unterstützung erhalten.

Das vernetzte interdisziplinäre Arbeiten – eingebunden in ein integriertes Handlungskonzept – wird im Evaluationsbericht als „Win-win-Situation“ bewertet. Einzelne Institutionen wie Kliniken, Ämter, Kindertagesstätten und Kindergärten werden in ihren Aktivitäten entlastet, die Zusammenarbeit der Einrichtungen wird durch häufige Kontakte und Absprachen effektiver. Wohnungsmodernisierung und soziales Engagement der Wohnungswirtschaft beeinflussen positiv einerseits das soziale Klima und erreichen andererseits eine bessere Vermietung. Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Verbindung von baulichen, städtebaulichen und sozialen Maßnahmen im Rahmen des Projekts Synergieeffekte erzeugt.

Diese werden laut Evaluationsbericht insbesondere in folgenden Bereichen wirksam:

- Stabilisierung des Quartiers,
- Imagegewinn des Stadtteils,
- Imagegewinn der beteiligten Institutionen (Ämter, Wohnungsbaugesellschaft, Kirchengemeinde u. a.),
- Arbeitsentlastung der Institutionen,
- effektivere Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen.

Nach vereinzelt aufgetretenen Akzeptanz- und Kooperationschwierigkeiten in der Anfangsphase des Projekts Schutzengel e. V., hat sich die Zusammen-



arbeit über den Projektzeitraum zunehmend positiv entwickelt und als effektive Arbeitsform gezeigt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwelligkeit“

Ein nachahmenswerter Praxisbereich des Schutzengel-Projekts zeigte sich in der besonderen Niedrigschwelligkeit des Konzeptansatzes, bezogen auf Prävention und Gesundheitsförderung. Das Projekt ist

- nicht amtsgebunden,
- gewährleistet den Betroffenen ein hohes Maß an Anonymität und
- ist aufsuchend durch die Familienhebamme und Familienbegleiterin.

Dadurch konnte auch die Akzeptanz des Projekts insbesondere bei der Zielgruppe Mütter bzw. Eltern in schwierigen sozialen Lagen mit Kindern von null bis zu drei Jahren gesteigert werden.

Die Evaluationsergebnisse bestätigen die Annahme, dass ein Zugang zu Familien bzw. Müttern in schwierigen Lebenslagen vor allem über die niedrigschwelligen Strukturen gewährleistet wird. Besondere Bedeutung kommt der direkten persönlichen Ansprache der Frauen vor allem zu Zeiten von Schwangerschaften, Geburt und frühkindlicher Betreuung zu. Die Vereinsstruktur erleichterte den Zugang zur Zielgruppe.

Der Evaluationsbericht beschreibt folgende begleitende Faktoren, unter denen eine erfolgreiche aufsuchende und nachgehende Arbeit durch die Mitarbeiterinnen von Schutzengel möglich wurde:

- Vertrauen,
- Diskretion,
- unbürokratische schnelle Hilfe,
- Präsenz vor Ort,
- Zwanglosigkeit,
- Transparenz des Handelns,
- Einbeziehung der Mutter in den Maßnahmenplan,
- Wertschätzung der Mutter.

### ▲ Guter Praxisbereich „Evaluation“

Die Projektziele von Schutzengel wurden nach Ablauf der dreijährigen Laufzeit umfassend hinsichtlich ihrer Umsetzung und Wirksamkeit extern geprüft.



Dies erfolgte mittels qualitativer Forschungsmethoden. Es wurden leitfadens- strukturierte offene Interviews eingesetzt, mit denen die wesentlichen Per- spektiven der beteiligten Akteure im Projekt erfasst wurden:

1. Vertreter und Vertreterinnen aus dem Netzwerk des Schutzengel-Projekts,
2. Mitarbeiterinnen des Schutzengel-Projekts,
3. Mütter, die als Zielgruppenvertreterinnen das Schutzengel-Projekt in An- spruch nehmen.

Im Rahmen der Interviewauswertung wurden die auf die Fragestellung bezo- genen Aussagen der Akteure herausgearbeitet und einander gegenüberge- stellt. Diese vergleichende Zusammenführung der drei unterschiedlichen Perspektiven ermöglicht eine umfassende Bewertung des Projekts.

Im Mittelpunkt der Evaluierung standen die folgenden drei Themenfelder:

#### *1. Akzeptanz des Projekts*

- Konnte die Zielgruppe „Familien bzw. Mütter in ‚schwierigen‘ Lebenslagen mit Kindern von null bis drei Jahren“ erreicht werden?
- Wird das Projekt von der Zielgruppe angenommen?

#### *2. Prävention und Gesundheitsförderung*

- Werden präventive und/oder salutogenetische Maßnahmen wirksam?

### 3. Kooperation des Netzwerks

- Konnten innovative Vernetzungsstrukturen entwickelt werden?
- Werden sie wirksam?

Positiv hervorzuheben ist, dass im Rahmen der qualitativ konzipierten Evaluation alle wesentlichen Beteiligten mit einbezogen wurden. Darüber hinaus zeigte die vergleichende Betrachtung der Ergebnisse eine weitgehende Übereinstimmung der drei Beteiligtenperspektiven. Die Ergebnisse der Evaluation konnten deutliche Hinweise erbringen, dass das Projekt des Schutzengel e. V. in den Bereichen Erreichbarkeit der definierten Zielgruppe, Prävention und Gesundheitsförderung sowie innovativer Kooperation effektiv arbeitet. Das Konzept wird von den Evaluierenden als übertragbare und zukunftsweisende Arbeitsform eingeschätzt. Die Evaluation konnte somit die „erfolgreiche Umsetzung des Konzepts ... als ein effektives Präventionsmodell für Familien in schwierigen Lebenslagen mit Kindern im Alter von bis zu drei Jahren“ belegen.<sup>18</sup> Darüber hinaus wurde durch die strukturierte Arbeitsweise im Vorgehen und durch die positiven Evaluationsergebnisse eine Außendarstellung ermöglicht, die der nachahmenswerten Projektqualität angemessen ist.

#### **Kontakt**

Informationen zum Projekt: Volker Syring  
Förderverein Schutzengel e. V.  
Lerchenstr. 4–6  
24939 Flensburg  
Bundesland: Schleswig-Holstein  
Telefon: 0461-9402850  
E-Mail: vsyring@adelby.de  
Website: [www.schutzengel-flensburg.de](http://www.schutzengel-flensburg.de)

Informationen zur Evaluation: Frau Helene L. Luig-Arlt  
Büro für Stadtteilmanagement  
Heuberg 5  
24977 Langballig  
Telefon: 04636-977858  
Telefax: 04636-977857  
E-Mail: [luig-arlt@foni.net](mailto:luig-arlt@foni.net)

---

<sup>18</sup> Luig-Arlt, H. L. (2004): Modellprojekt Schutzengel e. V. Abschlussbericht – Evaluation, Flensburg. Erhältlich unter [www.schutzengel-flensburg.de](http://www.schutzengel-flensburg.de) in der Rubrik „Aktuell“.

## **Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit**

### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung  
– Dokumentation und Evaluation

### **Abstract**

In den letzten Jahren ist das Thema „Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“ immer mehr ins Zentrum des öffentlichen Interesses gerückt. Es wird davon ausgegangen, dass Gewalt durch Verhältnisse begünstigt wird, in denen Erwerbsarbeit und wirtschaftliche Sicherheit fehlen, Familienbeziehungen belastet sind und wenig Aussicht auf eine Besserung der Lebenssituationen besteht. Das Projekt „Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit“ hat zum Ziel, die soziale Kompetenz und den Teamgeist – besonders von gefährdeten Kindern und Jugendlichen – durch pädagogisch angeleitete Sportangebote nach Fair-Play-Regeln zu fördern und auf diese Weise die Gewaltbereitschaft zu reduzieren. Inzwischen wurden 85 Projektgruppen in Schleswig-Holstein eingerichtet, die insbesondere in sozialen Brennpunkten einen wichtigen gewaltpräventiven Beitrag leisten.

Das Projekt erreicht sowohl „Durchschnittsjugendliche“ als auch gefährdete Kinder und Jugendliche etwa im Verhältnis 3 : 1. Ungefähr ein Drittel der Teilnehmenden hat Migrationshintergrund, in einzelnen Orten (z. B. Kiel und Rendsburg) liegt der Anteil sogar bei 70–90 %.

### **Hintergrund**

Auch wenn aktuelle Forschungsergebnisse insgesamt keine bzw. nur eine geringe Zunahme der Gewaltbereitschaft von Jugendlichen belegen, bietet dies keinen Anlass zur Beruhigung: Jugendliche Gewalt ist an Schulen und andernorts vorhanden, und es lässt sich mitunter eine zunehmende Brutalität, ein Abbau von Fairness gegenüber dem Opfer sowie ein Sinken von Hemmschwellen beobachten. Die Veränderung von Aggression und Gewalt bei Kin-



dern und Jugendlichen ist demzufolge eher qualitativ als quantitativ zu beschreiben (Hurrelmann 1995<sup>19</sup>, Weiß 2000<sup>20</sup>).

Für die Entstehung von aggressivem und gewalttätigem Verhalten von Kindern und Jugendlichen gibt es vielfältige theoretische Erklärungsansätze. Es wird jedoch mehrheitlich davon ausgegangen, dass Gewalt durch Verhältnisse begünstigt wird, in denen Erwerbsarbeit und wirtschaftliche Sicherheit fehlen, Familienbeziehungen belastet sind und wenig Aussicht auf eine Besserung der Lebenssituationen besteht. Gewaltpräventive Konzepte orientieren sich vielfach an der Grundannahme des Sozialforschers Klaus Hurrelmann, dass Gewalt als ein Symptom für fehlende soziale Kompetenz angesehen werden kann. Entsprechend arbeiten diese Konzepte zielorientiert an der Stärkung des Selbstwertgefühls und der Verbesserung des Sozialverhaltens. Sportbetonte Angebote bieten eine gute Möglichkeit, um gefährdete Jugendliche zu erreichen und zu integrieren.

Im Rahmen der „Sozialen Offensive des Sports“ hat der Landessportverband Schleswig-Holstein 1994 mit Unterstützung der Landesregierung das Projekt „Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit“ ins Leben gerufen. Diese sichert seit Beginn des Projekts die Basisfinanzierung; Hauptsponsor des Projekts ist die WOBAU-Wohnungsverwaltung.

Ziel des Projekts „Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit“ ist es, Kinder und Jugendliche mit dem „Fair-Play-Gedanken“ des Sports zu konfrontieren und mithilfe gemeinsam erarbeiteter Gruppenregeln kooperative Formen der Konfliktbewältigung zu erlernen. Im Vordergrund steht nicht der Wettkampf, sondern Fairness, Spaß und Gemeinschaftsgefühl. Auf diese Weise sollen Teamgeist und die soziale Kompetenz der Einzelnen gefördert und die Gewaltbereitschaft reduziert werden. Gleichzeitig wird durch Bewegung das Körpergefühl verbessert und ein gesundes Aktivitäts- und Leistungsverhalten gefördert. Die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sind pädagogische Fachkräfte mit Lizenzen für Trainer bzw. Trainerinnen und Übungsleiter bzw. -leiterinnen, die regelmäßig zu bestimmten Themen fortgebildet werden (z. B. Konfliktmoderation, Umgang mit Drogen, sexueller Missbrauch, Erweiterung von sportfachlichen Kompetenzen in Zusammen-

---

19 Hurrelmann, K. (1995): Aggression und Gewalt in der Schule. In: *Schubarth, W., Melzer, W.* (Hrsg.): *Schule, Gewalt, und Rechtsextremismus*. Leske + Budrich, Opladen.

20 Weiß, R. H. (2000): *Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern*. Hogrefe Verlag, Göttingen.

arbeit mit den Landesfachverbänden – zum Beispiel Judo, Aikido, Karate, Tischtennis, Volleyball etc.).

Das Konzept „Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit“ des Landessportverbandes Schleswig-Holstein setzt in sozialen Brennpunkten mit Angeboten an, die Sozialarbeit und Sport verknüpfen, und leistet einen wichtigen Beitrag zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung im Handlungsfeld Gewaltprävention.

## Vorgehen

In Zusammenarbeit mit zahlreichen Partnern und Partnerinnen aus der Jugend- und Sozialarbeit wurden inzwischen 85 niedrigschwellige, regelmäßig stattfindende Sportprojektgruppen in Schleswig-Holstein eingerichtet. Bei der Implementierung der Projektgruppen wurden die meisten sozialen Brennpunkte im Land berücksichtigt. In Abstimmung mit den Kooperationspartnern und -partnerinnen sowie nach Interessenschwerpunkten der Jugendlichen wurden vor allem Ballsportangebote wie Streetball, Fußball, Basket-



ball sowie offene Spiel- und Sportangebote und Selbstverteidigungskurse wie Judo, Karate und Aikido eingerichtet, die von sozialpädagogischen Fachkräften mit Übungsleiterlizenzen durchgeführt werden.

Seit 1998 werden zusätzlich jeweils im Sommer so genannte Fair & Fun-Touren organisiert. Unter dem Motto „100 % you“ finden jährlich drei bis vier Sommerevents statt (siehe [www.lsv-sh.de/fairandfun](http://www.lsv-sh.de/fairandfun)).

Für die Kinder und Jugendlichen gibt es dann einen Tag lang ein reichhaltiges Programm: Dazu gehören Trendsportangebote wie Streetball, Breakdance, Hip-Hop, Soccer oder Floorball, Kreativecken, Selbstverteidigungsangebote, Akrobatik und Livemusik durch örtliche Jugendbands. Außerdem finden landesweit Sonderveranstaltungen wie Midnight-Streetball, Sportfeste und Turniere statt.

Das Projekt „Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit“ ist für alle Kinder, Jugendlichen und Heranwachsenden in den jeweiligen Stadtteilen und Wohnorten im Alter von sechs bis 20 Jahren zugänglich, Zielgruppenschwerpunkt sind sozial benachteiligte, gewaltbereite oder verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche, die besonders mit Angeboten in sozialen Brennpunkten erreicht werden (z. B. Kiel-Diedrichsdorf, Schleswig-Friedrichsberg, Neumünster-Innenstadt, Rendsburg-Mastbrook).

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Die Teilnahme sowohl an den kontinuierlichen Angeboten von „Sport gegen Gewalt“ als auch an den Events und der Fair & Fun-Tour ist kostenlos. Es gibt keine Verpflichtung für die Kinder und Jugendlichen, regelmäßig teilzunehmen oder sich durch eine Mitgliedschaft an das Projekt zu binden. Sie können selbst entscheiden, wann und wie oft sie mitmachen möchten. Die Projektgruppen von „Sport gegen Gewalt“ stellen für Kinder und Jugendliche wohnortnahe Angebote mit kurzen Wegen dar, die die Freizeitmöglichkeiten in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erweitern.

Der niedrigschwellige Zugangsweg wie auch der partizipative Ansatz im Sinne einer basisorientierten Jugendarbeit, der den Heranwachsenden ein Mitspracherecht bezüglich der Angebotsauswahl vor Ort ermöglicht, sind wichtige Faktoren für die Attraktivität des Projekts. Durch das Projekt werden zunehmend Jungen erreicht (im Zeitraum von 1995 bis 1998 hat sich der

Anteil der Mädchen auf 15 % halbiert). Da aus den Jugendstudien bekannt ist, dass in erster Linie Jungen zur offenen gewalttätigen Konfliktaustragung neigen, kann dies als erfreuliches Ergebnis betrachtet werden. Der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund liegt bei etwa einem Drittel.

### ▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“

Vernetzung ist laut dem Projektverantwortlichen der Schlüssel zum Erfolg bei dem Projekt „Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit“. Einerseits entsteht durch die Vermittlung kooperierender Schulen und Institutionen der außerschulischen Jugendarbeit ein hoher Nutzungsgrad der Projektangebote. Zum anderen werden gemeinsam mit den Kooperationspartnern (siehe Abbildung 3) neue Angebote implementiert bzw. öffentlichkeitswirksame Events wie zum Beispiel Midnight Streetball organisiert, sodass eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Gewaltbereitschaft und Intoleranz bei



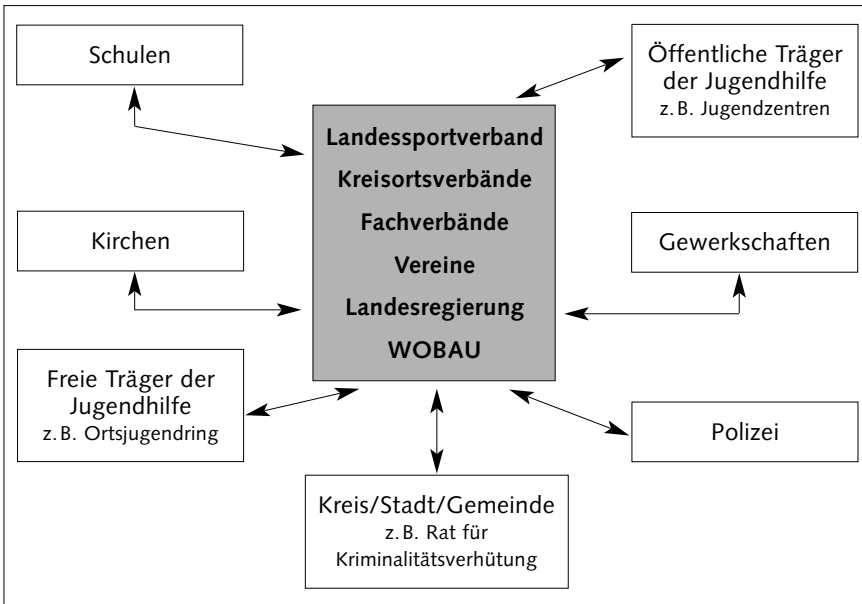


Abb. 3: Kooperationspartnerinnen und -partner des Projektes „Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit“

Kindern und Jugendlichen“ in der Fachöffentlichkeit stattfinden kann. Die in vielen Regionen eingerichteten Räte zur Kriminalitätsverhütung spielen dabei eine wichtige Rolle. Sie dienen dazu, verschiedene gesellschaftliche Kräfte zu bündeln, gemeinsame Konzepte und Projekte zur Reduzierung der Kriminalitätsursachen zu entwickeln und auf kommunaler Ebene für diese Idee zu werben.

### ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

Das Projekt „Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit“ wurde 1995 und 1998 durch die Christian-Albrechts-Universität Kiel, Institut für Pädagogik, jeweils unter der leitenden Fragestellung nach der gewaltpräventiven Wirkung des Projekts evaluiert. Im Jahr 1995 wurden 25 Projektgruppen schriftlich befragt. Das Hauptergebnis der Untersuchung wurde unter dem Titel „Sport allein bringt’s nicht“ zusammengefasst. Gewaltpräventiv wirkt Sport nur in Verbindung mit pädagogischen Interventionen.

Bei der zweiten Evaluation im Jahr 1998 wurden 189 Kinder und Jugendliche und 22 Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter mittels Fragebogen befragt. Darüber hinaus erfolgte eine Telefonbefragung von 16 Projektfachkräften sowie eine „Vor-Ort-Evaluation“ in fünf Projektgruppen. Da die gewaltpräventive Wirkung von kurzzeitpädagogischen Maßnahmen nicht ursächlich und auf direktem Weg empirisch nachgewiesen werden kann, musste sich die Evaluation auf die Betrachtung einzelner Indikatoren beziehen, die es plausibel machen, dass gewaltpräventive Aspekte wahrscheinlich sind.

Insgesamt konnte resümiert werden, dass die Ziele des Projekts, gemessen an den zur Verfügung stehenden Ressourcen, überwiegend erreicht werden. Es werden sowohl „Durchschnittsjugendliche“ als auch gefährdete Kinder und Jugendliche etwa im Verhältnis 3:1 erreicht. Etwa ein Drittel der Teilnehmenden hat Migrationshintergrund, in einzelnen Orten (z. B. Kiel und Rendsburg) liegt der Anteil sogar bei 70–90%. Mehr als die Hälfte bis drei Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geben an, in der Gruppe gelernt zu haben, besser miteinander auszukommen, Rücksicht auf Schwächere zu nehmen, neue Freundinnen und Freunde kennen gelernt zu haben, in der Clique auch mal ihre Interessen zurückzustellen und Freundinnen bzw. Freunden zu helfen, auch wenn es Probleme bereitet. Ein ebenso großer Teil der Kinder und Jugendlichen sagt von sich, Streit kooperativ zu bewältigen, sich nach einem Foul meistens zu entschuldigen und in der Gruppe wenig Konflikte zu haben. Insgesamt herrsche ein kameradschaftlicher Teamgeist in der Projektgruppe. Aus Sicht der Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter finden wahrnehmbare Verhaltensänderungen in Richtung auf gewaltreduziertes Verhalten bei einer Vielzahl der Kinder und Jugendlichen statt. Diese schreiben sie vor allem der Gruppenatmosphäre einschließlich der Achtung vor den Gruppenregeln zu.

### **Kontakt**

Klaus Michael Pötzke  
Landessportverband Schleswig-Holstein e. V.  
Winterbeker Weg 49  
24114 Kiel  
Bundesland: Schleswig-Holstein  
Telefon: 0431-6486-137  
Telefax: 0431-64 86-190  
E-Mail: [sport.gegen.gewalt@lsv-sh.de](mailto:sport.gegen.gewalt@lsv-sh.de)  
Website: [www.lsv-sh.de/fairandfun](http://www.lsv-sh.de/fairandfun)

# Ernährung, Umwelt und Zahngesundheit in Kindertagesstätten

## Gute Praxisbereiche:

Innovation und Nachhaltigkeit – Niedrigschwellige Arbeitsweise – Setting-ansatz

## Abstract

Dem Projekt „Ernährung, Umwelt und Zahngesundheit in Kindertagesstätten“ liegt die Beobachtung eines sich verschlechternden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in vielen Familien zu Grunde. Im Rahmen des Projekts sollen Klein- und Vorschulkindern im Alter von drei bis sechs Jahren spielerisch Grundkenntnisse bezüglich einer gesunden Ernährung, Zahngesundheit und eines positiven Umweltbewusstseins vermittelt werden. 96 % der Thüringer Kinder besuchen einen Kindergarten, sodass ein Großteil der Kinder und ihre Familien über das Setting Kindertagesstätte erreicht werden kann. Bei der Auswahl der Kindertagesstätten wird das Nord-Süd- und West-Ost-Gefälle in Thüringen berücksichtigt. Es wird angestrebt, das Projekt vorwiegend in den strukturschwächeren Regionen des Nordens und Ostens anzubieten.

Die Umsetzung erfolgt durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kindertagesstätte. Die Eltern sind in den drei- bis viermonatigen Projektverlauf intensiv einbezogen. Im Mittelpunkt steht das handlungsorientierte Erleben und Begreifen der Projektinhalte, zum Beispiel lernen die Kinder sich an der Speisenzubereitung zu beteiligen.

Neben verhaltensbezogenen Aspekten versucht der Projektträger, die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. – Sektion Thüringen, auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Essensversorgung in den Kindertagesstätten einzuwirken und vermittelt die Einrichtung von Kinderküchen. Im Rahmen des Projekts konnte vor allem eine intensive Zusammenarbeit und wechselseitige Unterstützung zwischen den Familien und den Kindereinrichtungen zur Förderung einer gesunden Kinderernährung, der Zahngesundheit und eines positiven Umweltbewusstseins erreicht werden.

## Hintergrund

Kinder erlernen im Verlauf ihrer Sozialisation, beinahe „nebenbei“ zu essen und sich zu ernähren. Gesundheitsförderung und insbesondere Ernährungserziehung vollziehen sich vorwiegend im Elternhaus, in Kindereinrichtungen, in Schulen sowie in der Gemeinschaft Gleichaltriger. Eine unzureichende Ernährungserziehung im familiären, vorschulischen und schulischen Bereich beeinflusst das Ernährungsverhalten von Kindern negativ. Vorhandene Studien belegen einen deutlichen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und dem Gewicht. Die Prävalenzraten für Übergewicht und Adipositas sind in der Gruppe der sozial Benachteiligten deutlich erhöht, und das Ernährungsverhalten ist in diesen Gruppen ungünstiger. Als Erfolg versprechende Strategie wird der Zugang über Settings gesehen, in denen benachteiligte Menschen besonders gut erreicht werden können, wie zum Beispiel Kindertagesstätten und Schulen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf. Auch wenn es noch keine ausformulierten Modelle des Zusammenwirkens von sozialer Lage und Gewicht unter Berücksichtigung aller relevanten Einflussfaktoren gibt, steht fest, dass Übergewicht im Kindes- und Jugendalter multifaktoriell verursacht wird und ebenso vielschichtige Interventionen zur Prävention benötigt. Bezüglich Fehl- und Mangelernährung im Kindes- und Jugendalter wird aus Einrichtungen häufig berichtet, dass Kinder/Jugendliche ohne gefrühstückt zu haben und ohne Pausenbrote in die Kindertagesstätte/Schule kommen bzw. keine warme Mahlzeit zu Hause bekommen. Gemeinsame, vollwertige und warme Mahlzeiten in Kindergarten und Schule gewinnen vor diesem Hintergrund an Bedeutung.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte entwickelte die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), Sektion Thüringen, das Projekt „Ernährung, Umwelt und Zahngesundheit in Kindertagesstätten“ nach einem ganzheitlichen Ansatz. Das heißt, das Projekt beinhaltet neben einem gesundheitsförderlichen Bewegungs- und Ernährungsverhalten Themen der Umwelterziehung und der Zahngesundheit. Die DGE, Sektion Thüringen, ist an die Ernährungswissenschaftliche Fakultät der Universität Jena angegliedert. Die Einrichtung wird über das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit gefördert. Das Projekt wurde auf der Basis entwickelt, dass Ernährungswissen allein nicht ausreicht, um sich gesund zu ernähren. Viele Kinder kennen bereits so genannte „gute“ bzw. „schlechte“ Lebensmittel. Dennoch essen sie mit Vorliebe Gummibärchen, Schokolade und Chips. Das Projekt schlägt eine Brücke zwischen Theorie und Praxis. Es setzt in der Kindertagesstätte (Kita) an und gibt Kindern die Möglichkeit, positive Erfahrun-



gen mit einer gesunden Ernährung zu machen, indem sie lernen, sich gern, regelmäßig und gesund zu ernähren. Es geht vor allem um eine Sensibilisierung der Kinder gegenüber ungesunden Verhaltensweisen im Umgang mit sich selbst sowie der Natur und Umwelt. Kinder sollen lernen, bewusst zu erleben, wann und warum sie essen. Gemeinsam mit Erwachsenen erfahren sie die Nahrungsmittelvielfalt und ihren Genuss.

## Vorgehen

Auf kindgerechte Art werden Klein- und Vorschulkinder im Alter von drei bis sechs Jahren mit den Inhalten einer gesunden Ernährung, eines positiven Umweltbewusstseins und der Zahngesundheit vertraut gemacht. Beobachtungen und Erklärungen von Sachverhalten, vor allem des normalen Alltagslebens, sollen die Fantasie der Kinder anregen und zu kreativem Handeln befähigen. Da Kinder am besten begreifen, was sie im Alltag nachvollziehen können, legen sie im Rahmen des Projekts selbst Hand an – beginnend mit kleinen Handgriffen wie zum Beispiel Gemüse waschen, Obst schälen bis hin zur Zubereitung einfacher Speisen. Wesentlich ist hierbei die Vermittlung positiver Erfahrungen in notwendiger Verbindung mit der Vorbildfunktion der Eltern und Erzieherinnen bzw. Erzieher als Bezugspersonen.

Das Projekt setzt sich aus drei Phasen zusammen: Vorbereitungsphase, Umsetzungsphase und Kinderfest. In der *Vorbereitungsphase* überprüfen DGE, der jeweilige Träger bzw. die Trägerin der Einrichtung und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Übertragbarkeit und Umsetzungsmöglichkeiten der Projektinhalte in den Alltag der Kindertagesstätte. Die für die Umsetzung notwendigen Materialien (Gebrauchs- und Arbeitsmaterialien, Projekthandbuch) werden von der DGE zur Verfügung gestellt. Das Projekt wird mit einer Veranstaltung zur Information der Eltern eingeleitet. In der sich daran anschließenden drei- bis viermonatigen *Umsetzungsphase* integrieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kindertagesstätte die Projektinhalte in ihre Arbeit. Es findet eine aktive, kontinuierliche Elternarbeit statt, um die neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten der Kinder zu festigen und in den Familienalltag einzubinden.

Im Rahmen des Projekts werden unterschiedliche Formen der Elternarbeit genutzt, u. a. informelle Kontakte und Gespräche, schriftliche Informationen in Form von Elternbriefen, Elternabende und -seminare, Einzel- und Gruppengespräche mit Eltern übergewichtiger Kinder sowie die Mitarbeit der

Eltern in einzelnen Projektbausteinen. Kooperationspartner und -partnerinnen aus der Region (u. a. Umweltamt, BUND, Jugendzahnärztlicher Dienst) wirken an der Umsetzung der Projektinhalte in der Kita mit und setzen Impulse für die Bearbeitung der Themen „Umwelt“ und „Zahngesundheit“. Die Umwelterziehung berücksichtigt an erster Stelle eine bewusste Wahrnehmung der Umwelt und der eigenen Person als Teil der Umwelt unter Einbeziehung aller Sinne. Der Baustein Zahngesundheit beinhaltet die Zahn- und Mundhygiene sowie eine zahngesunde Ernährung.

Um die Förderung eines gesunden Bewegungsverhaltens und der motorischen Fähigkeiten der Kinder in das Projekt zu integrieren, werden derzeit verstärkt Übungsleiterinnen und -leiter sowie Vereinsberaterinnen und -berater in die Umsetzung einbezogen. Es finden Fortbildungen für die Erzieherinnen und Erzieher statt, u. a. zu folgenden Themen: „Versteckte Fette und Zucker in Kinderlebensmitteln“, „Milch und Milchprodukte als Bestandteile einer kindgerechten Ernährung“, „Essensaufbau in der Kindertagesstätte“, „Was, wenn Kinder keine Obst und Gemüse essen wollen?“.

Das Projekt wird durch ein *Kinderfest* mit von den Kindern und Eltern selbst zubereiteten Speisen beendet. Diese Abschlussveranstaltung wird durch das DGE-Begleitprojekt „Milchparty“ erweitert. Im Rahmen dieses in Kooperation mit dem Thüringer Ministerium für Landwirtschaft, Naturschutz und Umwelt (TMLNU) und der Landesvereinigung Thüringer Milch e.V. 1995 entwickelten Angebots werden Milch und Milcherzeugnisse aus heimischen Molkereibetrieben kostenfrei an die Kita geliefert und bilden die Ausgangsbasis für die gemeinsame Zubereitung von Zwischenmahlzeiten wie zum Beispiel Quarkspeisen, Milchmixgetränken und Brotaufstrichen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Das Projekt wird seit 1994 in Thüringen angeboten. Es waren bisher etwa 120 Kindertagesstätten thüringenweit am Projekt beteiligt. Um die Kontinuität der Arbeit auch nach Abschluss des Projekts sicherzustellen, leistet die DGE Hilfestellung bei zukünftigen Vorhaben in der Kindertagesstätte. Mit dem zur Verfügung stehenden Projekthandbuch erhalten die Erzieherinnen und Erzieher die Möglichkeit, die Projektinhalte kontinuierlich in den Alltag der Einrichtung zu integrieren. In Ergänzung wird den Kitas der „6-Sterne-Frühstückscup“ angeboten. Mit diesem Material beobachten die Kinder gemeinsam mit ihren Eltern und den Erzieherinnen und Erziehern ihr Ernäh-

rungs- und Bewegungsverhalten. In Form eines Wettbewerbs wird den Kindern die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung am Beispiel ihres Frühstücks vermittelt. Ein Punktesystem bewertet die Ernährungszusammenstellung. Zusatzpunkte gibt es für die Verwendung von regionalen Lebensmitteln wie beispielsweise für Erzeugnisse mit dem Zeichen „Geprüfte Qualität“ Thüringen, ebenso für zusätzliche Bewegungsaktionen.

Über das Begleitprojekt „Milchparty“ eröffnet sich den Kindertagesstätten die Möglichkeit, weiterhin Milchprodukte für Aktionstage kostenfrei zu beziehen. Das Projekt wird kontinuierlich eigenevaluert. Hierbei wurde festgestellt, dass im Rahmen des Projekts eine Sensibilisierung sowohl der Eltern als auch der Kindertagesstätten bezüglich einer gesunden Kinderernährung erreicht wurde. Vor allem durch die intensive Elternarbeit bleibt das Thema in den beteiligten Einrichtungen nicht mehr nur an deren Eingangsschwelle stehen, sondern wird in die Familien getragen. Eltern unterstützen die Kitas intensiv in der Umsetzung der Projektinhalte. Über die Zusammenarbeit mit oben genannten regionalen Akteurinnen und Akteuren soll eine kontinuierliche Arbeit in den Einrichtungen nach der Impulssetzung durch die DGE sichergestellt werden.

Die Projektidee wurde im Rahmen des 1. Thüringer Kongresses „Gesunde Kindertagesstätte erleben und gestalten“ im Jahr 2004 als ein Modul im Rahmen der Entwicklung gesundheitsfördernder Kindertagesstätten in Thüringen aufgegriffen. An dem Kongress nahmen ca. 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Kindertagesstätten, Trägerinnen/Träger von Kitas sowie Kooperationspartnerinnen und -partner für Kindertagesstätten aus dem Bereich Gesundheitsförderung teil. Die Idee eines thüringenweiten Kongresses als Plattform zum Austausch von Wissen und Erfahrungen sowie der Anregung und Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen in den Kindertagesstätten Thüringens soll verstetigt werden. Für 2006 ist eine zweite Konferenz geplant.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Das Projekt erreicht Kinder und deren Familien über den Zugangsweg Kindertagesstätte. 96 % der Thüringer Kinder besuchen einen Kindergarten, sodass ein Großteil der Kinder und ihre Familien über das Setting Kindertagesstätte erreicht werden können. Bei der Auswahl der Kindertagesstätten wird das Nord-Süd- und West-Ost-Gefälle in Thüringen berücksichtigt. Es

wird angestrebt, das Projekt vorwiegend in den strukturschwächeren Regionen des Nordens und Ostens anzubieten. Die Umsetzung der Projektinhalte erfolgt in Verantwortung der jeweiligen Kindertagesstätte, integriert in den individuellen Tagesablauf der Einrichtung. Durch die Einbettung des Projektes in die Routinen des Kita-Alltags und durch eine intensive Elternarbeit z. B. in Form von Informationsveranstaltungen, Elternbriefen und Beteiligung an einzelnen Bausteinen werden die Familien in die Auseinandersetzung mit den Projektthemen einbezogen und können bei individuellen Problemen der Kinder gezielt angesprochen werden. Die Teilnahme am Projekt wird durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit mit 0,60 Euro pro Kind und Frühstück gefördert, sodass für die Eltern keine zusätzlichen Kosten (z. B. für Lebensmittel) entstehen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Das Projekt berücksichtigt die Kindertagesstätte als Lebensraum und unterstützt die Einrichtung in der Durchführung gesundheitsfördernder Angebote, jeweils abgestimmt auf deren individuellen Bedarf und Situation. Neben pädagogischen Angeboten zu den Themen „Gesunde Ernährung“, „Bewegung“, „Umwelt“ und „Zahngesundheit“ werden Netzwerkstrukturen durch die Vermittlung regionaler Kooperationspartner und -partnerinnen aufgebaut. Über die bereits beschriebene inhaltliche und methodische Arbeit hinaus ist die DGE bestrebt, die Speisepläne in den Kindereinrichtungen zu optimieren. Die Verpflegung in den Kindertagesstätten erfolgt in der Regel über Cateringunternehmen. Die DGE bietet Schulungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Trägerinnen und Träger von Kindertagesstätten an, in denen sie bezüglich der Auswahl der Essensanbieter sensibilisiert und unterstützt werden. Auch bei internen Schulungen in den Cateringunternehmen wirkt die DGE mit. Um nachhaltig auch die räumlich-technischen Voraussetzungen für die Integration der Projektinhalte in den Alltag der Kita zu schaffen, konnten im Jahr 2005 zum ersten Mal zwei Kinderküchen in Einrichtungen vermittelt werden. Diese wurden von der IKK-Thüringen gefördert. Darüber hinaus stellt das Projekt eine Ergänzung zum „Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Durchführung der zahnmedizinischen Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 Abs. 1 SGB V“ und dem auf dieser Grundlage von der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V. verabschiedeten „Aktionsraster für die patenschaftliche Betreuung eines Kindergartens innerhalb der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe“ dar.

**Kontakt**

Witold Maichrowitz

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Sektion Thüringen

Dornburger Straße 24

07743 Jena

Bundesland: Thüringen

Telefon: 03641-949749

Telefax: 03641-949742

E-Mail: [b9mawi@uni-jena.de](mailto:b9mawi@uni-jena.de)

Website: [www2.uni-jena.de/biologie/ieu/dge/dge-th.html](http://www2.uni-jena.de/biologie/ieu/dge/dge-th.html)

# **Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“**

## **Aktive Medienarbeit zur Förderung des Nichtrauchens**

### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Multiplikatorenkonzept – Integriertes Handlungskonzept/  
Vernetzung

### **Abstract**

Die gesundheitlichen Folgen des Rauchens sind bekannt. Sowohl beim Rauchbeginn als auch beim Übergang vom ersten Probieren zum regelmäßigen Rauchen stellt Zigarettenwerbung einen der Schlüsselreize dar. Das Projekt zur Förderung des Nichtrauchens setzt in Schulen in sozialen Brennpunkten bzw. sozial benachteiligten Quartieren in Thüringen an, da Kinder aus diesen Quartieren besonders gefährdet sind, früh mit dem Rauchen zu beginnen. Zielsetzung ist es, die Tricks der Zigarettenwerbung für Schülerinnen und Schüler anhand praktischer Beispiele und aktiver Medienarbeit (zum Beispiel Produzieren eigener Spots zum Thema) durchschaubar und die Werbemechanismen verständlich zu machen.

Das Projekt ergänzt und stärkt Aktivitäten zur Förderung des Nichtrauchens in der Kommune und in den Schulen (Synergieeffekte). Es leistet hiermit einen Beitrag zur frühzeitigen Prävention von Abhängigkeit und körperlichen Folgeschäden.

### **Hintergrund**

Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird in der heutigen Informationsgesellschaft zunehmend durch Medien beeinflusst. Ein übermäßiger und unselektierter Medienkonsum kann im Kindes- und Jugendalter die geistige, sprachliche, emotionale und soziale Entwicklung beeinträchtigen und verzögern. Ein die Entwicklung fördernder Umgang mit den Massenmedien wird als Medienkompetenz bezeichnet.

Die Auseinandersetzung der Heranwachsenden mit den in der Phase der Adoleszenz an sie gestellten jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben bedeutet einen wesentlichen Schritt zum gesunden Erwachsenwerden. Der Lebensstil und die Persönlichkeitsentwicklung der heranwachsenden Generation wird vermehrt durch Massenmedien, insbesondere durch Werbung beeinflusst. Somit steht der Konsum von Genuss- und Suchtmitteln, der eine Form der Auseinandersetzung von Kindern und Jugendlichen mit den an sie gestellten Aufgaben darstellen kann, in einem engen Kontext mit der Wahrnehmung von Werbung für diese Produkte.

Tabakwaren zählen zu den meistbeworbenen Produkten. Zigarettenwerbung stellt einen Schlüsselreiz für das Rauchverhalten Heranwachsender dar, da sie ein wesentlicher Einflussfaktor sowohl beim Rauchbeginn als auch beim Übergang vom ersten Probieren hin zum regelmäßigen Rauchen ist. Die Markenpräferenzen der rauchenden Kinder und Jugendlichen werden entscheidend durch Zigarettenwerbung geprägt. Die Zigarettenindustrie orientiert sich in ihren Kampagnen verstärkt an den Bedürfnissen, Interessen und dem Lebensstil Heranwachsender.

Die immer raffinierter gestaltete Werbung kann jedoch gezielt genutzt werden, um die Medien- und Werbekompetenz Heranwachsender zu schulen.



Eine kritische und praktische Auseinandersetzung mit der Werbung kann die der Werbung zugrunde liegenden Motive aufdecken und ihre manipulativen Elemente enttarnen. Kritik ist ein Prozess, der dem Wesen und den Bedürfnissen der jungen Generation entspricht und in einem nicht zu vernachlässigenden Anteil durch die Sozialisation durch Medien gefördert wird. Werbung spricht die Konsumentinnen und Konsumenten ganzheitlich an. In diesem Sinne muss auch die Auseinandersetzung mit der Werbung ganzheitlich erfolgen. Durch ein Ausprobieren der technischen Möglichkeiten, deren sich die Werbung bedient, können die Motive und Absichten der Werbung zutage befördert werden. Die selbstständige Auseinandersetzung mit den Elementen und Gestaltungsmöglichkeiten der Werbung entspricht ihrem Wunsch nach Unabhängigkeit und Selbstkontrolle. Werbung wird in diesem Zusammenhang nicht verteufelt, sondern ihr gesellschaftlicher Wert und ihre Funktion werden für eigene Ziele genutzt.

Das Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“ wird seit dem Jahr 2000 von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR in Kooperation mit dem Landesfilmdienst Thüringen e.V. bzw. anderen medienpädagogisch tätigen Einrichtungen in Thüringen umgesetzt. Es setzt bereits im Grundschulalter an, da das Risiko von körperlichen Folgeschäden und einer Abhängigkeit umso höher ist, je früher mit dem Rauchen begonnen wird. Als Interventionssetting werden in der modellhaften Umsetzung durch die AGETHUR Schulen in sozialen Brennpunktgebieten bzw. benachteiligten Quartieren ausgewählt, da das Rauchverhalten eine zum Teil stark ausgeprägte soziale Polarisierung aufweist. Es wurden bisher Erfahrungen in Grund- und Regelschulen sowie Förderzentren gesammelt. Die Umsetzung des Medienprojekts erfolgt mit großzügiger Unterstützung der AOK-Thüringen.

## Vorgehen

Ziel des Medienprojekts „Wir lassen uns nicht manipulieren“ ist es, Werbung und insbesondere Werbung für Zigaretten für Kinder und Jugendliche verstehbar und durchschaubar zu machen. Fragen wie zum Beispiel „Wer macht wie und warum Tabakwerbung?“ stehen dabei vor dem Hintergrund einer Diskussion des eigenen Lebensstils, der eigenen Wünsche und Bedürfnisse im Mittelpunkt. Heranwachsende erfahren, mit welchen Tricks versucht wird, sie zu ködern und wie sie damit umgehen können.



Zusammenhänge lassen sich am einfachsten verstehen, wenn man sie selbst praktisch ausprobiert. Um den Schülerinnen und Schülern Werbemechanismen verständlich darzustellen, gründen sie im Projektverlauf eigene Werbeagenturen und erhalten den Auftrag, einen Nichtraucherwerbespot zu produzieren. Eine Woche lang konkurrieren zwei Gruppen von Schülerinnen und Schülern spielerisch, um Marktmechanismen zu verdeutlichen. Mit Unterstützung des Landesfilmdienstes Thüringen e. V. werden sie zu Werbefachleuten, Drehbuchautorinnen und -autoren, Schauspielerinnen und Schauspielern, Kameraleuten sowie Spezialistinnen und Spezialisten aus den Bereichen Schnitt-, Licht- und Tontechnik. Der Fantasie der Jugendlichen sind (fast) keine Grenzen gesetzt. Am Ende des Projekts präsentieren beide Schülergruppen ihre Arbeitsergebnisse und Werbespots vor Mitschülerinnen und Mitschülern, Lehrerinnen und Lehrern sowie Eltern ihrer Schule. Die Werbespots werden von den Schülerinnen und Schülern sowie von einer Jury prämiert. Es finden begleitende Elternabende statt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

In die Planung, Umsetzung und Präsentation des Projekts sind die beteiligten Schulen und vor allem die teilnehmenden Kinder intensiv einbezogen. Heranwachsende sind in Sachen Medien als kompetente Partner zu sehen. Durch aktive Medienarbeit können sich Kinder und Jugendliche die Wirklichkeit aneignen und sie verarbeiten. Das Lernen in Zusammenhängen – unter Einbeziehung aller Sinne und Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen – wird geschult. Heranwachsende werden befähigt, Medien selbstverantwortlich zu nutzen (→ „Empowerment“). Zentrales Anliegen des Projekts ist die Ver- und Bearbeitung von Fragen, Erfahrungen und Problemen rund um das Rauchen resp. Nichtrauchen, die die jeweils teilnehmende Kindergruppe bereits gesammelt hat. Das Projekt startet mit einer Ideenbörse. Gemeinsam werden alle angesprochenen Themen diskutiert und es wird eine Idee ausgewählt, die im Rahmen der Erstellung des Medienprodukts verarbeitet wird. In den nächsten Schritten verteilt die Kindergruppe alle für eine Filmproduktion notwendigen Aufgaben. Zum Abschluss des Projekts entscheiden auch wieder die Kinder, in welcher Form sie die Projektergebnisse vor dem Schulpersonal, den Eltern sowie Schülerinnen und Schülern anderer Klassenstufen präsentieren. Der Zugangsweg „Aktive Medienarbeit“ ermöglicht die Bearbeitung des Themas Nichtrauchen auf eine andere und für den schulischen Alltag ungewöhnliche Art und Weise.

## ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Die kontinuierlich durchgeführte Eigenevaluation des Projekts belegt die erfolgreiche modellhafte Umsetzung durch die AGETHUR in den Projekt-schulen. Ob und inwieweit diese Ergebnisse verstetigt werden können, hängt nicht nur von der weiteren und kontinuierlichen Auseinandersetzung der Schülerinnen und Schüler mit dem Thema ab. Schulen, Freizeiteinrichtungen und das Elternhaus müssen als direktes soziales Umfeld der Heranwachsenden Rahmenbedingungen gewährleisten und gestalten, die das Nichtrauchen fördern. Vor diesem Hintergrund entstand ein Handmaterial zum Projekt. Ziel ist es, eine möglichst vielfältige und eigenständige Umsetzung des Projekts im schulischen Bereich und in der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit zu erreichen (→ „Nachhaltigkeit“). In diesem Sinne richtet sich das Handmaterial an Lehrerinnen und Lehrer, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie weitere Berufsgruppen der Kinder- und Jugendarbeit. Das Projekt kann im Rahmen von Schulprojektwochen, außerschulischen Projekten, als Thema einer Klassenfahrt etc. umgesetzt werden. Grundsätzlich soll die inhaltliche und methodische Aufbereitung des Themas als Anregung dienen, eigene Projekte mit einem suchtp Präventiven bzw. gesundheitsförderlichen



Hintergrund zu entwickeln und durchzuführen. Die aktive Medienarbeit dient hierbei als Zugangsweg zu Kindern und Jugendlichen. Die praktische Medienarbeit kann in vielfältigen Medienprodukten münden (Werbeplakate, Schülerzeitung, Nichtraucherwerbespot, Rundfunkwerbung/Hörspiel, Internetseite oder Trickfilm). Das Handmaterial dient auch als Leitfaden für die Projekt-schulen, die Inhalte des Projekts kontinuierlich aufzugreifen und weiterzubearbeiten.

Aufbauend auf dem Handmaterial werden Fortbildungen für Lehrerinnen und Lehrer über das Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (ThILLM) angeboten. Eine besondere Zielgruppe in diesem Prozess sind die Fachberaterinnen und Fachberater Heimat- und Sachkunde aus dem Grundschulbereich an den Thüringer Schulämtern. Perspektivisch sind Workshops zum Thema „Medienarbeit in der Gesundheitsförderung“ in Kooperation mit dem Landesfilmdienst Thüringen e. V. geplant.

### ▲ **Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“**

Die modellhafte Umsetzung des Projekts durch die AGETHUR erfolgt in enger Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Die für Gesundheitsförderung und Prävention zuständigen Stellen an den Landratsämtern und in den Stadtverwaltungen nehmen Kontakt mit interessierten Schulen auf. Diese Akteure sind zum Teil selbst in Schulen tätig bzw. vermitteln gesundheitsfördernde Angebote an die Schulen. Sie begleiten das Projekt in allen Phasen seiner Umsetzung und stellen das Bindeglied zwischen der AGETHUR, dem Landesfilmdienst Thüringen e. V., den beteiligten Schulen sowie Akteuren der Gesundheitsförderung/Suchtprävention in der Region dar. Den Schulen steht zur Verstärkung des Themas ein regionaler Ansprechpartner zur Verfügung. Über die Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes kann das Projekt in die Region getragen werden. Das Projekt stellt einen Baustein in einem ganzheitlichen schulischen Konzept zur Tabakprävention dar. Es kann bestehende Aktivitäten ergänzen bzw. einen ersten Schritt der Auseinandersetzung einer Schule mit dem Thema bedeuten. An folgendem Beispiel können diese Entwicklungen verdeutlicht werden.

Eine Grundschule in einem Plattenbaugebiet entwickelte sich in den vergangenen Jahren zu einer „rauchfreien Schule“ und strebt nunmehr ein Schulprofil „Gesundheit“ im Rahmen eines systematischen Schulentwicklungspro-



zesses an. Das Projekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“ soll neben der Umsetzung eines jahrgangsübergreifenden Lebenskompetenzprogramms und anderer gesundheitsförderlicher Aktivitäten zu einem festen Baustein in diesem Prozess werden. Diese Entwicklung nimmt gleichzeitig Einfluss auf die sich im Haus befindliche Regelschule.

Darüber hinaus werden die Eltern in die Projektarbeit eingebunden, und zwar über Elternabende, die Teilnahme an der Präsentation der entstandenen Medienprojekte und die Schulkonferenz. Ziel ist es, auch die Familien für das Thema Tabakprävention zu sensibilisieren, damit die Auseinandersetzung mit den Inhalten des Projekts auch im Elternhaus weitergeführt wird.

Neben der bereits gut funktionierenden Vernetzung auf kommunaler Ebene (zum Beispiel mit dem ÖGD und anderen Angeboten und Projekten in den beteiligten Schulen) soll es perspektivisch das Ziel sein, die Umsetzung und Multiplizierung des Projekts mit landesweiten Aktivitäten zur Förderung des Nichtrauchens stärker zu verzahnen (zum Beispiel „Be smart – Don’t start“, „Rauchfreie Schule“, „Klasse2000“) bzw. mit den Präventionsinhalten anderer Träger zu kombinieren.

**Kontakt**

Uta Schröder

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR

Carl-August-Allee 1

99423 Weimar

Bundesland: Thüringen

Telefon: 03643-59223

Telefax: 03643-501899

E-Mail: [info@agethur.de](mailto:info@agethur.de)

Website: [www.agethur.de](http://www.agethur.de)

## **Schulpädagogische Sozialarbeit und Schül- jugendarbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner Seelenbinder“ in Apolda**

### **Gute Praxisbereiche:**

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Niedrigschwellige  
Arbeitsweise – Empowerment

### **Abstract**

Ausgangspunkt des Projekts ist die Wahrnehmung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Jugendclubs in einem sozialen Brennpunkt Apoldas (einer Kleinstadt in Thüringen), dass die Schülerinnen und Schüler der Regelschule dieses Stadtgebiets verstärkt Probleme aus der Schule und dem Elternhaus mit in den Jugendclub nehmen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendclubs riefen daraufhin gemeinsam mit der Regelschule ein Kooperationsprojekt ins Leben, das neben Schulsozialarbeit eine Frühstücksversorgung beinhaltet. Das Projekt wurde um unterschiedliche Interessengemeinschaften (zum Beispiel Bewegungsangebote, Hausaufgabenhilfe, Schülerzeitung, Schulumfeldgestaltung etc.) im Rahmen der Richtlinie Schuljugendarbeit des Thüringer Kultusministeriums erweitert, an denen die Schülerinnen und Schüler kostenfrei und auf freiwilliger Basis teilnehmen können. Aktuell wird das Projekt durch hauptsächlich gesundheitsförderliche Angebote ausgebaut (zum Beispiel Tabakprävention, gesunde Ernährung). Durch die gelungene Verbindung von Schul- und Freizeitbereich können gesundheitsförderliche Verhaltensweisen der Jugendlichen umfassend gestärkt werden.

### **Hintergrund**

Das Christliche Jugenddorfwerk Deutschland e. V. betreibt einen Jugendclub in Apolda-Nord, einem sozialen Brennpunkt. Das Stadtgebiet Apolda-Nord entstand in den 60er-Jahren in Plattenbauweise. Dem Stadtgebiet mangelt es heute an (der zu Vorwendezeiten hohen) Attraktivität sowie an erholsamer Umgebung. Es fehlen u. a. Raum und Platz zum Kommunizieren. Apolda ist

eine Kleinstadt in Thüringen mit ca. 27000 Einwohnern. Die Region ist von einer sehr hohen Arbeitslosigkeit geprägt (ca. 20 %, Stand Dezember 2004), wobei knapp die Hälfte der betroffenen Personen als langzeitarbeitslos gemeldet waren. Die Sozialhilfequote lag bei 4,6 % (Stand Dezember 2004) und somit weit über dem Thüringer Durchschnitt von 2,5 %.

Den Jugendclub besuchen unter anderem Schülerinnen und Schüler der Staatlichen Regelschule „Werner Seelenbinder“, die ca. zehn Minuten vom Jugendclub entfernt liegt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendclubs nahmen in den vergangenen Jahren zunehmend Probleme der Kinder und Jugendlichen in der Schule und im Elternhaus wahr. Hierauf konnten sie jedoch zum Teil nur mit Hilflosigkeit reagieren und wenig Hilfestellung leisten, da sie die spezifischen Probleme im Kontext der Schule nicht kannten. Um den Kindern und Jugendlichen auch auf diesem Gebiet Unterstützung anbieten zu können, wurde eine Kooperation zwischen der Schule und dem Jugendclub angeregt. Gegenstand der Zusammenarbeit sollte primär soziale Arbeit sein, da im Club bereits Freizeitarbeit geleistet wird. Darüber hinaus nahmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendclubs verstärkt wahr, dass die Kinder und Jugendlichen nicht ausreichend mit Nahrungsmitteln und Getränken versorgt wurden und hungrig in die Einrichtung kamen. Diese Wahrnehmung bestätigte sich auch in der Schule. Etwa ein Drittel der Schülerinnen und Schüler kam ohne gefrühstückt zu haben oder ohne „Pausenbrot“ etc. in die Schule, sodass die Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit dieser Kinder und Jugendlichen herabgesetzt war und das Aggressionspotenzial anstieg. Das Projekt „Schulpädagogische Sozialarbeit und Schuljugendarbeit“ wurde im Jahr 2000 initiiert und beinhaltete zu Beginn zwei Schwerpunkte: Schulsozialarbeit und eine Frühstücksversorgung der Schülerinnen und Schüler.

## Vorgehen

Am Projektbeginn stand die Ausrichtung der Sozialarbeit auf Schüler und Schülerinnen, die durch Verhaltensauffälligkeiten sich selbst und andere beeinträchtigten, sowie auf Schülerinnen und Schüler, die den Unterricht störten, schlechte schulische Leistungen zeigten bzw. unregelmäßig die Schule besuchten. Die Arbeit mit den Schülerinnen und Schülern beinhaltete gleichzeitig eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern und Lehrkräften. Diese Zusammenarbeit verlief anfangs nicht reibungslos. Die Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendclubs in der Schule fand jedoch

zunehmend Akzeptanz und wird heute von Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrkräften getragen. Für die Frühstücksversorgung wurde in der Schule ein spezieller Raum im Eingangsbereich der Schule eingerichtet.

Mithilfe der Förderrichtlinie des Thüringer Kultusministeriums zur Schuljugendarbeit wurde das Projekt ausgebaut und um eine Vielzahl von Angeboten ergänzt. Es wurde ein Café für Schülerinnen und Schüler eingerichtet, das als Treffpunkt in den Pausen und nach dem Unterricht genutzt wird. Angeschlossen an das Café ist ein Spielbereich, der mit Gesellschaftsspielen und einigen PCs ausgestattet ist. Hier können sich die Schülerinnen und Schüler frei beschäftigen. Ein Sozialarbeiter steht darüber hinaus für Gespräche zur Verfügung. Am Nachmittag bieten unterschiedliche Interessengemeinschaften eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung an, u. a. das Erstellen einer Schülerzeitung, Freizeitsport, Tischtennis, Skaten, Blumen- und Pflanzenzucht, kreativ-dekoratives Gestalten, Naturkosmetik, Meditation, diverse Tanzgruppen, Grafik am PC, Mädchenarbeit und ein Streitschlichterprojekt. Ein weiteres zentrales Element der Schuljugendarbeit ist die Hausaufgabenzeit. In der Weiterentwicklung des Projekts steht der Übergang von der Grundschule in die Regelschule im Mittelpunkt. Hier wird intensiv mit den „neuen“ 5. Klassen und im 2. Schulhalbjahr mit den 4. Klassen der Grundschule gearbeitet. Gesundheitsförderliche Themen finden immer mehr Berücksichtigung im Gesamtprojekt. Ein Projekt zur Tabakprävention wurde in der Regelschule initiiert, und die Frühstücksversorgung optimierte man vor dem Hintergrund einer gesunden Ernährung.

### **▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“**

Um alle vorhandenen Mittel im Projekt noch effektiver nutzen zu können, wurde eine enge Vernetzung der Schuljugendarbeit und der Arbeit im Jugendclub entwickelt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendclubs sind ehrenamtlich in der Schuljugendarbeit tätig. Zwischen den Schülerinnen und Schülern sowie den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern baute sich ein Vertrauensverhältnis auf. Von diesem wechselseitigen Vertrauen profitierte auch die Arbeit im Jugendclub. Die Kinder und Jugendlichen wurden – und werden – in der erzieherischen Arbeit von der Schuljugendarbeit in den Jugendclub begleitet. Eingeleitete Maßnahmen können dort fortgesetzt werden. Diese intensive Zusammenarbeit führte unter anderem dazu, dass die Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Regelschule, die den Club besuchen, um



ein Vielfaches zugenommen hat. Zwei Drittel der Schülerinnen und Schüler der Regelschule nehmen die Angebote der Schuljugendarbeit regelmäßig bzw. sporadisch in Anspruch. Den Jugendclub besuchen täglich zwischen 80 und 100 Schülerinnen und Schüler. Viele Kinder und Jugendliche bringen jüngere Geschwister mit in den Club. Durch die Vernetzung zwischen Schule und Jugendclub konnten auch dessen Angebote erweitert werden. Die Schülerinnen und Schüler erhalten Hilfestellung bei der Anfertigung der Hausaufgaben und der Lehrstellensuche. Es werden unterschiedliche Sportangebote offeriert. Die Integration der Angebote beider Einrichtungen wurde durch die Bereitschaft der Schule und Schulleitung ermöglicht, ihre Schule in den Stadtteil hinein zu öffnen und zu einer sinnvollen und gesundheitsförderlichen Freizeitgestaltung beizutragen.

### ▲ **Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“**

Das Projekt bietet offene Räume (Frühstücksversorgung, Schülercafé) für Kinder und Jugendliche als Orte für Kommunikation und gemeinsame Freizeitgestaltung oder einfach nur zum ungestörten „Abhängen“. Gleichzeitig stehen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen zur Verfügung, auf die die Heranwachsenden zugehen können und die ihrerseits auch aktiv auf die Schülerinnen und Schüler zugehen. Das Ziel des Projekts besteht darin, den Kindern und Jugendlichen zu vermitteln, ihre Schule nicht nur als einen Ort des Lernens zu betrachten, der nach dem Unterricht möglichst schnell wieder verlassen wird. Die Regelschule sollte sich im Projektverlauf vielmehr zu einem Lebensraum entwickeln, der auch nach der Unterrichtszeit von den Schülerinnen und Schülern intensiv genutzt wird. Die Teilnahme an den Interessengemeinschaften erfolgt auf freiwilliger Basis und ist kostenfrei. Den Schülerinnen und Schülern wird hiermit Gelegenheit gegeben, unterschiedliche Interessen auszuprobieren. Durch eine Verknüpfung mit den Angeboten des Jugendclubs wird die Akzeptanz der Angebote der Schuljugendarbeit erhöht, wie auch die Annahme der Möglichkeit, in der Schule die Freizeit zu gestalten.

### ▲ **Guter Praxisbereich „Empowerment“**

Das Schülercafé wird von Schülerinnen und Schülern sowie von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern gemeinsam geführt. In den unterschiedlichen Interessengemeinschaften lernen die Kinder und Jugendlichen, ihre Lern-

bedingungen – den Lebensraum Schule – aktiv auch unter gesundheitsfördernden Aspekten selbstbestimmt und als soziale Gruppe zu gestalten. Sie übernehmen Verantwortung für unterschiedliche Lebensbereiche (zum Beispiel Essen und Trinken, Gestaltung des Schulhauses und des Schulumfeldes, soziales Miteinander). In die Planung und Ausgestaltung der einzelnen Interessengemeinschaften sind sie aktiv einbezogen. Die Schülerinnen und Schüler lernen, sich aktiv für ihre Belange einzusetzen und gestalten u. a. ihr eigenes Sprachrohr selbst (Schülerzeitung). Durch das Angebot der Streitschlichterausbildung übernehmen Gleichaltrige eine entscheidende Rolle in der Bewältigung von Konflikten untereinander und tragen somit zur Gewaltprävention in der Schule und deren Umfeld bei. Alle Angebote der Schuljugendarbeit wurden vor dem Hintergrund entwickelt, die Wahrnehmung persönlicher Stärken und Schwächen bei den Schülerinnen und Schülern zu erhöhen, einen geschützten Raum zur Entwicklung anzubieten sowie die Selbstsicherheit der Kinder und Jugendlichen zu stärken. Das Lernen erfolgt in einer ungezwungenen Atmosphäre. Die Lernbereitschaft und Eigeninitiative der Schülerinnen und Schüler wird erhöht. Alle Angebote finden in der Gruppe statt, sodass sie darüber hinaus auch einen Beitrag zur Förderung der Teamfähigkeit leisten.

### **Kontakt**

Lothar Regling

Staatliche Regelschule „Werner Seelenbinder“

Werner-Seelenbinder-Str. 6

99510 Apolda

Bundesland: Thüringen

Telefon: 03644-555556

Telefax: 03644-555558

E-Mail: [rs\\_wss\\_ap@gmx.de](mailto:rs_wss_ap@gmx.de)

Website: [www.th.schule.de/ap/wss](http://www.th.schule.de/ap/wss)

# 5. Struktur des Verbundprojekts „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“



## **Ein Verbundprojekt von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheit Berlin e.V. und BKK-Bundesverband im Rahmen der Kooperation mit allen Landesvereinigungen und Landeszentralen für Gesundheit und der Bundesvereinigung für Gesundheit**

Der bundesweite Kooperationsverbund wurde 2001 von der BZgA initiiert und wird zurzeit getragen aus einer Zusammenarbeit zwischen BZgA, allen Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung für Gesundheit, dem BKK-Bundesverband sowie dem Verband der Ersatzkassen VdAK/AEV. Der Kooperation gehören fast alle Spitzenverbände der Krankenkassen, weitere Krankenkassen, Bundesverbände der Ärzteschaft, Wohlfahrtsverbände, zwei Länderministerien sowie wissenschaftliche Zentren an. Insgesamt sind 37 Partnerorganisationen im Kooperationsverbund vertreten (siehe Tabelle 4 auf Seite 274).

Die Arbeit des Kooperationsverbundes wird begleitet durch einen Arbeitskreis aus nationalen und internationalen Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitsförderungs- und Wohlfahrtsbereich. Das zentrale Ziel ist die Stärkung guter Praxis in Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial

AOK Bundesverband  
 Arbeiterwohlfahrt Bundesverband  
 Barmer  
 BKK Bundesverband  
 Bundesärztekammer  
 Bundesverband der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst  
 Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen  
 Bundesverband der Unfallkassen e.V.  
 Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes  
 Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.  
 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
 Deutsches Rotes Kreuz  
 Diakonisches Werk der EKD e.V.  
 Gesundheit Berlin e.V.  
 Gmünder Ersatzkasse  
 Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)  
 Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE)  
 IKK-Bundesverband  
 Knappschaft  
 Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS)  
 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg  
 Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW  
 Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (über IPP Universität Bremen)  
 Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.  
 Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.  
 Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
 Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V.  
 Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. (AGETHUR)  
 Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.  
 Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.  
 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen  
 Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg  
 Nationale Armutskonferenz  
 Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.  
 Stiftung SPI  
 Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband  
 VdAK/AEV  
 Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health

Tab. 4: Die 37 Partnerorganisationen des Kooperationsverbunds

Benachteiligten. Hierzu wurde im Auftrag der BZgA durch die Landesvereinigung Gesundheit Berlin e.V. eine bundesweite Erhebung von Projekten und Maßnahmen (über 10 000 Aussendungen an Gesundheits- und Wohlfahrtsverbände auf Bundes-, Landes- und Kreisebene) durchgeführt. Rund 2700 Projekte sind auf der Internetplattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) zurzeit recherchierbar. Auf ihr befinden sich weitere aktuelle Informationen, Veranstaltungshinweise und Forschungsergebnisse zum Themenbereich. (Eine ausführliche Darstellung findet sich in Fachheft 22 der Reihe

„Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung und Vernetzung der Akteure.)

Im Jahr 2004 wurden zehn so genannte Regionale Knoten auf Bundeslandebene aufgebaut, die die landesbezogenen Strukturen (z. B. Landesgesundheitskonferenzen) nutzen oder neue Arbeitskreise mit Landes- und kommunalen Akteurinnen und Akteuren aufbauen sollen, um Good-Practice-Projekte zu identifizieren und zu fördern. Sie verwenden hierzu die im beratenden Arbeitskreis der BZgA entwickelten Kriterien (z. B. niedrigschwelliges Angebot, Empowerment usw.). In den einzelnen Bundesländern werden zunächst für ausgewählte Zielgruppen (z. B. Alleinerziehende oder Kinder und Jugendliche) praktische Qualitätssicherungsverfahren entwickelt und in einem partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess mit den Projektträgerinnen und -trägern realisiert. Zur Zeit gibt es Regionale Knoten in 14 Bundesländern (siehe Tabelle 5). Die Einführung Regionaler Knoten in allen 16 Bundesländern ist bis zum Ende des Jahres 2006 angestrebt.

Bundesland	Träger
Baden-Württemberg	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
Bayern	Landeszentrale für Gesundheit Bayern e.V.
Berlin	Gesundheit Berlin e.V.
Brandenburg	Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. – BLS in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie
Bremen*	Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.
Hamburg	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
Hessen*	Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE) e.V.
Mecklenburg-Vorpommern*	Landesvereinigung für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Niedersachsen	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Nordrhein-Westfalen	Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen in Kooperation mit dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen
Sachsen	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.
Sachsen-Anhalt	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
Schleswig-Holstein	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. in Schleswig-Holstein
Thüringen	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – Agethur

\* bei Drucklegung in Vorbereitung (Stand: Juli 2006)

Tab. 5: Übersicht über die Regionalen Knoten (Stand: 21. 7. 2005)



Abb. 4: Regionalen Knoten und Finanzierung

Ein aktueller Überblick über die Arbeit der Regionalen Knoten findet sich auf den Internetseiten des Kooperationsverbundes: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) im Menü „Regionale Knoten“

*Zentrale Koordinierung:* Gesundheit Berlin e. V.  
 Carola Gold  
 Friedrichstr. 231  
 10969 Berlin

# 6. Weiterführende Informationen zum Thema

## Literatur

Good Practice ist ein Thema, das in der Literatur zur Gesundheitsförderung noch nicht hinreichend berücksichtigt wurde. Wir möchten Ihnen deshalb mit dieser Liste zunächst einen Überblick über hilfreiche Literatur aus den angrenzenden Bereichen Evaluation, Qualitätssicherung sowie Evidenzbasierung bieten.

## **Gesundheitsförderung**

- *Trojan, A., Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Verlag für akademische Schriften, Frankfurt am Main.*

Liefert eine umfassende Gesamtdarstellung der Gesundheitsförderungsbewegung und erläutert dabei ihre Leitkonzepte und zentralen Begrifflichkeiten.

## **Evaluation**

- *Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (1997): Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation. Bern.*

Dieser übersichtlich strukturierte Leitfaden bietet praktische Hilfestellung bei der Planung einer Projekt- bzw. Programmevaluation sowie der Aushandlung entsprechender Mandate an externe Partner. Zum Download: <http://www.bag.admin.ch/evaluation/02357/02362/>

- *Øvretveit, J. (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.*

Dieses Buch führt umfassend in die Besonderheiten der Evaluation von Gesundheitsleistungen ein. Darüber hinaus liefert es Hinweise zur konkreten Planung und Durchführung einer Evaluation.

- *Rootmann, I., Goodstadt, M., Potvin, L., Springitt, J. (2001): A Framework for Health Promotion Evaluation. In: Rootmann, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springitt, J., Ziglio, E. (Hrsg.): Evaluation in health Promotion. Principles and Perspectives (p. 7 ff.). WHO, Kopenhagen. Dieses Buchkapitel stellt einen konzeptionellen wie praktischen Rahmen vor, der konkrete Hilfestellung bei der Umsetzung von Evaluationsvorhaben im Bereich der Gesundheitsförderung bieten soll. Zum Download: [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_43](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_43)*

## **Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung**

- *Altgeld, T., Bunzendahl, I., Kiene, H., Prümel-Philippson, U. (1997): Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen – Leitfragen zur Umsetzung. Bundesvereinigung für Gesundheit e. V., Bonn.*



Ein Reader, der Leitfragen für die Qualitätsentwicklung für verschiedene Zusammenhänge der Gesundheitsförderung formuliert. Zum Download: <http://www.bvgesundheits.de/pdf/qm.pdf>

- *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.) (2002): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention (Band 15). Köln.

Ein Buch, das verschiedene Aspekte, Ansätze und Entwicklungen des Qualitätsmanagements aufzeigt und diese mit einer Sammlung von Praxisbeispielen belegt. Zum Download: [http://www.bzga.de/bzga\\_stat/pdf/60615000.pdf](http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/60615000.pdf)

- *Cloetta, B., Spencer, B., Spörri, A., Ruckstuhl, B., Broesskamp, U., Ackermann, G.* (2004): Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. *Prävention*, 03, S. 67–72.

In diesem Artikel wird ein Modell zur Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsmaßnahmen vorgestellt. Es soll in der Projektplanungs- sowie der Auswertungsphase einsetzbar sein.

- *Grossmann, R., Scala, K.* (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Ein Leitfaden für das Projektmanagement, der das Konzept der Gesundheitsförderung mit einer Theorie der Organisationsentwicklung verknüpft. Angelunkte und Stolpersteine in der Projektdurchführung werden herausgearbeitet.

- *Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.* (Hrsg.) (1998): Qualität(en) in der Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte, Ansätze und Perspektiven. TK, Hannover.

Ein Manuskript, das verschiedene Ansätze der Qualitätssicherung aus den Bereichen betriebliche und schulische Gesundheitsförderung sowie der Erwachsenenbildung dokumentiert.

- *Luber, E., Geene, R.* (Hrsg.) (2004): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.

Dieser Sammelband führt Qualitätskriterien aus verschiedenen Blickwinkeln von Wissenschaft und Praxis zusammen. Dabei werden grundlegende Begriffe

erklärt sowie ihre praktische Anwendung diskutiert. Zum Download: [http://www.gesundheitberlin.de/download/Evidenzbasierung\\_in\\_der\\_Gesundheitsförderung.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Evidenzbasierung_in_der_Gesundheitsförderung.pdf)

- *Nutbeam, D.* (1998): Evaluating Health Promotion – Progress, Problems and Solutions. Health Promotion International, 13 (1), pp. 27–44.

Ein Artikel, der auf die Schwierigkeiten der Evaluation gesundheitsförderlicher Interventionen eingeht. Anhand eines Modells werden verschiedene Outcomes von Interventionen und Stadien von Evaluationen definiert. Darüber hinaus werden alternative Evaluationsansätze für bevölkerungsbezogene Interventionen diskutiert.

## Ressourcen im Internet

### **[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)**

Internetplattform des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Hier finden sich Informationen rund um die Thematik, eine bundesweite Praxisdatenbank und aktuelle Informationen zum Auswahlprozess von Good Practice.

### **[www.deutscher-praeventionspreis.de](http://www.deutscher-praeventionspreis.de)**

Der deutsche Präventionspreis wird jährlich auf einem ausgewählten Teilgebiet der Prävention vergeben. Neben dem Ausschreibungstext und den Teilnahmebedingungen werden auf der Seite Beispiele guter Praxispreisträgerinnen und -träger sowie nominierte Projekte vorgestellt. Zu den Beurteilungskriterien gehören:

- eindeutige, messbare Zielsetzung
- aktives Beteiligen der Zielgruppen in Maßnahmenplanung und -durchführung
- nachgewiesene Wirksamkeit
- Dauerhaftigkeit durch Ressourcensicherstellung
- Modellhaftigkeit
- Vernetzung relevanter Beteiligter
- Nachweis über Nachhaltigkeit der Interventionen

### **[www.healthorg.ch](http://www.healthorg.ch)**

*Datenbank für Akteurinnen und Akteure aus Gesundheitsförderung und Prävention.*

Healthorg ist eine nationale, von Gesundheitsförderung Schweiz und den kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung getragene Internetdatenbank. Sie bietet Informationen über die Akteurinnen und Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention sowie über ihre Aktivitäten und Angebote.

Akteure, die sich in die Datenbank eintragen lassen wollen, müssen in bestimmte, auf der Website veröffentlichte Kategorien einzuordnen sein. Die Grundanforderungen orientieren sich an der Definition von Gesundheitsförderung der WHO. Die Aufnahmekategorien für die Datenbank sind auf der Homepage unter „Hilfe“ einzusehen.

### **www.quint-essenz.ch**

Die Website wird von „Gesundheitsförderung Schweiz“ betreut. Sie richtet sich an alle Personen und Institutionen, die sich mit der Planung und Durchführung von Projekten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Sie enthält Elemente aus dem Projekt- und Qualitätsmanagement sowie der Gesundheitsförderung und bietet Instrumente für die Planung und Umsetzung von Projekten.

Die Seite bietet Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention Unterstützung durch ein gut ausgearbeitetes und übersichtliches System von Hilfsmitteln wie zum Beispiel Begriffsdefinitionen, erläuterte Qualitätskriterien sowie Checklisten für Projektplanung, -durchführung und -evaluation.

### **www.fgoe.org**

*Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)*

Die Arbeit des FGÖ basiert auf dem Gesundheitsförderungsgesetz 1998. Die Aufgaben des FGÖ reichen von der settingorientierten Gesundheitsförderung über Maßnahmen primärer Verhaltens- und Verhältnisprävention bis hin zur gesundheitlichen Information und Aufklärung. Hierbei sollen im Austausch mit Praktikerinnen und Praktikern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Gesundheitsförderung u. a. zielführende Methoden, Strategien und Models of Good Practice der Gesundheitsförderung entwickelt und identifiziert werden. Auf der Internetseite befinden sich Jahresberichte, Arbeitsprogramme und Evaluationen. Ferner sind dort Arbeitsgrundsätze und Förderkriterien zu finden, die sich an den Leitlinien der WHO (Ottawa-Charta) orientieren, ferner Arbeitsschwerpunkte und Aktivitäten sowie Informationen zu Kampagnen und der Gesundheitsförderungskonferenz.

**<http://www.publichealth.nice.org.uk>**

*Public health excellence at NICE (National Institute for Clinical Excellence) (Großbritannien)*

NICE arbeitet mit staatlichen Institutionen (Department of Health) und Nicht-Regierungsorganisationen sowie Forschungsinstituten zusammen. Ein Arbeitsschwerpunkt liegt in der Erforschung, welche Interventionen und Maßnahmen wirksam sind, um Gesundheit zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Ziel ist es, Evidenzbasierung in die Praxis einzubringen und politische Entscheidungsträgerinnen und -träger, Fachleute sowie Praktikerinnen und Praktiker zu beraten.

NICE bietet verschiedene Menüpunkte an, von denen für das Thema Evidenzbasierung folgende zwei Seiten besonders interessant sind:

- „Evidence Base“ schafft Zugang zu englischsprachig verfügbaren Informationen bezüglich Evidenzbasierung und gesundheitlicher Ungleichheit. Zielgruppe sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Praktikerinnen und Praktiker im Bereich Public Health.
- „HealthPromis“ ist die nationale Gesundheitsförderungsdatenbank für England. Sie enthält Links zu offiziellen Publikationen, Studien, Büchern, Forschungsvorhaben, Websites, Zeitschriften und anderen Quellen.

**<http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWeb/home.aspx>**

*Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre Information (Eppi-Centre) (Großbritannien)*

Das Eppi-Centre ist Teil der Social Science Research Unit (SSRU) des Institute of Education der Universität von London. Das Institut wurde 1993 gegründet und beschäftigt sich mit der Untersuchung evidenzbasierter Arbeit bei sozialen Interventionen. Das Centre ist der formale Partner der Campbell Collaboration. Es hat drei miteinander verbundene Arbeitsschwerpunkte:

- Gesundheitsförderung: Gründliche Bewertung der Forschung, die Gesundheitsförderung evaluiert.
- Sammlung von Forschungsergebnissen zu Evidenz im Erziehungsbereich: Bereitstellung einer zentralen Ressource für diejenigen, die zur Verfügung stehende Forschungsarbeiten selbst begutachten wollen und für diejenigen, die Übersichten nutzen wollen, um Politik und Praxis kompetent zu beraten.
- Perspektiven und Partizipation: Das Eppi-Centre entwickelt Methoden und bietet Unterstützung für die Stärkung der Rolle von Laien bei der Durchführung von Forschungsarbeiten im Gesundheitsbereich und bei der Nutzung von Forschungsergebnissen, um kompetente Entscheidungen zu treffen.

### **[www.EuroHealthNet.org](http://www.EuroHealthNet.org)**

*The European Network of Health Promotion Agencies*

EuroHealthNet ist eine Organisation, die sich zum Ziel gesetzt hat, zu einem gesünderen Europa mit größerer gesundheitlicher Chancengleichheit innerhalb und zwischen den europäischen Ländern beizutragen. Hinsichtlich „Good Practice“ sind vor allem die Projektbereiche der Organisation interessant: Social Inclusion (soziale Einbeziehung), Health Inequalities (gesundheitliche Ungleichheit), Getting Evidence into Practice (praxisorientierte Evidenzbasierung), Healthy Ageing (gesundes Altern) und Health Impact Assessment (Gesundheitsfolgenabschätzung).

### **[www.nigz.nl/gettingevidence](http://www.nigz.nl/gettingevidence)**

Das europäische Projekt „Getting Evidence into Practice“ wird vom Netherlands Institute for Healthpromotion and Disease Prevention (NIGZ) koordiniert.

### **[www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org)**

Die International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) möchte weltweit dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheit zwischen den verschiedenen Ländern und innerhalb der Länder abzubauen. Sie verfolgt vier Ziele:

- das Eintreten für gesundheitsfördernde Aktivitäten in der ganzen Welt,
- die Entwicklung von Wissensgrundlagen für eine effektive Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung,
- die Verbesserung der Qualität und Effektivität von Politik und Praxis in den Bereichen Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung,
- die Förderung von Capacity-Building in Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung.

Hinsichtlich der Thematik „Good Practice“ ist besonders das Projekt „Global Programme on Health Promotion Effectiveness“ (GPHPE) interessant.

### **[www.bestpractices-healthpromotion.com](http://www.bestpractices-healthpromotion.com)**

Diese Seite beschreibt ein Konzept, das sich „Interactive Domain Model of Best Practice in Health Promotion“ (IDM) nennt. Neben einem Manual enthält die Seite auch praktische Anwendungsbeispiele und verschiedene Hilfsmittel zur Identifizierung von „Best Practice“ in der Gesundheitsförderung. „Best Practice“ in der Gesundheitsförderung wird definiert als diejenigen Prozesse und Aktivitäten, die vereinbar sind mit den Werten, Zielen und Theorien der Gesundheitsförderung, die Evidenz und das Umfeld berücksichtigen.

sichtigen und die in einer gegebenen Situation am wahrscheinlichsten die Ziele der Gesundheitsförderung erreichen.

**<http://www.thecommunityguide.org/overview/recs-to-date.pdf>**

**<http://www.thecommunityguide.org>**

Das Center of Disease Control CDC (USA) bietet einen Überblick über systematische Reviews für bevölkerungsbezogene und klinische Präventionsinterventionen.

# 7. Glossar

Die Definitionen der folgenden Begriffe basieren auf dem Verständnis des beratenden Arbeitskreises des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Die Begriffe reflektieren die Meinung seiner Mitglieder unter Berücksichtigung der nationalen und internationalen Fachliteratur.

## Benchmarking

Benchmarking bezeichnet den Prozess des Vergleichens und Messens von institutionsinternen Produkten, Dienstleistungen und Prozessen mit denen der besten oder anerkannten Konkurrentinnen und Konkurrenten bzw. Vergleichspartnerinnen und -partner. Der Vergleich mit den Besten soll die eigene Leistungsfähigkeit erhöhen.

## Capacity-Building

Der Begriff Capacity-Building wird in der Gesundheitsförderungsliteratur unterschiedlich verwandt. Er bezeichnet:

- die Fähigkeit, auf bestimmte Gesundheitsprobleme mit entsprechenden Programmen und → Maßnahmen zu reagieren, das heißt der Begriff bezieht sich auf die Entwicklung von Strukturen, Organisation, Kenntnissen und Ressourcen (*Health Infrastructure or Service Development*),
- die Fähigkeit, ein Programm oder eine Maßnahme dauerhaft vorzuhalten, entweder durch den gleichen Träger oder durch die Übernahme des Konzepts durch einen anderen Akteur bzw. eine andere Akteurin und/oder durch die Einbindung in Netzwerkstrukturen. Programmschwerpunkte können dabei auch ausgeweitet werden (*Program Maintenance and Sustainability*),
- die Entwicklung der Problemlösungsfähigkeit von Organisationen, Gemeinden, Zielgruppen hinsichtlich der Identifizierung von Gesundheitsproblemen und der Möglichkeiten, sie zu lösen (lernende Organisationen). Dies geschieht durch den Erwerb von Fertigkeiten und Erfahrungen, die in einem Programm vermittelt wurden und die über die ursprüngliche Intervention hinaus Effekte auch in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen zeigen (*Problem-Solving Capability of Organisations and Communities*).

## Empowerment

Empowerment in der → Gesundheitsförderung ist die Befähigung und Stärkung der Menschen zur gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen.

→ Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit → Gesundheit und Krankheit. Sie hilft den Menschen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und ermöglicht ihnen zugleich, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer → Gesundheit zugute kommen. Durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktion sollen diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden.



Empowerment trägt dazu bei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, die verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuelle chronische Erkrankungen und Behinderungen angemessen zu bewältigen. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen als auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Öffentliche Körperschaften, Privatwirtschaft und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die traditionellen Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen.

## Evaluation

Unter Evaluation versteht man das systematische Sammeln, Analysieren und Bewerten von Informationen über Aktivitäten, Eigenschaften und Ergebnisse von → Projekten, Personen und Produkten. Durch Evaluation werden wichtige Kenntnisse über Stärken und Schwächen eines Projekts oder einer → Maßnahme gewonnen. Dadurch verbessern sich die Grundlagen für projektbezogene Entscheidungen und es wird eine Basis für die Erhöhung der Effektivität und Effizienz geschaffen. Es können sowohl Strukturen (Strukturevaluation), Prozesse (Prozessevaluation) als auch Ergebnisse und Wirkungen der Maßnahmen (Ergebnisevaluation) evaluiert werden. Während Evaluation den Aspekt der Bewertung und Forschung betont, steht beim Qualitätsmanagement die Nutzung für die Praxis im Vordergrund.

Evaluation in der → Gesundheitsförderung kann sehr unterschiedlichen Zwecken dienen:

- Entscheidungshilfe bezüglich der Weiterführung von Projekten,
- Verbesserung von Strategien und Maßnahmen,
- Projektsteuerung,
- Legitimation bei der Verwendung öffentlicher Gelder oder gegenüber Zielgruppen und Fachöffentlichkeit,
- Untersuchung wissenschaftlicher Fragestellungen.

Die jeweilige Zielsetzung bedingt unterschiedliche Vorgehensweisen und Methoden. Je nach Zweck der Evaluation ist die Anwendung unterschiedlicher Evaluationsformen (Selbst- oder Fremdevaluation) und Evaluations-typen (Planungs-, Prozess- oder Ergebnisevaluation) sinnvoll.

Bei Evaluationen gesundheitsfördernder Projekte sollten folgende Punkte untersucht werden:

- Machbarkeits- oder Feasibilitystudien berücksichtigen die Plausibilität einer Intervention, die Akzeptanz für die verschiedenen Interessengruppen

(Stakeholder) sowie die technische Durchführbarkeit eines Projekts oder einer Maßnahme in ihrem spezifischen sozialen Kontext.

- Monitoring und Prozessevaluationen untersuchen die Qualität der Implementierung einer Maßnahme.
- Ergebnisevaluationen untersuchen die Effektivität, die → Nachhaltigkeit und die Effizienz (Impact, Outcome) eines Projekts oder einer Maßnahme.

Zusammenfassend kann man Evaluation beschreiben als kritische, analytische Interpretation durch systematische Erhebung gewonnener (nicht routinemäßig verfügbarer) Informationen, das Ableiten von Schlussfolgerungen daraus und letztlich die Beurteilung und/oder Bewertung eines Projekts oder einer Maßnahme mit dem Ziel, sie zu verbessern.

## **Evidenz**

Evidenz und evidenzbasierte Praxis sind Begriffe, die sich in neuerer Zeit, vor allem in der Medizin und teilweise auch im Public-Health-Bereich, durchgesetzt haben. In der → Gesundheitsförderung hat das Thema einer evidenzbasierten Praxis erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und zu einer breiteren Diskussion geführt. In der Medizin wird Evidenz als ein wissenschaftlich fundiertes, beweiskräftiges Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Interventionen bezeichnet. Es ist Basis für die Entwicklung von Qualitätsstandards bzw. Leitlinien für die medizinische Praxis. Dabei wird von einer „Evidenzhierarchie“ ausgegangen. Die randomisierte kontrollierte Studie (RCT) steht auf der obersten Stufe und wird als „Goldstandard“ betrachtet. Für die → Gesundheitsförderung besteht bislang noch kein Konsens, was Evidenz bedeutet, welche Art von Evidenz für ihren komplexen Ansatz angemessen ist, wie die Ergebnisse/Wirkungen in der Gesundheitsförderung aussehen und wie diese gemessen werden können.

Ein Evidenzbegriff, wie er in der Medizin gebraucht wird, ist für die → Gesundheitsförderung fragwürdig. Die RCT gilt dort als unangemessen, ja sogar kontraproduktiv. Entsprechend wird vorgeschlagen, Evidenz in der Gesundheitsförderung als umfassendes, plausibles Wissen über die Wirksamkeit komplexer gesundheitsfördernder Aktivitäten in komplexen sozialen Systemen oder Lebenswelten zu begreifen.

## **Gesundheit**

Es gibt viele unterschiedliche Definitionen von Gesundheit. Sie beeinflussen die Sichtweise auf die einzusetzenden Mittel zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten und Förderung von Gesundheit. Sie entscheiden auch

darüber, in welchem Maße den Menschen Selbstverantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übertragen werden kann oder soll.

In den letzten Jahrzehnten gab es zwei Ansätze, die in besonderer Weise die heutige Sicht von Gesundheit und Krankheit geprägt haben: die Internationale Konferenz von Alma Ata 1978 und das salutogenetische Konzept von Aaron Antonovsky.

1978 wurde auf der Internationalen Konferenz von Alma Ata eine Erklärung verabschiedet, die richtungweisend für Basisgesundheitsversorgung und → Gesundheitsförderung wurde und noch heute die Diskussion bestimmt. In ihrem ersten Paragraphen wird Gesundheit folgendermaßen definiert:

„§ 1. Die Konferenz bekräftigt, dass Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur Abwesenheit von Krankheit ist und dass sie ein fundamentales Menschenrecht darstellt. Das Erreichen des höchsten Niveaus von Gesundheit ist eines der wichtigsten sozialen Ziele weltweit, dessen Realisierung den Einsatz von vielen anderen sozialen und wirtschaftlichen Sektoren zusätzlich zum Gesundheitswesen erfordert.“

Antonovsky betont gegenüber der starken Ausrichtung der Medizin auf Risikofaktoren die Stärkung der Gesundheitsressourcen eines Menschen. Im salutogenetischen Konzept interessiert vor allem, warum Menschen gesund bleiben und nicht so sehr, warum sie krank werden. Während man in der westlichen Medizin im Allgemeinen davon ausgeht, dass sich Gesundheit und Krankheit ausschließen, stellt Antonovsky dieser Sichtweise die Vorstellung eines Kontinuums gegenüber, auf dem Menschen als mehr oder weniger krank, bzw. mehr oder weniger gesund eingestuft werden. Dabei existiert kein strenges zeitliches Nacheinander von Gesundheit und Krankheit, sondern ein gleichzeitiges Nebeneinander von verschiedenen Zuständen objektiven und subjektiven Wohlbefindens.

## **Gesundheitliche Ungleichheit**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert verschiedene Ebenen der Ungleichheit, deren gesundheitliche Folgen bekämpft werden sollen:

- die Kluft zwischen besser gestellten und schlechter gestellten sozialen Schichten innerhalb einzelner Gesellschaften, hierbei insbesondere der ungleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung,
- die Kluft zwischen ärmeren und reicheren Ländern

sowie als weitere Querschnittsthemen:

- die Chancenungleichheit zwischen den Generationen, die durch die Verursachung von Umweltrisiken und deren gesundheitliche Folgen bedingt wird,
- die Chancenungleichheit zwischen den Geschlechtern in der gesundheitlichen Versorgung.

Für diese Formen der Ungleichheit bedeutet Chancengleichheit die Herstellung gleicher Möglichkeiten, gesund zu sein und gesund zu bleiben, unabhängig vom sozialen Status, nationaler Zugehörigkeit, Ethnie, Generation, Alter und Geschlecht. Einer der wesentlichen Ansätze zur Förderung von Chancengleichheit in der → Gesundheit ist der → Settingansatz.

## **Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Sie zielt darauf, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre → Gesundheit beeinflussen (Gesundheitsdeterminanten), zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz und umfasst ausdrücklich sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen (Gesundheitshandeln) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Verhältnisse/Strukturen/Kontexte).

## **Good Practice**

Als Good Practices in der → Gesundheitsförderung werden diejenigen → Maßnahmen und Aktivitäten bezeichnet, die mit den Werten und Theorien der Gesundheitsförderung übereinstimmen, deren Wirksamkeit belegt ist und die geeignet sind, die Ziele der Gesundheitsförderung in einer gegebenen Situation zu erreichen. Im Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wird der Begriff „Good Practice“ statt des weitergehenden Begriffs „Best Practice“ verwendet, da die zahlreichen → Projekte und Maßnahmen nicht ausgeschlossen werden sollen, die gute und vorbildliche, aber nicht in allen Bereichen „beste“ Arbeit leisten. Ihre Expertise soll nicht verloren gehen, sondern anderen Projekten und Interessierten zugänglich gemacht werden.

## **Indikator**

Indikatoren sind Merkmale, deren Größe bzw. Ausprägung messbar oder konkret überprüfbar ist. Ein Indikator dient als Ersatzmaß für die Erhebung von

Informationen über bzw. die Messung von Phänomenen, die selbst nicht direkt gemessen werden können. So ist zum Beispiel der pro Kopf in einem Land während eines Jahres insgesamt konsumierte Alkohol indikativ für das Ausmaß des Alkoholabusus. Mit Indikatoren lassen sich Veränderungen von Situationen anzeigen. Sie reduzieren vielschichtige Sachverhalte und Problemlagen auf eine konkrete Dimension.

### **Innovativer Charakter**

In → Gesundheitsförderung und → Prävention sind diejenigen → Projekte und → Maßnahmen innovativ, die durch Anwendung neuer Ideen, Techniken und Methoden neuartige Lösungen für bestimmte Probleme und Herausforderungen praktizieren. Angestrebt wird die Umsetzung bisher nicht realisierter Möglichkeiten und damit eine Optimierung der Zielerreichung.

Es ist jedoch zu bedenken, dass eine Idee, die an einem Ort zu einem bestimmten Zeitpunkt innovativ ist, anderswo Standard sein kann. Der innovative Charakter von Projekten muss je nach den Rahmenbedingungen unterschiedlich eingeschätzt werden, denn verschiedene Sozialräume verfügen über verschiedene Voraussetzungen.

Kontinuierlich arbeitende Maßnahmen oder Regelangebote müssen gegenüber kurzfristigen Projekten, die häufiger mit Innovation assoziiert werden, nicht im Nachteil sein, wenn sie bereit sind, auf gesellschaftliche Entwicklungen zu reagieren und fähig sind, sich zu verändern. Innovation ist somit auch ein Balanceakt im Spannungsfeld von Bewahren und Verändern, zwischen Kreativität und Zuverlässigkeit und zwischen Risikobereitschaft und Qualitätsgewährleistung.

### **Integriertes Handlungskonzept**

Ein integriertes Handlungskonzept liegt dann vor, wenn bei der Realisierung eines → Projekts oder Vorhabens alle zur Planung und Umsetzung notwendigen Akteurinnen und Akteure, zum Beispiel aus Politik, Verwaltung oder Praxis, einbezogen sind. Dies schließt auch die Zielgruppen der Projekte ein, die möglichst bereits an der Konzeptentwicklung beteiligt werden sollten. Integrierte Handlungskonzepte sind gegenüber Einzelmaßnahmen wesentlich komplexer und stoßen sowohl Kommunikations- und Koordinationsprozesse als auch Lernprozesse zwischen den Akteurinnen und Akteuren an. Sie sind gekennzeichnet durch ergebnisoffene Prozesse, in denen Ziele, Maßnahmen zur Problemlösung und Organisationsformen sowie Verfahrensweisen gemeinsam formuliert und festgelegt werden. Ein integriertes Handlungskon-

zept strebt eine effektive Zusammenarbeit und eine Ressourcenoptimierung an. Besonders im Quartiersmanagement haben sich integrierte Handlungskonzepte bewährt.

### **Kosten-Nutzen-Relation**

Das Kosten-Nutzen-Kriterium besagt, dass gesundheitsfördernde Interventionen dann als besonders erfolgreich bezeichnet werden können, wenn der nachgewiesene Nutzen die entstehenden/entstandenen Kosten übertrifft bzw. aufwiegt. Ein solcher Nachweis ist jedoch in der Regel nur schwer zu führen, da sowohl die Kosten (Personal, Finanzmittel, Zeitaufwand etc.) als auch die Ergebnisse (Verlängerung der Lebenserwartung, Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Lebensqualität, Befähigung der Zielgruppe etc.) unterschiedlich quantifiziert sind und zu unterschiedlichen Zeitpunkten sichtbar bzw. messbar werden. Eine einfache Gegenüberstellung ist nicht möglich. Deswegen findet die den Wirtschaftswissenschaften entspringende *Kosten-Nutzen-Analyse* im Bereich der Gesundheitsförderung in der Regel keine Anwendung. Stattdessen wird zur gesundheitsökonomischen Evaluation von Projekten/Maßnahmen häufig auf die *Kosten-Wirksamkeits-Analyse* zurückgegriffen.

*Kosten-Nutzen-Analyse:* Bei der Kosten-Nutzen-Analyse handelt es sich um die klassische Form einer ökonomischen Evaluation. Sie steht immer noch als Synonym für verschiedene Formen ökonomischer Evaluationen und hat zum Ziel, geplante Vorhaben, die auf eine bessere Versorgung der Bevölkerung mit öffentlichen Gütern und Dienstleistungen abzielen, unter Gesichtspunkten der Effizienz zu beleuchten.

Kennzeichen der Kosten-Nutzen-Analyse ist, dass sämtliche Kosten und der gesamte Nutzen einer Maßnahme in Geldeinheiten bewertet werden. Da die Kosten- und Nutzenkomponenten monetarisiert sind, kann diese eindimensionale Konzeption der Vielschichtigkeit und den Besonderheiten gesundheitsfördernder Interventionen nicht gerecht werden. Gesundheitliche Ergebnisparameter wie gewonnene Lebensjahre, symptomfreie Tage, Lebensqualität und andere immaterielle Werte lassen sich nicht oder nur sehr beschränkt in Geldeinheiten ausdrücken. Zudem wirft eine rein monetäre Betrachtungsweise von zum Beispiel indirekten Kosten, die durch mehr Krankheitstage und weniger Lebenserwartung der Gesellschaft entstehen, auch ethische Probleme auf.

*Kosten-Wirksamkeits-Analyse:* Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse bietet die Möglichkeit, auch die oben erwähnten nichtmonetären Effekte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme in gesundheitsökonomischen Evaluationen zu

berücksichtigen. Dabei werden die nicht in monetären Einheiten bewertbaren Komponenten in natürlichen Einheiten gemessen. Die Beurteilung des Erfolgs einer Maßnahme geschieht dabei anhand von Größen (projektspezifischen Zielen), die im Rahmen der Untersuchung festgelegt werden. Dabei kann es sich auch um eher globale Erfolgskriterien handeln, zum Beispiel um die Stärkung der Handlungskompetenz und Autonomie der Zielgruppe. Diesen in messbare Größen überführten Erfolgen der Maßnahme werden dann die Kosten gegenübergestellt. Dabei werden die verschiedenen Teilwirksamkeiten in ihrer Bedeutung gleichberechtigt behandelt, und es wird darauf verzichtet, sie zu einer Gesamtwirksamkeit zusammenzufassen.

## **Maßnahme**

Eine Maßnahme ist eine konkrete Handlung oder ein Set konkreter Handlungen mit festgelegten Terminen und Verantwortlichkeiten. Sie wird ergriffen, um ein Ziel oder Zwischenziel zu erreichen. Im Gegensatz zu → Projekten sind hier in der Regel zeitlich unbefristete Regelangebote gemeint.

## **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren**

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der → Gesundheitsförderung sind alle Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich auf Gesundheitsförderung und → Prävention bei den Zielgruppen hinwirken (zum Beispiel aus den Bereichen Familienberatung, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Gesundheitsförderung sowie bei Lehrerinnen und Lehrern, Ärztinnen und Ärzten etc.). Eine besondere Gruppe bilden Politikerinnen und Politiker, die Verhältnisse und Strukturen mitbestimmen und damit → Gesundheit entscheidend beeinflussen.

Angebote können sich direkt an Personengruppen wenden, von denen angenommen wird, dass sie einen hohen Multiplikationseffekt haben, wie die oben genannten Berufsgruppen (zum Beispiel Fortbildungsveranstaltungen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Lehrkräfte zum Thema Suchtprävention). Es kann jedoch auch das Ziel eines → Projekts sein, Betroffene, in diesem Fall sozial Benachteiligte, im Laufe der Projektdurchführung zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu machen und in diesem Sinne zu schulen (Beispiele: „Ex-User“ beraten Drogenabhängige; jugendliche Besucher eines Jugendzentrums werden zu „Peers“).

## **Nachhaltigkeit**

Nachhaltigkeit in gesundheitsfördernden → Projekten besteht dann, wenn die intendierten Wirkungen eines Angebots nach dessen Ablauf weiterhin bestehen bzw. ein Projekt Wirkungen über seine begrenzte Dauer hinaus erzeugt.

Eine besondere Bedeutung für die Nachhaltigkeit hat die Kontinuität eines Projekts, das heißt wenn eine dauerhafte Fortführung gesichert und selbsttragende Strukturen entwickelt werden.

### **Niedrigschwelligkeit**

Niedrigschwellige → Projekte versuchen das Problem anzugehen, dass sozial benachteiligte Zielgruppen herkömmliche Beratungsangebote mit so genannter „Kommstruktur“ nicht in Anspruch nehmen. Selbst die Initiative zu ergreifen, sich in ein unbekanntes Umfeld zu begeben und mit sozial meist höher gestellten Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern zu sprechen, stellt oft eine zu hohe Schwelle dar, als dass diese Angebote wahrgenommen würden. Daher werden oft diejenigen Personen, die besonders dringend Unterstützung und Hilfestellungen benötigen, nicht erreicht und es besteht die Gefahr, dass sich ihre ohnehin heikle Lage noch verschlechtert.

Niedrigschwellige Projekte dagegen warten nicht, bis Menschen Kontakt zu ihnen aufnehmen, sondern gehen unmittelbar auf die Zielgruppen ihrer Arbeit zu, um sie zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt erreichen zu können. Dies gelingt am besten durch das Aufsuchen und Begleiten der Zielgruppe in ihrer Lebenswelt (→ Settingansatz), zum Beispiel

- Schülerinnen und Schüler/Jugendliche in der Schule oder in Freizeiteinrichtungen,
- Kinder im Vorschulalter in Kindertagesstätten,
- Wohnungslose und Drogenabhängige auf der Straße/in Szenetreffs durch Streetwork,
- Beschäftigte in Betrieben,
- allein erziehende Mütter im Stadtteil.

Darüber hinaus soll die Erreichbarkeit der Zielgruppen durch unkomplizierte Terminabsprachen und zielgruppenorientierte Öffnungszeiten von Einrichtungen gefördert werden. Offene Angebote tragen dazu bei, Kontakte zu erleichtern.

### **Partizipation**

Partizipation in der → Gesundheitsförderung kann unterschiedliche Ausprägungen annehmen. Je nach Art des → Projekts bzw. des Angebots, der Zusammensetzung und Motivation der Zielgruppen, wie auch bezüglich des Umfangs des Projekts können unterschiedliche Beteiligungsformen förderlich und notwendig oder auch überfordernd und hemmend sein. Partizipation umfasst die Formulierung von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen, die Beteiligung an Regelerstellungen sowie die



aktive Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluierung der Angebote.

Wenn die Fähigkeiten der Zielgruppe für die Durchführung von Entscheidungsfindungsprozessen nicht ausreichend sind, sollten die notwendigen Kompetenzen geschult werden, um darauf aufbauend auch zu einer Beteiligung der Zielgruppe zu gelangen. Partizipation kann erleichtert und ermöglicht werden durch:

- Förderung von Wahrnehmung persönlicher Kompetenzen/Stärkung des Selbstwertgefühls,
- Förderung von Eigeninitiative,
- Förderung von Lernbereitschaft,
- Förderung der Gruppenfähigkeit,
- Aktivierung zur Äußerung von Wünschen und Bedürfnissen,
- Förderung des Verantwortungsgefühls (→ Empowerment, → Settingansatz).

## **Prävention**

Prävention ist die Verhütung von Krankheiten durch vorbeugende → Maßnahmen zur Ausschaltung von Krankheitsursachen und -risiken, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit.

In der Regel wird nach dem Zeitpunkt des Eingreifens unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention:

- Primärprävention trägt durch Ressourcenstärkung und Belastungssenkung zur Verhinderung von Krankheit bei.
- Sekundärprävention zielt darauf ab, durch Früherkennung und adäquate Frühbehandlung in den Entstehungsprozess einer Krankheit einzugreifen und damit den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen.
- Durch Tertiärprävention sollen bei Kranken Rückfälle und Chronifizierung verhindert werden. Nach dem Ansatzpunkt wird auch unterschieden in Verhaltens- und Verhältnisprävention.

## **Projekt**

Projekte sind komplexe, räumlich, zeitlich und finanziell begrenzte Vorhaben, die auf bestimmte Ziele ausgerichtet sind und bestimmte Resultate hervorbringen sollen.

## **Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung**

Qualität im Gesundheitswesen bezeichnet das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünsch-

ter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen. In der Qualitätsdiskussion wird nach Donabedian unterschieden zwischen:

- Strukturqualität: Ausstattung eines → Projekts oder Leistungserbringers mit Finanzmitteln, Räumen, Arbeitsmitteln, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern etc.,
- Prozessqualität: die Art und Weise der Projektdurchführung oder Leistungserbringung,
- Ergebnisqualität: die erreichten Effekte eines Projekts oder einer → Maßnahme.

Seit Beginn der Qualitätsdiskussion hat es entscheidende Veränderungen im Verständnis von Qualität und der Art und Weise, wie man sie am besten sichert, gegeben. Bezog sich der Begriff Qualität anfangs nur auf ein gefertigtes Produkt, so wurden mit der Zeit immer weitere Qualitätsdimensionen in das Konzept der Qualitätssicherung mit einbezogen. Das Qualitätsverständnis wurde zuerst auf die Kundenzufriedenheit, in einem weiteren Schritt auf alle Arbeitsabläufe, Dienstleistungen und auch die vorhandenen Strukturen ausgedehnt.

Mehr und mehr traten die Arbeitsprozesse einer Organisation in den Vordergrund des Interesses. Qualität betraf nun alle Bereiche, alle Aufgaben und alle Personen in einem Betrieb oder einer Organisation. Der Begriff „Qualitätssicherung“ wurde durch den Begriff „Qualitätsmanagement“ abgelöst. Der damit einhergehende Paradigmenwechsel setzte in Deutschland erst in den 80er-Jahren ein. Qualität soll nicht mehr kontrolliert oder gesichert werden, Qualität soll produziert und kontinuierlich verbessert werden. Auf diesem Verständnis basiert das moderne Qualitätsmanagement. Da dieses nun nicht mehr an ein Produkt gebunden ist, kann es in Organisationen jeglicher Art angewendet werden.

Für viele Einrichtungen der → Gesundheitsförderung ist dies jedoch schwierig, da es schwer fällt, so umfassende Ziele wie → Gesundheit, Verbesserung der Lebensqualität oder Initiierung von Innovationen in überprüfbare Nahziele zu transformieren. Projekte der Gesundheitsförderung können jedoch auch in ihrem Arbeitsfeld zur Verbesserung der Qualität beitragen, indem sie versuchen, die zentralen Elemente wie das Denken in Regelkreisen und Qualität als Arbeitsprinzip praxisnah umzusetzen und damit Qualität zu entwickeln.

## Settingansatz

Der Begriff „Setting“ bezeichnet ein überschaubares sozial-räumliches System (wie Betrieb, Schule, Krankenhaus, Stadtteil etc.), in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen. Settingorientierte Interventionen richten sich an die strukturellen Bedingungen des Settings und an die involvierten Personengruppen.

Ein Setting kann in einem umfassenden Sinn verstanden werden als ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gleiche Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter und zumindest ansatzweise verbindlicher Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von → Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf alle Formen der Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können.

Der Settingansatz wurde in den späten 80er-Jahren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Er gilt als Instrument der Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta in die Praxis (→ Gesundheitsförderung). Seine besondere Bedeutung für die Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten erhält er dadurch, dass er einen gleichermaßen verhaltens- und verhältnisorientierten Ansatz der Gesundheitsförderung darstellt.

Mit niedrigschwelligen (→ Niedrigschwelligkeit) Interventionen, die in den Lebenswelten der Zielgruppen ansetzen – etwa Schule, Betrieb, Stadtteil, Familie –, vermeiden → Projekte, die mit dem Settingansatz arbeiten, eine einseitige Ausrichtung auf Mittelschichtsangehörige und eine Stigmatisierung der benachteiligten Zielgruppen. Interventionen im Setting verstehen ihre Zielgruppe als aktiv Handelnde, die an der Planung und Durchführung der → Maßnahmen beteiligt werden (→ Partizipation). Sie zielen darauf ab, Lebenskompetenzen zu vermitteln und die Betroffenen in der Wahrnehmung ihrer eigenen gesundheitsbezogenen Interessen zu stärken (→ Empowerment).

## Soziale Benachteiligung

Soziale Benachteiligung entsteht besonders dort, wo die Ausgangsbedingungen der persönlichen und sozialen Entwicklung beeinträchtigt sind. Dies führt dazu, dass Personen nicht vollständig an den gesellschaftlichen Prozessen teilhaben. → Indikatoren für soziale Benachteiligung sind u. a. niedriges Einkommen, niedriger beruflicher Status, niedrige Schulbildung und schwierige Lebenslagen der Betroffenen.

Die Defizite der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen führen zur Benachteiligung ganzer Gruppen – zum Beispiel Milieus mit nur eingeschränkter familiärer Sozialisation, mit schlechten oder mangelnden Sprachkenntnissen und Kulturtechniken und/oder unvollständigen oder fehlenden Qualifikationen in schulischem und beruflichem Kontext.

Soziale Benachteiligung ist abhängig von der gegebenen gesellschaftlichen Situation und den damit verbundenen individuellen Möglichkeiten. Unter Benachteiligung ist zu verstehen, dass die Chancen von Einzelnen, ein bestimmtes Ziel zu erreichen aufgrund von Faktoren, die sie selbst nicht oder kaum beeinflussen können, stark gemindert werden.

Der Zusammenhang von sozialem Status und → Gesundheit bzw. Krankheit ist durch viele internationale sozialepidemiologische Studien erwiesen. Das Ausmaß an gesundheitlichen Ungleichheiten wird an folgenden Beispielen aus Deutschland deutlich:

- *Lebenserwartung*: Eine Studie aus dem Jahr 2000 zeigt, dass Männer aus den obersten 25 % der Einkommensverteilung eine um zehn Jahre höhere Lebenserwartung haben als Männer aus den untersten 25 % (82 bzw. 72 Jahre). Bei Frauen ist der Unterschied geringer, beträgt aber immer noch fünf Jahre (86 bzw. 81 Jahre).<sup>21</sup>
- *Koronare Herzerkrankungen*: Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Gutachten 2000/2001 fest, dass in Deutschland alle kardiovaskulären Erkrankungen zusammengenommen für etwa die Hälfte der Todesursachen verantwortlich sind. Eine Auswertung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie ergibt, dass die Häufigkeit von Herzinfarkt und Schlaganfall mit abnehmendem Einkommen schrittweise zunimmt. Das Risiko der untersten Einkommensgruppe, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, ist 1,6-mal so groß wie das der obersten Einkommensgruppe.
- *Kinder- und Jugendgesundheit*: Bei Schuleingangsuntersuchungen schnitten die Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status wesentlich schlechter ab als die Kinder aus Familien mit einem mittleren oder hohen sozialen Status. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede hinsichtlich der Sprachentwicklung sowie der intellektuellen und psychomotorischen Entwicklung. Auch die Befunde Übergewicht (Adipositas) und kinderpsy-

---

21 *Reil-Held, A.* (2000): Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Nr. 580-00. Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Universität Mannheim.

chiatrische Störungen traten bei Kindern aus Elternhäusern mit einem niedrigen sozialen Status häufiger auf.

Auch bei Schülern und Schülerinnen spielt der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilien eine wichtige Rolle. Bei der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes bewerten arme Schüler und Schülerinnen ihren Gesundheitsstatus schlechter als die aus reicheren Elternhäusern. Dieser Unterschied wird besonders deutlich, wenn man das Fünftel aus der untersten Wohlstandsschicht mit dem des reichsten Fünftels vergleicht.

## Zielgruppe

Eine Zielgruppe sind diejenigen Gruppen oder Personen, auf die eine → Maßnahme, ein → Projekt oder eine Strategie etc. abzielt. Die Projekte und Maßnahmen im Rahmen der Projektdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (→ Gesundheitsförderung) richten sich an zwei unterschiedliche Zielgruppen:

- Sozial Benachteiligte sind Menschen mit niedrigem Einkommen, niedrigem beruflichen Status, niedriger Schulbildung, Menschen in schwierigen Lebenslagen; sie sind diejenigen, um „deren → Gesundheit es geht“ (einschließlich ihrer Angehörigen, Freundinnen, Freunde und Bekannten) (→ Soziale Benachteiligung).
- Projekte und Maßnahmen können sich auch an → Multiplikatorinnen und Multiplikatoren richten.

## Hinweis

Erläuterungen zu zahlreichen weiteren wichtigen Begriffen der Gesundheitsförderung finden sich in:

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 6. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

