

Band 5

**GESUNDHEITSFÖRDERUNG KONKRET**

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

Ansatz – Beispiele –  
Weiterführende Informationen

3. erweiterte und überarbeitete Auflage 2007

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

# Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

**Ansatz – Beispiele – Weiterführende  
Informationen**

**3. erweiterte und überarbeitete Auflage 2007**

Frank Lehmann, Raimund Geene, Lotte Kaba-Schönstein, Sven Brandes,  
Monika Köster, Holger Kilian, Judith Steinkühler, Gabi Bartsch, Susanne  
Linden

Unter Mitarbeit von Thomas Altgeld, Roswitha Bley, Christa Böhme, Elke  
Anna Eberhard, Katrin Eitel, Monique Faryn-Wewel, Birgit Ferner, Iris Grimm,  
Petra Hofrichter, Barbara Leykamm, Helene Luig-Arlt, Uta Maercker, Doro-  
thee Michalscheck, Harry Müller, Klaus D. Plümer, Antje Richter, Torben  
Sammet, Annett Schmok, Dagmar Siewerts, Bettina Steen, Iris Wulsch

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,  
3. erweiterte und überarbeitete Auflage 2007

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: 1.6.11.07

ISBN 978-3-937707-49-5

Band 5 der Fachheftreihe ist erhältlich

unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,

und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.

Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/  
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60645000

# 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. Dies erfordert eine übergreifende Zusammenarbeit von der kommunalen über die Länder- bis zur Bundesebene.

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 Prävention und Gesundheitsförderung, dem BKK-Bundesverband sowie dem Verband der Ersatzkassen VdAK/AEV. Gesundheit Berlin e. V. koordiniert die Aktivitäten im Kooperationsverbund. Dem Kooperationsverbund gehören fast alle Spitzenverbände der Krankenkassen, weitere Krankenkassen, Bundesverbände der Ärzteschaft, fünf Wohlfahrtsverbände, zwei Länderministerien sowie wissenschaftliche Institute an. Insgesamt sind 46 Partnerorganisationen im Kooperationsverbund vertreten (Stand: November 2007). Ein Arbeitskreis von Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitsförderungs- und Wohlfahrtsbereich begleitet die Arbeit des Kooperationsverbundes. Regionale Knoten in allen 16 Bundesländern ermöglichen ein zielorientiertes und abgestimmtes Vorgehen

Der lebensweltbezogene Ansatz („Settingansatz“) hat sich auch für die Zielgruppe der sozial Benachteiligten bewährt. Um die vorhandene Nähe der Projektanbieterinnen und -anbieter zu den Zielgruppen der sozial Benachteiligten mit modernen Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Settingansatz verknüpfen zu können, besteht Qualifizierungsbedarf. Hierzu hat der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ Good-Practice-Kriterien entwickelt, anhand derer Beispiele einer gelingenden und motivierenden Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten identifiziert und verbreitet werden können. Sie geben Impulse 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?

Diesen Ansatz hat die gesetzliche Krankenversicherung in ihrem „Leitfaden Prävention“ zur Umsetzung des § 20 SGB V vom 10. Februar 2006 aufgegriffen und die Inhalte und Strukturen des Kooperationsverbundes zu zentralen Anknüpfungspunkten für ihre weitere Arbeit erklärt. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Gutachten 2007, den Good-Practice-Ansatz „als Grundlage für eine partizipative Qualitätsentwicklung der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung zu nutzen“.

In der letzten Auflage des Fachheftes wurden 33 Good-Practice-Projekte veröffentlicht. Jetzt sind 31 Angebote neu hinzugekommen, sodass inzwischen auf 64 Good-Practice-Beispiele zurückgegriffen werden kann. Um die Lesbarkeit zu erhalten, werden in dieser Ausgabe nur die neu hinzugekommenen Angebote ausführlich dargestellt. Alle 64 Good-Practice-Angebote können ausführlich auf der Internetplattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) eingesehen werden. Fast alle Beispielprojekte wurden durch die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten auf Grundlage eines in diesem Band beschriebenen Auswahlinstruments identifiziert.

Ganz besonders freue ich mich, dass die 80. Gesundheitsministerkonferenz am 4./5. Juli 2007 in Ulm die Arbeit des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ begrüsst und den Ausbau der Regionalen Knoten empfohlen hat. Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ strebt an, eine solide Grundstruktur zu schaffen, die internationale Standards berücksichtigt und auf die im Rahmen einer Verstärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Bund und Ländern aufgebaut werden kann.

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, der Bundesvereinigung für die weiterführenden Anregungen zur Darstellung der Projektbeispiele, Gesundheit Berlin e. V. für die Koordination der Aktivitäten im Kooperationsverbund, den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Good-Practice-Projekte für die Auswahl und anschauliche Beschreibung der Beispiele guter Praxis.

Köln, Oktober 2007

Prof. 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>
<b>4. Beispiele guter Praxis</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Aktuelle Beispiele guter Praxis</b>	<b>28</b>
• <i>Regionaler Knoten Baden-Württemberg</i>	
<b>Kinder stärken!</b>	<b>28</b>
<b>Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund</b>	<b>39</b>
• <i>Regionaler Knoten Bayern</i>	
<b>Arbeitshilfe 2000</b>	<b>54</b>
• <i>Regionaler Knoten Berlin</i>	
<b>Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung</b>	<b>62</b>
<b>„gesund groß werden“</b>	<b>70</b>
<b>SiGiKi – Sicher und gesund in der Kita</b>	<b>78</b>
<b>Abenteuerspielplatz und Kinderbauernhof Waslala</b>	<b>88</b>
• <i>Regionaler Knoten Brandenburg</i>	
<b>Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte/sozial-medizinische Elternberatung</b>	<b>95</b>
• <i>Regionaler Knoten Bremen</i>	
<b>Frauengesundheitstreff Tenever</b>	<b>106</b>
• <i>Regionaler Knoten Hamburg</i>	
<b>Familienhebammen-Projekt im KiFaZ Barmbek-Süd</b>	<b>119</b>
<b>Beratungsstelle Frühe Hilfen Harburg – für Eltern mit Kindern bis drei</b>	<b>127</b>
<b>Kinder und Aids</b>	<b>137</b>



<b>Präventionsprogramm Lenzgesund</b>	146
<b>Trampolinspringen für Kinder und Jugendliche</b>	153
• <i>Regionaler Knoten Mecklenburg-Vorpommern</i>	
<b>Sozialräumliche Angebote für Familien-Projekt zur Begleitung und Primärhilfe in Familien mit hohem Unterstützungsbedarf</b>	161
• <i>Regionaler Knoten Niedersachsen</i>	
<b>Kindertagesstätte Regenbogen Wilhelmshaven</b>	170
• <i>Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen</i>	
<b>JobFit Regional</b>	183
<b>Zukunft für Kinder in Düsseldorf</b>	192
• <i>Regionaler Knoten Saarland</i>	
<b>Das Präventionsmodell der Stadt Saarlouis als Teil des lokalen Netzwerks Saarlouis</b>	201
• <i>Regionaler Knoten Sachsen</i>	
<b>„Starke Kids“ und „Fit fürs Leben“</b>	210
<b>„Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot“ in der Mittelschule Körnerplatzschule Döbeln</b>	216
• <i>Regionaler Knoten Sachsen-Anhalt</i>	
<b>Ambulant betreutes Wohnen für Suchtkranke</b>	222
<b>ELAN – Programm zur Familienbildung</b>	228
<b>ELTERN-AG</b>	235
<b>Fit und stark fürs Leben</b>	242
• <i>Regionaler Knoten Schleswig-Holstein</i>	
<b>JUMP</b>	248
<b>„Das schmeckt gut!“</b>	255
<b>Kinder-Brücke</b>	261
• <i>Regionaler Knoten Thüringen</i>	
<b>„fit ist cool“</b>	268
<b>„Mit den Augen des anderen“</b>	275
<b>refugio thüringen e.V. – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (PsZF)</b>	280

<b>4.2 Kurzfassungen von Good-Practice-Beispielen</b>	287
• <i>Regionaler Knoten Baden-Württemberg</i>	
<b>„Endlich fragt mich mal einer!“</b>	287
<b>Gesundheit und Miteinander ins Viertel!</b>	288
<b>MIGES – MigrantinnenGESundheit</b>	289
• <i>Regionaler Knoten Berlin</i>	
<b>Berliner Bündnis gegen Depression</b>	290
<b>Fitness für Kids</b>	292
<b>Gesund essen mit Freude</b>	293
<b>IdeFix</b>	294
<b>Kiezdetektive</b>	296
• <i>Regionaler Knoten Brandenburg</i>	
<b>Vorbeugen ist besser als heilen – Vorbeugen ist billiger als heilen</b>	298
<b>Pfiffikus durch Bewegungsfluss</b>	299
<b>Waldameisen der Kita „Storchennest“</b>	301
• <i>Regionaler Knoten Hamburg</i>	
<b>Familienprojekt ADEBAR</b>	302
<b>Connect</b>	303
<b>Lernen durch Genießen</b>	305
• <i>Regionaler Knoten Niedersachsen</i>	
<b>Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt</b>	306
<b>Kontaktladen „Mecki“</b>	308
<b>Krankenwohnung „Die KuRve“</b>	309
<b>MIMI</b>	310
<b>Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule</b>	311
<b>Treffpunkt Gemeinwesenarbeit Bloher- felde/Eversten</b>	312
• <i>Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen</i>	
<b>BEAM – Berufliche Eingliederungs- und Arbeitsmaßnahme</b>	314
<b>„Gesundheitsförderung für MigrantInnen“</b>	315
<b>„steps“</b>	316

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Regionaler Knoten Sachsen</i>  <b>Gesundheitsförderung mit benachteiligten Jugendlichen im Bildungszentrum Hirschfelde des Internationalen Bundes</b></li> </ul>	317
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Regionaler Knoten Sachsen-Anhalt</i>  <b>Impflückenschließung in Grundschulen in Sachsen-Anhalt</b></li> </ul>	319
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>S – XXL – Gut drauf durch den Tag</b></li> </ul>	320
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Regionaler Knoten Schleswig-Holstein</i>  <b>Eutiner Babynet</b></li> </ul>	321
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Gesundheit und Aktivität in Schulen</b></li> </ul>	322
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Schutzengel e.V.</b></li> </ul>	323
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Sport gegen Gewalt, Intoleranz und Fremdenfeindlichkeit</b></li> </ul>	325
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Regionaler Knoten Thüringen</i>  <b>Ernährung, Umwelt und Zahngesundheit in Kindertagesstätten</b></li> </ul>	326
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“</b></li> </ul>	328
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Schulpädagogische Sozialarbeit und Schulpädagogische Sozialarbeit und Schuljugendarbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner Seelenbinder“ in Apolda</b></li> </ul>	329
<b>5. Struktur des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“</b>	331
<b>6. Weiterführende Informationen zum Thema</b>	337
6.1 Literatur	338
6.2 Ressourcen im Internet	342
<b>7. Glossar</b>	347
<b>8. Anhang: Good-Practice-Checkliste</b>	363

# 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; dieses Verfahren ist auch als „Benchmarking“ bekannt.

Vielfach wird aber auf den Höchstleistungsansatz von „Best Practice“ verzichtet. Angewendet wird stattdessen ein pragmatisches Verfahren, das bewährte Lösungen untersucht und prüft, was diese zur Verbesserung eines Angebots beitragen können. „Good Practice“ ist ein Prozess, der von der Kriterienentwicklung über die Auswahl von Beispielen und den Transfer in andere Angebote 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. So können zur Verfügung stehende Erfahrungen und Ressourcen zur Entwicklung und Verbesserung von Angebotsideen genutzt werden. Klare Kriterien ermöglichen die systematische Bewertung innovativer und bewährter Konzepte. Der Nutzen liegt darin, durch das Lernen von positiven Erfahrungen anderer, Entwicklungsmöglichkeiten der eigenen Arbeit zu erkennen und mögliche Fehler zu vermeiden. Dies führt zu Ressourcen- und Arbeitersparnis.

### **Nutzung von Transferpotenzialen**

Eine Good-Practice-Strategie analysiert die Übertragbarkeit innovativer und bewährter Ansätze auf andere Angebote 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 wird durch Regelwerke fachlich fundiert und durch Checklisten unterstützt.

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 Angebote oder Organisationen systematisch miteinander verglichen werden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Ressourcen eines Angebots sinnvoll genutzt werden und sich die Qualität verbessert.

### **Praxisbasierung der Forschung**

Der Ansatz „Good Practice“ bietet die Chance, die Wissenschafts-Praxis-Lücke zu überbrücken. „Evidenzbasierte Gesundheitsförderung“ birgt die Gefahr, mit realitätsfernen Konzepten und Anforderungen die Akteurinnen und Akteure an der Basis zu überfordern, wenn davon ausgegangen wird, dass wissenschaftlich fundierte „gute Praxis“ sofort und flächendeckend umgesetzt werden soll. Die ambitionierten Beispiele zeigen vielmehr, wo bis zur Umsetzung vorbildlicher Praxis 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.

### **Nachvollziehbarkeit der Bewertung**

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.

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 – befinden sich in einer kontinuierlichen 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 folgenden Kapitel werden die vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes bei der BZgA entwickelten Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten dokumentiert. Kapitel 3 stellt das Vorgehen bei der Auswahl guter Beispiele vor. In Kapitel 4 folgt die Darstellung von Beispielen guter Praxis. Den Abschluss bilden Hinweise zu weiterführender Literatur und Internetadressen, ein Glossar sowie die Darstellung der Good-Practice-Checkliste.

Begriffe, die im Glossar erklärt werden, sind im Text 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 werden seitdem erprobt und kontinuierlich weiterentwickelt. Sie sollen eine Ausgangsbasis und Richtschnur bilden, um insbesondere Träger von Angeboten sowie Praktikerinnen und Praktiker in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen. Begründete Verbesserungsvorschläge werden bei Neuauflagen dieses Fachheftes mit dem Ziel berücksichtigt, mehr Gesundheit für alle effektiv und effizient zu ermöglichen.



Mitglieder des beratenden Arbeitskreises der BZgA „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (Stand August 2007):

- Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., Hannover
- Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen
- Christa Böhme, Difu – 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 Gostomzyk, Landeszentrale für Gesundheit Bayern, München
- Andreas Hemme, Bezirksamt Treptow-Köpenick, 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, Geschäftsbereich Stadtentwicklung
- Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Dr. Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Berlin
- Dr. Frank Lehmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Helene Luig-Arlt, Büro für Stadtteilmanagement, Langballig
- Uta Maercker, Agethur – Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen, Weimar
- 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, für die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

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 bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gesundheitsfördernder Angebote Unsicherheit darüber, wie man die komplexen Fragen in diesem Zusammenhang angeht.

Die Angebotsdatenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) gibt nicht nur einen Überblick über die Vielzahl von gesundheitsfördernden Angeboten, sondern möchte darüber hinaus auch dazu beitragen, die Angebotsqualität zu verbessern. Die Angebote der Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ sollen beschrieben und bezogen auf die folgenden Fragen bewertet werden:

- Hinsichtlich welcher Kriterien (siehe unten) sind die Angebote vorbildlich?
- Welche Anregungen können sie als „Model of Good Practice“ für bestehende Angebote liefern?
- Was können sie als „Model of Good Practice“ zur Entwicklung von neuen Angeboten beitragen?

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>,
- die Erfahrungen aus der Qualitätssicherungsentwicklung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und
- die Erfahrungen aus der direkten halbstandardisierten Befragung von Vertreterinnen und Vertretern von Praxisangeboten der Datenbank.

---

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.

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 im Glossar erläutert.

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

### **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 Angebote 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 Verantwortlichen 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 Angebot 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 Angebots.

## 3. Innovation und Nachhaltigkeit

Das Angebot hat → innovativen Charakter bzw. innovative Aspekte und strebt die kontinuierliche, das heißt nachhaltige Fortführung erfolgreicher Angebotskomponenten 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 Angeboten 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 Angebote besonders wichtig sind. Zu berücksichtigen sind sowohl befristete als auch kontinuierliche Angebote. 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. Niedrigschwellige Arbeitsweise

Das 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 Angebots 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 Akteurinnen und Akteuren im lokalen Umfeld, das heißt, es erfolgt eine Abstimmung und Vernetzung im Sozialraum. Im Sinne eines → Capacity-Building werden Strukturen gebildet, die es ermöglichen, mit geeigneten Programmen und Angeboten 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**

Das Angebot beinhaltet 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 Angebot 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.

### Begründung für Good Practice

Das Angebot gibt selbst eine Begründung, warum es aus Sicht der Akteurinnen und Akteure ein Good-Practice-Angebot ist.

### Anmerkungen und Umsetzungshinweise

Wie bereits im 1. Kriterium „Konzeption, Selbstverständnis“ erwähnt, sind die in die Datenbank aufgenommenen Angebote nur zum Teil primär im Gesundheitswesen angesiedelt. Viele von ihnen sind in anderen Bereichen verortet (zum Beispiel Arbeitswelt, 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 der Arbeit des Kooperationsverbundes 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 Angebote dienen können. Wichtige Fragen können zum Beispiel sein: Wann ist eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme gesundheitsförderlich? Wann ist eine Sozialleistung gesundheitsförderlich? Was können diese Angebote 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-Angebot nicht allen Kriterien genügen muss, um als gutes Beispiel gelten zu können. Es ist wichtig, dass auch die Angebote für den Transfer genutzt werden können, die nur in einzelnen Kriterien vorbildlich sind. Mindeststandard für die Aufnahme in die Liste der Good-Practice-Beispiele ist allerdings die Erfüllung folgender Kriterien:

1. Konzeption, Selbstverständnis und
2. sozial benachteiligte Zielgruppe.

# 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 dienen. Sie werden jedoch auch dafür genutzt, um gute Praxisbeispiele zu identifizieren und zu präsentieren. In diesem Kapitel wird erläutert, wie die praktische Auswahl der guten Beispiele vor sich geht. Das dargestellte Auswahlverfahren ist Ergebnis eines lernenden Prozesses, der kontinuierlich fortgeschrieben wird. Hierzu wurde das Verfahren nach einem Jahr der praktischen Anwendung einer Bewertung unterzogen und im Anschluss gemeinsam mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren



der Regionalen Knoten und dem beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes bei der BZgA im November 2006 auf Verbesserungsmöglichkeiten überprüft und überarbeitet. Das Ergebnis ist ein einheitliches Auswahlverfahren, das in 16 Bundesländern von den Regionalen Knoten umgesetzt wird.

## **Grundlagen der Auswahl guter Praxis**

Es ist nicht notwendig, dass die ausgewählten Angebote alle zwölf Kriterien gleichermaßen gut umsetzen. Zwar sind für alle Angebote die beiden Einschlusskriterien eines klaren Gesundheits- und Zielgruppenbezugs verbindlich, dann aber reicht es aus, wenn mindestens ein weiteres Kriterium besonders vorbildlich erfüllt wird. Als Richtwert gilt die Erfüllung von drei weiteren Kriterien zusätzlich zu den obligatorischen zwei Einschlusskriterien. 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“ genutzt wird. So kann auch der innovative und inspirierende Ansatz eines Praxisangebots 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 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. Zu diesem Zweck wurde ein einheitliches Verfahren entwickelt, das aus sechs Auswahlritten besteht:

1. Im ersten Schritt werden Angebote der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten von Mitgliedern des beratenden Arbeitskreises oder den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten in ihren je-

weiligen Bundesländern identifiziert und als mögliche Good-Practice-Beispiele vorgeschlagen.

2. Angebote, die als Good-Practice-Beispiele infrage kommen und bereit sind, am Auswahlverfahren mitzuwirken, geben anhand einer auf die Kriterien abgestimmten Checkliste Auskunft über ihre praktische Arbeit (ein vollständiger Abdruck der Checkliste befindet sich im Anhang). Hier werden die abstrakt klingenden Konzepte wie „Partizipation“ oder „Settingansatz“ in einzelne Aussagen übertragen, die den Praxisanbieterinnen und -anbietern sowie Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten eine erste Einschätzung hinsichtlich der jeweiligen Stärken und Entwicklungsbedarfe ihres Angebots ermöglichen.
3. Wenn deutlich geworden ist, ob es besondere Stärken des befragten Angebots gibt und wo diese liegen, erhalten die Angebote Gelegenheit, ihre Strategien und Erfahrungen im Rahmen eines Interviews darzustellen.
4. Die Ergebnisse dieser Interviews werden von den Regionalen Knoten dokumentiert. Dies bildet die Grundlage für die Annahme oder Ablehnung

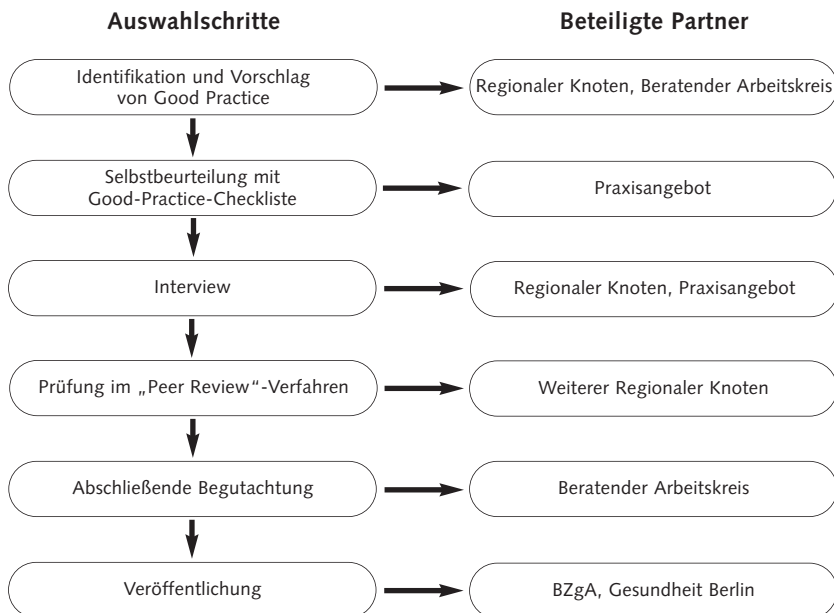


Abb. 1: Schritte des Good-Practice-Auswahlverfahrens des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und beteiligten Partnerinnen und Partnern

des Angebots als Good-Practice-Projekt. Zur ersten Überprüfung der Auswahlentscheidung sowie der Qualität der Beschreibungen werden diese im Rahmen eines sogenannten Peer-Review-Verfahrens von der Koordinatorin bzw. dem Koordinator eines weiteren Regionalen Knotens begutachtet. Gibt es auch hier eine Zustimmung zur Auswahl als Good-Practice-Projekt, wird eine ausführliche Angebotsbeschreibung erstellt.

5. Die Ergebnisse werden im Anschluss Mitgliedern des beratenden Arbeitskreises zur abschließenden Begutachtung vorgelegt. Diese überprüfen dazu nochmals die Auswahlentscheidungen und geben eventuell Hinweise, wie die Darstellungen verbessert werden können.
6. Ist die abschließende Bestätigung erfolgt, werden die guten Beispiele öffentlich sichtbar gemacht, 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 Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ 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.

# 4. Beispiele guter Praxis

Im Folgenden werden 31 aktuelle Beispiele guter Praxis vorgestellt, die von den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten auf Länderebene ausgewählt wurden. Sie veranschaulichen, wie gute Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in jeweils ca. drei Praxisbereichen, die unterschiedlichen Kriterien zugeordnet sind, konkret aussieht. Die Angebote 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 Angebote werden alphabetisch gemäß dem auswählenden Regionalen Knoten aufgeführt. In der Kurzfassung wird der Gesundheitsbezug deutlich gemacht. Es folgen jeweils Hintergrundinformationen, Darstellung des Vorgehens und die Beschreibung der guten Praxisbereiche.

# 4.1 Aktuelle Beispiele guter Praxis

*Regionaler Knoten Baden-Württemberg*

## **Kinder stärken!**

### **Resilienzförderung in der Kindertagesstätte**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Multiplikatorenkonzept –  
Dokumentation und Evaluation

#### **Abstract**

Seit einigen Jahren wird bei der Förderung kindlicher Entwicklung der Blick zunehmend auf die Stärken und die seelischen Widerstandskräfte (Resilienz) gelegt. Resilienz wird definiert als die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. Die Sichtweise ist damit nicht länger defizitorientiert, sondern es stehen die Stärken und Ressourcen jedes einzelnen Kindes im Vordergrund. Dabei wird von dem Kind als aktivem Bewältiger und Mitgestalter seines eigenen Lebens ausgegangen. Es hat sich gezeigt, dass die gezielte Förderung von Selbstwert und Selbstwirksamkeit, Selbststeuerungsmöglichkeiten, sozialer Kompetenz und Problemlösefähigkeit generell die Bewältigung von Übergängen, Krisen und Problemen verbessert sowie zur Gesundheitsförderung beiträgt; der Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten wird entgegengewirkt. Entscheidend ist dabei, ob die Lebenssituation, die Lernmöglichkeiten und die Beziehungserfahrungen der Kinder in den ersten Lebensjahren als Schutzfaktoren wirken.

Dies bildet den Hintergrund für ein Projekt, das vom 01.08.2005 bis 31.07.2007 im Zentrum für Kinder- und Jugendforschung (ZfKJ) an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg unter der Leitung von Prof. Dr. Fröhlich-Gildhoff durchgeführt wurde. Das Ziel des Projekts bestand darin, den Kindern präventiv unterschiedliche Wege aufzuzeigen, wie sie mit belastenden Situationen erfolgreich umgehen und diese meistern können.

Das Projekt verfolgte einen ganzheitlichen Ansatz und setzte auf vier Ebenen an:

1. gezielte Gesundheitsförderung der Kinder,
2. Unterstützung der Eltern durch Kurse und Beratung,
3. Fortbildung und Begleitung der Erzieherinnen und Erzieher,
4. Vernetzung der Einrichtung mit anderen unterstützenden Institutionen.

Das Projekt wurde in jeweils zwei Kindertagesstätten der Stadt Freiburg und des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald durchgeführt. Finanziert wurde das Konzept von der „Aktion Mensch“ mit Unterstützung der Stadt Freiburg sowie dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald.

## Hintergrund

Die Zahl der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, sozialen und gesundheitlichen Problemen steigt an. Studien zeigen, dass ca. 18% der Kinder bei Schulbeginn Verhaltensauffälligkeiten aufweisen (Erhart et al. 2006).

Diese Probleme sind häufig mit der sozialen Situation sowie den Ressourcen und Möglichkeiten der Eltern verbunden. Schon beim Schuleintritt bestehen zum Teil deutliche Unterschiede in der Sprachfähigkeit, den sozialen Kompetenzen, der Fähigkeit zur Emotionsregulation, der Leistungsmotivation und den kognitiven Fähigkeiten zwischen Kindern aus unterschiedlichen sozialen Zusammenhängen (vgl. Smith et al. 1997). Besonders Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status oder mit Kumulationen von Problemlagen haben deutlich geringere Bildungschancen (vgl. BMBF 1998; OECD 2004) und weisen eher Verhaltensauffälligkeiten auf.

Eltern mit einer Vielzahl sozialer und psychischer Probleme haben einen besonders hohen Unterstützungsbedarf – zugleich sind diese Eltern/Familien mit herkömmlichen Programmen schlecht zu erreichen. Besonderer Unterstützungsbedarf besteht in Stadtteilen, in denen viele arme Familien oder solche mit einer Vielzahl von Problemen leben, weil hier das Risiko von sozialer Exklusion und geringen Bildungschancen am höchsten ist (vgl. Becker 2003). Diese Stadtteile zeichnen sich zum Beispiel durch eine Häufung von Problemlagen aus, wie eine schlechte Versorgungsinfrastruktur, mangelnde Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche, hohe Arbeitslosigkeit, hoher Anteil von Alleinerziehenden und verschiedene kulturelle Bevölkerungsgruppen. Die Bewohner dieser Stadtteile sind dadurch auf mehreren Ebenen be-

nachteiligt: ökonomisch – aufgrund fehlender Qualifikation ist die Aussicht auf einen Arbeitsplatz eher gering – sowie kulturell und sozial, weil sie zu vielen Möglichkeiten und Angeboten keinen Zutritt haben (Becker et al. 2002).

Mit der AWO-/ISS-Studie (Holz et al. 2006) wurden Schutzfaktoren ermittelt, die trotz dauerhafter Armut eine positive Entwicklung der Kinder begünstigen. Diese und viele weitere Ergebnisse zeigen, dass vor allem über die Erziehungsqualität die psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) beim Kind gefördert werden kann.

Die Sichtweise ist damit nicht länger defizitorientiert, es stehen vielmehr die Stärken und Ressourcen jedes einzelnen Kindes im Vordergrund. Dabei wird von dem Kind als aktivem Bewältiger und Mitgestalter seines eigenen Lebens ausgegangen.

Ziel der Resilienzförderung ist, dass es den Kindern gelingt, mit konkreten belastenden Ereignissen umzugehen, aber auch, die Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Lebensabschnitten angemessen zu bewältigen. Die positive Bewältigung von Krisen, Belastungen und Entwicklungsaufgaben – eine besondere Bedeutung haben hier Übergänge, zum Beispiel von der Familie in den Kindergarten oder vom Kindergarten in die Schule – wirkt sich positiv auf die weitere Entwicklung aus.

Als wesentliche protektive Faktoren, die die Widerstandskraft von Kindern gegenüber Belastungen stärken und die Bewältigungsfähigkeit von Krisensituationen verbessern, wurden unter anderem identifiziert:

- mindestens eine stabile emotionale Beziehung zu einer primären Bezugsperson (im optimalen Fall ein Elternteil oder andere Personen aus dem Umfeld wie nahe Verwandte und Erzieherinnen bzw. Erzieher),
- Bindungsfähigkeit und die Realisierung „feinfühliges“ Verhalten durch die Bezugspersonen, um sicheres Bindungsverhalten zeigen zu können,
- emotional warmes, offenes, aber auch klar strukturierendes Erziehungsverhalten der Bezugspersonen (eine besonders positive Bedeutung hat hier ein autoritativer bzw. demokratischer Erziehungsstil; vgl. Wustmann 2004),
- soziale Unterstützung außerhalb der Familie,
- soziale Modelle, die angemessenes Bewältigungsverhalten in Krisensituationen zeigen, Kinder ansprechen und ermutigen,
- frühe Möglichkeiten, Selbstwirksamkeitserfahrungen machen zu können

und positive interne Kontrollwartungen/-überzeugungen herauszubilden,

- damit verbunden: Selbstvertrauen, positiver Selbstwert, positives Selbstkonzept,
- kognitive Kompetenzen, die angemessen angeregt werden müssen,
- gute oder zumindest sichere sozioökonomische Bedingungen (vgl. hierzu Werner 2000; Opp et al. 2007).

Die systematische Förderung dieser Faktoren führt zu einer generellen Stärkung der Resilienz. Dieser sogenannte Mehrebenenansatz (Verhaltens- und Verhältnisorientierung) beinhaltet zugleich wesentliche Elemente der Gesundheitsförderung mit Kindern und deren Familien.

Kindertagesstätten sind diejenigen gesellschaftlichen Institutionen, die Kinder als Erste und über längere Zeiträume in ihrer Entwicklung intensiv begleiten; zugleich haben sie dadurch die Chance, Zugänge zu den Eltern bzw. Familien zu erhalten. Es ist daher sinnvoll, in Kindertagesstätten systematisch die Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber psychischen Belastungen und Beeinträchtigungen zu stärken und ihnen bessere Bewältigungsmöglichkeiten bei Krisen zu vermitteln. Ansatzpunkte finden sich auf drei Ebenen:

- bei den Kindern direkt,
- bei den Eltern (primären Bezugspersonen) der Kinder und
- im weiteren sozialen Umfeld.

## Vorgehen

Das Konzept „Kinder stärken! – Resilienzförderung in der Kindertagesstätte“ wurde in Kooperation mit den Erziehungsberatungsstellen der Stadt Freiburg und des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald umgesetzt. Je zwei Kindertageseinrichtungen aus der Stadt Freiburg und dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald nahmen als Durchführungs-Kindertageseinrichtungen am Projekt teil. Die Einrichtungen liegen jeweils in unterschiedlichen sozialen Umfeldern: Eine städtische Kita liegt in einem Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf, 45 % der Kinder kommen aus Migrantenfamilien. Der größte Teil der Kinder kommt aus Familien mit geringem Einkommen. Die zweite städtische Einrichtung wird zu 50 % von Familien aus dem Mittelstand besucht, 30 % aus der Unter- und 20 % aus der Oberschicht. Die Anzahl der Kinder, deren Familien von Armut bedroht sind, liegt bei 49 %. In beiden städtischen Einrichtungen liegt der Anteil der Alleinerziehenden bei 30 %.



Die Kinder in den zwei Kindertageseinrichtungen aus dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald kommen zu 80 % aus der Mittelschicht. Der Anteil der Familien, die vom Sozialamt unterstützt werden, ist gering und auch Kinder mit Migrationshintergrund sind eher selten. Der Anteil der Alleinerziehenden ist geringer als in der Stadt. Die angegebenen Daten wurden durch den Selbstevaluations- und Reflexionsbogen für Kindertageseinrichtungen (SERKi) (Fröhlich-Gildhoff und Glaubitz 2006; Fröhlich-Gildhoff et al. 2007) erhoben. Für die Durchführung des Projekts waren zwei Dipl.-Sozialpädagoginnen des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung als zusätzliche Personalkapazität mit je acht Stunden pro Kita tätig.

Die Durchführung erfolgte auf vier Ebenen:

1. Die Erzieherinnen und Erzieher wurden von Beginn an in die Arbeit einbezogen. Sie erhielten Fortbildungen, wie sie die Stärken und Fähigkeiten der Kinder in der Alltagsarbeit und als Institution unterstützen und fördern können und begleiteten die dafür zusätzlich eingesetzten Sozialpädagoginnen in den Trainingskursen. Außerdem fanden einmal im Monat Fallsupervisionen mit den Erziehungsberatungsstellen statt, in denen fokussierter auf problematische Fälle eingegangen werden konnte.
2. Durch die Qualifizierung des Erziehungspersonals und das unmittelbare Anknüpfen am Alltag der Kindertageseinrichtung wurde die Nachhaltigkeit gesichert.
3. Mit allen *Kindern* der Einrichtungen der Durchführungsgruppe wurde das „Programm zur Prävention und Resilienzstärkung in Kindertageseinrichtungen (PRiK)“ (Fröhlich-Gildhoff, Dörner und Rönnau 2007) durchgeführt. In Ausnahmefällen erhielten darüber hinaus einzelne Kinder spezifische Förderungen bzw. wurde systematisch darauf geachtet, dass eine solche Förderung eingeleitet wurde. Die Entwicklung der Kinder wurde während des Trainings kontinuierlich beobachtet und dokumentiert und an die Eltern und Erzieherinnen bzw. Erzieher zurückgemeldet.
4. Das Programm PRiK umfasst 20 Trainingseinheiten, die im Zeitraum von zehn Wochen (zwei Einheiten pro Woche à 35 bis 45 Minuten) durchgeführt wurden. Am Programm nahmen jeweils acht bis zehn Kinder mit möglichst demselben Entwicklungsstand teil. Das Programm wurde in der Regel von einer Sozialpädagogin bzw. einem Sozialpädagogen als externe Fachkräfte plus einer Erzieherin bzw. einem Erzieher der Einrichtung durchgeführt. Das Trainingsmanual hat folgende Grundthemen: Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, Umgang mit Stress, Problemlösen. Das Programm ist systematisch evaluiert worden (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2007).

Alle *Eltern* der Durchführungsgruppe erhielten das Angebot, an Elternkursen zur Stärkung der Erziehungskompetenz und zur Unterstützung der Förderung von Resilienz im Alltag der Familien teilzunehmen. Diese Kurse wurden regelmäßig in den Kindertageseinrichtungen angeboten. Sie umfassen sechs Einheiten, die wiederum nach Themen strukturiert sind. An diesen Kursen nahmen jeweils sechs bis zehn Eltern teil; die jeweiligen Sitzungen dauern 90 Minuten. Die Kurse wurden von der externen Fachkraft in der Regel in Zusammenarbeit mit einer Erzieherin bzw. einem Erzieher der beteiligten Kindertageseinrichtung geleitet. Um möglichst viele Eltern erreichen zu können, wurden die Kurse zu verschiedenen Zeiten angeboten und fanden in der Einrichtung selbst statt. Zum anderen wurde eine wöchentliche „offene Familiensprechstunde“ eingerichtet, die für einen Informationsaustausch und für Beratungsgespräche genutzt werden konnte. In regelmäßigen Abständen stand auch die Erziehungsberatungsstelle als Ansprechpartner zur Verfügung.

Zusätzlich wurden die Kindertagesstätten darin unterstützt, sich mit weiteren Einrichtungen im Stadtteil/der Gemeinde zu *vernetzen*, um die Angebotsprofile abzustimmen und ein systematisches Hilfesystem aufzubauen. Dafür wurden zum Beispiel Ansprechpersonen im Jugendamt eingeladen, ihre Arbeit vorzustellen. Die Erzieherinnen und Erzieher sollten mithilfe von Netzwerkkarten herausfinden, welche Stärken sie bereits im Umfeld haben und welche weitere Unterstützung sie im Sozialraum noch nutzen können.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Das Projekt zeichnet sich durch seinen besonders niedrigschwelligen Zugang aus. Alle Angebote fanden immer mit den gleichen Bezugspersonen in den Kindertagesstätten selbst statt. Die Zielgruppen des Projekts waren durch dieses Vorgehen gut zu erreichen. Dabei wurden die Eltern zunächst durch persönliche Ansprache der projektverantwortlichen Sozialpädagoginnen erreicht. Mit den Sozialpädagoginnen konnten die Eltern zu den Abhol- und Bringzeiten der Kinder eine Sprechstunde wahrnehmen, bei Bedarf wurde auch die Erziehungsberatungsstelle hinzugezogen. Diese Sprechstunden konnten die Eltern mit oder ohne Anmeldung wahrnehmen. Zusätzlich wurden jederzeit Termine nach Vereinbarung vergeben.

Ebenso wurden Elternkurse zur Stärkung der Erziehungskraft und zur Unterstützung der Resilienzförderung im Alltag angeboten. Die Inhalte orientierten sich dabei am Bedarf der Eltern. Nach Möglichkeit und Bedarf wurden die

Inhalte der Kurse in verschiedene Sprachen übersetzt. Ein wesentlicher Faktor war, dass die Eltern die Personen kannten, die diese Kurse durchführten. Aufgrund des dadurch entstehenden Vertrauensverhältnisses fanden auch immer wieder neue Elternkurse statt. Damit alle Eltern die Möglichkeit hatten, an den Elternkursen teilzunehmen, fanden die Kurse zu verschiedenen Zeiten statt.

Kosten entstanden für die Zielgruppe keine, weil Elternkurse, Sprechstunden, Kindertrainings und Fortbildungen für die Erzieherinnen durch Projektgelder der Aktion Mensch e. V. und Zuschüsse der Stadt Freiburg und des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald finanziert wurden.

Da sich das Projekt an den vor Ort gegebenen Rahmenbedingungen der Kindertagesstätte orientierte, wurden die erwünschten Wirkungen durch die Projektbausteine alltags- und zielgruppennah in den Lebenswelten der Zielgruppe erzeugt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Das Projekt zeichnet sich durch ein Multiplikatorenkonzept aus. Die Erzieherinnen bzw. Erzieher wurden während der Laufzeit des Projekts in sechs Fortbildungen in dem Konzept des Programms geschult und haben alle an den Bestandteilen (Kinderkurse, Elternkurse, Fallsupervisionen etc.) aktiv teilgenommen; sie lernten währenddessen, diese Bestandteile selbstständig umzusetzen. Die Projektbausteine wurden in den Kindergartenalltag integriert und nach Projektabschluss durch die Erzieherinnen und Erzieher weitergeführt. Dadurch ist die Nachhaltigkeit des Projekts in der eigenen Einrichtung gesichert. Darüber hinaus wird die gewachsene Kompetenz der Erzieherinnen und Erzieher genutzt, um die Grundprinzipien und Methoden des Konzepts in andere Einrichtungen zu vermitteln. Die Erzieherinnen und Erzieher gehen in andere Einrichtungen ihrer Gemeinde und qualifizieren die dortigen Fachkräfte in der Weise weiter, wie es die externen Fachkräfte in ihrer Einrichtung getan haben. Das heißt, sie führen Kinder- und Elternkurse durch und werden dabei von den Erzieherinnen und Erziehern der „neuen“ Einrichtungen begleitet, damit diese wiederum die Kurse dann auch selbstständig leiten können. Die Erzieherinnen und Erzieher der „Ausgangskindertagesstätten“ werden dabei regelmäßig durch die Sozialpädagoginnen angeleitet und supervidiert, die „neuen“ Einrichtungen erhalten Fortbildungen durch das Zentrum für Kinder- und Jugendforschung.

Innerhalb des Projekts wurde mit den Beratungsstellen der Stadt Freiburg und des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald eng zusammengearbeitet. Beide waren an der Projektkoordination und -planung beteiligt. Aufgrund der engen Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen bei der Sprechstunde für die Eltern, bei den Fortbildungen und Fall-Supervisionen für die Erzieherinnen und Erzieher, lernten die Eltern und Fachkräfte die Ansprechpersonen der Beratungsstellen kennen. Dadurch wurde ein Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und Beratungsstellen, aber auch zwischen Erzieherinnen bzw. Erziehern und Beratungsstellen aufgebaut, wodurch die Hemmschwelle abgebaut wurde, die Beratungsdienste in Anspruch zu nehmen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

Das Projekt wurde bezogen auf die Prozesse und die Ergebnisse bzw. Effekte in einem Kontrollgruppendesign und einer Prä-Post-Untersuchung evaluiert. Dabei wurden quantitative und qualitative Forschungsmethoden eingesetzt und es wurde versucht, Prozesse und Ergebnisse aus mehreren Perspektiven (Kinder, Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, beteiligte Fachkräfte) zu analysieren.

Es fanden Untersuchungen mit allen am Projekt teilnehmenden Kindern, Eltern und Erzieherinnen bzw. Erziehern (278 Kinder, 44 Erzieherinnen/Erzieher) und einer Kontrollgruppe (188 Kinder, 51 Erzieherinnen/Erzieher) zu drei Zeitpunkten (zu Beginn, nach 6 Monaten und bei Projektende nach 18 Monaten) statt.

Soziostrukturelle Daten der *Einrichtungen* wurden mittels des standardisierten Fragebogens SERKi (Selbstevaluations- und Reflexionsfragebogen für Kindertageseinrichtungen [Fröhlich-Gildhoff und Glaubitz 2006, 2007]) erhoben.

Die *Erzieherinnen und Erzieher* wurden hinsichtlich ihrer pädagogischen Haltung und ihrer Erwartungen an das Projekt mittels eines standardisierten Fragebogens befragt.

Das Verhalten der *Kinder* wurde mittels des Fragebogens VBV (Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder, vgl. Döpfner et al. 1993) von Erzieherinnen bzw. Erziehern und Eltern beurteilt. Darüber hinaus wurde der Entwicklungsstand der Kinder mit einem normierten Instrument (Wiener Ent-

wicklungstest, WET [Kastner-Koller und Deimann 2002]) und ebenso die Einschätzung des Selbstkonzepts mittels eines solchen Instruments (SKF – Selbstkonzept-Fragebogen für [Vorschul-]Kinder, vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2007) erhoben.

Die *Eltern* wurden hinsichtlich ihrer erzieherischen Haltung und ihrer Erwartungen an das Projekt gleichfalls mit einem standardisierten Instrument befragt. Parallel wurden alle Prozessschritte und -elemente während der Laufzeit des Projekts sehr sorgfältig dokumentiert und protokolliert. Dies betraf die Trainings mit den Eltern, die Elternkurse, die Fallbesprechungen, die Familiensprechstunden, die Sitzungen der Projektsteuerungsgruppe sowie den Reflexionsbesuch der Projektleitung in den Kindertageseinrichtungen. Die Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die *Ergebnisse* beider Untersuchungszeitpunkte (t1 und t2) zeigen positive Tendenzen:

In der Auswertung der zur Verfügung stehenden Instrumente der Prozessevaluation (Protokolle der Trainingsprogramme, Interviews mit Erzieherinnen bzw. Erziehern und Eltern) zeigte sich, dass das Programm bei allen beteiligten Zielgruppen auf eine äußerst gute Resonanz gestoßen ist. Es konnten konkrete positive Veränderungen bei den Kindern beobachtet werden, die Zusammenarbeit zwischen Eltern und den Fachkräften der Kindertageseinrichtungen verbesserte sich, und das Projekt förderte – als „Nebeneffekt“ – positiv die Teamentwicklung in den Kindertageseinrichtungen.

Die Ergebnisse der standardisierten und normierten Testverfahren weisen darauf hin, dass sich der Selbstwert der Kinder in der Durchführungsgruppe im Vergleich zum Ausgangszeitpunkt und zur Kontrollgruppe verbessert hat. Die kognitive Entwicklung veränderte sich ebenfalls positiv bei den Kindern der Durchführungs- und Entwicklungsgruppe gegenüber Ausgangszeitpunkt und Kontrollgruppe.

Folglich zeigen sich auf qualitativer wie quantitativer Ebene erstaunlich positive Effekte für den kurzen Durchführungszeitraum und für ein Präventionsprojekt. Dies spricht dafür, dass der intensivierete fachlich pädagogische und psychologische Einsatz auf den verschiedenen Ebenen erfolgreich ist.

Besonders erstaunlich, weil in dieser Weise nicht erwartet, sind die signifikant positiven Effekte auf die kognitive Entwicklung der Kinder. Die spezifi-

sche kognitive Förderung war nicht primäres Ziel im Projekt. Andererseits scheinen sich hier indirekte Effekte einzustellen: Die Kinder können durch eine verbesserte Selbststeuerung, durch eine erhöhte Selbstsicherheit, aber auch durch verbesserte Problemlösungsfähigkeiten die angebotenen Inhalte in den Kindertageseinrichtungen – die sich mehr und mehr zu Bildungsinstitutionen entwickeln – aufnehmen. Möglicherweise führt auch ein reflektierteres Verhalten der Eltern dazu, dass die Kinder adäquater in ihren Entwicklungsprozessen unterstützt werden. Insgesamt kann das Programm – sofern sich die Effekte stabilisieren – auch zu einer verbesserten Chancengerechtigkeit führen. So hat sich gezeigt, dass der niederschwellige Zugang des Projekts einen schnelleren Kontakt (auch) zu sozial benachteiligten Familien ermöglicht, sodass diese bessere Unterstützungsmöglichkeiten bekommen können.

## Literatur

- Becker, H. (2003): Drei Jahre integrierte Stadtentwicklung. Programm Soziale Stadt – Erfahrungen und Perspektiven. In: Planerin, Berlin: Vereinigung für Stadt-, Regional- und Landesplaner (2003), Nr. 2, S. 5–8.
- Becker, H., Franke, T., Löhr, R.-P., Rösner, V. (2002): Drei Jahre Programm Soziale Stadt – eine ermutigende Zwischenbilanz. <<http://www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/zwischenbilanz>> (Stand 08.06.2007).
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (1998): Delphi-Befragung 1996/1998. Abschlussbericht zum „Bildungs-Delphi“. Potentiale und Dimensionen der Wissensgesellschaft – Auswirkungen auf Bildungsprozesse und Bildungsstrukturen. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn.
- Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T., Schmidt, M. (1993): Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3–6). Beltz, Weinheim.
- Erhart, M., Hölling, H., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U. (2006): Verhaltensprobleme und -stärken. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2006, 49, S. 1225–1232.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönnau, M., Dörner, T., Engel, E.-M., Kraus-Gruner, G. (2007): Selbstkonzeptfragebogen für Vorschulkinder – SKF. Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der EFH Freiburg, Freiburg.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Glaubitz, D. (2006): Systematische Selbstreflexion als Alternative zum „Kindergarten-TÜV“. Frühe Kindheit, 4, 26–27.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Dörner, T., Rönnau, M. (2007): Kinder stärken! – Resilienzförderung in der Kindertagesstätte. Reinhardt, München.
- Holz, G., Richter, A., Wüstendörfer, W., Giering, D. (2006): „Zukunftschancen für Kinder!?“ – Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit“. Endbericht der 3. AWO-SS-Studie im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. ISS-Pontifex, 2/2006.
- Kastner-Koller, U., Deimann, P. (2002): Wiener Entwicklungstest. Hogrefe, Göttingen.
- OECD (2004): OECD measures of total hours worked. OECD Productivity, Paris.
- Opp, G., Fingerle, M. (2007) (Hrsg.): Was Kinder stärkt. 2. Aufl., Reinhardt, München.
- Smith, J. R., Brooks-Gunn, J., Klevanov, P. K. (1997): Consequences of living in poverty for young children's cognitive and verbal ability and early school achievement. In: Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J. (Eds.): Consequences of growing up poor. Russell Sage Press, New York, pp. 132–189.

- Werner, E. E. (2000): Protective factors and individual resilience. In: Shonkoff, J. P., Meisels, S. J. (Hrsg.): Handbook of early childhood intervention. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 115–132.
- Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz, Weinheim.

## **Kontakt**

Maike Rönnau

Zentrum für Kinder- und Jugendforschung  
der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V.  
an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg

Bugginger Str. 38

79114 Freiburg

Bundesland: Baden-Württemberg

Telefon: 0761-47812-24

Telefax: 0761-47812-22

E-Mail: [roennau@efh-freiburg.de](mailto:roennau@efh-freiburg.de)

Website: <http://www.zfkj.de>

## Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund

### Gute Praxisbereiche:

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Qualitätsmanagement/  
Qualitätsentwicklung – Dokumentation und Evaluation

### Abstract

Das Ludwigsburger Netzwerk MINIFIT verfolgt als generelles Ziel die Gesundheitsförderung von Kindern im Vorschulalter. Träger des Projekts ist die mhplus Krankenkasse. Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen ist dabei eine Gemeinschaftsaufgabe für alle beteiligten Akteurinnen und Akteure im Setting. Mit der Vernetzung durch MINIFIT wurde in Ludwigsburg erstmals eine zielorientierte Bündelung von vielfältigen Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung für Vorschulkinder erreicht. Um gemeinsam die Gesundheit der Kinder im Vorschulalter zu fördern, haben alle Kooperationspartner offiziell eine Vereinbarung unterzeichnet.

Die Stärkung der Gesundheit der Kinder soll durch verschiedene Angebote (Module) aus fünf Themenfeldern erreicht werden, die derzeit allen 61 Kindertageseinrichtungen in Ludwigsburg unterbreitet werden. Diese können aus dem Pool an Modulen die für sie relevanten Maßnahmen auswählen und somit auf das gesundheitsförderliche Verhalten der Kinder einwirken. Vonseiten der Kitas sind keine monetären Gegenleistungen für die Module zu erbringen.

MINIFIT konzentriert sich auf die Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen. Speziell im Fokus hat das Netzwerk Kinder aus sozial und wirtschaftlich benachteiligten sowie eingewanderten Familien. Bei der Planung und Umsetzung der Angebote werden die Bedürfnisse dieser Zielgruppe in besonderem Maße berücksichtigt und sprachliche Hürden mithilfe von Dolmetschern gelöst. Das Modul „Kleingruppengespräche“ richtet sich direkt an Migrantenfamilien. Über zwei Drittel der 19 Kindertageseinrichtungen, die in einem sozialen Brennpunkt liegen, haben bereits an MINIFIT teilgenommen. Etwa 500 Kinder aus sozial benachteiligten oder aus Familien mit Migrationshintergrund konnten bereits erreicht werden.



Bei Kindern und Jugendlichen zeigte sich in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Adipositasprävalenz. So ist jedes 6. bis 7. Kind in Deutschland übergewichtig, und etwa 6,3 % der Kinder sind adipös. Die Bekämpfung von Übergewicht und Bewegungsmangel ist ein zentrales Anliegen von MINIFIT. Ziel ist es, *Bewegung* so in den Tagesablauf der Einrichtungen zu integrieren, dass über die regelmäßigen Bewegungszeiten hinaus Lernen und Erfahren durch Bewegung und Wahrnehmung zu einem allgemeinen Prinzip pädagogischer Arbeit in Tageseinrichtungen für Kinder wird.

Die Module aus dem Themenfeld „*gesunde Ernährung*“ vermitteln den Erzieherinnen, Erziehern und Eltern, wie gesunde Kinderernährung erfolgreich umgesetzt werden kann und welche Bedeutung sie hat. Die Eltern werden jeweils entsprechend eingebunden. Dies erfolgt über Elternabende und -nachmittage sowie Kleingruppengespräche zu gesundheitsförderlichen Themen.

Abgerundet wird das Angebot von MINIFIT durch den Bereich „*Gesundheitsförderung der Erzieherinnen und Erzieher*“. Zu einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung im Setting „Kindertageseinrichtung“ gehört auch die Berücksichtigung der Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher. Sie müssen gestärkt werden, da sie eine Vorbildfunktion für die Kinder (und Eltern) haben und maßgeblich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder einwirken.

## Hintergrund

Die Prävalenz von Übergewicht ( $\text{BMI} \geq 25$ ) und Adipositas ( $\text{BMI} \geq 30$ ) nimmt in Deutschland seit vielen Jahren kontinuierlich zu. Im Jahr 2003 waren rund 70 % aller erwachsenen Männer und ca. 50 % aller Frauen übergewichtig, zwischen 20 und 25 % waren adipös (Mensink et al. 2005). Auch bei Kindern und Jugendlichen zeigte sich in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Adipositasprävalenz.

Laut den Daten der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) ist jedes 6. bis 7. der Kinder und Jugendlichen in Deutschland übergewichtig (15 %) und etwa 6,3 % adipös (Kromeyer-Hauschild und Wabitsch 2007). Der Anteil der Übergewichtigen (Adipösen) steigt von 9 % (2,9 %) bei den 3- bis 6-Jährigen über 15 % (6,4 %) bei den 7- bis 10-Jährigen bis hin zu 17 % (8,5 %) bei den 14- bis 17-Jährigen an. Damit sind

die Prävalenzzahlen für Übergewicht, auf Basis der Referenzdaten von 1985 bis 1999, um 50 % gestiegen, während sich die Häufigkeit von Adipositas sogar verdoppelt hat (ebd.).

Neben der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steigt auch die Anzahl extrem Adipöser deutlich an (AGA 2006). Die Ursachen dafür sind multifaktoriell und bestehen u. a. in sich verändernden Lebensbedingungen wie der übermäßigen Zufuhr von kalorienreicher Nahrung und mangelnder körperlicher Aktivität sowie einer genetischen Veranlagung. Risikofaktoren für die Entstehung einer Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind „eine familiäre Belastung (übergewichtige Eltern), eine bestimmte ethnische Zugehörigkeit und ein niedriger sozialer Status (gemessen an Einkommen und Schulbildung der Eltern)“. (Kromeyer-Hausschild und Wabitsch 2007)

Die Ziele der Adipositastherapie lauten: die Energiezufuhr zu reduzieren und den Energieverbrauch zu steigern, um somit ein neues Energiegleichgewicht des Körpers zu erreichen (AGA 2006). Dies kann langfristig nur erreicht werden, wenn betroffene Kinder und deren Eltern gemeinsam zu einem gesunden und angemessenen Ernährungs- und Bewegungsverhalten befähigt werden.

In Tageseinrichtungen für Kinder findet ein wichtiger Teil kindlicher Sozialisation statt. In dieser zentralen Alters- und Entwicklungsphase liegen erhebliche Chancen der Gesundheitsförderung, und ist es am ehesten möglich, zivilisationsbedingten Bewegungsmangel auszugleichen und Kindern einen ihren Bedürfnissen entsprechenden Lebensraum zu schaffen. Veränderte Auffassungen vom Prozess der kindlichen Entwicklung, aber auch veränderte pädagogische Leitvorstellungen, führen in jüngster Zeit dazu, Bewegung einerseits als übergreifendes Medium der Entwicklungsförderung zu sehen und andererseits als wichtigen Bildungsbereich im Kindergarten zu betrachten. Bewegung sollte so in den Tagesablauf der Einrichtung integriert werden, dass über die regelmäßigen Bewegungszeiten hinaus Lernen und Erfahren durch Bewegung und Wahrnehmung zu einem allgemeinen Prinzip pädagogischer Arbeit in Tageseinrichtungen für Kinder wird.

Kindergärten und Kindertageseinrichtungen eignen sich aber auch in besonderer Weise für Interventionen, um sozial/materiell Benachteiligte wie auch eingewanderte Familien zu erreichen, die nachweislich einen erhöhten Bedarf an Gesundheitsförderung und Gesundheitsstabilisierung haben. Speziell im Fokus hat das Netzwerk mit seinen Angeboten daher Kinder aus sozial/materiell benachteiligten und eingewanderten Familien.

## Vorgehen

MINIFIT arbeitet im Setting „Kindergarten“. Durch die Angebote profitieren alle teilnehmenden Kinder, auch sozial und wirtschaftlich benachteiligte. Bei der Planung und Umsetzung der Angebote werden die Bedürfnisse dieser Zielgruppe besonders beachtet. So werden zum Beispiel im Bereich Bewegungsförderung integrative Spiele und Wut-weg-Spiele für die soziale Kompetenz angeboten. Insbesondere Migrantenkinder profitieren von der Ausstattung mit Bewegungsgeräten und Angeboten von Kindergärten, da sie in ihrer Freizeit häufig einen bewegungsarmen Lebensstil führen. Auch im Themenfeld „gesunde Ernährung“ wird bei der Angebotsgestaltung auf die Bedürfnisse wirtschaftlich und sozial benachteiligter Kinder Rücksicht genommen. Bei allen Modulen werden bei Bedarf Dolmetscher bzw. Dolmetscherinnen mit einbezogen, um nicht deutschsprachige Eltern zu erreichen. Zudem werden Gesundheitsbroschüren in verschiedenen Fremdsprachen für die Kindertageseinrichtungen organisiert oder in Angebote mit Elternteilnahme integriert und verteilt.

Ein besonderes MINIFIT-Angebot, um sozial benachteiligte, schwer erreichbare und nicht deutschsprachige Eltern für das Thema Gesundheitsförderung zu gewinnen, sind Kleingruppengespräche. Eine Erzieherin oder ein Erzieher organisiert gemeinsam mithilfe einer Mutter/eines Vaters das Kleingruppengespräch mit ca. sechs Personen. Orte der Durchführung können die Wohnung einer Familie (wenn die Bereitschaft vorhanden ist), ein Lokal, die Kindertageseinrichtung oder ein jeweils geeigneter Raum sein. Die Erzieherin oder der Erzieher begleitet das Kleingruppengespräch und regt bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen gemeinsamen Erfahrungsaustausch an. Es werden zielgruppenorientiert gesundheitsfördernde Themen wie Ernährungsfragen und Bewegungsanregungen integriert und gemeinsam Zukunftspläne entwickelt. Ein Dolmetscher bzw. eine Dolmetscherin begleitet auch hier bei nicht deutschsprachigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern das Angebot. Die methodische Vorgehensweise ist lediglich ein Vorschlag; eigene Ideen der Erzieherinnen und Erzieher können eingebracht werden. Bei Bedarf unterstützt das Netzwerk die Planung und Umsetzung. Während der Phase des Modellvorhabens erhalten die sozialpädagogischen Fachkräfte eine finanzielle Entschädigung für den Mehraufwand. Bisher haben sich die Kleingruppengespräche bewährt. Setzt sich dies fort, sollen sie zum festen Bestandteil der Bildungs- und Erziehungspartnerschaft zwischen Fachkräften und sozial/materiell benachteiligten, schwer erreichbaren und nicht deutschsprachigen Eltern gehören.

Statt eines starren Konzepts mit bereits festgelegten Inhalten berücksichtigt MINIFIT die individuellen Voraussetzungen und sehr unterschiedlichen Ausgangslagen der Kindertageseinrichtungen, das soziale Umfeld und den kulturellen Hintergrund der Kinder.

Einige Einrichtungen sind im Bereich Gesundheitsförderung bereits sehr gut aufgestellt, andere haben noch erheblichen Unterstützungsbedarf. Deshalb wurde ein bedarfsorientierter und ganzheitlicher Ansatz mit flexiblen Angeboten gewählt, der die Einrichtungen in die Ist-Analyse, Planung, Umsetzung und Reflexion aktiv mit einbezieht. Die einzelnen Angebote sind modular aufgebaut und berücksichtigen die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Einrichtungen. Nur so kann aus Sicht des Netzwerks gewährleistet werden, dass trotz steigender Anforderungen an Kindergärten und Kindertagesstätten das Engagement zur nachhaltigen Implementierung der Gesundheitsförderung bestehen bleibt und die Einrichtungen an MINIFIT teilnehmen.

Die Angebote des Netzwerks gliedern sich in die fünf Themenfelder:

- Bewegungsförderung,
- gesunde Ernährung,
- Elterninformation,
- Verkehrserziehung,
- Gesundheitsförderung der Erzieherinnen bzw. Erzieher.

Die einzelnen Angebote in den Themenfeldern sind *modular* aufgebaut, das heißt einzelne Bausteine können gemäß dem jeweiligen Bedarf der Einrichtung angeboten und durchgeführt werden. Dabei werden bei der Planung und Umsetzung der Module die unterschiedlichen Bedürfnisse, die Voraussetzungen der Einrichtungen und die Zielgruppe besonders berücksichtigt, das heißt, die Moduldurchführung und deren Inhalte können im Einzelfall variieren. Die Module können von den Einrichtungen auch wiederholt in Anspruch genommen werden.

Die vier Angebotsmodule im *Themenfeld* „Bewegungsförderung“ zielen darauf, dass Kinder Bewegung intensiv erleben können und zur Bewegung auf natürlichem Wege motiviert werden. Im Modul „Betreuung der Tageseinrichtungen für Kinder“ integrieren zum Beispiel die Erzieherinnen und Erzieher Bewegung in den Alltag der Kindertageseinrichtungen, um die Aktivität der Kinder zu fördern. In Absprache mit der jeweiligen Einrichtung wird die Modularbeit bei Bedarf auch den Eltern vorgestellt. Eltern sollen so für die wichtige tägliche Bewegungszeit sensibilisiert werden. Ein Dolmetscher bzw.



eine Dolmetscherin begleitet bei nicht deutschsprechenden Eltern die Vorstellung des Moduls. Im Modul „Fortbildung – Bewegungs-, Spiel- und Sport-erziehung“ geben methodisch aufbereitete vielfältige Spiel- und Übungsformen den Erzieherinnen und Erziehern Impulse und Anregungen, wie sie eine gesunde Körper- und Bewegungserziehung zur kindgemäßen Entwicklung des Lernens und des Intellekts sowie zum altersgemäßen psychosozialen Wohlfühlen und Verhalten umsetzen können.

Die Angebotsmodule des *Themenfeldes* „gesunde Ernährung“ sollen den Erzieherinnen, Erziehern und Eltern Möglichkeiten aufzeigen, wie gesunde Kinderernährung erfolgreich umgesetzt werden kann und welche Bedeutung sie hat. Im Modul „Fachfrauen für Kinderernährung“ zum Beispiel besuchen diese, im Auftrag des Ernährungszentrums Mittlerer Neckar, die teilnehmenden Einrichtungen. Es sind pro Einrichtung zwei Besuche (je ca. 2 Stunden) und eine Elternaktion vorgesehen. Weitere Besuche sind in Absprache möglich. Sie führen mit den Kindern spielerisch verschiedene Ernährungsthemen durch, bereiten gemeinsam Speisen zu und beraten die Erzieherinnen und Erzieher zur Ernährungserziehung und bei individuellen Fragen. Gleichzeitig sensibilisieren Sie die Eltern für dieses wichtige Thema in praxisnaher Form.

Ein Dolmetscher bzw. eine Dolmetscherin begleitet bei nicht deutschsprechenden Eltern die Elternaktion.

Eine wirklich effiziente und effektive Gesundheitserziehung und -förderung in Tageseinrichtungen für Kinder ist nur mit entsprechender Einbindung der Eltern möglich (*Themenfeld „Elterninformation und -beratung“*). Zentral hierfür ist, die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten über den Entwicklungsstatus und die Entwicklungsschritte (nicht nur im Bereich Gesundheitserziehung) ihres Kindes stets auf dem Laufenden zu halten, sie so weit wie möglich in den Alltag der Einrichtung einzubinden und als Partnerinnen und Partner im (Gesundheits-)Erziehungsprozess zu behandeln und anzuerkennen. In unserer Gesellschaft existiert eine Vielzahl von verschiedenen Familienwirklichkeiten und -formen.

Einen großen Einfluss haben dabei zum Beispiel kulturelle und ökonomische Bedingungen. Daher sollten sich pädagogische Fachkräfte eingehend mit diesen unterschiedlichen Lebensbedingungen der Kinder auseinandersetzen, damit ein echtes Ein- und auch Zugehen auf das einzelne Kind möglich wird. Im Modul „Elternabende und -aktionen“ werden die Organisation und Durchführung von Elternabenden und Aktionen zur Gesundheitsförderung unterstützt, indem beispielsweise Fachexperten bzw. -expertinnen und Dolmetscher bzw. Dolmetscherinnen vermittelt werden. Im Modul „Kleingruppengespräche“ erhalten sozial/materiell benachteiligte, schwer erreichbare und nicht deutschsprachige Eltern gezielte Informationen zur gesunden Entwicklung ihrer Kinder. Sie werden motiviert, aktiv am Entwicklungsprozess ihrer Kinder teilzunehmen.

Mobilität von Vorschulkindern bedeutet heute oft, dass viele Wege mit dem Auto zurückgelegt werden. Dies beginnt mit dem Kindergartenweg und setzt sich am Nachmittag mit dem Transport zu Sport- und Musikveranstaltungen fort. Der enge Zeitplan kann nach Einschätzung der Eltern oft nur mit dem Auto bewältigt werden. Die Folge ist eine sogenannte „Verinselung“ der Kinder. Sie lernen ihre nächste Umgebung nicht mehr kennen, sondern nur einzelne „Aktionspunkte“. Viele Kinder sind dadurch zum Schulanfang Verkehrsanfänger. Sie haben Wegstrecken zuvor nie oder selten zu Fuß zurückgelegt. Um diesen Trend zu stoppen, bietet die Verkehrspolizei Ludwigsburg drei Module zum *Themenfeld „Verkehrserziehung“* an. Im Modul „Lerngang zur Mobilitätserziehung“ trainieren die Kinder in spielerischer Form, wenn möglich zusammen mit ihren Eltern (Modul 2), das Umsetzen verkehrsgerechter Verhaltensweisen. Im Modul „Verkehrserziehung/Mobilität – Erziehe-

rInnenfortbildung“ erhalten Erzieherinnen und Erzieher aktuelles Fachwissen für die Umsetzung der Verkehrs- und Mobilitätserziehung im Kindergartenalltag.

Das Themenfeld „Gesundheitsförderung der Erzieherinnen und Erzieher“ berücksichtigt die Funktion der Erzieherinnen und Erzieher als Bindeglied zwischen den Kindern, den Eltern und der Gesellschaft. Es gilt, sie zu stärken, da sie Vorbildfunktion für die Kinder wahrnehmen und in entscheidendem Maße auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder einwirken. Hier sollte Unterstützung gegeben werden, die sie – die Erzieherinnen und Erzieher – in den Mittelpunkt stellt und an ihren Bedürfnissen ansetzt. Erzieherinnen und Erzieher nennen in zunehmendem Maße Stress als größten Belastungsfaktor. Gestiegene Anforderungen führen häufig zu psychischen Belastungen, die oftmals mit gesundheitlichen Folgen einhergehen. Das Modul „Stressprävention“ will an diesem Punkt ansetzen und zur Stärkung und Förderung der Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher beitragen.

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

Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen ist eine Gemeinschaftsaufgabe für alle beteiligten Akteurinnen und Akteure im Setting mit dem Ziel, allen Kindern gleiche Chancen zur gesunden Entwicklung zu ermöglichen. Folgende Kooperationspartner haben sich für dieses Ziel vernetzt: Stadt Ludwigsburg – Fachbereich Bildung, Familie, Sport; Landesinstitut für Schulsport Baden-Württemberg; Fachbeirat Tageseinrichtungen für Kinder Ludwigsburg; Landratsamt Ludwigsburg – Fachbereich Gesundheitsschutz (Gesundheitsförderung), Fachbereich Landwirtschaft (Ernährungszentrum Mittlerer Neckar) und Fachbereich Schulberatung und Schulaufsicht; Stadtverband für Sport Ludwigsburg; Verkehrspolizei Ludwigsburg; mhplus Betriebskrankenkasse.

Mit dieser Vernetzung wurde in Ludwigsburg eine zielorientierte Bündelung von vielfältigen, bereits bestehenden und neu entwickelten Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung für Vorschulkinder erreicht. Die Entwicklung von neuen Angeboten fand dabei in engem Kontakt mit dem „Fachbeirat Tageseinrichtungen für Kinder“ statt. Um das Netzwerk möglichst handlungsfähig und effizient zu gestalten, wurden anfänglich alle regionalen, im Feld der Gesundheitsförderung agierenden Institutionen und Initiativen zusam-



mengetragen. Gemeinsam wurde diskutiert, welche als aktive Partnerinnen und Partner im Netzwerk mitwirken sollten. Ergebnis der Diskussion ist die Auswahl der oben genannten Netzwerkpartner. Das Netzwerk arbeitet aber mit allen weiteren Initiativen partnerschaftlich zusammen; es hat deren Angebote in einer Übersicht (Infomappe) für die Kindertageseinrichtungen zusammengefasst. Auch bei der Erarbeitung des MINIFIT-Konzepts wurden die bestehenden Initiativen und Projekte berücksichtigt, damit es nicht zu überflüssigen Überschneidungen von Angeboten kommt. Damit soll erreicht werden, dass alle Akteurinnen und Akteure vor Ort im Setting „Kindertageseinrichtungen“ sinnvoll an einem Strang ziehen, um wirkliche Veränderungen zu erreichen.

Bei den einzelnen Angeboten wird von den Modulverantwortlichen in Abstimmung mit den Kindertageseinrichtungen auch Rücksicht auf den neu eingeführten „Orientierungsplan für Bildung und Erziehung in Tageseinrichtungen für Kinder in Baden-Württemberg“ des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg genommen. Das Netzwerk sieht hier seine Aufgabe, die Einrichtungen mit seinen Angeboten bei der Umsetzung des Orientierungsplans zu unterstützen.

Alle strategischen und finanziellen Entscheidungen im Ludwigsburger Netzwerk zur Gesundheitsförderung in Tageseinrichtungen für Kinder trifft ein Beirat aus leitenden Vertreterinnen und Vertretern der Kooperationspartner. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Stadt Ludwigsburg, Landesinstitut für Schulsport im Auftrag des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Landratsamt Ludwigsburg – Fachbereich Schulberatung und Schulaufsicht, MTV Ludwigsburg als Vertreter des Stadtverbands für Sport, Landratsamt Ludwigsburg – Fachbereich Gesundheitsschutz (Gesundheitsförderung), Landratsamt Ludwigsburg – Fachbereich Landwirtschaft (Ernährungszentrum Mittlerer Neckar) und mhplus Betriebskrankenkasse. Er berät strategisch und kontrolliert die verantwortlichen Koordinatoren und Koordinatorinnen sowie die Modulverantwortlichen. Ebenso bespricht der Beirat mögliche Änderungen in den gesundheitsrelevanten Verhältnissen. Der Beirat trifft sich mindestens zweimal jährlich, bei Bedarf auch öfter.

Koordiniert wird das Netzwerk MINIFIT durch eine hauptamtliche Koordinatorin in Vollzeit, finanziert über die Fördergelder des Bundeswettbewerbs „Besser essen. Mehr bewegen.“ und einen hauptamtlichen Koordinator bzw. eine hauptamtliche Koordinatorin in Vollzeit, den der Kooperationspartner



mhplus Betriebskrankenkasse als einen wesentlichen Beitrag zum Netzwerk dafür abstellt. Mit ihren sportwissenschaftlichen Qualifikationen und mehrjährigen Tätigkeiten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung verfügen beide über die notwendigen Fachkenntnisse. Sie sind verantwortlich für die Konzeption, Organisation, Vermittlung, Umsetzung und Qualitätssicherung der Angebote sowie die Initiierung der Öffentlichkeitsarbeit in Absprache mit den Partnerinnen und Partnern. Sie stehen im ständigen Kontakt mit den Kooperationspartnern und sind direkter Ansprechpartner der teilnehmenden Kindertageseinrichtungen. Die Koordinatoren und Koordinatorinnen fungieren als Bindeglied zwischen Beirat und Arbeitsgruppe. Sie tragen die fachlichen Vorschläge der Arbeitsgruppe in den Beirat und dessen Entscheidungen in die Arbeitsgruppe.

Für die fachlichen Inhalte der einzelnen Angebote (Module) von MINIFIT ist eine Arbeitsgruppe mit Vertretern und Vertreterinnen der Kooperationspartner verantwortlich. In die Arbeitsgruppe sind alle Verantwortlichen für die Durchführung der Module von MINIFIT einbezogen. Diese Arbeitsgruppe trifft sich im halbjährlichen Turnus sowie bei Bedarf zum Austausch über den Verlauf von MINIFIT und klärt inhaltliche Fragen.

### ▲ **Guter Praxisbereich „Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung“**

Alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung finden in Abstimmung mit der Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel (BfEL) statt.

Die genannte Infomappe wurde unter Mitwirkung aller Kooperationspartner entwickelt. Sie liefert den Erzieherinnen und Erziehern der 65 Ludwigsburger Kindertageseinrichtungen fundierte theoretische und anwendungsbezogene Informationen zu den fünf Themenfeldern und stellt die Arbeit und Angebote von MINIFIT vor. Integrierte Checklisten dienen als Instrument zur Selbstreflexion, inwieweit Gesundheitsförderung bereits in der jeweiligen Einrichtung implementiert ist. Damit erhalten die Erzieherinnen und Erzieher ein Hilfsmittel, um ihren einrichtungsspezifischen und aktuellen Bedarf zu erkennen.

Zur Qualitätssicherung für die einzelnen Module wurde von den Kooperationspartnern ein Feedback-Bogen entwickelt, der nach jedem durchgeführten Angebot von den teilnehmenden Personen ausgefüllt werden muss. Mit dem

einseitigen Bogen wird jedes durchgeführte Modul von den Teilnehmenden bewertet. Am Ende des jeweiligen Kindergartenjahres erfolgt eine Auswertung der Bogen. Die Ergebnisse dienen der Verbesserung und Weiterentwicklung der Angebote im Sinne einer „lernenden Konzeption“.

Im halbjährlichen Turnus – oder bei Bedarf auch öfter – trifft sich die eingesetzte Arbeitsgruppe. Sie besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Kooperationspartner, die modulverantwortlich sind oder in anderer Form das Netzwerk unterstützen. Die Aufgabe der Arbeitsgruppe ist der Austausch über den Verlauf und das weitere Vorgehen, die jährliche Bestandsaufnahme von MINIFIT. Hier werden die Ergebnisse des Feedbacks und eventuelle Änderungen und Anpassungen der Konzeption diskutiert. Neue strategische oder konzeptionelle Ausrichtungen werden dem Beirat zur Verabschiedung vorgelegt.

Als weiteres Instrument zur Qualitätssicherung existiert ein Beirat, der sich aus den leitenden Vertreterinnen und Vertretern der Kooperationspartner zusammensetzt. Den Vorsitz hat der für die Kindertageseinrichtungen zuständige Erste Bürgermeister der Stadt Ludwigsburg. Das Gremium berät und kontrolliert die Projektkoordinatoren sowie die Modulverantwortlichen. Hier ist in turnusmäßigen Abständen dem Aufsichtsgremium zu berichten und seinen Beschlüssen Folge zu leisten.

Zentraler Baustein zur Qualitätssicherung ist die ausführliche Dokumentation der Inanspruchnahme von MINIFIT. Als Grundlage dafür dient ein Bedarfsplan. Neben der Aufgabe als Instrument zur Planung und Umsetzung für die Modulverantwortlichen und die Koordinatoren bzw. Koordinatorinnen ist er Hilfsmittel für den regelmäßigen Projektbericht, den die Koordinatoren und Koordinatorinnen dem Beirat vorlegen. Gleichzeitig sichert diese Dokumentation die Erfolgsbewertung einzelner Module und trägt damit einen wesentlichen Beitrag zur Überprüfung der Ziele bei.

Zur Sicherung der Qualität sind die Aufgaben und Arbeitsschritte der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, Gremien und Kooperationspartner genau festgelegt.

Der Bedarf an Unterstützung der Kindertageseinrichtungen wird von den Koordinatoren und Koordinatorinnen ermittelt. Sie besuchen dazu alle teilnehmenden Einrichtungen und besprechen mit den Erzieherinnen und Erziehern die aktuelle Situation in den jeweiligen Themenfeldern. Auf Grundlage

dieser Ist-Analyse und der Wünsche und Bedürfnisse der Einrichtungen wird von den Koordinatoren und Koordinatorinnen ein Bedarfsplan zur Umsetzung für das kommende Kindergartenjahr erstellt. Nach Fertigstellung des Bedarfsplans erhalten die Kooperationspartner bzw. -partnerinnen ihn zur Umsetzung zusammen mit einer Adressliste inklusive Ansprechpartner und -partnerinnen und Telefonnummer der teilnehmenden Einrichtungen. In einer Sitzung der Arbeitsgruppe wird die Umsetzung nochmals besprochen, werden Unklarheiten oder Probleme gelöst und wird das weitere Vorgehen fixiert. Anschließend setzen sich die Modulverantwortlichen der Kooperationspartner und -partnerinnen mit den Ansprechpartnern der jeweiligen Einrichtung in Verbindung und besprechen den weiteren Ablauf, die Inhalte und die Ausrichtung des Angebots. Sie sind auch für die Verteilung des entwickelten Feedback-Bogens zur Qualitätssicherung verantwortlich, der ausgefüllt an die Projektkoordinatoren und -koordinatorinnen zur Auswertung weitergeleitet wird.

Mithilfe von regelmäßigen Abfragen bei den Modulverantwortlichen überwachen die Koordinatoren und Koordinatorinnen die Umsetzung und dokumentieren die durchgeführten Angebote im Bedarfsplan. Am Ende des Kindergartenjahres besuchen die Koordinatoren und Koordinatorinnen alle teilnehmenden Einrichtungen zum Reflexionsgespräch. Bei Einrichtungen, die im Folgejahr weiter am Projekt teilnehmen, ist die Reflexion gleichzeitig Grundlage für die weitere Bedarfsplanung fürs kommende Kindergartenjahr. Mit Einrichtungen, die im Laufe eines Kindergartenjahres ihr Interesse an einer Projektteilnahme entwickeln, können auch im Lauf des Jahres Bedarfsplanungen vorgenommen werden.

### ▲ **Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“**

Seit dem Kindergartenjahr 2005/2006 haben 35 Kindertageseinrichtungen an MINIFIT teilgenommen. Mehr als 1700 Kinder konnten bereits von MINIFIT profitieren. Über 100 Erzieherinnen und Erzieher wurden durch Fortbildungen im Bereich Bewegungsförderung und gesunde Ernährung geschult. Die ersten Erfahrungen aus der zweijährigen Projektlaufzeit lassen darauf schließen, dass die Strategie der bedarfsorientierten Hilfestellung der richtige Weg sein könnte, um eine Trendwende bei Übergewicht und Bewegungsmangel bei Kindern zu erreichen.

In der Stadt Ludwigsburg gibt es drei ausgewiesene soziale Brennpunkte mit einem hohen Migrantenanteil. Über zwei Drittel der 19 Kindertageseinrich-

tungen, die in einem der sozialen Brennpunkte (die Stadtteile Eglosheim und Grünbühl sowie der Innenstadtbereich) liegen, haben bereits an MINIFIT teilgenommen. Etwa 500 Kinder aus sozial und wirtschaftlich schwach gestellten Familien oder aus Familien mit Migrationshintergrund konnten bereits mit Modulen aus den Themenfeldern Bewegungsförderung, gesunde Ernährung, Elterninformation und Verkehrserziehung/Mobilität erreicht werden. Kindertageseinrichtungen, die in einem sozialen Brennpunkt liegen, nehmen sogar mehr Module von MINIFIT in Anspruch als Einrichtungen in einer guten Sozillage. Um die Erreichbarkeit zusätzlich zu forcieren, sollen mit dem Ludwigsburger Integrationsbeirat im September 2007 weitere Ideen besprochen werden.

Die Evaluation des Projekts wird durch die Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel (BfEL) durchgeführt. Im Rahmen eines bundesweiten Forschungsprojekts werden in Deutschland 24 Modellprojekte drei Jahre lang gefördert, um zu erproben, wie der Entstehung von Übergewicht und Bewegungsmangel bei Kindern am besten vorgebeugt werden kann. Die Zielgruppe sind Kinder bis zum Ende des Grundschulalters, insbesondere aus sozial benachteiligten, bildungsfernen und zugewanderten Familien.

Ermittelt werden soll, was Projekte erfolgreich und weniger erfolgreich macht, wie sich das Bewegungs- und Ernährungsverhalten und die Lebenswelt der Kinder gesundheitsförderlich auswirken und wie sich der Trend zu Übergewicht verändern lässt. Die Zwischenergebnisse der Evaluation dienen der laufenden Optimierung der Projekte. Die Endergebnisse dienen als Grundlage für einen Leitfaden zur Durchführung von zukünftigen Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht. Mit den ersten Zwischenergebnissen wird bis Februar 2008 gerechnet.

Die Evaluation gliedert sich in vier Bereiche:

- Fitnessolympiade mit den Kindern,
- Befragung der Kinder durch die Erzieherinnen und Erzieher (Interview),
- Befragung der Eltern (Fragebogen) und
- Befragung der Kita-Leitungen (Fragebogen).

Die Fitnessolympiade enthält verschiedene Körpermessungen und Motoriktests. Zu den Körpermessungen zählt die Messung der Körperzusammensetzung, das heißt der Bestimmung des Gesamtkörperwassers sowie der Muskel- und Fettmasse mithilfe einer bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA). Ferner ist die Messung von Körpergröße, Körpergewicht und Taillenumfang enthal-

ten. Bei den durchgeführten Motoriktests handelt es sich um einen Ausschnitt aus dem Testapparat MoMo, der bei KiGGS durchgeführt wurde. Es handelt sich um die Motoriktests „Balancieren rückwärts“, „seitliches Hin- und Herspringen“ und „Standweitsprung“.

Die Befragungen der Kinder, der Eltern und der Kita-Leitungen erfolgen mithilfe standardisierter Fragebogen. Eltern und Kinder werden zum Ernährungs-, Bewegungs- und Gesundheitsverhalten der Kinder befragt. Die Befragung der Kinder findet in Form eines Interviews durch die Erzieherinnen und Erzieher statt, da die Kinder zu ihnen Vertrauen haben und ungezwungener antworten. Die Befragungen der Eltern erfolgen anhand von Fragebogen, die in türkischer, arabischer, englischer, französischer, serbokroatischer und russischer Sprache vorliegen. Die Fragebogen für die Kita-Leitungen enthalten Fragen zur pädagogischen Arbeit in der Kita im Bereich Ernährung und Bewegung, Fragen zur Kultur des Ess- und Trinkverhaltens in der Kita und Fragen zur Bewegungsfreundlichkeit und Ausstattung der Kita.

Die Befragungen finden ab Juli 2007 und die Fitnessstage von Juni bis Juli 2007 statt. Die Wirkungen der Projekte werden durch die Wiederholungserhebungen im jährlichen Abstand (2008 und 2009) ermittelt.

## **Literatur**

- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2006): Leitlinien. Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 06.10.2006.
- Kromeyer-Hausschild, K., Wabitsch, M. (2007): Aktuelle Sicht der Prävalenz und Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. <[http://www.a-g-a.de/aga\\_content.html](http://www.a-g-a.de/aga_content.html)> (Stand 04.07.2007).
- Mensink, G. B., Lampert, T., Bergmann, E. (2005): Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984–2003. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 48, 1348–1356.

## **Kontakt**

mhplus Betriebskrankenkasse  
Franckstr. 8  
71636 Ludwigsburg  
Bundesland: Baden-Württemberg  
Website: [www.minifit.de](http://www.minifit.de)

Thomas Fink  
Telefon: 07141-9790-951  
Telefax: 07141-9790-9718  
E-Mail: [Thomas.Fink@mhplus.de](mailto:Thomas.Fink@mhplus.de)

Stefanie Kasper  
Telefon: 07141-9790-9698  
Telefax: 07141-9790-449698  
E-Mail: [Stefanie.Kasper@mhplus.de](mailto:Stefanie.Kasper@mhplus.de)

## **Arbeitshilfe 2000**

### **Arbeit für gesundheitlich und sozial beeinträchtigte Menschen in Augsburg – Selbstfinanzierung eines sozialen Projekts durch wirtschaftliche Betätigung**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Integriertes Handlungskonzept/  
Vernetzung – Innovation und Nachhaltigkeit

#### **Abstract**

Für Menschen mit schweren gesundheitlichen Problemen, wie Aids, Abhängigkeitserkrankungen oder chronischen Erkrankungen, ist es oftmals sehr schwierig, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Damit sind die Betroffenen in zweifacher Hinsicht gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt: zum einen durch die Erkrankungen selbst und den daraus resultierenden gesundheitlichen und sozialen Problemen, zum anderen durch die Arbeitslosigkeit, die Studien zufolge negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat und die die ohnehin bereits bestehende soziale Not noch verschlimmert.

Das Projekt „Arbeitshilfe 2000“ hat sich zum Ziel gesetzt, die ökonomische und die soziale Situation von Menschen, die gesundheitlich und/oder sozial beeinträchtigt sind, durch bezahlte Arbeit zu verbessern. Die Betroffenen sollen durch Beschäftigung zu selbstständigerer Lebensführung gebracht und für den Arbeitsmarkt „fit“ gemacht werden. Dies wird erreicht durch Vermittlung einfacher Arbeitsmöglichkeiten, die kurzfristig und ohne bürokratischen Aufwand durchführbar sind.

Die Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer lernen, dass eigene Leistung sich in mehrfacher Hinsicht „lohnt“: Sie können ihre finanzielle Situation verbessern, ihr Selbstwertgefühl wird gestärkt, sie erfahren Anerkennung statt Ausgrenzung und werden sozial stabilisiert, was insgesamt zur Verbesserung ihrer Lebensqualität beiträgt.

Die Arbeitshilfe 2000 e. V. hat verschiedene Auftraggeber und Kooperationspartner wie die Stadt Augsburg (Sozialamt, Liegenschaftsamt), die ARGE

Stadt und Landkreis, gesetzliche Betreuer und Betreuerinnen, soziale Einrichtungen sowie Firmen und ehrenamtlich engagierte Bürgerinnen und Bürger.

Dass die Zielgruppe das Projekt sehr gut annimmt, belegt die wachsende Teilnehmerzahl, die im Jahr 1996 noch bei ca. 60 lag und im Jahr 2005 bereits auf knapp 400 gestiegen ist.

Trotz der zahlreichen individuellen Probleme der Teilnehmerinnen und Teilnehmer findet durch das Projekt eine Neubewertung der Arbeit von den Betroffenen statt und unterstützt sie, neue Arbeitsmöglichkeiten zu finden. Dadurch trägt das Projekt dazu bei, dass sich auch die Lebenssituation der Zielgruppe verbessert und sich ihre Situation stabilisiert.

## Hintergrund

Die „Arbeitshilfe 2000“ hatte ihren Ursprung in einem Beratungsangebot des Gesundheitsamtes der Stadt Augsburg und richtete sich an Personen mit Aids und Suchterkrankungen. Aufgrund der Tatsache, dass Maßnahmen der Primärprävention von diesem Personenkreis oft zu wenig in Anspruch genommen wurden, die Zahl der Klientinnen und Klienten jedoch zunahm, startete das Gesundheitsamt Ende der 80er-Jahre mit einem zusätzlichen Angebot, das durch seine aufsuchende Kontaktaufnahme in Szenetreffpunkten und durch Streetwork niedrigschwellig ausgerichtet war.

Das Angebot des Gesundheitsamtes, in das auch eine ärztliche Beratung integriert war, umfasste hauptsächlich organisatorische Hilfestellungen sowie u. a. konkrete Betreuungsarbeit bei der Wohnungssuche, Kontakt zu Ämtern und Gesundheitsdiensten sowie die Organisation häuslicher Pflege bei HIV-Kranken.

- Im Jahr 1995 hatten ca. 200 Personen aus schwierigsten sozialen Verhältnissen Kontakt zur Beratungsstelle. Rund ein Viertel der Klientinnen und Klienten war HIV-positiv oder bereits an Aids erkrankt, ein noch größerer Kreis war von Hepatitis C betroffen. Bei den Personen mit Abhängigkeitserkrankungen zeigten sich vielfach Folgeerkrankungen physischer und psychischer Art.
- Für die meisten Klientinnen und Klienten war zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme eine kontinuierliche Erwerbstätigkeit nicht möglich. Die in der Mehrzahl verhältnismäßig jungen Menschen waren entweder nur zeit-



weise oder eingeschränkt arbeitsfähig. Zu den gesundheitlichen Problemen kam die soziale Not, die teilweise bis hin zur Verelendung reichte, da die Betroffenen auf geringste Renten, Krankengeld oder Sozialhilfe angewiesen waren.

- Ein Ausweg aus dieser Situation war schwierig, denn die Erfahrungen zeigen, dass es für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen weder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch im Rahmen betreuter Beschäftigungsprogramme geeignete Arbeitsplätze gibt und die Chancen auf eine Wiedereingliederung gering sind. Den engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit belegen inzwischen zahlreiche Studien. Diese zeigen, dass Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen weniger Chancen haben, eine Arbeit zu bekommen und dass umgekehrt Arbeitslosigkeit die Gesundheit beeinträchtigt (vgl. Kania und Swart 2005; Kuhnert 2002; Sammet 2004; Holleder 2006).

Da der Faktor Arbeit von den verschiedenen Beratungsstellen als zentraler Aspekt zur Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen erkannt wurde, entstand die Idee, ein Projekt zu starten, um die Lebenssituation der Betroffenen durch bezahlte Arbeit zu verbessern. Aufgrund der Vielschichtigkeit der Problematik hielt man ein gemeinsames Vorgehen mit unterschiedlichen Kooperationspartnerinnen und -partnern sowie Fachkräften für sinnvoll und zielführend.

Im Januar 2001 wurde der gemeinnützige Verein „Arbeitshilfe 2000 e. V.“ als Träger des Projekts gegründet. Unterstützt wird der Verein durch die Aids-Beratungsstelle des Gesundheitsamtes der Stadt Augsburg. Das Team setzt sich zusammen aus einem ehrenamtlichen Vorstand, einer Ärztin und einem Sozialarbeiter über das Gesundheitsamt der Stadt Augsburg, einem Geschäftsführer und einer festen Mitarbeiterin sowie einem festen Mitarbeiter, die für die Organisation der Aufträge zuständig sind sowie einer Kraft auf Honorarbasis im zugehörigen Sozialkaufhaus. Die Zusammenführung der Kompetenzen der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes mit den organisatorischen Vorteilen eines eingetragenen und als gemeinnützig anerkannten Vereins (vor allem Steuervergünstigungen) wirken sich positiv auf die Arbeit des Projekts aus.

Geschäftsfelder des Projekts sind Wohnungsaufösungen, Betriebsauflösungen, Umzüge und Transporte, Renovierungsarbeiten, Gebrauchtmöbelverkauf und ein Sozialkaufhaus, aus deren Einnahmen sich das Projekt finanziert. Inzwischen sind hier täglich zwischen 15 und 25 Betroffene im Einsatz.

Ziel des Projekts ist es, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch ihre (Mit-)Arbeit im Projekt zum einen ihre finanzielle Situation als Ergänzung zu Sozialleistungen oder Rente verbessern können. Zum anderen soll eine Stabilisierung des Lebensrhythmus sowie eine Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit erzielt werden. Es zeigt sich, dass die Beschäftigung zur Stärkung des individuellen Selbstwertgefühls beiträgt und einen günstigen Einfluss auf die weitere Krankheitsbewältigung hat. Durch die medizinische und sozialpädagogische Betreuung während der Projektteilnahme lernen die Betroffenen etwas über die Entstehung, den Verlauf und die Auswirkungen ihrer Erkrankung und werden angewiesen, sich verantwortungsvoll und präventiv zu verhalten. Klientinnen und Klienten, die sich nach erfolgreicher Teilnahme am Projekt sozial stabilisiert haben, werden im Rahmen ihrer Beratung unterstützt, damit sie möglichst bald wieder in die Gesellschaft und ins „normale“ Arbeitsleben integriert werden können.

## Vorgehen

Ziel des Projekts ist die Schaffung einfacher Arbeitsmöglichkeiten und die Vermittlung von Hilfen zur Resozialisierung für Menschen, die gesundheitlich und/oder sozial beeinträchtigt sind. Es wurde darauf geachtet, dass für jeden Einzelnen die Möglichkeit bestand, eine Arbeit zu bekommen – auch für Menschen mit schweren körperlichen und/oder seelischen Erkrankungen. Um Arbeitsaufträge anbieten zu können und auch um auf lange Sicht unabhängig zu sein, nahm das Projekt 1995 u. a. Kontakt mit dem Sozialreferat der Stadt Augsburg auf und konnte erreichen, dass diese kleinere Aufträge an die „Arbeitshilfe 2000“ vergab.

Bei den Arbeitsaufträgen wird darauf geachtet, dass die Tätigkeiten die Betroffenen nicht überfordern. So können die Arbeitsuchenden zum Beispiel Hecken schneiden, Reinigungsarbeiten ausführen oder beim Verkauf im Sozialkaufhaus mitwirken. Zudem sind die Aufträge so ausgerichtet, dass sie an einem Arbeitstag zu erledigen sind, sodass die Betroffenen sehr schnell ein Erfolgserlebnis haben und zudem nach verrichteter Arbeit auch den entsprechenden Lohn hierfür bekommen: Sie erhalten aus einer Tageskasse eine „soziale Unterstützung gegen Unterschrift“ in Abhängigkeit von ihrer Leistung bzw. ihrer zeitlichen Beteiligung an der Arbeit.

Von der Stadt Augsburg wurden dem Projekt in einem Altbau Räume zur Verfügung gestellt. Die Einrichtung eines Mittagstisches organisierten die Teil-

nehmerinnen und Teilnehmer selbst. Lange Öffnungszeiten der Einrichtung tragen dazu bei, dass die Betroffenen einen Anlaufpunkt haben, um ihre Sozialkontakte zu pflegen. Zur organisatorischen und finanziellen Abwicklung der Arbeitsaufträge wird die Hilfe eines 1992 gegründeten Betreuungsvereins (Selbsthilfeverein) in Anspruch genommen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Da die Zielgruppe der Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie Aids, Suchterkrankungen und chronischen Erkrankungen durch die gängigen Hilfesysteme und „Komm-Strukturen“ der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen nur schwer erreichbar ist, kommt es darauf an, für diese Menschen ein niedrigschwelliges Angebot zu schaffen.

Die Zielgruppe befindet sich größtenteils auf der Straße, daher wird der Erstkontakt in Szenetreffpunkten und durch Streetwork hergestellt. Die Personen werden direkt vor Ort angesprochen, wo auf die Chancen und Möglichkeiten der Angebote bei der „Arbeitshilfe 2000“ hingewiesen wird. Klientinnen und Klienten, die ohnehin bereits Kontakt mit der Aids-Beratung der Stadt Augsburg haben, werden von den dortigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf das Projekt aufmerksam gemacht. Bereits bestehende Strukturen der Stadt Augsburg wie die ARGE, das Sozialamt und die Arbeitsagentur sowie sozialpädagogische Betreuerinnen und Betreuer nutzen ihre Kontakte zur Zielgruppe ebenfalls, um Klientinnen und Klienten das Projekt „Arbeitshilfe 2000“ nahezubringen. Die Betroffenen selbst verbreiten das Angebot der „Arbeitshilfe 2000“ durch Mund-zu-Mund-Propaganda. Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bereits Erfahrungen mit dem Projekt gemacht haben, können diese an Interessierte weitergeben und sie bei der Kontaktaufnahme unterstützen.

Niedrigschwellig gestaltet sich auch der Zugang zum Angebot: Die Anmeldemodalitäten sind einfach, die Klientinnen und Klienten müssen zur Registrierung lediglich ein Formular ausfüllen. Die Niedrigschwelligkeit des Arbeitsangebots selbst zeichnet sich dadurch aus, dass es für die Klientinnen und Klienten keine Ausschlusskriterien und Zeitvorgaben gibt. Jeder bekommt die Chance, im Projekt mitzuwirken, und die Arbeitsaufträge entsprechen den Fähigkeiten und Möglichkeiten der Betroffenen. Den Klientinnen und Klienten wird in der Regel in kürzester Zeit eine Arbeit vermittelt, die Bezahlung erfolgt direkt nach Abschluss der Arbeit bzw. am Ende des Arbeitstages zu vereinbarten, festen Sätzen.

## ▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“

Für die Umsetzung des Projekts haben sich Akteurinnen und Akteure aus verschiedenen Institutionen der Stadt Augsburg sowie aus diversen Arbeitsbereichen zusammengefunden, die sich in verschiedenen Bereichen des Projekts engagieren.

Die Stadt Augsburg (Sozialamt, Liegenschaftsamt) ist als Kooperationspartner und Auftraggeber beteiligt, sie stellt Räume für das Projekt zur Verfügung und kommt für die Energiekosten sowie für die psychosoziale und ärztliche Beratung durch einen Sozialarbeiter und eine Ärztin auf.

Weitere Institutionen, wie die ARGE Stadt und Landkreis, gesetzliche Betreuer und Betreuerinnen der Zielgruppe, soziale Einrichtungen, Bürgerinnen und Bürger sowie Firmen, unterstützen durch Arbeitsaufträge wie zum Beispiel Umzüge, Renovierungen oder Wohnungsaufösungen das Projekt und helfen mit, dass es in diesem Rahmen weitergeführt werden kann. Durch das Zusammenwirken aller Beteiligten kann sich das Projekt selbst finanzieren und tragen. Perspektivisch sollen weitere Kooperationspartner und Auftraggeber gewonnen werden; auch soll der Gebrauchtmöbelmarkt ausgebaut werden.

Durch die Zusammenarbeit der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes in ihrer fachlichen Kompetenz mit den verschiedenen Auftraggebern und Kooperationspartnern können die unterschiedlichen Ressourcen gebündelt und optimal eingesetzt werden. Im Team findet ein regelmäßiger Austausch zu den geplanten Aktivitäten statt.

## ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Der Aspekt der Nachhaltigkeit zeigt sich auf zwei Ebenen: Zum einen ist der Fortbestand des Projekts „Arbeitshilfe 2000“ langfristig gesichert, da es sich aufgrund verschiedener Einnahmequellen inzwischen selber tragen kann: Seit dem Jahr 1996 nahm die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von ca. 60 auf 385 pro Jahr zu, wodurch auch mehr Arbeitsaufträge angenommen werden konnten und sich die Umsätze von ca. 15 000 Euro auf 45 000 Euro pro Jahr erhöhten.

Auch die Kommunen sind am Weiterbestehen des Projekts interessiert, da sich für sie zum einen ein Gewinn durch die Löhne der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ergibt, die ggf. mit Sozialleistungen verrechnet werden. Zudem haben die Auftraggeber Einsparungen von ca. 30 %, die sich pro Jahr auf ca. 70 000 Euro belaufen. Ferner ergeben sich zusätzliche Steuereinnahmen von ca. 50 000 Euro und es wurden drei neue Arbeitsplätze geschaffen.

Zum anderen zeigen sich nachhaltige Effekte bei den Projektteilnehmerinnen und -teilnehmern selbst: Indem die Betroffenen erfahren, dass ihre verbliebene Leistungsfähigkeit sinnvoll eingesetzt und belohnt wird und sie Anerkennung statt Ausgrenzung erfahren, trauen sie sich auch langfristig zu, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Die Betroffenen erlernen „Arbeitsmarkt-tugenden“ wie Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Regelmäßigkeit, Ausdauer, Teamfähigkeit etc., die auch nach Abschluss des Projekts wirksam bleiben. Zur Stabilisierung der positiven Effekte und damit zur Verbesserung der Nachhaltigkeit erhalten die Betroffenen im Anschluss an ihre Teilnahme im Projekt eine unterstützende Beratung durch Fachkräfte, damit sie wieder Schritt für Schritt in die Gesellschaft sowie ggf. in einen Beruf oder eine weitere Ausbildung eingegliedert werden können. Inzwischen konnten 14 Personen wieder in die Schule und 22 wieder in den Beruf integriert werden.

Dass das Projekt eine nachhaltig positive Wirkung auf die Betroffenen haben kann, zeigen einige wenige Fallbeispiele: Eine obdachlose Person, die drogenabhängig, HIV-positiv und blind ist, konnte nach Abschluss der Maßnahme einfache Arbeiten erledigen und in ein Betreuungskonzept integriert werden. Sie wurde sozial stabilisiert und hat wieder einen Lebenssinn bekommen. Ein Alkoholiker bekam neben der Arbeitsmaßnahme auch sozialpädagogische Betreuung. Er erhielt dadurch seinen Führerschein wieder und fand eine Arbeitsstelle. Ein ehemals Alkohol- und Drogenabhängiger wurde durch begleitende Gespräche sozial stabiler und bekam wieder einen festen Arbeitsplatz.

## Literatur

- Hollerer, A., Brand, H. (Hrsg.) (2006): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Huber Verlag, Bern.
- Kania, H., Swart, E. (2005): Die Beeinflussung der Gesundheit durch Arbeitslosigkeit. Gesundheitswesen 2005, Thieme Verlag, Stuttgart.
- Kuhnert, P. (2002): Auswirkungen der Langzeitarbeitslosigkeit auf die gesundheitliche Verfassung der Betroffenen. Dortmunder Uni-Lehrstuhl für Organisationspsychologie.
- Sammet, M., GEK Schwäbisch Gmünd (2004): Die gesundheitliche Belastung von Arbeitslosen – Empirische Belege auf der Basis von Auswertungen von Krankenkassendaten.

## **Kontakt**

Erwin Riegel

Arbeitshilfe 2000 e. V.

Pulvergässchen 6

86152 Augsburg

Telefon: 0821-324-2079

Telefax: 0821-324-2082

E-Mail: [arbeitshilfe2000@gmx.de](mailto:arbeitshilfe2000@gmx.de)

Website: [www.arbeitshilfe2000.de](http://www.arbeitshilfe2000.de)

[www.sozialkaufhaus-augsburg.de](http://www.sozialkaufhaus-augsburg.de)

## **Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung**

### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Empowerment – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

### **Abstract**

Das Projekt „Älterwerden und Gesundheit“ wendet sich an sozial benachteiligte Frauen zwischen 40 und 70 Jahren deutscher und nicht deutscher Herkunft. Sich auf diese Personen- und Altersgruppe zu konzentrieren, war Anliegen des Feministischen Frauengesundheitszentrums Berlin e. V. (FFGZ), da es geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der gesundheitlichen Situation von Frauen gibt und dieser Lebensabschnitt von besonderer Bedeutung für ihre Gesundheit ist. Darüber hinaus sind die meisten Frauen noch zu wenig über ihre Rechte als Patientinnen informiert und setzen zu selten die eigenen Bedürfnisse und Anliegen im Gesundheitssystem durch. Besonders betroffen sind Frauen aus sozial benachteiligten Verhältnissen, insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund.

Das Projekt hat es sich zum Ziel gesetzt, diese Frauen über gesundheitliche Themen zu informieren, um Erkrankungen vorzubeugen und ihr Selbsthilfepotenzial für den Umgang mit Beschwerden, gesundheitlichen Einschränkungen oder Erkrankungen besser schätzen und nutzen zu lernen. Ferner sollen sie befähigt werden, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und als kompetente und eigenverantwortliche Personen mit Vertretern und Vertreterinnen des Gesundheitswesens zu kommunizieren und ihre Rechte wahrzunehmen. Hierfür wurde ein mehrwöchiges kostenloses Schulungsprogramm mit acht Modulen entwickelt, das sich am kulturellen, sozialen und individuellen Hintergrund der Frauen orientiert.

### **Hintergrund**

Das Feministische Frauengesundheitszentrum Berlin setzt sich schon seit langer Zeit für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Frauen ein. Es

berät die Frauen, informiert sie, bietet Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Rechte und vertritt ihre Interessen in der Gesundheitspolitik.

Im Projekt „Älterwerden und Gesundheit“ stehen sozial benachteiligte Frauen zwischen 40 und 70 Jahren, insbesondere auch Frauen mit Migrationshintergrund, im Fokus. Dies ist auf verschiedene Aspekte zurückzuführen:

Ein Grund ist in der sozialen Situation dieser Frauen zu sehen. Wegen ihrer Arbeitssituation (schlecht bezahlte und schwere körperliche Arbeit), unzureichender Wohnbedingungen oder aufgrund der Migration selbst (fremde Sprache und Kultur, Diskriminierung, unklarer Aufenthaltsstatus), waren und sind sie Bedingungen ausgesetzt, die die Gesundheit gefährden können. Ein anderer Grund liegt in der gesundheitlichen Situation von Frauen ab der zweiten Lebenshälfte. Häufig machen sich im Übergang zum Alter soziale, körperliche und psychische Belastungen der vergangenen Jahre in Form von Beschwerden bemerkbar und können manifest werden. Altersgemäße und für die Zeit während und nach den Wechseljahren normale Veränderungen des Körpers werden oftmals als Defizit und Krankheit interpretiert, mit der Konsequenz einer Über- bzw. Fehlversorgung mit Medikamenten oder der Durchführung unnötiger Operationen.





Ein weiterer Grund besteht in der besonderen Situation von Frauen im Gesundheitssystem. Dies betrifft zum einen den Umgang von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitssystems mit den Frauen. Beispielsweise machen Ärztinnen und Ärzte geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Diagnostik, der Behandlung und Versorgung (vgl. Scheuermann und Ladwig 1998; Grande et al. 2002; Hurrelmann und Kolip 2002). Zum anderen nutzen sozial benachteiligte Frauen die Möglichkeiten des Gesundheitssystems oftmals nicht angemessen, entweder weil sie nicht ausreichend über die verschiedenen Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung sowie präventive und rehabilitative Angebote informiert sind oder weil ihnen das Selbstbewusstsein fehlt, sich als Partnerinnen von ärztlichen und anderen Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitswesens zu präsentieren. Insbesondere für sozial benachteiligte Migrantinnen besteht die Gefahr einer Unter-, Über- und Fehlversorgung, die aus Verständigungsproblemen sowie einem anderen kulturellen Verständnis von Krankheit und Gesundheit resultieren kann (David et al. 2000; Borde und David 2003).

Um diesen Faktoren entgegenzuwirken, konzipierten die Initiatorinnen ein Schulungsprogramm, das sowohl Gesundheitswissen und seine Anwendungsmöglichkeiten vermittelt als auch konkrete praktische Übungen beinhaltet. Die Patientinnenschulung wendet sich an sozial benachteiligte Frauen und ist in ihrem Aufbau und der Methodik explizit auf diese Zielgruppe abgestimmt. Finanziert wird das Schulungsprogramm von der AOK und der Integrationsbeauftragten.

## Vorgehen

Bei der Konzeption des Kursprogramms flossen die Erfahrungen der Mitarbeiterinnen des FFGZ aus der Gesundheitsarbeit mit älteren Frauen und Migrantinnen, Erkenntnisse aus der langjährigen Zusammenarbeit mit Kolleginnen der Beratungsstellen und Treffpunkte der Migrations-, Frauen- und Seniorinnenarbeit sowie aktuelle Forschungsergebnisse ein.

Das Schulungsprogramm gibt es seit 2004. Es besteht aus acht Modulen und ist auf maximal zwölf Teilnehmerinnen ausgerichtet. Die Kurse mit Migrantinnen finden immer zweisprachig mit einer muttersprachigen Dolmetscherin statt und werden von den Mitarbeiterinnen des FFGZ, einer Dipl.-Sozialpädagogin und einer Dipl.-Pädagogin, durchgeführt. Je nach Themenbereich werden weitere Fachkräfte wie zum Beispiel Pharmazeut/Pharmazeutin, The-

rapeut/Therapeutin oder Heilpraktiker/Heilpraktikerin hinzugezogen. Die Teilnahme ist kostenlos, aber verbindlich und erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten. Während dieser Zeit werden verschiedene gesundheitliche Themenbereiche aufgegriffen, die sich an den grundlegenden gesundheitlichen Belangen und Beschwerden dieser Personengruppe orientieren: Bei den ersten Terminen wird der Umgang mit der eigenen Gesundheit oder mit Beschwerden angesprochen. Inhalte der Module sind zum Beispiel „Körperliche Veränderungen und gesundheitliche Risiken in der zweiten Lebenshälfte“, „Die Wechseljahre“ oder „Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Depressionen“. Schwerpunkt ist dabei, die eigenen Ressourcen und Selbsthilfepotenziale im Blick zu haben. In den Kursen verbindet sich Informationsvermittlung mit konkreten praktischen Übungen.

In den weiteren Modulen geht es dann um die Rolle der Frau im Gesundheitssystem und ihre Rechte als Patientin. Themen sind die Kommunikation in der ärztlichen Sprechstunde und im Krankenhaus, der Umgang mit Medikamenten sowie die Angebote und Möglichkeiten in Bezug auf Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.

Um die Zielgruppe für das Schulungsprogramm zu gewinnen, stellen die Mitarbeiterinnen des FFGZ gemeinsam mit den Dolmetscherinnen den Frauen das Kursangebot direkt bei den jeweiligen Trägern, Treffpunkten oder Beratungsstellen in den jeweiligen Stadtteilen vor. Fragen und Anliegen der Frauen werden aufgegriffen und fließen in die konkrete Gestaltung der Kursmodule ein. Bei Bedarf werden auch gruppen- oder altersspezifische Schwerpunkte gesetzt. Begleitend zu den meisten Modulen gibt es Merkblätter in Deutsch und der jeweiligen Muttersprache, sodass die Frauen zum Abschluss des Kursprogramms auf eine Sammelmappe mit den wichtigsten Inhalten der Patientinnenschulung zurückgreifen können.

Insgesamt fanden inzwischen 19 Kurse statt, von denen 16 ausschließlich von Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund besucht wurden. Die Teilnehmerinnen werden durch Einrichtungen angesprochen, die sozial benachteiligte Menschen betreuen, sodass der Anteil von Frauen aus diesen Schichten bei annähernd 100% liegt. Die Beteiligung an den Kursen ist sehr gut und die Mischung aus Wissensvermittlung und Praxis wurde von den Frauen durchweg positiv bewertet<sup>3</sup>.

---

3 Die Patientinnenschulung wurde regelmäßig evaluiert.

## ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Das Projekt findet vor Ort in den Treffpunkten der Frauen statt, wo sie sich oftmals Informationen oder Beratung geholt haben oder sich zu Veranstaltungen und Festen treffen. Die Orte besitzen für sie einen großen Stellenwert und es gibt kaum oder gar keine Hürden, dort hinzugehen.

Der Zugang zum Schulungsangebot ist einfach: Das Projekt wird in der Einrichtung vorgestellt und gleich vor Ort können erste Fragen beantwortet, Interessen formuliert und Schwerpunkte vorgeschlagen werden. Die Frauen können sich sofort anmelden und gemeinsam werden die Kurstermine festgelegt.

Das Schulungsprogramm, das ebenfalls in den Räumlichkeiten der Kooperationspartnerinnen durchgeführt wird, orientiert sich an der Lebenswelt der Teilnehmerinnen. Für Migrantinnen werden die Kurse immer zweisprachig in Deutsch sowie in der jeweiligen Muttersprache (Türkisch, Arabisch und Russisch) durchgeführt. Da ein hoher Informationsbedarf besteht, wird diese Vorgehensweise von den Frauen begrüßt. Auch das Einbringen von Erfahrungen und der Austausch untereinander wird durch die muttersprachliche Kommunikation erleichtert und oftmals überhaupt erst möglich.

Die Inhalte des Schulungsprogramms knüpfen an die Bedarfe, Ressourcen und Interessen der Teilnehmerinnen an. Um den Bezug zur Alltagssituation herzustellen, werden Informationen zur Erweiterung des Gesundheitswissens mit Hinweisen zu ihrer praktischen Anwendung und Übungen, zum Beispiel zu den Themen Bewegung und Entspannung, verbunden. Es wird darauf geachtet, dass die vermittelten Ansätze der Selbsthilfe alltagstauglich sind, damit sie auch nach Beendigung des Kurses angewendet werden können. Zudem erhalten die Frauen wertvolle Informationen, wie sie sich in ihrer Lebensgestaltung gesundheitsbewusst verhalten können – zum Beispiel wo sie preisgünstig gesunde Nahrungsmittel erhalten oder welche Kurse von den Krankenkassen mit geringer oder ohne Zuzahlung angeboten bzw. finanziert werden.

Die Beachtung des jeweiligen kulturellen, sozialen und individuellen Kontextes ist selbstverständlich und eine wichtige Voraussetzung, um die Eigenkompetenz der Frauen zu erhöhen. Ausgangspunkte für die Kursgestaltung sind die Kenntnisse und Erfahrungen der Frauen, sodass sich die Frauen sowohl bei der Informationsvermittlung wie der praktischen Anwendung wiederfinden.

Für die Teilnahme am Schulungsprogramm und für die zur Verfügung gestellten Materialien entstehen den Frauen keine Kosten, was sich nach den Erfahrungen des FFGZ auch bewährt hat und bislang zu keinen negativen Auswirkungen auf die Kursbeteiligung führte.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Die Patientinnenschulung zielt auf die Befähigung ihrer Teilnehmerinnen in verschiedenen Bereichen. Es geht zum einen um den Umgang mit sich und der eigenen Gesundheit und zum anderen um den Umgang mit unserem Gesundheitssystem. Das Projekt erreicht dies auf verschiedene Weise:

Zunächst erhalten die Frauen eine Vielzahl an Informationen. Sie erfahren dadurch mehr über die normalen körperlichen und seelischen Veränderungen beim Älterwerden, aber auch über das deutsche Gesundheitssystem und die Patientenrechte. Durch den Austausch mit den anderen Teilnehmerinnen und durch gezielte Fragen nach persönlichen Erfahrungen lernen die Frauen die eigenen Ressourcen und Selbsthilfepotenziale besser zu erkennen, zu schätzen und zu nutzen.

Ferner geht es um die Stärkung des Selbstbewusstseins und den Umgang mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitssystem. Hierfür werden die Frauen in Fragerunden aufgefordert, sich zu äußern und lernen in einem vertrauten und geschützten Rahmen, ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Da die Kurse zweisprachig durchgeführt werden, erhalten Frauen mit Migrationshintergrund die Gelegenheit, ihre deutschen Sprachkenntnisse zu reaktivieren, was zum Teil gern genutzt wird und einen zusätzlichen positiven Effekt darstellt. Außerdem lernen die Frauen deutsche Gesundheitsbegriffe kennen, was die Eigenkompetenz fördert.

Neben der Vermittlung von Gesundheitswissen spielen die praktischen Anwendungsmöglichkeiten im Alltag eine zentrale Rolle. Je nach Kurseinheit werden die Frauen angeleitet, welche Selbsthilfestrategien bei Beschwerden angewendet werden können. Dies können u. a. Entspannungstechniken oder Beckenbodenübungen sein, aber auch die Zubereitung von Pflanzen-Heiltees. Zudem lernen sie, ihre eigenen Anliegen besser zu vertreten. Zum Beispiel werden im Modul „Die ärztliche Sprechstunde“ Rollenspiele durchgeführt, die die Frauen befähigen sollen, sich selbstbewusster zu artikulieren, Fragen zu stellen und ihre Interessen zu vertreten.

Die Kursdauer trägt dazu bei, dass die Frauen in dieser Zeit erste Erfahrungen mit den neuen Informationen machen können, Gelegenheit zum Austausch mit den anderen Teilnehmerinnen erhalten und Einstellungs- und Verhaltensänderungen sich verfestigen können. Rückmeldungen zeigen, dass diese Methode erfolgreich ist. Die Frauen berichten, dass es ihnen gelang, in den ärztlichen Sprechstunden ihre Fragen besser zu Gehör zu bringen und sie sich selbstbewusster zu bestimmten Behandlungsformen, zum Beispiel der Hormonbehandlung in den Wechseljahren, äußern konnten. Ebenso achten sie bei ihrer Ernährung verstärkt auf vollwertige Nahrungsmittel; sie bewegen sich mehr und greifen bei Beschwerden häufiger zu Naturheilmitteln anstatt zu Medikamenten.

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

Die Einbeziehung von Kooperationspartnern stellt eine wichtige Grundlage für das Gelingen des Projekts dar, da durch sie der Zugang zur Zielgruppe ermöglicht bzw. erleichtert wird. Hier sind vor allem die Treffpunkte und Beratungsstellen für Frauen, Migrantinnen und Seniorinnen in den Stadtteilen zu nennen. Zudem findet ein kontinuierlicher Austausch mit den Kooperationspartnern hinsichtlich thematischer Fragestellungen und Vorgehensweisen statt. Darüber hinaus besteht ein enger Kontakt zu wichtigen Akteuren aus den Bereichen Frauen, Gesundheit und Migration, wie zum Beispiel zu interkulturellen Frauenzentren, dem Netzwerk Frauengesundheit, den Plan- und Leitstellen für Gesundheit der Bezirke, zu Seniorinneneinrichtungen, Nachbarschaftsheimen, dem Quartiersmanagement, Beratungs- und Informationsdiensten für Spätaussiedler, Wohlfahrtsverbänden und insbesondere auch dem Gemeinde-Dolmetschdienst.

Durch diese Kontakte wird das Projekt zum einen weiterverbreitet, zum anderen nehmen die Kooperationspartner auch Impulse aus dem Kursangebot auf und initiieren eigene Gesundheitsangebote.

Durch verschiedene Aktivitäten, wie zum Beispiel gemeinsame Besuche der Kursteilnehmerinnen bei Einrichtungen des Gesundheitswesens im Stadtteil, trägt das Projekt dazu bei, die Frauen, die Kooperationspartner und die Gesundheitseinrichtungen im Bezirk in engeren Kontakt und Austausch zu bringen.

## Literatur

- Borde, T., David, M. (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- David, M., Borde, T., Kentenich, H. (2000): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Grande, G., Leppin, A., Romppel, M., Altenhöner, T., Mannebach, H. (2002): Frauen und Männer nach Herzinfarkt: Gibt es in Deutschland geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen? *Rehabilitation*, 41, S. 320–328.
- Hurrelmann, K., Kolip, P. (2002): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Scheuermann, W., Ladwig, K.-H. (1998): Geschlechtsspezifische Unterschiede in Risiken und Versorgung der koronaren Herzerkrankung. *Zeitschrift für Kardiologie* 87, 7, S. 528–536.

## Kontakt

Maya Krock  
Feministisches Frauengesundheitszentrum e. V.  
Bamberger Str. 51  
10777 Berlin  
Bundesland: Berlin  
Telefon: 030-2139597  
Telefax: 030-2141927  
E-Mail: [ffgz@snafu.de](mailto:ffgz@snafu.de)  
Website: [www.ffgz.de](http://www.ffgz.de)

## „gesund groß werden“

### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Empowerment –  
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

### **Abstract**

Angesichts der zunehmenden Gesundheitsprobleme, vor allem bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien, gewinnt die Gesundheitsförderung dieser Altersgruppe immer mehr an Bedeutung. Gesundheitsförderliche Maßnahmen sollten aufgrund des besonderen Stellenwerts der Kindheitsphase für die weitere gesundheitliche Entwicklung im späteren Leben möglichst umfassend sein und viele Bereiche ansprechen. Eine umfassende Gesundheitsförderung richtet sich sowohl auf die Verringerung von Belastungsfaktoren als auch auf die Stärkung von Gesundheitspotenzialen. Zudem ist es wichtig, über verhaltenorientierte Maßnahmen für die Kinder hinaus deren gesamtes Umfeld einzubeziehen, insbesondere die Eltern und den Lebensraum, in dem die Kinder spielen und aufwachsen.

Das Projekt „gesund groß werden“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, Kinder im Alter von zwei bis zwölf Jahren aus sozial benachteiligten Verhältnissen – und hier insbesondere die Aussiedler- und Migrantenkinder – anzusprechen und durch ein vielfältiges Angebot gesundheitsförderlicher Maßnahmen einen Beitrag zur gesunden Entwicklung dieser Personen- und Altersgruppe zu leisten.

Um diese Zielsetzung zu erreichen, führt das Projekt in sechs verschiedenen Themenkomplexen der Gesundheitsförderung sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen durch. Kinder, Eltern, Erzieherinnen/Erzieher, Lehrerinnen/Lehrer sowie Pädagoginnen/Pädagogen werden in Form von Praxisprojekten, Fortbildungsmaßnahmen, Workshops, Elternabenden und Aktionstagen an das Thema Gesundheit herangeführt. Um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen, werden Kooperationsstrukturen in den sozialen Brennpunkten aufgebaut und eine Vernetzung der beteiligten Akteurinnen und Akteure angestrebt.

Seit Beginn des Projekts konnten schon erste positive Effekte erzielt werden. Rückmeldungen von Erzieherinnen bzw. Erziehern und Eltern zeigen, dass sich die Kinder seitdem stärker um ihre Gesundheit bemühen. Auch die Veranstaltungen für das Fachpersonal werden gut wahrgenommen und es konnten viele Familien aus schwierigen sozialen Verhältnissen erreicht werden.

## Hintergrund

Das Projekt „gesund groß werden“ wird vom Labyrinth Kindermuseum Berlin durchgeführt und von der deutschen Behindertenhilfe „Aktion Mensch“ finanziert. Die Einrichtung legte im Jahr 2001 einen ihrer Schwerpunkte auf die Gesundheitsförderung und bietet seitdem ein breites Spektrum an Angeboten, wie zum Beispiel interaktive Ausstellungen, mobile Programme, Projekte und Fortbildungsmaßnahmen zu verschiedenen Themen der Gesundheitsförderung. Aus einer dieser Veranstaltungen – der Erlebnisausstellung „Unterwegs nach Tutmirgut“, das in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt wurde – entstand die Idee zu dem Modellprojekt „gesund groß werden“. Die Projektinitiatorinnen wollten mit ihrem Konzept erreichen, dass die verschiedenen Gesundheitsthemen direkt und nachhaltig in die Lebenswelt der Kinder hineingetragen werden.

„gesund groß werden“ wird im Bezirk Pankow durchgeführt. Dieser hatte sich mit mehreren anderen Berliner Bezirken um die Teilnahme beworben und erhielt letztlich den Zuschlag. Pankow ist ein sehr gemischter Bezirk. Die Umwelt- und Lebensqualität ist im Hinblick auf den Gesamtbezirk betrachtet gut, und die Grünanlagen, Wasserflächen sowie Naturschutzgebiete bieten einen hohen Erholungswert für die Anwohner. Bei detaillierter Betrachtung einzelner Planungsräume<sup>4</sup> lassen sich jedoch auch Regionen mit hohem Entwicklungsbedarf identifizieren, die nur über wenig Frei- und Grünflächen verfügen, in denen aufgrund des preisgünstigen Wohnraums viele Familien aus sozial schwachen Verhältnissen leben und in denen eine Zunahme an Aggressivität und Gewaltbereitschaft zu verzeichnen ist.

---

4 Da die Einteilung von Berlin in zwölf Bezirke nur eine grobe Übersicht geben kann, ein Bezirk jedoch sehr heterogen hinsichtlich seiner gesundheitlichen und sozialen Lage sein kann, wurde eine weitere Aufteilung der Bezirke in Planungsräume vorgenommen. Diese ermöglichen eine detaillierte Darstellung von unter Umständen sehr unterschiedlichen Verhältnissen in einem Bezirk.



Der Gesundheitsbericht des Bezirks, in dem verschiedene Gesundheitsindikatoren erfasst werden, wie zum Beispiel die Säuglingssterblichkeit, Adipositas, der Impfstatus, die Anzahl der Verkehrsunfälle oder Zahngesundheitsstatus sowie gesundheitsbeeinflussende Faktoren (wie die Beschäftigungssituation der Eltern oder der Bezug von Transferleistungen), verdeutlicht den Zusammenhang zwischen sozialem Status und der Gesundheit bzw. dem Gesundheitsverhalten und weist auf einen Handlungsbedarf hin.

Im öffentlichen Gesundheitsdienst des Bezirks besitzt das Thema Gesundheitsförderung speziell von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien eine hohe Priorität. Bereits in der Vergangenheit wurden gemeinsam mit Eltern, Verbänden, Kinderärztinnen und -ärzten sowie Kindertagesstätten, Schulen und Freizeiteinrichtungen Themen wie Bewegungsförderung, Ernährungserziehung, Suchtprävention, Prävention von (Kinder-)Unfällen oder die Zahngesundheit aufgegriffen, allerdings ohne dass dies im Rahmen eines Gesamtkonzepts erfolgte.

## Vorgehen

Bei der Durchführung des Projekts konnten die Initiatorinnen von „gesund groß werden“ an die bereits vorhandenen Kontakte mit der Plan- und Leitstelle für Gesundheit des Bezirks Pankow anknüpfen und erhielten gute Unterstützung, zum Beispiel bei der Vermittlung von regionalen Ansprechpartnerinnen und -partnern, Referentinnen bzw. Referenten oder der Öffentlichkeitsarbeit. Die Mitarbeiterinnen des Labyrinth Kindermuseums Berlin bekamen wichtige Informationen über strukturelle Gegebenheiten, Defizite bzw. Ressourcen im Bezirk und konnten vom Know-how der Akteure in Bezug auf die Durchführung gesundheitsförderlicher Projekte profitieren.

Die Auswahl der beiden Modellregionen erfolgte gemeinsam durch die Pankower Bezirksstadträtinnen der Abteilungen „Jugend, Schule und Sport“ und „Gesundheit und Soziales“ sowie durch die Jugendhilfeplanerin und die Plan- und Leitstelle für Gesundheit. Gestützt wurde die Auswahl durch Daten der Berliner Berichterstattung, dem Gesundheitsbericht des Bezirksamtes Pankow 2004, den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung von 2005 sowie durch die Erfahrungen der vor Ort tätigen Lehrkräfte, Erzieherinnen/Erzieher und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Sozialpädagogischen Dienstes des Jugendamtes. Letztlich wurden zwei Regionen gewählt, in denen ein besonderer Entwicklungsbedarf besteht und die zudem eng beieinanderliegen, um

die Vernetzung und den Austausch aller am Projekt beteiligten Einrichtungen zu erleichtern. Bei der Auswahl der Einrichtungen sollten all jene einbezogen werden, in denen sich Kinder im Alter von zwei bis zwölf Jahren aufhalten, weil über die diversen Altersstufen hinweg eine Vernetzung angestrebt wird.

Zum Auftakt fand eine Informationsveranstaltung für alle infrage kommenden Einrichtungen aus den beiden Modellregionen statt. Die konkrete Auswahl erfolgte anschließend durch die Projektleitung und die Plan- und Leitstelle für Gesundheit anhand zuvor festgelegter Kriterien. Wichtig waren zum Beispiel das ausgewogene Verhältnis zwischen Mädchen und Jungen, die Anzahl an Aussiedler- und Migrantenkinder sowie der soziale Status der Kinder. Letztlich beteiligten sich drei Kindertagesstätten, zwei Schulhorte, zwei Grundschulen sowie ein Kinder- und Jugendclub. Alle Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer verpflichteten sich vertraglich zur Mitarbeit in dem Modellprojekt (Laufzeit: April 2005 bis März 2008) und zu einer langfristigen Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung.

Das Projekt beinhaltet verschiedene Module: Zum einen Praxisprojekte mit den Kindern zu den Themen Bewegungsförderung, gesunde Ernährung, Stress/Entspannung, Umgang mit Gefühlen, Lärmbelastung und Förderung des Nichtrauchens. Hierbei werden vor allem Praxiskoffer eingesetzt, die je nach Themenstellung unterschiedliche Materialien beinhalten. Zum anderen werden Fortbildungsveranstaltungen und Workshops für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu diesen Themen durchgeführt und mit den Eltern Elternabende, Aktionstage und Elternworkshops veranstaltet. Alle Aktivitäten werden gemeinsam von Mitarbeiterinnen des Labyrinth Kindermuseums und den Projektteilnehmerinnen bzw. -teilnehmern geplant. Neben verhaltensorientierten Maßnahmen richten sich weitere Aktivitäten auf die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Umfelds zum Beispiel durch Farben, Licht, Lärmschutz, Pflanzen und Bilder. Ebenso wird die Art und Weise, wie in den Einrichtungen mit Kindern und Eltern umgegangen wird, thematisiert. Zum Abschluss der Modellphase ist ein Zertifizierungsverfahren vorgesehen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Bei der Konzeption des Projekts wurde darauf geachtet, die Hürde für alle Beteiligten – Kinder, Eltern, Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer – möglichst niedrig zu halten. Dies beinhaltet zunächst, dass die Teilnahme an dem Modellprojekt für alle ausgewählten Einrichtungen kos-

tenlos ist. Ferner finden, um den zeitlichen Aufwand und die Anfahrtswege möglichst gering zu halten, sämtliche Interventionen (Praxisprojekte, Elternabende oder Fortbildungen) in den Einrichtungen selbst statt. Sofern Veranstaltungen in den Räumlichkeiten des Labyrinth Kindermuseums durchgeführt werden, können die Kinder mitgebracht werden und sich dort kostenlos aufhalten.

Zudem wurde bei der Konzeption darauf geachtet, dass alle verwendeten Materialien einen schnellen Zugang ermöglichen sowie alters- und kulturspezifische Aspekte berücksichtigen. So sind die Praxiskoffer für die Arbeit mit den Kindern altersspezifisch gestaltet und knüpfen an die Entwicklungsstufe sowie die Interessen der Kinder in dieser Lebensphase an. Zum Beispiel gibt es für die sechs- bis neunjährigen Kinder einen Koffer zum Thema „Starke Kinder – Selbstbewusstsein und Selbstachtung“, in dem es um das Selbstvertrauen und Neinsagen geht. Die älteren Kinder setzen sich unter dem Motto „Kleine Forscher – was ist so schädlich am Rauchen?“ mit dem Thema Rauchen auseinander. Die Materialienkoffer enthalten vielfältige Anregungen wie zum Beispiel die Bausteine der Ernährungspyramide, anhand derer die Kinder sehen können, wie eine gesunde Ernährung aufgebaut sein sollte, oder einen Entsafter, mit dem sie frische Säfte herstellen können.

Niedrigschwellig ist auch der Zugang zu den Familien gestaltet. Die Eltern werden direkt auf Elternabenden oder Aktionstagen angesprochen und informiert. Um den Informationsfluss sicherzustellen, erhalten die Eltern alle aktuellen Informationen zudem in schriftlicher Form, die für Familien mit Migrationshintergrund in der jeweiligen Sprache verfasst sind. Auf den Veranstaltungen werden bei Bedarf Dolmetscher bzw. Dolmetscherinnen zur Verfügung gestellt. Dass das Konzept erfolgreich ist, zeigen die gut besuchten Veranstaltungen und der hohe Anteil Familien (zu ca. drei Vierteln vertreten), die nach Aussage der Lehrkräfte sowie Erzieherinnen und Erzieher (die gut über die familiären Verhältnisse informiert sind) sowie der Statistik des Bezirksamts Pankow vielfach ein niedriges Bildungsniveau aufweisen und von Arbeitslosigkeit betroffen sind.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Ein zentrales Anliegen des Projekts ist die Befähigung von Kindern, Eltern, Erzieherinnen/Erziehern und Pädagoginnen/Pädagogen. Die Kinder werden auf verschiedene Weise aufgefordert, sich mit den verschiedenen Themen von

Gesundheit zu befassen und können darüber ein besseres Verständnis über Zusammenhänge entwickeln. Sie erhalten Informationen zu Themenkomplexen, die dem Alter der Kinder und deren kulturellem Hintergrund angepasst sind. Durch konkretes Ausprobieren erfahren und spüren sie, was ihnen gut tut und lernen anhand spezieller Übungen, den Umgang mit Gesundheitsproblemen zu verbessern.

Für das Handlungsfeld Stress bedeutet dies zum Beispiel, dass die Kinder zum einen mehr darüber erfahren, was unter Stress verstanden wird und warum er schädlich ist. Sie erhalten die Gelegenheit, sich darüber auszutauschen, was ihnen Stress bereitet und wie sie ihm begegnen können. Zum anderen werden ihnen praktische Hilfen wie Entspannungstechniken vermittelt und sie lernen Methoden kennen, wie sie ihre Freizeit besser planen können, damit An- und Entspannungsphasen in einem ausgewogenen Verhältnis stehen.

Aussagen von Eltern, Erzieherinnen/Erziehern und Pädagoginnen/Pädagogen zeigen, dass sich die Kinder seit Beginn des Projekts stärker um ihre Gesundheit bemühen. So fragen zum Beispiel die älteren Kinder zu Hause gezielt nach gesunden Lebensmitteln bzw. geben ihr Geld für solche Lebensmittel aus. In einem anderen Beispiel initiierten Kinder einer Schulklasse eine gemeinsame Mittagsmahlzeit bzw. regten an, ab und zu selber zu kochen.

Zur Befähigung von Erzieherinnen/Erziehern, Pädagoginnen/Pädagogen und Eltern werden Fortbildungen, Workshops und Fachtagungen durchgeführt. Diese sollen das Wissen über verschiedene Gesundheitsthemen verbessern, aber auch die Handlungskompetenzen stärken. Erreicht wird dies durch eine Kombination aus Theorie und Praxis, das heißt, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten neben Hintergrundinformationen zum jeweiligen Thema immer auch konkrete Anregungen, welche Materialien und Spiele sich für die Umsetzung eignen und können diese anschließend ausprobieren. In den Workshops für Eltern geht es um die Bewältigung ganz alltäglicher Situationen mit den Kindern. Zum Beispiel wird thematisiert, wie die Eltern mit ihren eigenen Gefühlen und denen ihrer Kinder umgehen und welche Rolle sie als Vorbild dabei einnehmen. Den Fragen wird unter Anleitung eines Mitarbeiters mit theaterpädagogischer Erfahrung mit vielen praktischen Beispielen nachgegangen.

Die Veranstaltungen werden vom Fachpersonal sehr gut angenommen, die Eltern nehmen zu ca. einem Drittel teil.

## ▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“

Die Einbeziehung von Kooperationspartnern sowie die Vernetzung der beteiligten Einrichtungen und Akteure, um das Thema Gesundheitsförderung auch langfristig und nachhaltig im Bezirk und in den Einrichtungen zu integrieren, stellt ein wichtiges Anliegen von „gesund groß werden“ dar.

Hier konnte das Projekt auf den bereits sehr gut entwickelten Kooperationsstrukturen des Bezirks aufbauen, wie sie zum Beispiel im Rahmen der Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk oder durch verschiedene Aktivitäten des Bezirks in der Vergangenheit entstanden sind. Im Rahmen des Projekts findet ein regelmäßiger Austausch mit den Akteuren u. a. in den Arbeitskreisen „Suchtprävention“ und „Gesundheit, Ernährung, Konsumverhalten“ sowie dem Kinderärzte-Stammtisch, der Dienstberatung der Bezirksstadträtin oder dem Agenda-Rat statt.

Über den Bezirk hinaus kooperiert „gesund groß werden“ mit unterschiedlichen Partnern, die in den ausgewählten Handlungsfeldern des Projekts aktiv sind. Hierbei handelt es sich u. a. um das Projekt „Fitness für Kids“ – einem Bewegungsprogramm für Kinder im Kita-Alter-, den Nichtraucherbund Berlin, das Senatsprojekt „Schule und Sucht“ sowie den Verein pro agora. Die Kooperationspartner führen Informationsveranstaltungen, Workshops oder Kurse durch. Durch das Cateringangebot von pro agora e. V. erhalten die beteiligten Einrichtungen die Möglichkeit, sich mit gesundem Essen beliefern zu lassen.

Ein weiteres Anliegen war die Vernetzung aller am Projekt beteiligten Einrichtungen. Aus diesem Grund finden regelmäßig Projekttreffen statt, um den Austausch untereinander zu fördern und Synergien zu nutzen. Für die Koordination aller Projektaktivitäten und den Aufbau von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in der Region finden alle zwei bis drei Monate Treffen statt. Hierbei steht der interne Austausch im Vordergrund. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, für konkrete Anliegen Akteure aus dem Bezirk einzuladen; umgekehrt sind die Treffen offen für alle Interessierten.

### **Kontakt**

Regina Backhaus  
Labyrinth Kindermuseum Berlin

Osloer Str. 12  
13359 Berlin  
Bundesland: Berlin  
Telefon: 030-800931163  
Telefax: 030-4948097  
E-Mail: [regina.backhaus@labyrinth-kindermuseum.de](mailto:regina.backhaus@labyrinth-kindermuseum.de)  
Website: [www.labyrinth-kindermuseum.de](http://www.labyrinth-kindermuseum.de)

## **SiGiKi – Sicher und gesund in der Kita**

### **Gute Praxisbereiche:**

Multiplikatorenkonzept – Innovation und Nachhaltigkeit –  
Niedrigschwellige Arbeitsweise

### **Abstract**

Unfälle stellen die häufigste Todesursache von Kindern bis 14 Jahren dar. Im Jahr 2005 verletzten sich insgesamt 1,6 Millionen Kinder, das sind laut Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e.V. (BAG 2005) rund 4400 pro Tag. Hiervon könnten nach Einschätzung von Expertinnen und Experten rund 60 % durch vorbeugende Maßnahmen vermieden werden (ebd.), eine amerikanische Studie spricht sogar von 95 % (Chukwudi Onwuachi-Saunders et al. 1999).

Die Unfallkasse Berlin hat gemeinsam mit der MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH, einem gemeinnützigen Unternehmen der Ärztekammer Berlin, das Projekt „SiGiKi – Sicher und gesund in der Kita“ entwickelt, um die kindliche Umwelt sicherer und kindgerechter zu gestalten und die Kinder zu befähigen, alltägliche Gefahren besser einschätzen zu lernen und mit ihnen umzugehen.

Das Projekt wendet sich an Erzieherinnen und Erzieher von Kindern zwischen vier bis sechs Jahren mit dem Ziel, diese als Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren im Bereich Kindersicherheit auszubilden. An zwei Fortbildungstagen erhalten die Teilnehmenden alle wichtigen Informationen zu den verschiedenen Themen der Unfallprävention sowie vielfältige Anregungen für die Umsetzung von Maßnahmen in ihren Einrichtungen. Alle Informationen sind in zwei Ordnern zusammengefasst, die anschaulich und praktikabel gestaltet sind, sodass sie eine gute Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Aktivitäten bieten.

Die große Nachfrage von Kindertagesstätten, aber auch die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigen, dass das Konzept bei Erzieherinnen bzw. Erziehern, Eltern und Kindern gleichermaßen gut ankommt und die Kinder eindrucksvolle Lernerfolge zeigen. SiGiKi wurde inzwischen mit

590 Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern durchgeführt; es konnten 477 Kitas aus allen Berliner Bezirken, vielfach mit niedrigem Sozialindex, sowie 27 Eltern-Kind-Gruppen erreicht werden.

## Hintergrund

Kinderunfälle sind ein prioritäres Gesundheitsproblem, denn sie stellen die häufigste Todesursache im Kindesalter dar. Besonders folgenschwer sind Unfälle durch Ertrinken/Ersticken, gefolgt von Verbrennungen/Verbrühungen und Stürzen aus der Höhe. Die meisten Unfälle ereignen sich in Kindertagesstätten und Schulen (43 %), wobei es sich vorwiegend um Stürze im Außengelände mit meist geringeren Folgen handelt. An zweiter Stelle stehen Unfälle im Heim- und Freizeitbereich (40 %), gefolgt von Unfällen im Straßenverkehr (17 %) (Elsässer und Diepgen 2000). Besonders gefährdet sind Kinder aus sozial benachteiligten Familien: Eine Studie zu „Verbrennungen, Vergiftungen und Stürze“ ergab, dass die Zahl der Kinderunfälle, die in diesen Bereichen geschehen, mit einem niedrigen Bildungsniveau, Armut und einer abweichenden familiären Situation korrelieren (Glik et al. 1993). Eine andere Untersuchung aus Brandenburg zeigte, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien doppelt so häufig von Verkehrs- und Verbrühungsunfällen betroffen waren wie Kinder aus höheren sozialen Schichten (Böhm und Kuhn 2000). Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Unfallrisiko ist insofern von besonderer Bedeutung, da immer mehr Kinder, insbesondere Kinder unter sieben Jahren, von Armut betroffen sind (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2004).

Dass Kinderunfälle geschehen, liegt einerseits in Defiziten der kindlichen Entwicklung begründet: Der zunehmende Bewegungsmangel von Kindern führt zu sensomotorischen Entwicklungsdefiziten, was neben gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch die Gefahr erhöht, zu verunfallen. Zudem fehlt es vielen Kindern an Möglichkeiten, ihr Können und ihre Grenzen auszutesten und Sicherheit im Umgang mit Alltagssituationen zu entwickeln. Andererseits bestehen in der Umwelt der Kinder verschiedene Gefahrenquellen, die zu Unfällen führen können, wie zum Beispiel unfallträchtige Spielgeräte, brennende Kerzen oder der Kontakt mit Tieren.

Die Anzahl verunfallter Kinder zu verringern ist das Anliegen des Projekts SiGiKi. Dabei konzentriert sich das Projekt auf Unfälle in Kindereinrichtungen und den Heim- und Freizeitbereich. Kindertagesstätten eignen sich be-



sonders gut für gesundheitsförderliche Maßnahmen, da sich die Kinder in einem Alter befinden, in dem der allgemeine Gesundheitszustand noch relativ gut ist und wichtige Basiskompetenzen sowie Verhaltensweisen herausgebildet werden, die u. a. auch für den späteren Gesundheitszustand entscheidend sind.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der für das Setting Kita spricht, ist, dass in Berlin ca. 97% aller Kinder eine Kindertagesstätte besuchen – ausländische Kinder annähernd ebenso häufig wie deutsche Kinder (Statistisches Bundesamt 2000), sodass Kinder mit Migrationshintergrund sowie Kinder aus allen sozialen Schichten erreicht werden können. Auch besteht in diesem Alter noch ein relativ guter Kontakt zu den Eltern, wenn diese ihre Kinder in die Einrichtung bringen bzw. abholen.

Die Interventionen selbst richten sich auf die Bereiche „Erziehung und Aufklärung“, „technische Maßnahmen“, „Kontrolle und Überwachung“ sowie „Gesetze und Rechtsprechung“ (BAG 2005). Wie internationale Studien ergaben, kann vor allem durch eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Interventionen die Anzahl der Kinderunfälle gesenkt werden (vgl. Towner et al. 2001). SiGiKi hebt sich von anderen Projekten, die im Rahmen allgemeiner bewegungsförderlicher Maßnahmen zur Unfallprävention beitragen, dadurch ab, dass seine Aktivitäten darüber hinausgehen und sich ganz explizit an Themen der Kindersicherheit richten.

Das Konzept von SiGiKi beruht sowohl auf epidemiologischen Daten und den sich daraus ergebenden Präventionsschwerpunkten als auch auf den praktischen Erfahrungen aus einer vorangegangenen Modellphase „Unfallverhütung und Sicherheitserziehung für Kita-Kinder“: In den Jahren 1999/2000 wurden bereits zehn Veranstaltungen von der Unfallkasse Berlin und der MUT in 26 Kitas mit Kindern im Alter zwischen vier und sechs Jahren durchgeführt. Schwerpunkt war die Weiterbildung von Erzieherinnen und Erziehern, um Themen der Kindersicherheit in den Kita-Alltag zu integrieren. Ebenso wurden Eltern angesprochen, um hinsichtlich einer kindersicheren Gestaltung des Heim- und Freizeitbereichs beratend Einfluss zu nehmen. Der gesamte Prozess sowie die verwendeten Materialien wurden über Fragebogen evaluiert. Auf der Basis der Auswertungsergebnisse sowie der vielen Anregungen, die in der Modellphase gesammelt wurden, entstand das Konzept für eine Multiplikatorenschulung, die seit 2006 in ganz Berlin für Erzieherinnen und Erzieher angeboten wird und deren Ziel es ist, das Thema Kindersicherheit zu verbreiten.

## Vorgehen

Um Kindertagesstätten für das Projekt zu gewinnen, wendet sich SiGiKi an die Träger von Einrichtungen. Diese suchen sich ihrerseits interessierte Kitas aus der Trägerschaft und organisieren die Fortbildungen für die dort tätigen Erzieherinnen und Erzieher.

Das Projekt selbst besteht aus zwei zentralen Bestandteilen. *Erster Bestandteil* ist eine Materialiensammlung für die Erzieherinnen und Erzieher, die alles beinhaltet, was eine gute Sicherheitsförderung in der Kita ausmachen sollte. Die Materialiensammlung besteht aus zwei Ordnern, die übersichtlich und ansprechend gestaltet sind:

Im ersten Ordner geht es um die Sicherheitsförderung für Kinder. Er enthält theoretische und praktische Informationen zu Themen der Unfallprävention sowohl in der Einrichtung als auch im Außengelände. Von den Unfallgefahren durch Stürze bis hin zu Vergiftungen werden alle Themen kindgerecht aufgearbeitet und unterschiedliche methodische Möglichkeiten der Vermittlung vorgeschlagen. Ob in spielerischer Form oder als Geschichte verpackt, können die Erzieherinnen und Erzieher sich ihre Methode selbst auswählen. Ziel ist es, dass die Kinder einerseits mehr über Gefahrenquellen in ihrer Umgebung erfahren, diese erkennen und den Umgang mit ihnen erlernen und andererseits ihre Körperwahrnehmung schulen. Anhand zahlreicher Wahrnehmungs-, Bewegungs-, Aktions- und Rollenspiele sowie Beschäftigungsangeboten erhalten sie Gelegenheit, mit allen Sinnen zu spüren, was mit ihrem Körper machbar ist und wo ihre Grenzen liegen.

So beschäftigt sich ein Themenkomplex beispielsweise mit dem Umgang mit Tieren, da dieser für Kinder sehr wichtig ist. Im Vordergrund stehen Hunde, es werden aber auch Gefahren durch Insekten (Wespen) und Wildtiere angesprochen. Die Kinder sollen die Lebensgewohnheiten und Besonderheiten der verschiedenen Tiere kennenlernen, um gefahrlos mit ihnen umzugehen. Es wird auf das Problem offener Getränkedosen und -flaschen, in denen sich Wespen befinden können, ebenso hingewiesen wie auf die richtige Verhaltensweise beim Füttern von Wildtieren. Damit beim Umgang mit Hunden nichts passiert, erhalten die Kinder Informationen über deren Körpersprache und üben in Rollenspielen, wie sie sich zum Beispiel beim Fressen verhalten sollten oder sich fremden Hunden nähern können. Bei einem Ausflug ins Tierheim können die Kinder von den Tierpflegerinnen und -pflegern den sicheren Umgang mit Hunden lernen.

Der zweite Ordner widmet sich ausschließlich dem Bereich der Wahrnehmungs- und Bewegungsförderung. Die Erzieherinnen und Erzieher können zwischen Begrüßungs-, Einstiegs-, Haupt-, Pausen- oder Ausklangspielen auswählen. Jedes Spiel ist einfach erklärt und enthält eine Auflistung der benötigten Materialien. Zur leichteren Anwendung im Alltag können alle Spielanleitungen einzeln aus dem Ordner entnommen werden.

Im Anhang beider Ordner befindet sich eine Arbeitshilfe, die den Erzieherinnen und Erziehern bei der Planung und Umsetzung einer Maßnahme Orientierung und Unterstützung bietet.

Dass SiGiKi einen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit leistet, zeigen die Erfahrungsberichte des Erziehungspersonals sowie der Eltern, wonach die Kinder viele Gefahrenquellen erkennen und ihre Eltern auf solche hinweisen bzw. in potenziellen Gefahrensituationen die eingeübten Verhaltensweisen zeigen.

*Zweiter Bestandteil* ist die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. An zwei Seminartagen erhält das Erziehungspersonal alle wichtigen Informationen zum Thema Kindersicherheit sowie zur Anwendung der Ordner und der praktischen Umsetzung von Maßnahmen in ihren Einrichtungen. Abschließend werden die Seminare evaluiert. In Form von quantitativen Fragen können die Erzieherinnen und Erzieher ihre Einschätzung zum Seminar, den Ordnern und dem Nutzen für die tägliche Praxis geben. Erfahrungen, Anregungen und Verbesserungsvorschläge werden anhand offener Fragestellungen erfasst.

Auch hier zeigen die Ergebnisse, dass die Seminare bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gut ankommen und die vermittelten Inhalte in den Einrichtungen umgesetzt werden.

## ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

SiGiKi strebt die Realisierung des Multiplikatorenkonzepts auf verschiedenen Ebenen an. Zunächst geht es dem Projekt um die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Zielgruppe sind in erster Linie Erzieherinnen und Erzieher, aber auch Tagesmütter, Bewegungspädagoginnen und -pädagogen oder Fachberaterinnen bzw. Fachberater.

Die Ausbildung erfolgt an zwei Seminartagen. Am ersten Veranstaltungstag erhält das Erziehungspersonal eine Einführung in die Unfallprävention im Kindesalter und kann sich über Sicherheitsaspekte in der Kita austauschen. Anschließend werden die beiden Ordner inhaltlich vorgestellt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekommen einen Überblick über die verschiedenen Themen der Kindersicherheit und können die entsprechenden Übungen und Spiele gleich vor Ort ausprobieren. Die Materialien sind so aufbereitet, dass die Erzieherinnen und Erzieher die vorgeschlagenen Maßnahmen individuell gestalten und entsprechend dem Bedarf ihrer Einrichtung anpassen können. Um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen, erhalten sie Anregungen, wie sich die Übungen und Spiele in den Kita-Alltag integrieren lassen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für das Projekt und die Arbeit von Erzieherinnen und Erziehern ist die Einbeziehung der Eltern, um auch den Heim- und Freizeitbereich sicherer zu gestalten. Das Erziehungspersonal erfährt, welche Materialien von den verschiedenen Einrichtungen angeboten werden – wie zum Beispiel ein Elternratgeber zur Unfallverhütung im Kindesalter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder eine Broschüre der BAG zu Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Kinderunfällen. Zudem findet ein Austausch über effektive Methoden der Arbeit mit Eltern statt.

Nach einer sechswöchigen Phase, in der die Erzieherinnen und Erzieher die Gelegenheit haben, das Erlernete in ihren Einrichtungen umzusetzen, dient der zweite Seminartag dazu, die Inhalte weiter zu vertiefen, Erfahrungen auszutauschen und aufgetretene Schwierigkeiten zu diskutieren.

Seit 2006 nahmen 590 Personen an den Schulungen teil. Die Fragebogenrückmeldungen zeigten, dass die Fortbildungsveranstaltungen selbst, aber auch die Ordner mit den vielen Informationen zum Thema Kindersicherheit sowie die zahlreichen Anregungen und Tipps für die tägliche Praxis bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr großen Anklang fanden. Wenngleich viele Themen bekannt waren, fanden die Erzieherinnen und Erzieher es doch wichtig und hilfreich, ihr Wissen aufzufrischen bzw. zu erweitern.

Die Auswertungsergebnisse zeigten, dass 61 % der Teilnehmenden den Gesamteindruck des Seminars mit „sehr gut“ und 35 % mit „gut“ bewerteten. Die Seminarinhalte fanden 64 % „sehr gut“ und 35 % „gut.“ Der Nutzen für die berufliche Tätigkeit wurde von mehr als der Hälfte (53 %) als „sehr gut“ und knapp der Hälfte (46 %) als „gut“ angesehen.

Die qualitative Auswertung zeigte, dass den Teilnehmenden besonders gut die Praxisnähe, das Material zum Mitnehmen (informativ, umfangreich, gut strukturiert und praktisch verwendbar), das ausgewogene Verhältnis von Theorie und Praxis im Seminar, die verschiedenen Spiele mit den vielseitigen Anregungen für den Kindergartenalltag, die bereits in den Seminaren erprobt werden konnten, sowie der fruchtbare Austausch unter den Kolleginnen und Kollegen gefallen hat. Kritische Anmerkungen gab es lediglich im Bereich der theoretischen Wissensvermittlung, die trotz der Lockerungsspiele als sehr kompakt empfunden wurde.

Die Erfahrungsberichte zeigten, dass die teilnehmenden Personen die Inhalte auf vielfältigste Weise in ihren Einrichtungen umsetzten: Manche führten eigene kleine Veranstaltungsreihen zu bestimmten Themen der Kindersicherheit durch, andere integrierten einzelne Themen in bereits bestehende Beschäftigungsangebote. Einige der Teilnehmenden nutzten ihre Dienstbesprechungen, um auch den Kolleginnen und Kollegen die Materialien und Inhalte der Seminare vorzustellen. Für die Eltern wurden Informationsmaterialien zum Projekt und zu einzelnen Themen der Kindersicherheit ausgelegt sowie Elternhänge und -briefe verfasst.

Neben der Ausbildung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen ist es ein Anliegen von SiGiKi, das Projekt im Berliner Raum sowie in Deutschland und Europa bekannt zu machen. Um auch auf dieser Ebene Multiplikatoren bzw. Multiplikatorinnen und Schüler bzw. Schülerinnen zu gewinnen, beteiligt sich SiGiKi in Berlin am Arbeitskreis „Prävention von Kinderunfällen“ und nutzt verschiedene regionale Veranstaltungen wie zum Beispiel den Kongress „Armut und Gesundheit“ oder den Kindersicherheitstag der Bundesarbeitsgemeinschaft Kindersicherheit zur Informationsvermittlung. Ferner werden die Fachschulen für Erzieherinnen und Erzieher oder die Plan- und Leitstellen für Gesundheit des Berliner Senats angesprochen. Für die Verbreitung des Projekts über Berlin hinaus hat sich SiGiKi dem Bundesverband der Unfallkassen vorgestellt und präsentiert das Projekt auf bundes- und europaweiten Fachveranstaltungen sowie auf der Internetseite von ENE-TOSH, dem europäischen Netzwerk zu Gesundheits- und Sicherheitsthemen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Um die Sicherheit von Kindern zu verbessern, ist das Projekt neue Wege gegangen. Bislang richteten sich Interventionen und Fortbildungsmaßnahmen

zur Prävention von Kinderunfällen vorwiegend auf ein bestimmtes Thema aus dem Bereich Unfallprävention oder auf mehrere ausgewählte Aspekte der Kindersicherheit – wie zum Beispiel die Prävention von Kinderunfällen durch psychomotorische Bewegungserziehung, die Verbesserung der Verkehrssicherheit, Erste-Hilfe-Maßnahmen oder auf Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Kitas. Die Themen wurden in Form von Broschüren, Veranstaltungen oder Fortbildungen an die Kinder, Erzieherinnen bzw. Erzieher und Eltern weitervermittelt.

Das Projekt SiGiKi hat erstmalig alle relevanten Themen der Kindersicherheit in einer Materialiensammlung zusammengestellt und zu einem Gesamtkonzept zusammengefügt. Die in SiGiKi vorgestellten Informationen, Materialien und Methoden richten sich gezielt auf die Vermeidung von Kinderunfällen und wurden für die Anwendung im Alltag von Kindertagesstätten aufbereitet. Das Projekt bleibt dabei nicht bei der Vermittlung von Informationen stehen, sondern bildet Erzieherinnen und Erzieher als Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren aus, um Maßnahmen zur Förderung der Kindersicherheit direkt in den Tagesablauf zu integrieren.

Die Maßnahmen zielen auf eine Verbesserung der Bewegung und der Körperwahrnehmung sowie die Stärkung der Kompetenz der Kinder im Erkennen und dem Umgang mit Gefahrenquellen. Neben verhaltenspräventiven Maßnahmen erhalten die Erzieherinnen und Erzieher zudem Anregungen, wie sie ihre Einrichtung kindersicher gestalten können.

Obwohl sich SiGiKi vornehmlich an Erzieherinnen und Erzieher von Kindern im Alter von vier bis sechs Jahren richtet, ist das Konzept bei einer altersentsprechenden Anpassung der Themeninhalte und Methoden auch für ältere Kinder im Hort oder in der Schule anwendbar. Eine Übertragung des Konzepts auf andere Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten wird grundsätzlich als möglich erachtet.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Das Projekt SiGiKi wendet sich direkt an die Träger von Kindertagesstätten, um Erzieherinnen und Erzieher für die Schulung als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu gewinnen. Die Schulungen werden von den Trägern organisiert und vor Ort durchgeführt, sodass der Aufwand für die Kita selbst gering gehalten wird. Der Schulungszeitpunkt wird mit den Erzieherinnen

und Erziehern individuell vereinbart, längere Wartezeiten für das Fortbildungsseminar entstehen in der Regel nicht. Sowohl das Schulungsangebot als auch die Materialiensammlung sind kostenfrei<sup>5</sup>.

Ebenso niedrigschwellig gestalten sich die Schulungen selbst und die Anwendung der Materialien in den Einrichtungen: Die Erzieherinnen und Erzieher erhalten bereits am ersten Seminartag Gelegenheit, die Spiele, Übungen und Methoden zu erproben. Im Kita-Alltag kann das Erziehungspersonal dann individuell entscheiden, welche der Themen es umsetzen will, wann der geeignete Zeitpunkt hierfür ist bzw. wie es den Ordner einsetzen möchte. Um die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zu erleichtern, wurden entsprechende Arbeitshilfen entwickelt. Sofern bei der Anwendung im Kita-Alltag Probleme auftreten, können diese am zweiten Seminartag besprochen werden; gemeinsam mit der Mitarbeiterin von SIGIKI wird nach individuellen Lösungen gesucht.

Die in der Materialiensammlung vorgestellten Spiele erfordern keine speziellen Räumlichkeiten und können daher in jeder Einrichtung angewendet werden. Sie sind so konzipiert, dass sie von Kindern aus allen sozialen Schichten ausgeführt werden können. Durch die Integration der Maßnahmen in den Kita-Alltag gelingt es, dass alle Kinder gleichermaßen von den Interventionen profitieren.

## Literatur

- BAG (2005): Prävention von Kinderunfällen – von den gesundheitspolitischen Herausforderungen zur Aktion vor Ort. Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder“.
- Böhm, A., Kuhn, J. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern. *Soziale Arbeit* 9, S. 343–346.
- Elsässer, G., Diepgen, T. L. (2000): Kinderunfälle und Konsequenzen für die Unfallprävention. <<http://www.kinderumweltgesundheit.de/KUG/index2/pdf/themen/Unfaelle/konsequenzen.pdf>> (Stand 02.05.2007).
- Glik, D. C., Greaves, P. E., Kronfeld, J. J., Jackson, K. L. (1993): Safety hazards in households with young children. *J. Pediat. Psychol.* 18, pp. 115–131.
- Onwuachi-Saunders, C. et al. (1999): Child death reviews: a gold mine for injury prevention and control. *Injury Prevention* 5, pp. 276–279.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2004): Sozialstrukturatlas 2003. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin.

---

<sup>5</sup> Das Angebot bezieht sich ausschließlich auf die Berliner Einrichtungen als Versicherte der Unfallkasse Berlin.

Statistisches Bundesamt (2000): Mikrozensus. <[www.destatis.de](http://www.destatis.de)>

Towner, E., Dowswell, T., Mackereth, C., Jarvis, S. (2001): What works in prevention unintentional injuries in children and young adolescents? An updated systematic review. Health Development Agency, University of Newcastle upon Tyne.

Unfallkasse Berlin (2005): SiGiKi-Ordner 1.

## **Kontakt**

Annette Kuhlig

Unfallkasse Berlin

Culemeyerstr. 2

12277 Berlin

Bundesland: Berlin

Telefon: 030-7624-1371

Telefax: 030-7624-1127

E-Mail: [a.kuhlig@unfallkasse-berlin.de](mailto:a.kuhlig@unfallkasse-berlin.de)

Website: [www.unfallkasse-berlin.de](http://www.unfallkasse-berlin.de)



## **Abenteuerspielplatz und Kinderbauernhof Waslala**

### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Niedrigschwellige Arbeitsweise

### **Abstract**

Viele Kinder und Jugendliche, insbesondere sozial benachteiligte, erhalten in den Großstädten kaum die Möglichkeit, sich in ihrer Freizeit kreativ zu entfalten, eigenständige Ideen zu verwirklichen und Verantwortung zu übernehmen. Motorische Fähigkeiten sind oft lediglich rudimentär ausgeprägt und werden in ihrer Entwicklung behindert. Der Abenteuerspielplatz und Kinderbauernhof Waslala im Berliner Bezirk Treptow-Köpenick, Ortsteil Altglienicke, bietet Kindern und Jugendlichen zwischen sechs und 14 Jahren in ihrer Freizeit die Möglichkeit, sich im freien Spiel, beim Umgang mit Tieren, im Gartenanbau oder bei der Holzbearbeitung in den Werkstätten zu entwickeln.

Die Umgebung des Abenteuerspielplatzes zeichnet sich durch sozialen Wohnungsbau und hohe Arbeitslosenzahlen aus. Durch vielfältige Aktivitätsfelder werden dabei Kreativität, Eigenständigkeit, kognitive, emotionale und motorische Kompetenz, lösungsorientiertes Denken, Verantwortungsbewusstsein, der Umgang mit Gefahren und die Risikoeinschätzung sowie die Körper- und Sinneswahrnehmung gezielt gefördert. Die Projekte und Aktionen auf dem Abenteuerspielplatz richten sich an den Interessen und Bedürfnissen der Kinder aus, sie sind handlungsorientiert, emanzipatorisch und ganzheitlich angelegt. Der Abenteuerspielplatz wird regelmäßig von ca. 190 Kindern besucht.

Die Umsetzung von Projekten/Aktionen auf dem Abenteuerspielplatz wird durch Kooperationspartner anderer Kinder- und Jugendprojekte, durch Schulen, soziale Dienste, Kitas und nachbarschaftliche Initiativen unterstützt.

Das Projekt erhält über seinen freien Träger FIPP e.V. eine Regelfinanzierung vom zuständigen Bezirksamt sowie Mittel vom Verein Mensch Tier Umwelt e. V. Ein weiterer Anteil setzt sich aus Spenden und Projektmitteln zusammen.

## Hintergrund

Neben der Familie und der Schule können Abenteuerspielplätze ergänzend einen wichtigen kindlichen Sozialisationsraum darstellen. Kinder und Jugendliche können hier lernen, Konflikte zu lösen, Toleranzfähigkeit zu üben und Eigenverantwortlichkeit zu entwickeln. Durch das Prinzip der Offenheit ist der Abenteuerspielplatz ein Ort der Begegnung und Integration, gleichzeitig ist die professionelle Betreuung der Kinder gewährleistet.

Der Abenteuerspielplatz (ASP) „Waslala“ liegt in unmittelbarer Nachbarschaft zu einer Hochhausiedlung und dem Neubaugebiet Köllner Viertel im Bezirk Treptow-Köpenick. Das Einzugsgebiet des ASP zeichnet sich durch einen hohen Anteil sozialen Wohnungsbaus, hohe Arbeitslosenzahlen und einen relativ niedrigen Ausländeranteil aus. Weiterhin ist in diesem Viertel eine starke rechte politische Orientierung auffällig, die auch im Verhalten der Kinder und Jugendlichen deutlich wird.

Seit 1997 besteht der ASP auf dem Gelände in Altglienicke; Träger ist das Fortbildungsinstitut für die pädagogische Praxis e. V. (FIPP e. V.). Der Abenteuerspielplatz entstand aus einem ABM-Projekt und hatte sich den Aufbau einer neuen Jugendhilfelandchaft zum Ziel gesetzt, da nach dem Wegbrechen bisheriger Strukturen und Kindereinrichtungen in den Ostbezirken Berlins situationsgerechte Projekte und Einrichtungen fehlten.

Das Projekt umfasst zwei Personalstellen und wird über seinen freien Träger FIPP e. V. vom Bezirksamt nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz regelfinanziert. Einen weiteren Teil der Finanzierung erhält das Projekt vom Verein „Mensch Tier Umwelt e. V.“ sowie über Spenden und aus kleineren Projekten.

Die Zielgruppe bilden Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 14 Jahren, wobei ein Fokus auf Kindern zwischen acht und 14 Jahren liegt. Dabei handelt es sich um die sogenannten „Lückekinder“, die sich im Übergang vom Kind zum Jugendlichen befinden. Es wird als eine Aufgabe gesehen, die Kinder und Jugendlichen in dieser schwierigen Phase zu unterstützen und ihnen einen verlässlichen Raum zu bieten, in dem sie sich akzeptiert fühlen. Kinder dieser Altersgruppe haben oft ein gesteigertes Bedürfnis nach körperlicher Bewegung und dem Austesten von Grenzen. Hinzu kommt, dass insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien selten die Gelegenheit haben, den Ortsteil zu verlassen, um Neues zu erleben und kennenzulernen.

Auf herkömmlichen Spielplätzen gibt es für die Kinder und Jugendlichen nur begrenzte Möglichkeiten, ihre Ideen und Vorstellungen umzusetzen; allgemein werden Großstadtkinder im Alltag möglichst von Risiken ferngehalten. Auf dem ASP hingegen können die Kinder und Jugendlichen sowohl ihre Kreativität entfalten als auch lernen, Gefahren zu erkennen und einen risikobewussten Umgang mit ihnen zu entwickeln. Vorausschauendes Handeln und Mitdenken sind auf dem ASP immer gefordert. Waslala ist ein Projekt, bei dem die pädagogischen Ziele im Vordergrund stehen, darüber hinaus ist auch die Unfallprävention ein wichtiges Ziel und eine wesentliche Querschnittaufgabe, die sich durch alle Arbeitsbereiche hindurchzieht.

## Vorgehen

Auf dem Abenteuerspielplatz erhalten die Kinder und Jugendlichen auf einer Gesamtfläche von 4500 Quadratmetern vielfältige Angebote. Es gibt einen Kreativbereich, in dem Aktivitäten wie Malen, Basteln, Korbflechten, Töpfern etc. möglich sind.

Beim *Freien Spiel* haben die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit, an der Kletterwand zu klettern und zu hangeln, auf Baumstümpfen zu balancieren und auf dem Gelände zu toben und zu rennen. All diese Bewegungsformen im Freien fördern und schulen die Motorik; Risiken können besser wahrgenommen und Gefahren realistischer eingeschätzt werden.

In den *Werkstätten* können die Kinder und Jugendlichen unter fachlicher Anleitung handwerkliche Fähigkeiten und Fertigkeiten üben und ausprobieren. Dabei lernen sie den Umgang mit Werkzeugen, aber auch Regeln zur Unfallvermeidung, beispielsweise dass Schubsen, Stoßen, mit Werkzeugen durch den Raum laufen und in der Luft herumfuchteln große Gefahren für andere und sich selbst darstellen (vgl. Schnietzel et al. 1976). Umsichtigkeit und sichere Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen werden auf diese Weise verbessert.

Auf der *Baufläche* können sie Hütten nach eigenen Ideen gestalten. Dabei bekommen die Kinder vor allem in der Anfangsphase Unterstützung durch das Mitarbeiterteam des ASP und werden mit Sicherheitsmaßnahmen vertraut gemacht. Hier wird insbesondere die Eigenverantwortung gefordert. Aber auch das Selbstbewusstsein wird gestärkt – schließlich darf jeder stolz auf sich sein, wenn etwas ganz allein gebaut und angefertigt wurde.

Weiterhin gibt es einen *Garten*, in dem die Kinder und Jugendlichen Obst, Gemüse, Kräuter und Gewürze anbauen können. In der Küche des Abenteuerspielplatzes werden aus diesen Zutaten Speisen zubereitet. In dem Zusammenhang setzen sie sich aktiv mit Fragen gesunder Ernährung auseinander.

Im Bereich der *Tierhaltung*, in dem die Kinder die Tiere (u. a. Pferde, Schweine, Schafe, Hühner) pflegen können, werden vor allem Verantwortungs- bewusstsein, Aufmerksamkeit und Umsichtigkeit geschult. Vor allem beim Umgang mit den Pferden und beim Reiten ist vorausschauendes Handeln, ein Gefühl für Vorsicht und behutsames Verhalten erforderlich.

In allen Gefahrenbereichen des Platzes erhalten die Kinder zunächst unfall- präventive Aufklärungen, Einführungen und Trainings durch die Mitarbei- terinnen und Mitarbeiter. Diese Einführungen orientieren sich jeweils an den dort vorliegenden spezifischen Gefahrensituationen und vermitteln Regeln und Handlungsweisen zum sicheren Umgang mit diesen Risiken.

Der Abenteuerspielplatz bietet den Kindern und Jugendlichen die Möglich- keit, ihre Freizeit und einen Teil ihres täglichen Umfelds aktiv zu gestalten; ihnen wird ein Entwicklungs- und Spielraum geboten. Sie können Angebote wie zum Beispiel das Reiten wahrnehmen, die ihnen aufgrund sozialer Um- stände sonst kaum möglich wären. Durch die vielfältigen Aktivitäten und Tätigkeiten, die die Kinder auf dem ASP ausführen, wird u. a. die Motorik, zielgerichtetes Handeln und das Selbstbewusstsein gefördert. Der ASP ist im Ortsteil anerkannt und akzeptiert, so leisten Anwohnerinnen und Anwohner Futter- und Materialspenden oder beobachten das Gelände während der Schließungszeiten. Gleichzeitig sind die Aktivitäten des ASP in das Gemein- wesen eingebunden. Mit sozialen Einrichtungen und Schulen des Ortsteils bestehen Kooperationen. Regelmäßig finden Aktionen statt, zu denen Anwoh- nerinnen und Anwohner kommen können (zum Beispiel Jugendaktionstag, Kinderfest, Eltern-Kind-Café). Außerdem versteht sich der ASP auch als Anlaufpunkt bei unterschiedlichen Problemen der Kinder. Das Team des ASP berät und vermittelt bei Bedarf sowie in akuten Krisensituationen weiterge- hende Hilfe.

Bei der Arbeit auf dem ASP werden folgende Prinzipien berücksichtigt:

- *Freiraum*: Durch den ASP wird den Kindern eine Freifläche zur Verfü- gung gestellt, die sie ganz nach ihren eigenen Ideen gestalten und verän- dern können. Freie Spielformen werden sonst weitestgehend durch redu- zierte Lebens- und Erfahrungsräume beschränkt. Die Interessen und

Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen stehen im Mittelpunkt, die Eigenmotivation soll gefördert werden.

- *Offenheit*: Diese wird an der Kostenfreiheit deutlich sowie an der Freiwilligkeit des Besuchs und der Teilnahme an allen Angeboten; keine Ausgrenzung von Einzelnen oder Gruppen; Veränderbarkeit innerhalb des inhaltlich gesteckten Rahmens.
- *Transparenz der Strukturen*: Die Strukturen des Platzes müssen erkennbar sein. Regelmäßigkeiten bestimmter Abläufe und Angebote ermöglichen die Orientierung vor allem auch für jüngere Kinder und fördern deren Verhaltenssicherheit.

Der ASP „Waslala“ verfolgt bei seinen Angeboten individuelle sowie soziale Ziele. Diese sind als Orientierungspunkte für das pädagogische Handeln auf dem Abenteuerspielplatz zu verstehen. Folgende individuelle Ziele werden angestrebt:

- Ermöglichung von Primärerfahrung (zum Beispiel Umgang mit Feuer an der Feuerstelle),
- Entwicklung der Motorik (zum Beispiel Kletterwand, Balance und Koordination beim Reiten),
- Entwicklung von handwerklichen Fähigkeiten und Fertigkeiten,
- Entwicklung von Kreativität,
- Anregung der Sinne (zum Beispiel Arbeit mit Lehm, Beschäftigung mit den Tieren),
- Umgang mit und Einschätzung von Gefahren.

Als soziale Ziele gelten Ziele, die Kinder im Umgang miteinander und mit Erwachsenen erlernen und sich auf das soziale Lernen beziehen. Dazu zählen:

- Konfliktfähigkeit,
- Selbsttätigkeit und Selbstvertrauen,
- Kooperation und Solidarität,
- Toleranzfähigkeit,
- Übernahme von Verantwortung,
- Gleichberechtigung der Geschlechter,
- Urteils- und Kritikfähigkeit.

Die Persönlichkeitsentwicklung und die soziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu unterstützen und zu fördern steht somit im Mittelpunkt der Arbeit. Die Umsetzung der Ziele erfolgt über die Arbeit in den Aktivitätsfeldern. Im Vordergrund steht dabei, dass Projekte und Aktionen den Interessen

und Bedürfnissen der Kinder entsprechen und dass sie handlungsorientiert, emanzipatorisch und ganzheitlich angelegt sind. Ganzheitlich meint in diesem Fall, dass die Lernziele der Projekte/Aktionen sich umfassend an den kognitiven, sozial-emotionalen und physischen Entwicklungsaufgaben der Kinder orientieren. Die spielerische Herausforderung stärkt die Geschicklichkeit und das Eigensicherungsvermögen der Kinder und Jugendlichen, was wiederum das Unfallrisiko senkt. Durch Schulung der Motorik – sei es beim Reiten, Klettern oder Bauen – entfaltet das Projekt eine (unfall-)präventive Wirkung. Gefahren können besser eingeschätzt werden, die Aufmerksamkeit gegenüber möglichen Risiken ist gesteigert. Abenteuerspielplatz heißt bewusster Umgang mit Risiken.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Die Kinder und Jugendlichen werden in vielfacher Form an der Gestaltung der Angebote beteiligt, zum einen mittelbar durch Beobachtung und tägliche Gespräche, andererseits direkt mithilfe von Fragebogen sowie durch Mitbestimmung bei Bau- und Gestaltungsprojekten. Weiterhin gibt es eine Kinderversammlung, in der Wünsche, Bedürfnisse und Kritik vorgebracht und über Probleme und deren Lösungen gesprochen werden kann. Diese wird je nach Bedarf der Kinder und Jugendlichen einberufen und ermöglicht ihnen, demokratisches Verhalten zu üben: Sie lernen ihre Interessen zu vertreten und sich mit anderen Meinungen auseinanderzusetzen.

Auf die Form der mündlichen Auseinandersetzung wurde zurückgegriffen, da es vielen Kindern, die auf den Abenteuerspielplatz kommen, schwerfällt, sich schriftlich auszudrücken. Ein Kummerkasten oder „Was wollt ihr machen?“-Listen werden von den Kindern wenig genutzt, die mündliche Kommunikation verläuft hingegen sehr gut. Insgesamt zeigt sich, dass sich vor allem die Kinder, die regelmäßig den ASP aufsuchen, einbringen bzw. rege am Meinungsaustausch beteiligen und es ihnen zunehmend gelingt, ihre Meinung deutlich zu vertreten.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Beim Abenteuerspielplatz „Waslala“ handelt es sich um ein niedrigschwelliges Angebot, das offen und für alle Kinder kostenfrei ist. Die Kinder und Jugendlichen werden in ihrem Lebensumfeld erreicht. Als der ASP eröffnet

wurde, erfolgte noch eine aufsuchende Arbeitsweise, indem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die benachbarten Schulen gingen und dort die Angebote und das Konzept des ASP vorstellten. Das ist heute nicht mehr notwendig, da sich der Spielplatz im Sozialraum Altglienicke mit einer kontinuierlichen Besucherzahl etabliert hat, regelmäßig sind etwa 190 (Stamm-) Besucherinnen und Besucher anwesend. Häufig kommen Schulklassen oder es werden Feste und Veranstaltungen durchgeführt, sodass auch auf diesem Weg der Zugang zum ASP gewährleistet ist. Weiterhin werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufig angesprochen, wenn sie die Ponys spazieren führen. Dann wird den Kindern deutlich gemacht, dass sie jederzeit und ohne Anmeldung auf den Platz kommen können.

### **Literatur**

Schnietzel, C., Vollmers, C., Schulz-Biehl, H., Raabe, H. (1976): Erste Schritte in die Welt der Technik. Werk- und Lernbeispiele für Vier- bis Siebenjährige, Ravensburg.

### **Kontakt**

Christine Bader  
FIPP e. V. – Fortbildungsinstitut für die pädagogische Praxis  
Venusstr./Ecke Birnenweg  
12524 Berlin Altglienicke  
Bundesland: Berlin  
Telefon: 030-67909356  
Telefax: 030-67909356  
E-Mail: [aspwaslala@web.de](mailto:aspwaslala@web.de)  
Website: <http://www.aspwaslala.de.vu>

## Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte/ sozial-medizinische Elternberatung

### Gute Praxisbereiche:

Empowerment – Innovation und Nachhaltigkeit – Integriertes  
Handlungskonzept/Vernetzung

### Abstract

Nach dem heutigen Erkenntnisstand ist Muttermilch die optimale Ernährung für Säuglinge. Stillen sorgt für eine enge Bindung zwischen Mutter und Kind. Eine gesunde psychosoziale Entwicklung und Bindungsfähigkeit des Kindes wird damit gefördert. Unumstritten sind auch die Vorteile des Stillens für die Mutter; der Rückbildungsprozess wird bei der Mutter beschleunigt. Das Stillen hat zudem einen positiven Einfluss auf deren Psyche. Primärprävention für Mutter und Kind beginnt mit dem Stillen.

Stillen gehört zum übergreifenden Thema der Frauen- und Kindergesundheit von pro familia und findet damit Platz im Beratungsangebot. Die regionale Beratungsstelle pro familia in Fürstenwalde befindet sich in einem sozialen Brennpunkt der Stadt und widmet sich mit ihrem Stillförderprogramm jungen schwangeren Frauen und ihren Angehörigen aus sozial schwachen Strukturen. Viele der sehr jungen bzw. minderjährigen Hilfesuchenden stehen vor zahlreichen existenziellen Herausforderungen. Sie suchen die Beratungsstelle von pro familia mit unterschiedlichen Bedürfnissen auf. Dazu gehören neben Fragen zur finanziellen Hilfe und zu rechtlichen Aspekten auch Fragen zur Vorsorge, Entbindung und zum Gesundheits- und Ernährungsverhalten. Darüber hinaus haben die Frauen und ihre Angehörigen Beratungsbedarf in Bezug auf die Betreuung nach der Geburt bzw. den Umgang mit dem Kind. Die Beratungsstelle pro familia bietet diesen jungen Frauen und ihren Angehörigen eine Anlaufstelle.

Ein wesentliches Kernstück des Programms von pro familia ist das Kursangebot. In zwei verschiedenen Kursen wird das Ziel verfolgt, die persönlichen Probleme der Klienten und Klientinnen gemeinsam anzugehen, Wissen zu vermitteln und die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer und Teilnehme-



rinnen in den Mittelpunkt zu rücken. Dabei wird nach Maßnahmen und Möglichkeiten gesucht, um die Betroffenen in ihrer Lebenssituation zu entlasten und soziale Kontakte aufzubauen. Ein Netzwerk weiterer Kooperationspartner unterstützt die Arbeit von pro familia. So werden u. a. Kurseinheiten durch das Deutsche Rote Kreuz (DRK) oder Ärztinnen des ÖGD gestaltet.

Im Jahr 2005 wurden insgesamt 276 Frauen regelmäßig im Rahmen des „Stillförderprogramms“ betreut mit dem Ergebnis, die Stillmotivation bzw. Bereitschaft der Frauen zum Stillen zu erhöhen und damit verbunden die Stillzeit zu verlängern. Die Frauen haben sich während des Stillförderprogramms bewusst mit dem Stillen als erste Maßnahme der Gesundheitsförderung auseinandergesetzt. Sie reagierten sensibel und offen auf Themen der Gesundheit und reflektierten das eigene Gesundheitsverhalten. Dies führte u. a. zu einer Veränderung der Rauch- und Ernährungsgewohnheiten.

## Hintergrund

Die Beratungsstelle pro familia in Fürstenwalde befindet sich in einem Gesundheitszentrum mit Kinderärztinnen und -ärzten, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie anderen Fachabteilungen. Das Gesundheitszentrum liegt in einem sozialen Brennpunkt im Norden der Stadt. In diesem Neubaugebiet „Fürstenwalde Nord“ lebt auf einer Fläche von ca. 47 Hektar mit rund 6860 Einwohnern etwa ein Fünftel der Bevölkerung der Stadt. Der Anteil an Sozialgeldempfängern und -empfängerinnen liegt in Fürstenwalde Nord bei 9,5% und ist damit doppelt so hoch wie in der gesamten Stadt (4,3%). Fürstenwalde Nord ist ein Stadtteil mit vielen jungen Menschen. Betrachtet man die soziale Lage dieser Bevölkerungsgruppe, so sind ca. 20% der jungen Erwachsenen bis 27 Jahre von staatlicher Unterstützung abhängig. Der Stadtteil ist weiterhin gekennzeichnet durch einen hohen Anteil an Spätaussiedlern und -aussiedlerinnen. Mit ca. 10% leben im Gesamtvergleich zum Land Brandenburg überdurchschnittlich viele Ausländer und Ausländerinnen dort. Fürstenwalde Nord ist zudem das Gebiet mit der höchsten Anzahl an geleisteten Hilfen zur Erziehung (Familien- und Einzelfallhilfe nach Kinder- und Jugendhilfegesetz) im ganzen Landkreis Oder-Spree. Die fehlende soziale Durchmischung und eine ausgeprägt hohe Jugendarbeitslosigkeit führen in Verbindung mit unzureichender Infrastruktur (fehlende Raumangebote für Gemeinwesenarbeit, soziale Arbeit oder Beschäftigungsarbeit) zur weiteren Verhärtung der Problemlagen. Vor diesem Hintergrund weist das Neubaugebiet eine hohe Fluktuation mit einem nach sich ziehenden Imageverlust auf.

Dies wiederum bringt eine fehlende Eigenverantwortlichkeit und persönliche Identifizierung mit dem Stadtteil sowie ein schwächer werdendes nachbarschaftliches bzw. soziales Netz mit sich.

pro familia wird überwiegend von sehr jungen bzw. minderjährigen Schwangeren aufgesucht, die oftmals ohne Ausbildung und Einkommen sind. Aber auch Schwangere aus anderen Kulturkreisen (zum Beispiel Aussiedlerinnen, Frauen mit arabischer Herkunft), Alleinerziehende, Angehörige der schwangeren Frauen sowie die werdenden Väter gehören zur Zielgruppe.

Der oben genannte Personenkreis ist besonderen Risikofaktoren während der Schwangerschaft und nach der Geburt ausgesetzt. Dazu gehören im Wesentlichen ein erhöhter Alkohol- und Tabakkonsum sowie ein gestörtes Essverhalten. Viele Schwangere haben Probleme, Risikofaktoren wie Alkohol- und Tabakkonsum einzustellen oder zumindest zu minimieren. Erschwert wird die Verhaltensänderung dadurch, dass ihr unmittelbares Umfeld einschließlich der werdenden Väter durch fehlende Vorbildfunktion das negative Verhalten unterstützt. Schwangeren mit Essstörungen fällt es schwer, eine Gewichtszunahme zuzulassen. Schwangerschafts- und zukunftsbezogene Ängste stehen bei der Zielgruppe im Vordergrund. Trotz des schwierigen biografischen Hintergrundes zeigen sich die werdenden Mütter aufgrund ihrer Schwangerschaft jedoch häufig erstmals sensibel und offen für gesundheitsbezogene Themen und Informationen. Aufgrund des eigenen Wunsches nach einem gesunden Kind sind sie bemüht, gesundheitlich bedenkliche Verhaltensweisen zu reflektieren, einzuschränken bzw. einzustellen und gesundheitsförderliche Themen näher zu betrachten. Dazu gehört auch das Stillen – ein Thema, das zu Beginn oft abgelehnt, im Laufe der Zeit aber als notwendig anerkannt wird.

Vor dem Hintergrund, dass die Anzahl der Hilfe suchenden jungen Frauen mit schwieriger Ausgangslage zunahm, entwickelte pro familia das Stillförderprogramm, das im Laufe der Zeit durch weitere Themen rund um die Gesundheit von Mutter, Kind und Familie ergänzt wurde. Gestärkt wurde der Gedanke dadurch, dass die Klientel die Bereitschaft zeigte, etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von pro familia reflektierten, dass die klassischen Einzelgespräche im Rahmen der Schwangerenberatung die Bedürfnisse der werdenden Mütter nicht im gewünschten Maße abdecken konnten. So entstand die Idee, neben der Einzelberatung ein umfassenderes Kursprojekt zu initiieren, das die Belange der schwangeren Frauen mit ihren Partnern bzw. Angehörigen auffängt und thematisiert. Ähnlich wie bei der täglichen Beratungsarbeit werden mit dem Kursangebot

Aspekte der Sozialarbeit und der Gesundheitsförderung verknüpft. So betrachtet pro familia auch die Einbettung der werdenden Mütter in ihr soziales Umfeld. Wichtig ist hier u. a. die Thematisierung der finanziellen Unterstützung durch verschiedene Institutionen. Aber auch Gesundheitsthemen wie eine gesunde Ernährung, der Verzicht auf das Rauchen und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind Beispiele für eine Ergänzung des Programms und werden in einem sozialen Kontext diskutiert: Was kann beispielsweise getan werden, wenn der Partner oder die Familie das Rauchen nicht einstellt und dadurch die Gesundheit von Mutter und Kind gefährdet? Wie kann die Ernährung bedarfsgerecht gestaltet bzw. die Ernährungssituation in der Familie thematisiert werden?

Die Einzelberatung wird heute als Einstieg in das „Stillförderprogramm“ betrachtet. Dabei spielen das erste Ankommen und der Aufbau von Vertrauen eine zentrale Rolle. Junge Frauen empfinden das Erstgespräch über ihre Lebenslage oftmals als schwierig oder gar entblößend. Demnach ist das Ziel eines jeden Erstgespräches, die Vertrauensgrundlage und damit die Grundvoraussetzung für eine weitere Zusammenarbeit zu schaffen. Darüber hinaus werden den schwangeren Frauen bzw. werdenden Eltern zwei Kursprogramme angeboten (siehe folgender Abschnitt „Vorgehen“). Das „Stillförderprogramm“ beginnt in der Schwangerschaft und begleitet die jungen Familien über die Geburt hinaus während des ersten Lebensjahres des Kindes.

## Vorgehen

Die Schwangerenberatung bei pro familia in Fürstenwalde wird von schwangeren Frauen zunächst aus dem einfachen Beweggrund aufgesucht, die persönliche Lebenslage zu besprechen bzw. nach Möglichkeiten finanzieller Förderungen zu fragen. Weitere Kernthemen des Erstgespräches sind das Schwangerschaftserleben, das Gesundheitsverhalten (im Besonderen Ernährung, Drogenkonsum), das soziale und familiäre Umfeld sowie die Arbeits- bzw. Ausbildungssituationen der werdenden Mütter. Zudem wird gemeinsam abgewogen, welche weiteren medizinischen, psychologischen und/oder sozialen Maßnahmen ggf. notwendig bzw. sinnvoll wären. Bei Bedarf wird in zusätzlichen Einzelgesprächen der Kontakt zur Ausbildungsstätte gesucht. Hier findet die Zusammenarbeit hauptsächlich mit den Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeitern der jeweiligen Ausbildungsstätte statt. Darüber hinaus bietet pro familia den Frauen bzw. Familien die Möglichkeit an, am „Stillförderprogramm“ (SFP) teilzunehmen.

Das SFP setzt sich aus zwei Kursteilen zusammen: Kursteil A und Kursteil B. Der A-Kurs dient zur Vorbereitung auf die Elternschaft sowie das Stillen und dauert acht Wochen à zwei Stunden pro Woche. Es handelt sich hierbei um ein geschlossenes Angebot für zehn bis zwölf Schwangere. pro familia fördert die Möglichkeit, dass eine Bezugsperson der Schwangeren am Kurs teilnehmen kann. Dies kann neben dem Kindsvater die Mutter, Freundin oder auch eine Sozialarbeiterin sein. Jede der acht Kurseinheiten steht unter einem bestimmten Thema. Über dieses Thema wird seitens pro familia informiert und mit den Teilnehmenden diskutiert. Die Themen sind dabei nicht von vornherein festgelegt. Vielmehr einigen sich die Teilnehmenden im Vorfeld auf wichtige Schwerpunkte. Diese Handhabung lässt Spielraum für die Bedürfnisse der Zielgruppe und fördert die Diskussion über aktuelle bzw. brisante Themen. Zu diesen gehören u. a.: Entwicklungslinien des Babys, vorgeburtliche Diagnostik, Gesundheitsverhalten während und nach der Schwangerschaft, rund um das Stillen, Sexualität, Frühgeburt, Säuglingskrankheiten etc. Zu jedem Thema werden Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt.

Der B-Kurs dient den Müttern bzw. Familien als Babytreff. Begleitet durch pro familia treffen sie sich insgesamt sechs- bis achtmal für zwei Stunden. Die Teilnahme am Angebot dauert bis zur Vollendung des ersten Lebensjah-



res des Kindes. Auch hier steht jedes Treffen unter einem bestimmten Motto. Gemeinsam wird besprochen, welche Themen näher betrachtet werden sollen. Hier geht es oftmals um die Stillsituation, aber auch um kinder- und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen, die emotionale Situation der jungen Familien und Möglichkeiten der Unterstützung durch Angehörige. In diesem Kurs werden entstandene Freundschaften der Familien untereinander gefestigt. Es entstehen soziale Beziehungen, die auf eine gegenseitige Unterstützung bauen. Auch in diesem Kurs werden zu jedem Thema Handzettel und Broschüren verteilt.

Mit den Kursen wird das Ziel angestrebt, dass möglichst viele Kursteilnehmerinnen ihre Säuglinge stillen. Hier muss natürlich im Vorfeld geklärt werden, ob die gesundheitlichen Bedingungen für das Stillen gegeben sind. Aber auch die Verbesserung der gesundheitlichen Gesamtsituation der Schwangeren bzw. der jungen Familie sowie die Vernetzung der Eltern untereinander zur gegenseitigen Unterstützung gehören zur Zielsetzung.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Das Projekt zielt zunächst darauf ab, werdende Mütter für ihre Lebenslage zu sensibilisieren und ihren Kenntnisstand zu erhöhen. Trotz vieler Schwierigkeiten bezüglich ihrer Situation können sie ihren Teil zu einer gesunden Schwangerschaft und der Gesundheit ihres ungeborenen Kindes beitragen. An dieser Stelle kommen Informationen und Wissensvermittlung in den Kursprogrammen zum Tragen. Durch Berücksichtigung von Themenwünschen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen findet stets eine Orientierung an deren Bedürfnissen statt. Als roter Faden zieht sich das individuelle Gesundheitsverhalten durch alle Kurseinheiten. Dabei wird beispielsweise weniger mit Verboten und Regeln gearbeitet als vielmehr mit der Thematisierung bestimmter Risikofaktoren. Es geht nicht darum, das Rauchen zu verbieten, sondern vielmehr darum, das Thema Rauchen anzupacken und über die negativen Folgen zu informieren. Frauen, die das Rauchen nicht einstellen können, werden nicht mit Sanktionen bestraft, sondern dazu ermutigt, in kleinen Schritten ihr Risikoverhalten zu bewältigen.

Die Wissensvermittlung ist auch ein entscheidendes Kriterium bei der Aufklärung über das Stillen. Große Erfolge werden hier erzielt, wenn der Partner am Angebot mitteilnimmt. Gerade junge Paare definieren sich oft über die sexuelle Beziehung zueinander. Stillen steht dem als Hindernis gegenüber bzw.

wird oft aus sexuellen Gründen von vornherein abgelehnt. Hier werden junge Frauen bestärkt, ihren eigenen Bedürfnissen sowie denen des Säuglings nachzukommen, ohne den persönlich definierten „Wert“ als Frau zu verlieren.

Der A-Kurs zielt mit seinem Anliegen auf eine verstärkte Sensibilisierung der Teilnehmerinnen für die eigenen Bedürfnisse und Ressourcen. Es werden Übungen zur An- und Entspannung erlernt. Mit bestimmten Techniken erfahren die Teilnehmerinnen einen Bezug zum eigenen Körper und lernen, ihren Körper mit vielen seiner Signale wahrzunehmen. Der B-Kurs strebt – neben der Verhaltensprävention – nach einem Aufbau sozialer Strukturen und Netzwerke und zielt darauf ab, die soziale Bindung der Familien und Mütter untereinander zu fördern und zu festigen.

Bei der Umsetzung des „Stillförderprogramms“ setzt pro familia auf die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen. Dazu zählen neben engagierten Gynäkologinnen und Ärztinnen des Gesundheitsamtes beispielsweise auch Vertreter und Vertreterinnen des DRK, die zu bestimmten Themen referieren und aufklären. Kursabende mit dem DRK als Kooperationspartner thematisieren Unfallprävention bei Säuglingen und Kleinkindern. Themen in Kooperation mit dem örtlichen Gesundheitsamt sind beispielsweise die Ernährung im Säuglings- und Kleinkindalter sowie die Zahngesundheit und Kariesprophylaxe. Die Kinder- und Jugendamtsärztin spricht mit den Familien über die Entwicklungsschritte im Säuglings- und Kleinkindalter sowie über Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern richtet sich nach den aktuellen Themen der Kurse und orientiert sich damit an den Interessen und Wünschen der Zielgruppe. Der Kooperationsverbund ist im stetigen Aufbau. Die Kooperationspartner bieten den Teilnehmenden über das Programm hinaus Kontakt- und Beratungsmöglichkeit an.

Einen besonderen Stellenwert hat der Besuch der Ärztinnen. Die Teilnehmenden können in einem für sie angenehmen Umfeld ohne Wartezeiten und das „Vorzeigen der Chipkarte“ unbeschwert Fragen stellen. Sie begrüßen die Tatsache, dass die Diskussionsrunden mit den Ärztinnen ohne spürbaren Zeitdruck stattfinden.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Das „Stillförderprogramm“ ist in die Strukturen von pro familia eingebettet und wird regelmäßig angeboten. Dadurch ist die Kontinuität des Programms

gewährleistet. Das Programm besteht seit 1996. Während zu Beginn das Stillen bzw. die Stillförderung den Kern des Angebots bildete, wird dieses heute durch weitere wichtige Themen der Gesundheitsförderung ergänzt.

Das Programm bietet den Teilnehmenden nach dem Erstgespräch zur Abklärung des Bedarfes ein konkretes, längerfristiges Angebot, in dem sie sich mit der eigenen Gesundheit sowie der des Kindes auseinandersetzen können. Die teilnehmenden Frauen und Familien werden durch die regelmäßigen Kontakte gestärkt, wichtige Impulse hinsichtlich eines gesundheitsförderlichen Verhaltens werden durch die Begleitung über ein Jahr gesetzt. Darüber hinaus fördert das Programm die Bildung langfristiger sozialer Kontakte und Familiennetzwerke. Auf diese Weise bricht der soziale Halt nach Abschluss des Programms nicht weg, sondern wird durch die Teilnehmenden selbstständig weitergetragen.

Im Jahr 2005 kamen insgesamt 458 schwangere Frauen zum Erstgespräch mit einem Beratungsumfang von drei bis vier Sitzungen. Davon nahmen hinterher 184 Frauen am anschließenden Kursprogramm und weitere 92 schwangere Frauen an der Einzelberatung teil. So wurden insgesamt 276 Frauen während der Schwangerschaft regelmäßig betreut. Positiv ist zu erwähnen, dass alle 276 Schwangeren nach der Geburt ihre Kinder gestillt haben. Der positive Effekt bei den Frauen, die hinterher zur Einzel- und Gruppenberatung kamen, war die Bereitschaft zum Stillen.

Durch die Kontakte mit den Ärztinnen werden Berührungsängste abgelegt. Die Mütter bzw. Familien empfinden die Treffen mit den Ärztinnen als sehr bereichernd, gerade weil die Gespräche auf „gleicher Augenhöhe“ stattfinden. Die Treffen dienen den Ärztinnen auch dazu, die Kinder näher anzuschauen. Bei Bedarf empfehlen sie einen Besuch in der regulären Sprechstunde. Die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen in den Kursen dient aber nicht als Ersatz für die regelmäßigen Arztbesuche, sondern als Ergänzung. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen erhalten zudem von den Ärztinnen des Gesundheitsamtes das Angebot, bei Fragen rund um die eigene Gesundheit bzw. die des Kindes zu ihnen ins Gesundheitsamt zu kommen. Das gibt den Frauen bzw. Familien eine große Sicherheit im Umgang mit weiteren Arztbesuchen.

Die positiven Folgen sind, dass nach Aussagen der Ärztinnen nahezu 90% aller Kursteilnehmerinnen die regelmäßigen Reihenuntersuchungen wahrnehmen. Das macht deutlich, dass Berührungsängste nachhaltig abgebaut werden



können, wenn man den betroffenen Frauen und ihren Familien mit Achtung und Zeit begegnet bzw. auf ihre Bedürfnisse eingeht. Die kooperierenden Ärztinnen betreiben niedrigschwellige Sozialarbeit, die sich langfristig auszahlt. Über ähnlich positive Resultate kann die Zahnärztin berichten. Sie betreut die Kursteilnehmer beim Babytreffen rund um das Thema Zahngesundheit und bringt für jedes Kind Zahnbürsten und Zahngel mit. Die ersten Voraussetzungen für eine regelmäßige Zahnpflege sind damit gegeben. Viele der Kleinkinder betreut sie mittlerweile bei zahnärztlichen Untersuchungen in der Kita. Hier macht sie die Beobachtung, dass sich die frühe Auseinandersetzung der Familien mit dem ersten Zähneputzen der Kinder positiv auf das kontinuierliche Putzverhalten der Kinder auswirkt. Diese Rückmeldungen sollen künftig durch ein einfaches Evaluationsverfahren belegt werden.

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

Eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg des Projekts ist die Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) und dem örtlichen Gesundheitsamt.

Im Kursteil A als Vorbereitung auf die Elternzeit veranstaltet eine Ausbilderin des DRK einen Infoabend. Auf Wunsch der Teilnehmenden werden hier Themen verschiedener Notfallsituationen im Säuglings- und Kleinkindalter besprochen. Vor dem Hintergrund, dass die werdenden Eltern viele Ängste hinsichtlich verschiedenster Gefahren formulieren, erhalten sie von der Referentin einfache Handlungsempfehlungen für Notsituationen, praktische Tipps und Lesematerial. Die Themen des DRK-Abends werden im Vorfeld mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern besprochen und abgestimmt.

Der Kursteil B wird anteilig durch eine Kinderärztin und eine Zahnärztin des örtlichen Gesundheitsdienstes begleitet. Die Kinderärztin besucht die Gruppe zweimal – zu Beginn des Kurses und zum Ende des ersten Lebensjahres der Kinder. Die Zahnärztin kommt einmal gegen Ende des vierten/fünften Lebensmonats der Kinder in den Kurs.

Mit den Ärztinnen des örtlichen Gesundheitsamtes wurden gemeinsame Ziele der Zusammenarbeit besprochen und abgestimmt. Dazu gehört,

- Mütter nach Möglichkeit zum Stillen zu bewegen bzw. die Stillzeit zu verlängern,



- die Schwellenangst der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer bezüglich des Gesundheitsamtes abzubauen,
- Eltern für die Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen zu sensibilisieren,
- Raum und Zeit für Fragen und Bedürfnisse zu geben.

Die Erfahrungen der Kinderärztin aus der Arbeit in einem sozialpädagogischen Zentrum zahlen sich in der Zusammenarbeit mit pro familia aus. Die Kinderärztin findet schnell einen Zugang zu den Kursteilnehmern und -teilnehmerinnen. Es ist im Vorfeld bekannt, an welchen Tagen die Ärztin in den Kurs kommt. An diesen Tagen ist auch die Zahl der Väter und weiterer Familienmitglieder besonders hoch. Die Kinderärztin leistet Sozialarbeit und baut durch die Art ihres Kursaufbaus Barrieren ab. Sie wird mit Fragen aus unterschiedlichen Bereichen konfrontiert. Darauf angemessen und mit einfachen Worten zu reagieren zeichnet ihre Arbeit aus. Wichtige Merkmale sind weiterhin eine ruhige Atmosphäre, Zeit und Raum für Gespräche und der Blick auf jedes einzelne Kind in der Gruppe.

Die Kursstunde der Zahnärztin läuft unter ähnlichen Gesichtspunkten ab. Es gibt viel Raum und Zeit für die Fragen rund um die Zahnentwicklung, die ersten Schritte zur Zahnpflege und eine gesunde Ernährung.

Positiv an der Kooperation mit den Ärztinnen des örtlichen Gesundheitsamtes ist auch die weiterführende Betreuung der Kinder in der Kita. Diese Rahmenbedingungen bieten den Ärztinnen die Möglichkeit, wieder in den Kontakt zu den Eltern zu treten und mögliche nachhaltige Erfolge ihrer früheren Interventionen zu erkennen und zu verfestigen.

Ausschlaggebend für die Zusammenarbeit mit den ausgewählten Kooperationspartnerinnen war die Tatsache, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei pro familia hinsichtlich des Informationsbedarfs zu medizinischen Fragen an ihre Grenzen gestoßen waren. Auch die Intensität der Zusammenarbeit wurde erhöht. Während es anfangs nur einen Besuch der Kinderärztin gab, kommt sie heute in zwei Kurseinheiten, denn wie sich gezeigt hat, liegen zu Beginn des Kurses gänzlich andere Fragen an als am Ende.

## **Kontakt**

Ines Scholz  
pro familia Beratungsstelle Fürstenwalde  
Karl-Liebknecht-Str. 21  
15517 Fürstenwalde  
Bundesland: Brandenburg  
Telefon: 03361-349917  
Telefax: 03361-349917  
E-Mail: [Ines.Scholz@profamilia.de](mailto:Ines.Scholz@profamilia.de)

## **Frauengesundheitstreff Tenever**

### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Empowerment – Innovation und Nachhaltigkeit

### **Abstract**

Seit 1989 praktiziert der Frauengesundheitstreff Tenever (FGT) Gesundheitsförderung speziell für Frauen in einem sozialen Brennpunktgebiet. Der Bremer Ortsteil Tenever liegt im Benachteiligungsindex der Sozialindikatorendatei der Hansestadt Bremen an erster Stelle der benachteiligten Gebiete (Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen 2006). Ziel des Projekts war und ist es, Bewohnerinnen des Stadtteils zu Eigenverantwortung und Selbstbewusstsein zu ermutigen, ihre Kenntnisse zu erweitern und ihre Stärken zu fördern. Mit den Handlungsfeldern – „Befähigen und Ermöglichen“, „Vermitteln und Vernetzen“, „Interessen vertreten“ sowie „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“ – setzt das Projekt die Grundideen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 in die Praxis um. Die Arbeitsweise des FGT basiert auf einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis, das Herangehen ist ressourcenorientiert, niedrigschwellig, orientiert an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und innovativ.

Die Leitideen der Ottawa-Charta werden im FGT durch feministische Gesichtspunkte ergänzt. Dies bedeutet, geschlechtsspezifische Rollenerfahrungen und Lebenssituationen von Frauen aufzugreifen und Frauen in ihrer Selbstachtung, Autonomie und Kompetenz zu bestärken. Sie werden als Expertinnen für ihre Gesundheit angesprochen. Das Stadtteilprojekt bietet niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten (zum Beispiel Kinderbetreuung, muttersprachliche Anleiterinnen, kostenlose oder preisgünstige Teilnahme). Die Angebote reichen von regelmäßigen Kursangeboten (zum Beispiel Bewegungs- und Gesprächsgruppen) über eine breite Palette von Sonderveranstaltungen und Aktivitäten, die Wissen vermitteln sowie Kompetenzen und soziale Fähigkeiten stärken.

Das breit gefächerte Angebot fördert die Entwicklung von stützenden Netzwerken der Frauen untereinander: Informationen können ausgetauscht, akute

soziale und gesundheitliche Problemlagen miteinander besprochen und entschärft werden. Die Frauen sind besser über das Gesundheits- und Sozialsystem informiert – insbesondere Migrantinnen – und nehmen psychosoziale und medizinische Hilfsangebote gezielter und zudem rechtzeitig in Anspruch.

Die Erfolge der Arbeit des FGT zeigen sich in der Nutzungskontinuität und der intensiven Nachfrage aus dem Stadtteil. Eine unbürokratische Lösung von familiären Problemen (Versorgungsnotlagen, Schul- und Erziehungsfragen, Gewalt, Trennungen, Isolation, gesundheitliche Beschwerden, psychische Krisen) ist aufgrund des breiten Gesundheitsverständnisses und der seit dem Aufbau des Projekts geförderten guten Vernetzung möglich. Wie die Rückmeldungen der Nutzerinnen zeigen, trägt die Arbeit des FGT zu einem deutlich verbesserten körperlichen, psychischen und sozialen Befinden der Nutzerinnen und indirekt auch deren Familien bei.

## Hintergrund

Die Großwohnanlage Tenever wurde als Demonstrativbauvorhaben des Bundes bis Mitte der 70er-Jahre mit 2650 Wohneinheiten in 5- bis 21-geschossigen Gebäuden errichtet. Eingeleitete Rückbaumaßnahmen und Leerstände führten im Zeitraum der Jahre 1998–2004 zu einem drastischen Rückgang von einem Viertel aller Bewohnerinnen und Bewohner.

In Tenever leben derzeit knapp 10 400 Menschen. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung beträgt 24,6%.<sup>6</sup> Einen Migrationshintergrund<sup>7</sup> weisen 52,4% der Bevölkerung des Ortsteils auf (Bevölkerungsdaten vom 31.12.2005, Statistisches Landesamt Bremen). Das Quartiersmanagement des Stadtteils schätzt bei Einbeziehung von Aussiedlerinnen und Aussiedlern, die aufgrund ihres deutschen Passes nicht eine entsprechende Zuordnung erhalten, einen Anteil von ca. 70% der Bevölkerung mit Migrationshintergrund.

---

6 Laut Bericht der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder beträgt der Anteil der ausländischen Bevölkerung 8,8% im Bundesdurchschnitt, im Land Bremen beträgt dieser Anteil im Durchschnitt 12,7%. Stand 31.12.2005 ([http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de\\_jb01\\_jahrtab2.asp](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab2.asp), letzter Zugriff 27.08.2007).

7 Personen, deren erste oder zweite Staatsangehörigkeit nicht deutsch ist oder die im Ausland geboren wurden.

Insgesamt sind über 70 verschiedene Nationalitäten vertreten, darunter ein Großteil aus dem islamischen Kulturkreis. Tenever ist außerdem der kinderreichste Ortsteil Bremens.

Die Arbeitslosenziffer<sup>8</sup> in diesem Ortsteil beträgt 35,5 %.<sup>9</sup> Eine laufende Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten dort insgesamt 23,3 % der Bevölkerung, bei der ausländischen Bevölkerung beträgt der Anteil sogar 46,9 % (Daten vom 30.06.2005 bzw. 31.12.2004, Statistisches Landesamt Bremen).

Der schlechte bauliche Zustand der Großwohnanlage ist nach wie vor ein großes Problem. Im Rahmen des Nachbesserungsprogramms wurden in den letzten Jahren bereits zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Wohnsituation und zum Ausbau der Infrastruktur durchgeführt. Die sozialen Probleme sind weiterhin immens. So ist die Lebensrealität vieler Familien gekennzeichnet durch Armut, Arbeitslosigkeit, hohe Kinderzahlen, beengte Wohnverhältnisse und unklaren Aufenthaltsstatus.

In diesem sozialräumlichen Umfeld wurde 1989 der Gesundheitstreffpunkt für Frauen in Tenever gegründet. Er ist aus einem dreijährigen Forschungsprojekt zum Thema „Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen aus unteren und mittleren sozialen Schichten“ (gefördert vom BMJFFG, Laufzeit: 1986–1989) entstanden (Klesse et al. 1992). Die Studie sollte Ideen zur konkreten Umsetzung der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Frauen liefern. Im Mittelpunkt der Studie standen Mütter im Alter zwischen 20 und 35 Jahren mit niedrigem Schulabschluss und keiner bzw. nur gering qualifizierender Berufsausbildung, die im Bremer Stadtteil Osterholz-Tenever lebten. Die Forschungsergebnisse zeigten, dass der ursprünglich angedachte Praxisansatz – Einbringung der Projektergebnisse in herkömmliche Bildungs- und Gesundheitserziehungsträger – die Zielgruppe des Projekts nicht erreichen würde. Nur ein niedrigschwelliger Ansatz, bei dem die Frauen dort angesprochen werden, wo sie leben und ihre sozialen Beziehungen haben, nämlich im Stadtteil selbst, war geeignet. Mit dem Aufbau des Projekts wurden auf der Grundlage der Handlungsfelder der Ottawa-Charta von 1986 die

---

<sup>8</sup> Die Arbeitslosenziffer wird berechnet aus der Anzahl Arbeitsloser insgesamt dividiert durch die Summe der Anzahl Arbeitsloser insgesamt und der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort. Arbeitslosenziffer =  $\frac{\text{Arbeitslose insgesamt}}{\text{Arbeitslose insgesamt} + \text{sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Wohnort}}$ .

<sup>9</sup> Im Land Bremen betrug die Arbeitslosenziffer im Dezember 2006 13,47 %.

Ziele verfolgt, Frauen zu Eigenverantwortung und Selbstbewusstsein zu ermutigen, ihre Kenntnisse zu erweitern und ihre Stärken zu fördern.

Träger der Einrichtung ist der im Jahr 1989 gegründete gemeinnützige Verein „Frauen und Gesundheit e.V.“. Das Projekt wird vom Land Bremen mit einer Grundfinanzierung unterstützt. Darüber hinaus werden Drittmittel verschiedenster Art eingeworben. Im FGT arbeiten zwei hauptamtliche Mitarbeiterinnen (Diplom-Sozialpädagogin und Diplom-Soziologin mit Zusatzqualifikationen).

## Vorgehen

Das Ziel des FGT ist eine ressourcen- und stadtteilorientierte Gesundheitsförderung für und mit sozial benachteiligten Frauen. Das Projekt setzt an den unmittelbaren Nöten und Bedürfnissen der Frauen an (zum Beispiel muttersprachliche Angebote, Ad-hoc-Kriseninterventionen, Informationsweitergabe). In den Angeboten werden die nationale Herkunft (und die damit verbundenen weiblichen Rollenzuschreibungen), die persönliche Biografie und die aktuelle Lebenssituation der Nutzerinnen berücksichtigt. Als Grundlage der Vorgehensweise dienen die Prinzipien der „Partizipation“ (der Beteiligung an der Entwicklung und Gestaltung von Angeboten) und des „Empowerment“ (der Befähigung und Ermutigung zu einem gesundheitsfördernden Handeln). Frauen sollen in die Lage versetzt werden, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, zu artikulieren und zu verwirklichen.

Ein wesentliches Instrument der niedrighschwelligigen Arbeitsweise des FGT ist der „Offene Treff“. Zweimal in der Woche können Frauen mit und ohne Kinder „einfach nur hereinschauen“, um Kontakte zu knüpfen, die Mitarbeiterinnen kennenzulernen und sich über alles, was ihren Alltag und ihre Gesundheit im weitesten Sinne betrifft, auszutauschen. Sie entwickeln Vertrauen untereinander, aber auch zu den Mitarbeiterinnen des Teams. 2006 gab es 602 Kontakte im „Offenen Treff“ und zusätzlich 241 Kontakte von Russisch oder Arabisch sprechenden Frauen in dem von einer Migrantin angeleiteten Treff.

Im „Offenen Treff“ sprechen die Teilnehmerinnen über Ängste und Depressionen, sie diskutieren die Auswirkungen der Frauenarmut, stellen Fragen zu bevorstehenden Operationen und zu körperlichen Beeinträchtigungen. Durch Informationen, die an ihren persönlichen Kenntnissen ansetzen, können die Nutzerinnen Hinweise und Empfehlungen einordnen und mit den angebote-

nen Hilfen besser umgehen. Dies wirkt sich unmittelbar positiv auf ihr Gesundheitsbefinden aus.

Der offene Migrantinnenreff fungiert als Anlaufpunkt zum Beispiel für Frauen, die mit dem deutschen Sozial- und Gesundheitssystem weniger bis gar nicht vertraut sind oder die sich isoliert fühlen. Das Themenspektrum variiert, da die gesundheitliche (Versorgungs-)Situation von Migrantinnen von diversen Faktoren beeinträchtigt wird. Besonders zu nennen ist die unzulängliche Verständigung (sprachlich und kulturell) in Versorgungseinrichtungen. Hieraus resultieren Fehlinformationen über medizinische bzw. Gesundheitsdienste, Unter- oder Überdosierung von Medikamenten, auch der Sinn von Vorsorgeuntersuchungen und Impfprogrammen kann nur begrenzt vermittelt werden. Häufig folgt auf diese unbefriedigende Situation ein Arzt-/Ärztinnen-Wechsel oder es kommt zu einer Parallelnutzung. Ein weiterer Problem-bereich in der Versorgung ist, dass aufgrund der Ferne zur Regelversorgung im Krisenfall Rettungsdienste in Anspruch genommen oder Klinik- bzw. Notfallambulanzen aufgesucht werden. Der Ansatz des FGT, die Kenntnisse der Frauen über das Sozial- und Gesundheitswesen zu erweitern, ihr eigenes Wissen über Gesundheit zu vertiefen, Sprachbarrieren abzubauen und Kontakte zu den Einrichtungen herzustellen wirkt diesen Fehlentwicklungen nachhaltig entgegen.

Besteht Bedarf nach individuellen Hilfestellungen, können kostenfreie psychosoziale Beratungen – ohne Termin oder mit kurzfristiger Terminvergabe – genutzt werden (2006: 296 Frauen). Frauen in Krisensituationen (zum Beispiel depressive Stimmungen, psychosomatische Beschwerden) werden sofort beraten. Diese Beratungen können mehrsprachig durchgeführt werden und berücksichtigen den kulturellen Hintergrund der Beratenen.

Werden weiterführende Hilfen benötigt, vermitteln die Mitarbeiterinnen an die entsprechenden Einrichtungen, so zum Beispiel an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, an das Amt für soziale Dienste, den psychosozialen Dienst, das Gesundheitsamt oder andere Institutionen vor Ort.

Die praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung für Frauen beinhaltet neben den „Offenen Treffs“ und den Einzelberatungsangeboten regelmäßige Kurse (Bewegungs- und Entspannungskurse, Kreativangebote, Alphabetisierungs- und Integrationskurse, Jahresgruppen etc.; 2006: 3814 Kontakte, 334 Nutzerinnen), Gesprächsrunden zu Gesundheitsthemen (2006: 121 Kontakte) sowie diverse Großveranstaltungen (Suppenküche, Bade- und Wellnessstag;

2006: 1047 Nutzerinnen). Alle Veranstaltungen werden kostengünstig angeboten und finden bei Bedarf mit kostenloser Kinderbetreuung statt.

Der FGT nutzt intensiv die örtliche Nähe zum Hallenbad Tenever und zu einer Außenstelle des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Bremen. Das Hallenbad wird für die Frauenschwimmnachmittage und die angegliederte Gymnastikhalle für Bewegungsangebote genutzt. Die Ärztin des Gesundheitsamtes führt einmal im Monat eine offene Sprechstunde für Frauen mit Kindern durch. Sie wird zudem in verschiedene FGT-Angebote eingebunden (zum Beispiel Sprachkurse).

Frauen werden auf den FGT durch Großveranstaltungen, Faltblätter (mehrsprachig) und durch die Vermittlung anderer Einrichtungen aufmerksam. Migrantinnen werden durch Mund-zu-Mund-Propaganda angesprochen. Die Durchführung von Veranstaltungen durch muttersprachliche Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren und die gezielte Ausrichtung auf die Bedürfnisse dieser Nutzerinnen erhöhen die Akzeptanz. Von diversen Kooperationspartnern, zum Beispiel vom Klinikum Bremen-Ost, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, der Bremer Arbeitsgemeinschaft für Integration und Soziales (BAgIS) und der Agentur für Arbeit, werden Frauen an den FGT weitervermittelt. Durch sein erweitertes Gesundheitsverständnis können zusätzlich zu





gesundheitlichen Themen auch soziale und psychische Aspekte mit berücksichtigt werden. Frauen können auf dieser Grundlage auch in schwierigsten Lebenssituationen begleitet werden. Gemeinsam mit ihnen und anderen Einrichtungen vor Ort werden Lösungsansätze entwickelt, die für die Nutzerinnen akzeptabel und realisierbar sind.

Der FGT ist im Ortsteil Tenever seit seiner Gründung im Stadtteil vernetzt. In den verschiedenen Gremien werden Angebote der Einrichtungen aufeinander abgestimmt. Über diese Zusammenarbeit hat der FGT bei den sozialen und gesundheitsrelevanten Einrichtungen des Stadtteils einen hohen Bekanntheitsgrad erlangt und durch seine Verlässlichkeit eine hohe Akzeptanz gewonnen. Im Jahr 2006 wurden über Angebote und Aktivitäten des FGT insgesamt 6571 persönliche Kontakte zu Frauen hergestellt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Partizipation der Nutzerinnen wird vom FGT als eine wesentliche Bedingung zur Entwicklung von Empowerment gesehen und genutzt. Die Erfahrung von Beteiligungsmöglichkeiten wird als eine wichtige Bedingung verstanden, um Fähigkeiten zu entwickeln, sich für eine gesundheitsfördernde Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen einzusetzen. Im FGT bezieht sich die Beteiligung der Nutzerinnen grundsätzlich auf alle Ebenen: Programmentwicklung und -gestaltung, Selbstorganisation von Angeboten, Mitarbeit bei der Vereinsarbeit, konzeptionelle Weiterentwicklung und Qualitätsentwicklung des FGT. Angestrebt wird auch die Beteiligung an der Entwicklung des Stadtteils und an Frauengesundheitsthemen der Stadt Bremen.

Um die Beteiligung der Frauen bei der Programmgestaltung und bei der Entwicklung von Aktionen zu gewährleisten, nutzt der FGT verschiedene Instrumente. Seit seiner Anfangszeit ist eine leicht zugängliche Karteikartensammlung Grundlage für ein bedürfnisorientiertes Angebot. Die Frauen werden aktiv ermutigt, ihre Ideen und Wünsche zu Aktivitäten/Angeboten hier einzutragen. Die Karteikartensammlung wird in allen Kursangeboten vorgestellt. Die FGT-Mitarbeiterinnen gewinnen so Rückmeldungen über die Entwicklung der Angebote und die Bedürfnisse der Nutzerinnen. Im gemeinsamen Programmplenum wird über Art und Inhalt von Veranstaltungen entschieden. Durch dieses Vorgehen ist eine kontinuierliche Rückkopplung gewährleistet und die Ausrichtung auf die verschiedenen Bedürfnisse der Nutzerinnen gegeben.

Diese aktive Einbindung der Nutzerinneninteressen gibt Anregungen für neue Angebote und für die Ansprache neuer Zielgruppen. Auf diese Weise ist auch das Konzept zur Erweiterung der Inhalte von Deutsch-Sprachkursen um Themen rund um Gesundheit entstanden (siehe unten „Empowerment“). Die Strukturen im Gesundheitswesen, Fragen der Prävention und Besuche in Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung zählen seither zu den Kursinhalten. In einem weiteren Schritt wurden exklusiv für die Teilnehmerinnen Bewegungsangebote zeitnah zum Kurs durchgeführt. Exkursionen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der Versorgung wurden unternommen und Kontakt zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dort hergestellt.

Ein weiteres Resultat dieses Dialogs ist der Frauenbadetag: In Kooperation mit dem Hallenbad wurden und werden Schwimmtage exklusiv für Frauen und ihre Kinder durchgeführt. Dieses Angebot berücksichtigt speziell die Bedürfnisse von muslimischen Frauen (siehe unten „Innovation und Nachhaltigkeit“).

Ein weiteres Projekt ist eine Stadtteilsuppenküche. Frauen aus dem Stadtteil sind aktiv an der Umsetzung beteiligt, nötige Arbeitsschritte werden von den Frauen verantwortlich übernommen, zum Teil engagieren sie sich ehrenamtlich, wenn möglich erhalten sie einen geringen Betrag als Aufwandsentschädigung.

Die eigenständige Organisation von Veranstaltungen durch die Nutzerinnen wird von den Projektmitarbeiterinnen durch eine beratende Unterstützung der Vorbereitungsgruppe gefördert. Im Jahr 2005 fanden an 32 Abenden selbst organisierte Kreativabende von Nutzerinnen des „Offenen Treffs“ statt. Die Frauen trafen sich zum geselligen Austausch, zum Singen, zum Abendbrot und zur Planung von gemeinsamen Freizeitaktivitäten. Diese gemeinsamen Aktivitäten initiieren soziale Bündnisse, in denen gegenseitige Hilfe zur Selbsthilfe gewährt wird.

Partizipation ist für die Nutzerinnen des FGT auch auf der Ebene der Vereinsarbeit möglich. Frauen werden dazu ermuntert, in den Verein Frauen und Gesundheit e. V. einzutreten und sich aktiv an der Vereinsarbeit zu beteiligen. So können sie direkten Einfluss auf Konzept und Inhalte des Treffpunkts ausüben.

Die Qualitätssicherung der Einrichtung stützt sich wesentlich auf eine partizipative Evaluation. Die Nutzerinnen werden kontinuierlich in die Qualitäts-

und Konzeptentwicklung einbezogen. Neben den oben genannten Instrumenten werden zum Beispiel Blitzumfragen zu Wünschen und Bedürfnissen durchgeführt, und die Nutzerinnen werden in allen Kursangeboten und anderen Veranstaltungen aktiv zu ihrer Zufriedenheit mit dem Angebot befragt. Auf diesen Rückmeldungen basiert eine stetige Anpassung der Angebote des FGT an neue/andere Bedürfnisse der Nutzerinnen. Das FGT-Team trägt dafür Sorge, dass der Bereich Gesundheitsförderung dabei stets im Zentrum der Aktivitäten steht. Das sich dieses nutzerinnenzentrierte, diskursive Konzept bewährt, zeigt sich an der positiven Resonanz in der Bevölkerung auf die Angebote des FGT.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Für den FGT ist das Prinzip des Empowerment in der Gesundheitsförderung die zweite zentrale Arbeitsgrundlage. Sie ist mit der Möglichkeit zur Partizipation eng verzahnt. Während Partizipation eine wesentliche Grundlage ist, um gesundheitsfördernde Lebensbedingungen mitgestalten zu können, basiert Empowerment auf einem Prozess lebenslangen Lernens, dem ein ressourcenorientierter Ansatz zugrunde liegt. Dieser kann beinhalten, sich mit verändernden körperlichen und seelischen Fähigkeiten und Bedürfnissen sowie mit sich verändernden Lebensbedingungen (zum Beispiel sich in einem fremden Land zurechtfinden) auseinanderzusetzen, vor allem aber auch Ressourcen wahrzunehmen, zu aktivieren oder sich neue Fähigkeiten und Stärken anzueignen.

Der FGT berücksichtigt die jeweiligen Ressourcen der Nutzerinnen. Im Mittelpunkt stehen die Alltagsvorstellungen der Frauen von Gesundheit und von gesunden Lebensweisen und die Suche nach Möglichkeiten, Belastungen und Konflikte konstruktiv zu bewältigen. Die Mitarbeiterinnen begegnen den Frauen mit großer Wertschätzung, Empathie, Offenheit und mit Lebensfreude.

Die Aktivitäten des FGT dienen der Wissensvermittlung, stärken aber auch die sozialen Fähigkeiten sowie die Selbstwahrnehmung der Frauen. Ihnen wird Unterstützung angeboten, sie werden ermutigt selbst aktiv zu werden, Verantwortung zu übernehmen und sich gegenseitig zu unterstützen. Das Gesundheitsverhalten, der Umgang mit dem eigenen Körper und die Wahrnehmung und Bewertung gesundheitlicher Beeinträchtigungen werden gezielt angesprochen. Es gelingt dadurch, Zusammenhänge zum Beispiel zwischen Körper und Seele, dem gesellschaftlichen Rollenverhalten und persönlichen

Konflikten aufzuzeigen und neue Bewältigungsmöglichkeiten aufzubauen. Gemeinsame Aktivitäten helfen, die bestehende Isolation abzubauen; kursübergreifende Veranstaltungen (Tagesausflüge, Großveranstaltungen) fördern das interkulturelle Zusammensein.

Als ein exemplarisches Beispiel für das Vorgehen des FGT wird hier der Alphabetisierungskurs vorgestellt. Die Situation von Migrantinnen, vor allem von Müttern kinderreicher Familien, hat dazu geführt, für diese Zielgruppe besondere Kurse anzubieten. Diese Frauen, die die Verantwortung für Kinder und Haushalt tragen, leben oftmals isoliert in einer für sie fremden Kultur. Sie verfügen häufig nur über eine geringe oder gar keine Schulbildung, auch beherrschen sie die deutsche Sprache kaum.

Um die Kompetenzen dieser Frauen im Alltag zu fördern, wurden Alphabetisierungs- und Integrationskurse mit kostenloser Kinderbetreuung konzipiert, die das Thema Gesundheit besonders aufgreifen. Ziel der Alphabetisierungskurse ist es, Frauen verschiedener Nationalitäten sowohl das Erlernen der deutschen Schriftsprache zu ermöglichen als auch Alltagskompetenzen zu vermitteln, die ihnen den Zugang zur deutschen Gesellschaft und zur Arbeitswelt eröffnen. Dadurch werden die Frauen in ihren Fähigkeiten gestärkt und gleichzeitig zu einer individuellen Perspektiventwicklung ermutigt.

Die Unterrichtsinhalte werden im FGT-Kurs mit den Interessen der Frauen abgestimmt und am Lebensalltag der Frauen orientiert. Alltägliches wie die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln oder das „Einkaufengehen“ gehören hierzu. Viele gesundheitsbezogene Themen werden angesprochen. Zudem finden Rollenspiele statt, die zum Beispiel das Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patientinnen aufgreifen. Frauen werden ermutigt, ihre Bedürfnisse einzubringen, um dadurch ihr Handlungs- und Erfahrungsspektrum zu erweitern und ihr Selbstvertrauen zu stärken.

Im Anschluss an den Alphabetisierungskurs findet ein Bewegungskurs statt. Die Frauen werden motiviert, an Tagesausflügen und Veranstaltungen des FGT teilzunehmen. 15 Frauen – Mütter von über 70 Kindern – beendeten erfolgreich den ersten Alphabetisierungskurs. Aufgrund der hohen Motivation der Teilnehmerinnen wurde ein Fortsetzungssprachkurs angeboten.

Ein besonderes Anliegen des FGT ist es, den Nutzerinnen verschiedene Akteurinnen und Akteure sowie Institutionen aus den sozialen und politischen Bereichen des Stadtteils und der Stadt Bremen vorzustellen. Sie erhalten Auf-

klärung über ihre Rechte und besichtigen Institutionen im Stadtteil. So lernen sie Kontaktpersonen kennen und können Hemmschwellen abbauen. Dies erleichtert ihnen den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Der FGT kann im Mai 2007 auf eine 18-jährige Praxiserfahrung in einem sozial benachteiligten Stadtteil zurückblicken. Die langjährige Existenz beruht neben der kontinuierlichen Basisförderung durch die Stadt Bremen vor allem auf einer engen Vernetzung auf Stadtteilebene, dem Transfer gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis und der engen Ausrichtung auf die Nutzerinneninteressen.

Nachhaltigkeit über einen so langen Zeitraum benötigt ständige Innovation. Dazu gehört das aktive Wahrnehmen und Aufgreifen sich verändernder Bedarfe und Bedürfnisse der Nutzerinnen. Durch die Vernetzung des FGT mit anderen Anbietern im Stadtteil gelingt es, Ressourcen effektiver zu nutzen. Bedarfe und Lücken in der Versorgung werden gemeinsam erkundet und Angebote aufeinander abgestimmt. Zudem erweitert die kooperative Zusammenarbeit im Stadtteil die eigene Wahrnehmung der Versorgungssituation. Die Diskussionen und Rückmeldungen liefern wichtige Impulse für die Entwicklung und Anpassung von Angeboten an veränderte Voraussetzungen oder Bedarfe.

Neue gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse und Entwicklungen wirken ebenfalls auf die Planung ein. Es erfolgt ein Transfer dieses Wissens in die Konzeption weiterer Angebote für die Zielgruppe. Die stadtweite Vernetzung bietet gute Möglichkeiten, neue Erkenntnisse zum Beispiel in den Bereichen Überversorgung Hormon(ersatz-)therapie, Fehlnutzung Notfallambulanzen oder Einführung des Mammografie-Screenings frühzeitig aufzugreifen und in gemeinsamer Kooperation mit Institutionen (zum Beispiel Landesvereinigung für Gesundheit Bremen, Volkshochschule Bremen, Zentrale Gleichstellung für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Gesundheitsamt Bremen, Arbeit und Leben Bremen) die Vermittlung für die Zielgruppe zu gestalten (zum Beispiel Migrantinnenfahrradkurs).

Für die kreative Weiterentwicklung der Einrichtung ist Partizipation ein wichtiges Element. Die Mitteilung von Wünschen und Bedürfnissen durch die

Nutzerinnen ist unabhängig von professionellen Zielsetzungen der Mitarbeiterinnen des FGT. Die offene Haltung gegenüber den Vorschlägen und Wünschen der Zielgruppe erfordert neben Kontinuität und Zuverlässigkeit eine hohe Flexibilität seitens der Mitarbeiterinnen. Erst diese ermöglicht einen Austausch, der zur Entwicklung neuer Angebote und zur Ansprache weiterer Zielgruppen führt. Heute zählen Frauen mit und ohne Kinder und Frauen jeder Nationalität und jeder Altersgruppe zu den Nutzerinnen des FGT.

Als Beispiele für Innovationen, zu denen auch die oben beschriebenen Integrations- und Alphabetisierungskurse zu rechnen sind, seien hier die Frauenbadetage/Frauenschwimmnachmittage aufgeführt (siehe oben „Empowerment“), die 2002 in Bremen neu eingeführt wurden. Die Idee stammte von Migrantinnen, die berichteten, dass sie aufgrund kultureller Auflagen seit Jahren nicht mehr schwimmen gehen konnten. Der FGT reagierte auf diese Berichte, thematisierte dieses Problem in Gesprächen in der Stadtteilgruppe und mit den Betreibern des Hallenbades und führte in Kooperation mit den Bremer Bädern im Oktober 2002 den 1. Bremer Frauenbadetag durch, der ausschließlich für Frauen gedacht war. Die Konzeption dieses Badetages sensibilisierte alle beteiligten Akteurinnen und Akteure für kulturelle und frauenspezifische Bedürfnisse. Folgende Voraussetzungen waren zu bedenken:

- blickdichte Räume, die auch muslimischen Frauen das Baden ermöglichen,
- weibliches Aufsichtspersonal (Bademeisterin etc.),
- Migrantinnen als Vorbilder, die anderen Frauen Mut machen, an bisher ungewohnten Aktivitäten teilzunehmen,
- muttersprachliche Kursleiterinnen,
- Kinderprogramm und Kinderbetreuung.

Um Frauen aus verschiedenen Kulturkreisen zu erreichen, wurde die Öffentlichkeitsarbeit mehrsprachig gestaltet. Den Frauen sollte zudem der Zugang zu weiterführenden gesundheitsfördernden Angeboten ermöglicht werden. So mussten

- Mitarbeiterinnen für Gespräche und Beratung zur Verfügung stehen,
- kostengünstige Veranstaltungen organisiert und
- Schnupperkurse zum Ausprobieren angeboten werden.

Zahlreiche gesundheitsfördernde Aktivitäten, u. a. Beckenbodengymnastik, Aqua-Power, Wassergymnastik und Schwimmkurse, wurden in den Frauenbadetag integriert.

Seit dem 1. Bremer Frauenbadetag finden einmal im Monat Frauenschwimmnachmittage statt. Im Jahr 2006 nahmen insgesamt 301 Frauen – davon 255 Migrantinnen – und 400 Kinder daran teil. Den Frauen eröffnen sich bislang verwehrte Bewegungsmöglichkeiten; viele von ihnen finden den Zugang zu weiteren gesundheitsfördernden Veranstaltungen des FGT.

### **Literatur zum Download**

Flerlage, I., Weerts, M. (2001): Frauengesundheit im Brennpunkt. Eine Bestandsaufnahme und Evaluation der zehnjährigen Arbeit des Frauengesundheitstreffs Tenever. Magisterarbeit, Zentrum für Public Health der Universität Bremen. PDF-Datei im Archiv des Gesundheitsamtes unter [www.gesundheitsamt-bremen.de/archiv/1a-3-12-01.pdf](http://www.gesundheitsamt-bremen.de/archiv/1a-3-12-01.pdf)

Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2002): Frauengesundheit im Brennpunkt. Eine Bestandsaufnahme und Evaluation der zehnjährigen Arbeit des Frauengesundheitstreffs Tenever. Kurzfassung. (PDF-Datei unter [www.gesundheitsamt-bremen.de/print/frauenges.pdf](http://www.gesundheitsamt-bremen.de/print/frauenges.pdf)).

Kleese, R., Sonntag, U., Brinkmann, M., Maschewsky-Schneider, U. (1992): Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewusstsein. Frankfurt am Main/New York.

### **Kontakt**

Inge Koepsell, Anke Wolters  
Frauengesundheitstreff Tenever (FGT)  
Koblenzer Straße 3 a  
28325 Bremen  
Bundesland: Bremen  
Telefon: 0421-401728  
Telefax: 0421-4094434  
E-Mail: [FGT@gmx.net](mailto:FGT@gmx.net)

## Familienhebammen-Projekt im KiFaZ Barmbek-Süd

### Gute Praxisbereiche

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Settingansatz – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

### Abstract

In der Zeit rund um Schwangerschaft und Geburt benötigen Mütter und Väter Entlastung und Unterstützung – sozial benachteiligte Familien können jedoch seltener auf ein soziales Unterstützungsnetzwerk zurückgreifen. Hinzu kommt, dass sie reguläre Angebote der Gesundheitsförderung oder medizinischen Versorgung weniger häufig in Anspruch nehmen. Hier sind niedrigschwellige aufsuchende Angebote und eine (befristete) Begleitung dieser jungen Familien in das soziale oder gesundheitliche Hilfesystem gefragt. Gelingt es, Frauen möglichst früh in der Schwangerschaft zu erreichen, können Ressourcen gestärkt und Selbsthilfepotenziale aktiviert werden.

Das Familienhebammen-Projekt versucht durch eine niedrigschwellige Arbeitsweise Hilfen zu implementieren, die so früh wie möglich im Leben eines Kindes greifen, die den engen Zusammenhang von körperlicher, seelischer und geistiger Gesundheit berücksichtigen, die Kompetenz der Eltern stärken und auf eine stabile, verlässliche Eltern-Kind-Bindung zielen.

Die Familienhebammen begleiten die Mütter und ihre Kinder von der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres. Sie führen Hausbesuche durch und bieten verschiedene Kurse an.

Die aktive Integration der betreuten Frauen und Familien in die sozialen Strukturen des Stadtteils stellt einen Schwerpunkt der Arbeit dar. Das Projekt ist in das örtliche Kinder- und Familienzentrum eingegliedert. Ein „runder Tisch“ mit verschiedenen Kooperationspartnern aus dem Stadtteil dient als interdisziplinäre Arbeitsgruppe zum Aufbau eines verbesserten gesundheitlichen Versorgungsnetzes für Frauen, Familien und Kinder.



## Hintergrund

Schwangerschaft, Geburt und die ersten Monate mit einem Säugling sind verbunden mit körperlichen und seelischen Veränderungen. Alle Beteiligten vollbringen in dieser Zeit große innere und äußere Anpassungsleistungen. Besonders problematisch kann sich diese Situation des Umbruchs für Frauen und Eltern aus sozial benachteiligten Familien gestalten. Diese Familien benötigen meist neben der medizinischen Betreuung auch Unterstützung in sozialen, psychosozialen und lebenspraktischen Fragen.

Im Quartier Dehnhaide leben ca. 3000 Menschen. Das Quartier liegt im Stadtgebiet relativ zentral und ist durch den öffentlichen Nahverkehr gut erschlossen. Es ist eingegrenzt durch große Verkehrsachsen, die das Quartier im Siedlungszusammenhang isolieren.

Während des Zweiten Weltkrieges wurde das Gebiet zerstört und in den 50er-Jahren mit relativ kleinen Wohnungen neu bebaut. Wohnungen mit einer Größe bis zu drei Zimmern und maximal 60 m<sup>2</sup> sind verbreitet. Im Quartier leben entsprechend viele Kleinhaushalte und nur wenige Familien. Eine hohe Mieterfluktuation wirkt einer ausreichenden Identifikation mit dem Stadtteil entgegen und verhindert den Ausbau tragfähiger Nachbarschaftsbeziehungen. Das Wohnquartier besitzt trotz günstiger Mieten ein schlechtes Image. Die Einwohnerdichte liegt mit 14 287 Einwohnern/km<sup>2</sup> deutlich über dem Hamburger Niveau (2278 Einwohner/km<sup>2</sup>).

Der gravierendste städtebauliche Mangel ist das Fehlen von öffentlichen Grünflächen im Quartier. Es gibt kaum freie Flächen zum Toben und Spielen für Kinder und Jugendliche.

Verglichen mit dem Bezirk Hamburg-Nord und Gesamt-Hamburg weist Barmbek-Süd zwar einen durchschnittlich hohen Anteil an Arbeitslosen, Sozialhilfe-/Hartz-IV-Empfängerinnen und -Empfängern sowie Ausländerinnen und Ausländern auf – beschränkt man den Blick jedoch auf das Quartier Dehnhaide, zeigt sich ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Arbeitslosen und Nichtdeutschen. Die Säuglingssterblichkeit ist im Vergleich zum übrigen Stadtgebiet erhöht. Risikofaktoren wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, niedriges Einkommen, unterbrochene Erwerbsbiografien, Migrantenstatus, Trennung und Scheidung sowie Krankheiten und Unfälle treten hier in zahlreichen Familien auf.

Die ökonomische Situation der Zielgruppe ist gekennzeichnet durch ein unterdurchschnittliches Einkommen und eine steigende Zahl von Sozialhilfe-/ALG II-Empfängerinnen und -Empfängern. Besonders stark betroffen sind alleinerziehende Frauen ([www.eundc.de/pdf/40013.pdf](http://www.eundc.de/pdf/40013.pdf)).

Von 1999 bis Ende 2006 wurde das Gebiet Barmbek-Süd/Dehnhaide durch das Programm der „Aktiven Stadtteilentwicklung“ gefördert und mittelfristig stabilisiert. Es konnte erreicht werden, dass sich in diesem Quartier wieder Familien niederlassen. Im Rahmen der Initiative „Lebenswerte Stadt Hamburg“ der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) will man an diese Erfolge anknüpfen und für eine langfristige Stabilisierung sorgen.

Im Stadtteil verortet ist das Kinder- und Familienzentrum Barmbek-Süd (KiFaZ) mit seinem Familienhebammen-Projekt. Das Projekt besteht seit April 1998 in der Trägerschaft des Verbandes Kinder- und Jugendarbeit Hamburg e. V.

Das KiFaZ versteht sich als Ort der Begegnung für Kinder und Familien. Es bietet Beratung, Begleitung, Treffpunkte und Kurse für Eltern und Kinder an. Bestehende Angebote der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, der Gemeinwesenarbeit und der Gesundheitsförderung im Stadtteil vernetzt das KiFaZ. Gemeinsam mit den im Stadtteil lebenden Menschen (insbesondere Eltern und Kinder) werden Angebote und Aktivitäten entwickelt, geplant und durchgeführt, wird Selbsthilfe gefördert und unterstützt.

## Vorgehen

Vorrangiges Ziel des Projekts ist es, sozial benachteiligte Schwangere und Mütter/Familien rund um die Geburt und das erste Lebensjahr im Stadtteil Barmbek-Süd zu unterstützen. Zwei Hebammen mit langjähriger Erfahrung als Familienhebammen arbeiten mit jeweils einer halben Stelle und kooperieren eng mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Kinder- und Familienzentrums. Die Familienhebammentätigkeit verknüpft sich gezielt mit offener Gemeinwesenarbeit im Stadtteil. Basierend auf einer Analyse der Lebenslagen und -situationen der Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils sollen die soziale Infrastruktur verbessert und die Menschen bei ihrer Lebensbewältigung unterstützt werden.

Hebammen genießen bei werdenden Eltern Anerkennung und Vertrauen. Dies erleichtert den Familienhebammen den Zugang zu Familien in schwierigen sozialen Lagen.

Das Angebotsspektrum der Familienhebammen ist vielseitig, dazu zählen Beratung und Unterstützung während der Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung, Hausbesuche, Rückbildungsgymnastik, Stillberatung u. v. m. Sie bieten aber auch Hilfestellung in besonders schwierigen Lebenssituationen, wie zum Beispiel bei ungewollter Schwangerschaft, Suchtproblematiken, psychischen Erkrankungen oder schwierigen Mutter-Kind-Beziehungen. Neben einem spezifischen medizinischen Fachwissen sowie Fähigkeiten und Kenntnissen rund um Schwangerschaft, Geburt und Kind verfügen Familienhebammen darüber hinaus über Fachwissen in sozialen, rechtlichen und psychosozialen Fragen.

In der Schwangerschaft, im Wochenbett und im ersten Lebensjahr des Kindes werden Hausbesuche durchgeführt, aber auch Beratungen und Gespräche in den Räumen des KiFaZ angeboten. In schwierigen gesundheitlichen Situationen findet eine Einzel-Geburtsvorbereitung statt. Ergänzend bieten die Familienhebammen Sprechzeiten (telefonisch oder persönlich) und Gruppenangebote (Geburtsvorbereitung, Rückbildungskurs und Babymassage) an.

Frauen, die Komm-Strukturen nicht wahrnehmen können oder wollen, werden mit ihrem Einverständnis zu Hause aufgesucht. Die Hausbesuche dauern – situationsbedingt – zwischen einer und zwei Stunden. Der Bedarf wird zum Teil von den Frauen selbst angemeldet oder die Familienhebammen schlagen einen Besuch vor, wenn sie dies für sinnvoll erachten.

Während der Hausbesuche lernen die Familienhebammen das häusliche Umfeld und Familienangehörige der Frau kennen, sodass gegebenenfalls gemeinsam an einer Veränderung der Lage gearbeitet werden kann. Die Familienhebammen untersuchen Schwangere, Wöchnerinnen und Babys körperlich und bauen so auf einer einfachen Handlungsebene eine Beziehung auf. Sie vermitteln ggf. an andere Institutionen weiter und besuchen die Frauen so lange, bis sie sich zutrauen, allein zurechtzukommen oder in der Lage sind, Angebote außerhalb ihrer Wohnung wahrzunehmen.

Zu den Zielgruppen gehören Eltern in Belastungssituationen wie zum Beispiel Alleinerziehende, Migranten und Migrantinnen, Personen mit sehr niedrigem Einkommen, Suchtabhängige und Wohnungslose.

Die Arbeit der Familienhebammen trägt dazu bei, gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind zu minimieren, den Eltern Handlungssicherheit zu vermitteln und die Mutter-Kind-Bindung zu stärken. Ziel ist es, Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung des Kindes aufzubauen, um Vernachlässigung und/oder Kindeswohlgefährdung vorzubeugen. Durch Förderung der Selbsthilfepotenziale und Aktivierung der individuellen Ressourcen werden die Frauen bestärkt, selbstbewusst und selbstständig diese neue Lebenssituation zu bewältigen.

Das Angestelltenverhältnis ermöglicht den Familienhebammen, über die Leistungen freiberuflicher Hebammen hinaus je nach Bedarf zu agieren.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Der Bekanntheitsgrad des KiFaZ im Stadtteil wirkt sich positiv auf die Angebote der Familienhebammen aus. Ein für alle offenes Stadtteil-Café, ein Frühstückstreff für Mütter mit ihren Kindern sowie ein Mittagstisch tragen dazu bei, erste Kontakte herzustellen und langsam Vertrauen aufzubauen. So können Interessierte sich über die Angebote der Familienhebammen informieren, ohne sich zu etwas zu verpflichten.

Die Angebote des Familienhebammen-Projekts sind so gestaltet, dass Einzelpersonen und Familien unkompliziert und unverbindlich an den spezifischen oder übergreifenden Veranstaltungen teilnehmen können. Da das Projekt seit neun Jahren besteht, hat es sich im Stadtteil etabliert. Die kontinuierliche Arbeit über diesen Zeitraum hat den Bekanntheitsgrad erhöht und das Vertrauen der Bewohnerinnen in die Hebammen gestärkt.

Sozial benachteiligte Menschen, die Komm-Strukturen nicht wahrnehmen können oder wollen, werden im Rahmen von Hausbesuchen in ihrer Lebenswelt aufgesucht.

Alle Angebote sind freiwillig, kostenfrei bzw. kostengünstig, breit gefächert und ansprechend. Sie gehen auf die Bedürfnisse der Zielgruppen ein und orientieren sich an der Lebenswirklichkeit der Nutzerinnen. Anmeldeformalitäten werden vermieden. Die Mitarbeiterinnen sind offen für die Bedürfnisse der Betroffenen und begegnen den Frauen mit einer wertschätzenden und ressourcenorientierten Haltung.

Die Fremdsprachenkenntnisse der Familienhebammen (Französisch, Englisch und Portugiesisch) und der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern (zum Beispiel im Rahmen des MiMi-Projekts) bzw. fremdsprachigen Besuchern und Besucherinnen des KiFaZ ermöglichen Migrantinnen und Migranten den besseren Zugang zum Projekt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz zeichnet sich durch verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen aus (sowohl Stärkung individueller Ressourcen zur Bewältigung belastender Problemsituationen als auch aktive Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten).

Das Familienhebammen-Projekt hat sowohl die Verbesserung der Lebensbedingungen der Mütter, Kinder und Familien im Stadtteil als auch die Förderung eines positiven Gesundheitsverhaltens im Fokus.

Seit 2000 existiert in Barmbek-Süd ein Stadtteilrat, in dem Bewohnerinnen und Bewohner sowie das KiFaZ vertreten sind. Familienbezogene Themen der Gesundheitsförderung werden dort auf die Tagesordnung gebracht. Ein Stadtteilverein (gegründet am 31.05.2006) nimmt zum Beispiel Einfluss auf die Weiterentwicklung des Quartiers im Hinblick auf die Bebauung. Dabei wird das Ziel verfolgt, die Existenzgrundlage für Einzelhandel und ansässiges Gewerbe im Stadtteil zu bewahren und einen Beitrag dazu zu leisten, dass Menschen, die hier wohnen oder hierherziehen, sich wohlfühlen, integriert werden und sich stärker mit dem Stadtteil identifizieren. Der Stadtteilverein Barmbek-Süd unterstützt die Arbeit des Stadtteilrats und kann als eingetragener Verein Fördermittel beantragen. Auch hier ist das KiFaZ beteiligt.

Mit der für 2009 geplanten Eröffnung eines sogenannten Community-Centers soll ein Ort geschaffen werden, der alltagspraktische Unterstützungsleistungen „aus einer Hand“ bietet. Synergien bilden sich, da dort verschiedene bestehende Einrichtungen (KiFaZ mit Familienhebammen, kommunale Mütterberatung, Kirchengemeinde, Bücherhalle, Kulturhaus und Altentagesstätte) in einem Haus zusammengeführt werden sollen. Durch die Einrichtung eines Community-Centers soll ein für die unterschiedlichen Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils erkennbarer Ort entstehen, der den organisatorischen Kern eines regionalen Unterstützungsnetzwerks bildet. Verschiedene Träger der sozialen Arbeit im Stadtteil werden ihre Dienste vernetzt und

„unter einem Dach“ anbieten und insbesondere Familien in unterschiedlichen Lebensphasen unterstützen. Das Community-Center zielt darauf ab, das Engagement der Bewohnerinnen und Bewohner im Stadtteil zu stärken. Es sollen Angebote geschaffen werden, die die Selbstständigkeit und Kreativität der Menschen fördern. Mit der Aktivierung sozialen Engagements im Stadtteil und für den Stadtteil soll die Integration von Familien in die Nachbarschaft unterstützt, Isolation begegnet sowie Hilfe zur Selbsthilfe gestärkt werden – und zwar generationenübergreifend.

Der vom Familienhebammen-Projekt gewählte Arbeitsansatz begünstigt soziale Integration. Ein Teil der Leistungen kommt allen Frauen des Stadtteils zugute; Einzelfallhilfen richten sich an Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf. Dank der aktiven Einbindung der betreuten Familien in das soziale Netz gelingt es den Familienhebammen und dem Team des KiFaZ, sie in die sozialen Strukturen des Stadtteils zu integrieren. Dies drückt sich in einer höheren Inanspruchnahme gesundheitlicher und pädagogischer Leistungen aus. Gezielte Familienhebammentätigkeit verknüpft sich mit einer offenen Gemeinwesenarbeit im Stadtteil.

Die Einbindung der Familienhebammen in das KiFaZ schafft einen Rahmen, der soziale Vernetzungen von Menschen fördert, die im normalen Alltag selten Kontakt zueinander finden. Auf diese Weise gelingt es, Diskriminierung und Stigmatisierung von Betroffenen zu vermindern und im Stadtteil eine Atmosphäre zu schaffen, die von Toleranz und gegenseitiger Unterstützung geprägt ist.

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

Das Familienhebammen-Projekt sieht die Kooperation mit dem KiFaZ, den sozialen Diensten, der Mütterberatung, freien Hebammen und anderen relevanten Einrichtungen im Stadtteil als wichtigen Bestandteil seiner Arbeit. Durch die Familienhebammen ergibt sich die Möglichkeit, Familien mit hoher Risikokumulation gezielt in andere Kompetenzbereiche weiterzuleiten und so dauerhafte Veränderungen herbeizuführen. Verbindliche Absprachen mit den Kooperationspartnern bieten die Chance, die am stärksten belasteten Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Die Familienhebamme hat neben der gesundheitlichen und sozialen Betreuung der Familien eine Art Mittlerfunktion – sie kennt die Situation der Familien, vermittelt Informationen über gesundheits-

förderliches Verhalten und veranlasst ggf. soziale, finanzielle und juristische Hilfen durch Kooperationspartner. So kann eine nachhaltige Betreuung gewährleistet werden. Die Mitwirkung einer Vielzahl von Institutionen bewirkt eine Optimierung der Beratungs- und Versorgungsqualität.

Zu den Kooperationspartnern zählt u. a. auch das Projekt „Andere Umstände“. Dieses Angebot wendet sich gezielt an schwangere Jugendliche und junge Frauen sowie minderjährige Mütter in besonderen sozialen Schwierigkeiten. Auch hier sind die Familienhebammen mit einbezogen und stärken die gesundheitlichen Ressourcen der jungen Mütter und ihrer Kinder.

Die Familienhebammen haben gemeinsam mit dem KiFaZ Barmbek-Süd einen „runden Tisch“ ins Leben gerufen – eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Bereiche (Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Dienste, der Mütterberatungsstellen und anderer therapeutischer und nicht therapeutischer Einrichtungen und Beratungsstellen). Ziel dieses Forums ist der Aufbau eines verbesserten gesundheitlichen und psychosozialen Versorgungsnetzes für Frauen, Familien und Kinder rund um Schwangerschaft, Geburt und das erste Lebensjahr des Kindes in der Region Barmbek. Gleichzeitig dienen die Treffen des „runden Tisches“ dazu, sich gemeinsames Wissen anzueignen, durch Austausch und Fortbildungen von- und miteinander zu lernen und kurze Wege zueinander zu schaffen.

### **Kontakt**

Helmut Szepansky  
Verband Kinder- und Jugendarbeit Hamburg e. V.  
Wohldorfer Straße 30  
22081 Hamburg  
Bundesland: Hamburg  
Telefon: 040-2982-1311  
Telefax: 040-2982-1312  
E-Mail: [mail@kifaz.de](mailto:mail@kifaz.de)  
Website: [www.kifaz.de](http://www.kifaz.de)

## **Beratungsstelle Frühe Hilfen Harburg – für Eltern mit Kindern bis drei**

### **Gute Praxisbereiche:**

Innovation und Nachhaltigkeit – Integriertes Handlungskonzept/  
Vernetzung – Niedrigschwellige Arbeitsweise

### **Abstract**

Belastende Lebenssituationen wie Armut, psychische Erkrankungen und Suchtmittelabhängigkeit der Eltern, eigene traumatische Erlebnisse in der Kindheit u. a. haben oftmals negative Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung. Insbesondere Säuglinge und Kleinkinder können in hoch belasteten Familien vielfältigen Risiken für ihre emotionale, soziale und kognitive Entwicklung ausgesetzt sein. Die gesundheitliche Entwicklung des Kindes steht in engem Zusammenhang mit den familiären Verhältnissen. Mit dem Angebot der entwicklungspsychologischen Beratung hat die Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ Harburg einen Zugang zu hoch belasteten Familien geschaffen. „Frühe Hilfen“ verfolgt das Ziel, Familien frühzeitig zu erreichen, um dem Risiko von Vernachlässigung bzw. Misshandlung entgegenzuwirken. Im Zentrum der Beratung steht die Eltern-Kind-Interaktion, die aufgrund akuter oder chronischer familiärer Belastungsfaktoren massiv und nachhaltig gestört sein kann.

Die Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ arbeitet im Bezirk Hamburg-Harburg in Trägerschaft des Hamburger Kinderschutzbundes und entstand aus einem regionalen Kooperationsprojekt zwischen dem Kinderschutzzentrum Hamburg-Harburg und der Mütterberatung. Seit Oktober 2003 ist die Beratungsstelle ein Projekt der sozialräumlichen Angebotsentwicklung der Jugendhilfe zur Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.

### **Hintergrund**

Die Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ Harburg befindet sich im Bezirk Hamburg-Harburg. Dieser Bezirk liegt im Süden von Hamburg. In 19 Stadtteilen



leben hier ca. 200 000 Menschen auf einer Fläche von 161 km<sup>2</sup> (Stadtteilprofil 2005). Im Stadtteil Harburg leben 20 852 Menschen, wovon 31,1% Migrantinnen und Migranten sind (Hamburg 14,9%). 10,5% der Bevölkerung im Bezirk Harburg bezogen 2004 Sozialhilfe (Hamburg 7,2%). Im Januar 2005 bezogen 30 000 Menschen im Bezirk Harburg (das heißt 15% der Anwohnerinnen und Anwohner) Hartz IV.

Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim belegen, dass Kinder, die in familiären Belastungssituationen leben, bis zu dreimal häufiger in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind als unbelastete Kinder. Kinder, die in Armut aufwachsen, weisen schon frühzeitig Defizite und Beeinträchtigungen der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung auf. Sowohl organische (motorische und kognitive Funktionen) als auch psychosoziale Risiken (kognitive und sozial-emotionale Entwicklung) tragen zu einer ungünstigen Prognose bei. Während prä- und perinatale Komplikationen vor allem motorische und kognitive Funktionen beeinträchtigen, konzentrieren sich die Auswirkungen belasteter familiärer Lebensverhältnisse auf die sozial-emotionale Entwicklung. Frühkindliche Entwicklungsstörungen haben spezifische und langfristige Auswirkungen, die sich später in ungünstigen schulischen Entwicklungen niederschlagen. Die Förderung der frühen Eltern-Kind-Beziehung ist für die Bildung von Schutzfaktoren und Entwicklung von Resilienz (Widerstandsfähigkeit) grundlegend (Laucht 2001).

Die Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ Harburg ist aus dem Angebot der „Schreibbaby-Beratung“ entstanden: Im Zeitraum von 2000 bis 2002 hat das Kinder- und Familienhilfezentrum im Kinderschutzzentrum Hamburg-Harburg das Kooperationsprojekt „Frühe Intervention als Prävention von Kindesvernachlässigung“ entwickelt. Frühzeitig sollte zu Eltern, die aufgrund psychischer, sozialer und wirtschaftlicher Belastungen Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Säuglingen und Kleinkindern haben, ein Zugang gefunden werden, um ihnen Unterstützung und Hilfe anzubieten, bevor sich bei den Kindern schwere Schädigungen durch Vernachlässigung verfestigt haben. Das Kinderschutzzentrum wurde von den Familien allerdings häufig erst aufgesucht, wenn die Kinder im schulpflichtigen Alter waren, obwohl die Probleme bereits seit der Geburt zu beobachten waren. Die Mütterberatung, die im Kontakt zu den betroffenen Eltern stand, sah sich mit dem Problem konfrontiert, dass die Empfehlung, das Kinderschutzzentrum aufzusuchen, von vielen Eltern als negativ und stigmatisierend empfunden wurde.

Daraufhin wurde das Angebot „Schreibaby-Beratung“ entwickelt, um Eltern einen unbelasteten Zugang zu Unterstützungsmaßnahmen anzubieten. Der Titel dieses Projekts signalisierte Unterstützung für alle Eltern, deren Säuglinge sogenannte Schreibabys waren, ohne dabei zu stigmatisieren, und versprach Beratung und Entlastung.

In diesem Kooperationsprojekt arbeitet die Sozialpädagogin des Kinderschutzzentrums mit der Ärztin und Kinderkrankenschwester der Mütterberatung (öffentlicher Gesundheitsdienst) auf der Basis einer verbindlichen, vertraglich festgelegten Kooperationserklärung zusammen.

Die Mütterberatung in Harburg zeichnet sich durch eine niedrigschwellige Arbeitsweise aus, sie übernahm gezielt die Auswahl und Vermittlung der hoch belasteten Familien. Der Zugang zum Kinderschutzzentrum wurde für Eltern mit Säuglingen/Kleinkindern durch die direkte Ansprache der Mitarbeiterinnen der Mütterberatung für die Familien ermöglicht.

Nach zweijähriger, erfolgreich verlaufener Zusammenarbeit wurde am 01.10.2003 die Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ Harburg des Kinderschutzbundes Hamburg im Rahmen der Weiterentwicklung der Jugendhilfe gegründet. Sozialräumlich orientiert, soll im Verbund mit anderen Angeboten dazu beigetragen werden, das Fallaufkommen der Hilfen zur Erziehung zu reduzieren.

Die Kooperation zwischen der Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ und der Mütterberatung ist weiterhin ein wichtiger Baustein dieses Projekts. Seit dem 01.04.2005 arbeiten eine Sozialpädagogin und eine Psychologin mit insgesamt 50 Wochenstunden in der Beratungsstelle. Die Beratungsstelle bietet Eltern Hilfe und Unterstützung für den Aufbau der frühen Eltern-Kind-Beziehung und fördert die Erziehungskompetenz der Eltern. Andere, die Eltern begleitende Institutionen aus dem Stadtteil – wie die Mütterberatung, die Kinderärztin u. a. – werden kontinuierlich in den Hilfeprozess mit einbezogen.

## Vorgehen

Im Jahr 2005 wurden in 86 Fällen Eltern mit ihren Säuglingen oder Kleinkindern von den Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ begleitet und unterstützt (Jahresbericht 2005). 54,7% der Eltern waren deutscher Nationalität, 31,3% waren Familien mit Migrationshintergrund, 14% der Familien waren bi-national oder Aussiedlerfamilien.

Das Beratungsangebot des Kinderschutzbundes ist ein spezielles Angebot zur Unterstützung der frühen Eltern-Kind-Beziehung. Den Eltern wird geholfen, die Signale und Bedürfnisse ihres Säuglings wahrzunehmen, richtig zu deuten und angemessen zu reagieren. Sie erfahren praktische Begleitung und Hilfe in konkreten Situationen, etwa beim Beruhigen oder Füttern des Kindes oder bei Einschlaf- und Spielsituationen. Ziel ist es, die Eltern-Kind-Beziehung zu stabilisieren, die Familie insgesamt zu entlasten und zu stärken und somit eine gesunde Entwicklung des Kindes in der Familie zu fördern.

Die Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ ist im Sozialraum sehr gut vernetzt, sodass ein Großteil der Familien von Professionellen anderer Einrichtungen oder Bereiche an die Beratungsstelle verwiesen wird. Die Beratung ist kostenlos und immer freiwillig. Im letzten Jahr wurden 18 Familien durch die Kinderärztinnen bzw. -ärzte oder die Klinik, weitere 18 Familien durch die Mütterberatungsstelle und sieben Familien durch Hebammen oder medizinische Therapieangebote auf die Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ aufmerksam gemacht. Weitere Empfehlungen kamen von den allgemeinen sozialen Diensten, Elternschulen, Kindertagesheimen oder anderen Beratungsstellen. Im Hilfeprozess werden die genannten Akteurinnen und Akteure mit einbezogen, so kann beispielsweise die Kinderkrankenschwester der Mütterberatung die Eltern bei der Umsetzung von Anregungen für die Einschlafsituation im Rahmen ihrer Hausbesuche unterstützen und anleiten.

Die Methoden der Beratung und Therapie sind vielfältig: Nach einer ausführlichen Diagnostik der Interaktion zwischen Eltern(-teil) und Kind wird mithilfe von Schlaf- oder Fütterprotokollen, Video-Feedback-Arbeit oder Wissensvermittlung die Zusammenarbeit mit den Eltern gestaltet. Das kann mit der gesamten Familie (2005: 15,3 % der Fallkontakte), mit dem alleinerziehenden Elternteil (13,4 % der Fallkontakte), dem Ehepaar (1,7 % der Fallkontakte), dem Elternteil mit Kind (23,7 % der Fallkontakte), der Mutter allein (23,1 % der Fallkontakte) oder bei Hausbesuchen (20 % der Fallkontakte) oder in der Begleitung zu Institutionen (1,2 % der Fallkontakte) verlaufen.

Die Video-Feedback-Arbeit ist ein ressourcenorientierter Ansatz. Positive Verhaltenssequenzen zwischen Eltern und Kind werden den Eltern präsentiert mit dem Ziel, die Eltern zu stärken und Anknüpfungspunkte für eine gelungene Eltern-Kind-Beziehung zu finden.

Den Eltern werden Informationen zur allgemeinen Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern vermittelt. Aus diesem größeren Verständnis sowohl für

das kindliche Verhalten als auch für die eigenen Gefühle und Reaktionen der Eltern, entwickeln die Mitarbeiterinnen gemeinsam mit den Eltern konkrete und für die Eltern leicht umsetzbare Lösungsmöglichkeiten für den Umgang mit dem Kind. Diese Ideen sind immer an den Möglichkeiten, Normen und Werten und den Gefühlswelten der Eltern orientiert. Hausbesuche ermöglichen einen Einblick in die konkrete Lebenswelt der Familie.

Als SAE-Projekt (Sozialraumorientierte Angebotsentwicklung) ist „Frühe Hilfen“ Teil der fachübergreifenden Kooperation im Sozialraum; in diesem Ballungsraum treffen sich einmal monatlich Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Schule, Kita, soziale Dienste, Mütterberatung, Stadtteilentwicklung u. a. zum fachlichen Austausch und zur Einzelfallbesprechung.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Tragende Säule des Projekts ist die vereinbarte Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsbereich.

Die Mütterberatung hat im Stadtteil einen unmittelbaren und unbelasteten Zugang zu Eltern in schwierigen Soziallagen. Sie kann jedoch nur einen beschränkten Umfang an Unterstützung bei den beobachteten Beziehungs- und Erziehungsproblemen leisten. Die zusätzlichen Angebote des Kinderschutzzentrums werden von diesen Risikofamilien jedoch aus Angst vor Stigmatisierung wenig in Anspruch genommen.

Um dieser Problematik zu begegnen, wurde nach neuen innovativen Wegen gesucht. Hieraus entwickelte sich die beschriebene Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsbereich und letztendlich das Projekt „Frühe Hilfen“ Harburg.

Der gelungenen Kooperation sind folgende Erkenntnisse vorausgegangen: Respekt und Wertschätzung der Kooperationspartner, Wahrnehmung und Akzeptanz der eigenen Hilfsmöglichkeiten, Zugewinn an Fachlichkeit durch die Anerkennung der eigenen Grenzen und die Sicherheit, dass beide Träger in gleicher Weise von der Kooperation profitieren.

Die Kooperation ermöglicht einen professionsübergreifenden Austausch und damit eine diagnostische Sicherheit, ob bzw. wann weitere therapeutische Maßnahmen notwendig sind. Der Blick aus der gemeinsamen Perspektive von

Gesundheit und Jugendhilfe ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtungsweise und erleichtert die Einschätzung der notwendigen Unterstützungsangebote. Die Angebote der Kooperationspartnerinnen und -partner ergänzen sich zugunsten der betroffenen Familien: Hausbesuche der Kinderkrankenschwester, offene Angebote der Mütterberatung, verbindliche Einzelfallhilfe der Sozialpädagogin etc.

Die Interventionen werden aufeinander abgestimmt und ihre Wirksamkeit regelmäßig überprüft. Dabei wird in zweierlei Weise vorgegangen. Zum einen werden *im direkten Elternkontakt* die Eltern zur Wirksamkeit der verschiedenen, sich ergänzenden Hilfen befragt: Nehmen die Eltern Entlastung und eine Zunahme an Kompetenzen wahr? Wie ist die Befindlichkeit der Eltern, des Kindes? Was hat sich bereits verändert? Was hat geholfen? Unterstützung bei diesen Elterngesprächen bieten Videoaufnahmen und Video-Feedback.

Zum anderen führen die Mitarbeiterinnen Fallbesprechungen durch bzw. treten mit den beteiligten Kooperationspartnerinnen und -partnern in einen fachlichen Austausch. Inhalte sind: Einbeziehung der veränderten Befindlichkeit der Eltern sowie des Kindes, Austausch über Verhaltens- bzw. Einstellungsänderungen bei den Eltern und Veränderungen im Verhalten des Kindes als Reaktion auf den veränderten elterlichen Umgang. Darüber hinaus wird erörtert, wie die Hilfen angenommen werden und ob es die richtigen Hilfen sind. Im Fachteam können die Mitarbeiterinnen auf videogestützte Supervision zurückgreifen und führen kollegiale Fallbesprechungen durch. Diese gelungene Zusammenarbeit wurde in der Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ Harburg weiterentwickelt und somit die Nachhaltigkeit des Kooperationsprojekts gesichert.

Seit Oktober 2003 wird die Zusammenarbeit auf weitere Kooperationspartner im Stadtteil ausgeweitet. Einzelfallbesprechungen finden nun nicht nur mit der Mütterberatung, sondern auch mit anderen Einrichtungen des Stadtteils statt: regelhaft im Arbeitskreis „Frühe Hilfen Heimfeld“, im Sozialraumteam, mit dem Kinderschutzzentrum Harburg und einzelfallbezogen mit den jeweils beteiligten Einrichtungen.

Ein weiteres innovatives Element des Projekts stellt der Methodeneinsatz dar. Im Rahmen der Arbeit mit Familien wird mit innovativen Methoden gearbeitet, dazu zählt vor allem Video-Feedback. Mithilfe dieser Methode werden den Eltern/Müttern Sequenzen gelungener Gegenseitigkeit, das heißt kurze Augenblicke des gegliückten Kontaktes zwischen Eltern und Kindern heraus-

geschnitten und in der Beratung mit den Eltern betrachtet. Mütter und Väter erleben sich dabei in ihrer Elternkompetenz gestärkt und werden zum eigenen Modell für erfolgreiche Kontakt- und Beziehungsgestaltung zu ihrem Kind. Diese videogestützte Arbeit ist ressourcen- und lösungsorientiert und ermöglicht den Eltern ein Lernen am direkten Erfolgserlebnis.

Das Ziel, die Risikofamilien so früh wie möglich zu erreichen, ist handlungsleitend; dafür entwickelt die Beratungsstelle immer neue Wege und baut neue Partnerschaften auf. Die Kooperationsbeziehungen werden auf weitere Berufsgruppen ausgeweitet. Dazu werden in naher Zukunft zum Beispiel auch die geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser zählen.

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

Ziel der SAE-Angebote ist es, freiwillige, niedrighschwellige, lebens- und adressatenorientierte Zugänge zu Leistungen und Angeboten zu ermöglichen. Partizipation der Betroffenen genießt dabei eine besondere Bedeutung. Angebote sollen schnell zugänglich sein und unbürokratische und im Alltag wirk-same Hilfe anbieten. Ziel ist auch, die Durchlässigkeit zwischen den Leistungs-bereichen der Jugendhilfe untereinander und in angrenzende Verantwortungs-bereiche zu erhöhen, die für die Erziehungsleistungen von Familien und das Aufwachsen junger Menschen von Bedeutung sind (zum Beispiel Kinder-tagesbetreuung, Schule, Gesundheit, soziale Stadtentwicklung, Arbeitsver-waltung [Freie und Hansestadt Hamburg, Globalrichtlinie GR J 12/03]).

Gemäß dieser Richtlinien ist die Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ im Sozial-raum-Team Harburg-Kern Mitglied. Hier treffen sich einmal im Monat alle Akteurinnen und Akteure, die Hilfsangebote für Familien anbieten. Dazu zäh-len unter anderem Kindertagesstätten, allgemeine soziale Dienste, Familien-bildung, Anbieter der Hilfen zur Erziehung, das Kinderschutzzentrum und das Gesundheitsamt. Diese Struktur soll dazu beitragen, unterstützende Angebote für Familien zu organisieren und zu optimieren. Bei Bedarf werden durch zusätzliche Interventionen Angebotslücken geschlossen, wie zum Bei-spiel mit dem Angebot der Erziehungsberatung für Türkisch sprechende Eltern in der kommunalen Erziehungsberatungsstelle.

Sozialräumlich orientiert arbeitet die Beratungsstelle in Heimfeld-Nord und Eißendorf-Ost mit den vor Ort tätigen Sozialraum-Teams. Zudem beteiligt

sich das Team am Arbeitskreis „Frühe Hilfen“. Dieser AK ist ein Zusammenschluss innerhalb des Sozialraums Heimfeld, der – im Gegensatz zum Sozialraum-Team – ausschließlich Familien mit Säuglingen und Kleinkindern als Zielgruppe hat. Mitglieder dieses Arbeitskreises sind die Ärztin und Kinderkrankenschwester der Mütterberatung, Sozialberatung und andere Anbieter der „Frühen Hilfen“ und der „Allgemeine Soziale Dienste“. Ziel dieses Arbeitskreises ist es, Fallbesprechungen durchzuführen und fallunabhängig eine sozialraumorientierte Zusammenarbeit im Bereich „Frühe Hilfen“ zu installieren. Der Austausch ermöglicht den Kooperationspartnern Aufgaben und Zuständigkeiten zu klären, durch Verantwortungsübernahme werden sie entlastet und können sich gegenseitig unterstützen. Die Kontinuität in der Begleitung der Eltern ist gesichert und die Wirksamkeit der einzelnen Angebote wird verbessert.

Neben der verbindlichen Einzelfallhilfe werden auch Fortbildungen für andere Berufsgruppen, die mit den betroffenen Familien in Kontakt stehen (zum Beispiel Erzieherinnen), entwickelt und angeboten. Neben Fortbildungen bietet die Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ Harburg Fachberatungen und Fallsupervisionen für Erzieherinnen im Krippenbereich an.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Die erfolgreiche Kooperation im stadtteil- und zielgruppenbezogenen Netzwerk trägt entscheidend zur Erreichbarkeit der Risikofamilien bei und ermöglicht diesen einen niedrigschwelligen Zugang zu den Angeboten. Die Beratungsstelle genießt sowohl bei den Akteurinnen und Akteuren als auch bei den Familien des Stadtteils einen hohen Bekanntheitsgrad, die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen zeichnet sich durch eine hohe Verbindlichkeit aus: Kooperationspartner aus dem Sozialraum (Kinderärztinnen und -ärzte, ASD, Mütterberatung u. a.) fragen direkt nach, ob die Familie die Beratungsstelle aufgesucht hat, oder kündigen die Familie mit Bitte um Rückmeldung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an.

„Frühe Hilfen“ bietet Beratung und Unterstützung für alle Eltern in Krisen, das heißt, das Projekt ist offen und integrativ angelegt; Menschen, die Hilfe in Anspruch nehmen, werden nicht per se stigmatisiert.

Niedrigschwelligkeit wird auch durch den wertschätzenden und respektvollen Umgang gegenüber den Ratsuchenden hergestellt. Die Mitarbeiterinnen der

Beratungsstelle „Frühe Hilfen“ begegnen den Familien mit einer positiven Haltung und suchen in ihrer Arbeit die Ressourcen der Betroffenen auf. Unterstützend ist dabei der Einsatz des Video-Feedbacks: Hier können Eltern sich in positiven Situationen erleben, ihre vorhandenen Kompetenzen stehen im Mittelpunkt.

Das Team der Beratungsstelle arbeitet nach dem Prinzip „Hilfe und Unterstützung“, das heißt, die Rat suchenden Familien werden mit ihrer Problemsicht, ihrer möglichen Abwehr und Angst ernst genommen. Ziel ist, den Kontakt zu den Eltern zu halten, unabhängig davon in welchem Konflikt sie sich derzeit befinden, um das Leugnen der Problematik abzubauen und die Eigenmotivation der Eltern zu fördern.

Gelingen kann dies den Mitarbeiterinnen, die alle therapeutische Zusatzausbildungen absolviert haben, mithilfe von teaminterner Supervision und Fallbesprechung. Den „Blick über den Tellerrand“ hinaus ermöglicht die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu Themen wie Zugang zu Risikofamilien, Kindeswohlgefährdung u. a.

Die Beratung der Familien findet in einem persönlichen Gespräch statt. Bei Bedarf und mit Einverständnis der Eltern bzw. der Mütter suchen die Mitarbeiterinnen die Familien zu Hause auf. Diese Mischung aus Komm- und Gehstruktur ermöglicht den Professionellen einen Einblick in die Lebenssituation der Familien. Die Hausbesuche werden von den Familien grundsätzlich positiv aufgenommen; sie erkennen die aufsuchende Arbeit als Entlastung und als Unterstützung zur Beschleunigung des Beratungsprozesses an und fühlen sich in ihrer gesamten Lebenssituation wahrgenommen und wertgeschätzt.

Dass den Eltern durch die Inanspruchnahme des Angebots keine Kosten entstehen, erhöht vor allem bei sozial benachteiligten Familien die Erreichbarkeit und damit den Erfolg des Projekts.

## Literatur

Laucht, M. (2001): Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Tagungsvortrag.

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales und Familie, Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung, Globalrichtlinie GR J 12/03, Sozialräumliche Angebotsentwicklung.



**Kontakt**

Monika Fischer

Beratungsstelle Frühe Hilfen Harburg –

für Eltern mit Kindern bis drei

Eißendorfer Pferdeweg 40 a

21075 Hamburg-Harburg

Bundesland: Hamburg

Telefon: 040-79010444

Telefax: 040-79010499

E-Mail: [beratungsstelle-fruehe-hilfen@hamburg.de](mailto:beratungsstelle-fruehe-hilfen@hamburg.de)

## Kinder und Aids

### Gute Praxisbereiche:

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Empowerment –  
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung



### Abstract

Steigende Zahlen von Neuinfektionen in Deutschland zeigen, dass das Thema HIV und Aids nicht an Aktualität verloren hat. Das Robert Koch-Institut verzeichnete im Jahr 2005 in Hamburg im Vergleich zum Vorjahr 30 % mehr Neuinfektionen. Auch wenn der Hauptanteil der neu diagnostizierten Infektionen hauptsächlich bei homosexuellen Männern zu finden ist, ist auch ein deutlicher Anstieg von Neuinfektionen bei heterosexuellen Sexualkontakten zu registrieren. Die stärkste Zunahme ist hier bei Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzregionen, zum Beispiel der Subsahara-Region, zu finden. Der Anteil der Frauen mit einer HIV-Erstdiagnose beträgt ungefähr 20 %.

HIV und Aids sind noch immer mit einem gesellschaftlichen Makel und der Zuweisung von Schuld verbunden. Dies trifft insbesondere Kinder und Jugendliche aus HIV-betroffenen Familien. Auch wenn sie nicht selbst HIV-positiv sind, erleben sie oft durch die Infektion eines Familienmitglieds Diskriminierung, psychische und finanzielle Not.

Das Projekt „Kinder und Aids“ der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e. V. (ajs) wendet sich an Kinder und Jugendliche und ihre Familien aus Hamburg und dem angrenzenden Umland. Es bietet ihnen Unterstützung und Hilfestellung bei der Sicherung ihrer Grundbedürfnisse und soll ihnen die Teilnahme an Angeboten des Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungssystems ermöglichen. Durch Aufklärungs-, Informations- und Beratungsarbeit trägt das Projekt dazu bei, den Zugang zum öffentlichen Hilfesystem für die betroffenen Familien zu erleichtern und die Öffentlichkeit für die Problemlagen der HIV-betroffenen Familien zu sensibilisieren. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kitas oder Schulen werden fortgebildet, Familien werden in einem selbstbestimmten Umgang mit der HIV-Infektion gestärkt.

## Hintergrund

Das Projekt „Kinder und Aids“ der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e. V. entstand aus dem bundesweiten Modellprogramm „Aids und Kinder“. Dieses Modellprogramm verfolgte das Ziel, die medizinische und psychosoziale Betreuung von HIV-betroffenen Familien zu sichern, eine Stigmatisierung und Diskriminierung dieser Familien zu verhindern sowie die gesellschaftliche Integration zu fördern (Laufzeit 1987–1991).

Zu dieser Zeit bestand ein zentraler Schwerpunkt der Arbeit darin, für infizierte und/oder verwaiste Kinder Pflegefamilien zu suchen und die Pflegefamilien mit der HIV-Problematik vertraut zu machen, um eine langfristige Betreuung der Kinder nach dem Tod der Eltern/des Elternteils zu sichern. Im Laufe des Projekts kam es aufgrund der medizinischen Fortschritte im Bereich der antiretroviralen Therapie in der HIV-Problematik zu einer Zielverschiebung: Schwerpunkt der Tätigkeit bildeten nun das Leben mit HIV/Aids und die Unterstützung HIV-betroffener Familien in Hamburg (und Umland) sowie ihre wirtschaftliche, soziale und gesundheitliche Stabilisierung. Die betroffenen Familien sollten in die Lage versetzt werden, ihr Leben auch mit der HIV-Infektion eigenständig bewältigen zu können.

„Kinder und Aids“ ist in Norddeutschland im Aids-Hilfe-Bereich das einzige familienorientierte Projekt. Im Arbeitsbereich „Kinder und Aids“ arbeiten drei Sozialpädagoginnen auf Teilzeitbasis mit jeweils 28,9 Stunden. Die Finanzierung dieser 2,25 Vollzeitstellen wird mithilfe des Amtes für Familie, Jugend und Sozialordnung (1,63 Stellen) sowie durch Spenden gesichert. In der Verwaltung und Kinderbetreuung arbeitet der Bereich zusätzlich mit Honorarkräften.

Im Rahmen der Familienunterstützung wurden im Jahr 2005 60 Familien mit 114 Kindern betreut. Von 114 Kindern waren 14 HIV-exponiert und acht Kinder HIV-positiv. Es werden Kinder aller Altersgruppen betreut, wobei in 2005 die Kinder im Alter bis zehn Jahren den größten Anteil bildeten (über 50%).

Die Hälfte der im Jahr 2005 betreuten Familien war alleinerziehend. Die Verantwortung für das Kind allein zu tragen, belastet die HIV-positiven Elternteile zusätzlich und kann zu einer Überforderung führen; auch lebt ein Großteil dieser Mütter/Väter von Arbeitslosengeld II oder einer Erwerbsunfähigkeitsrente und verfügt über ein Familieneinkommen am Rande des Existenzminimums. Im Vergleich zu Männern haben die HIV-positiven Frau-

en oft fehlende oder schlechtere Berufsausbildungen, eine geringere Rente und geringere Ansprüche an Versicherungsleistungen. Somit ergibt sich eine mehrfache Benachteiligung.

Über die Hälfte der vom Arbeitsbereich „Kinder und Aids“ betreuten Familien sind Familien mit Migrationshintergrund. Die Lebenssituation dieser Familien zeichnet sich meist durch eine Häufung von ungünstigen sozialen Faktoren, wie zum Beispiel schlechte gesundheitliche Verfassung, ungenügendes soziales Umfeld, Armut oder unzureichender Wohnraum, aus. Aufgrund von Vorurteilen, Sprachproblemen oder fehlender gesellschaftlicher Akzeptanz auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt oder bei der Wohnungsvergabe kommt es bei diesen Familien häufig zu Ausgrenzungserfahrungen. Verschärft wird die Situation durch aufenthaltsrechtliche Probleme. Besonders für Migrantinnen und Migranten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus ist eine intensivere Anleitung und Unterstützung zum Beispiel bei der Begleitung zu Behörden oder ins Krankenhaus notwendig. Diese Lebenssituation kann sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken.

Die Konfrontation mit der Diagnose HIV oder die Ungewissheit über eine Infektion des Kindes lösen bei den betroffenen Eltern oft eine Krise aus, die geprägt ist von Angst- und Schuldgefühlen. Viele dieser Familien ziehen sich immer mehr zurück, denn eine HIV-Infektion oder Aids-Erkrankung ist in der Öffentlichkeit oder im Familienkreis meist immer noch tabuisiert. Dem Rückzug folgt ein Wegbrechen sozialer Kontakte, was bis zur totalen Isolation der Familien führen kann. Angebote der Jugend- und Gesundheitshilfe werden aus Angst vor der Offenlegung der Infektion kaum in Anspruch genommen.

Die Tabuisierung prägt auch den Umgang der Familienmitglieder untereinander: Aus Angst, dass ihre Kinder ausgegrenzt oder stark belastet werden, sprechen die Eltern mit den Kindern meist nicht über die Infektion – die Kinder spüren aber, dass es in der Familie ein Problem gibt, über das nicht gesprochen werden darf. Sie entwickeln häufig eigene Erklärungsansätze, in denen sie die Schuld bei sich selbst suchen. Das kann für die Kinder zu einer starken Belastung werden. Sie haben keine Möglichkeit, mit jemanden darüber zu reden und die durch ein Halbwissen entstandenen Ängste zu thematisieren.

Aufgrund der HIV-Infektion kann es zu einer Häufung weiterer Tabuthemen im Familienkreis kommen. Es ist für die betroffenen Familien schwer, einen „richtigen“ Umgang mit Themen wie Sexualität, Krankheit und Tod zu finden.

In der Betreuung ist es notwendig, gemeinsam mit den Eltern einen Weg zu einer konstruktiven und offenen Auseinandersetzung mit dem Thema HIV zu entwickeln und mit Kindern und Eltern einen altersentsprechenden Umgang mit Tabus oder Geheimnissen zu finden. Viele Familien befinden sich schon vor Bekanntwerden der HIV-Infektion in einer Situation von sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung. Häufig sind die Lebensverhältnisse neben den gesundheitlichen Problemen zusätzlich durch niedrigen Bildungsstand, Erwerbslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, Drogenprobleme oder einen ungesicherten Aufenthaltsstatus erschwert. Verstärkt wird diese Situation durch Auswirkungen der HIV-Infektion auf die Gesundheit. Die Einnahme der antiviralen Kombinationstherapie ist häufig mit dem Auftreten von starken Nebenwirkungen verbunden.

## Vorgehen

Der Arbeitsbereich „Kinder und Aids“ ist integriert in die Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V. und bietet HIV- und Aids-betroffenen Familien lebenslagenbezogene Unterstützung. Der Arbeitsbereich wendet sich an HIV-betroffene Familien, an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugend- und Gesundheitshilfe, Privatpersonen und an die Medien.

Schwerpunkte der Arbeit des Arbeitsbereiches „Kinder und Aids“ bilden

1. psychosoziale Betreuung und Begleitung,
2. Gruppenangebote für HIV- und Aids-betroffene Familien sowie
3. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Öffentlichkeitsarbeit.

### **1. Psychosoziale Betreuung und Begleitung**

Angebote der psychosozialen Beratung und Begleitung sind abhängig von den unterschiedlichen Problemlagen der Familien und werden zusammen mit den Eltern entwickelt und umgesetzt. Die Mitarbeiterinnen leisten Beratung bei finanziellen, sozialen und gesundheitlichen Problemen, Schwierigkeiten mit Behörden oder Unterstützung bei Antragstellungen. Bei Bedarf begleiten die Mitarbeiterinnen die Familien zu Ämtern, Arztpraxen oder in Krankenhäuser. In der Familienberatung werden Erziehungs- und Beziehungsfragen sowie Probleme, die mit der HIV-Infektion entstehen, aufgegriffen.

### **2. Gruppenangebote**

Die Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V. bietet den Familien Gruppentreffen, Informationsveranstaltungen zu HIV-spezifischen

Frage- und Problemstellungen an und lädt in regelmäßigen Abständen zu einem Sonntagsbrunch ein. Einmal jährlich wird eine Wochenendfreizeit für Mütter und Kinder organisiert und durchgeführt.

Da viele Familien in ihrer Situation sehr isoliert leben, haben sie bei den Gruppentreffen die Möglichkeit, andere betroffene Familien kennenzulernen, sich über die gemeinsame Lebenssituation auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen. Den Familien wird somit die Möglichkeit gegeben, in einem geschützten Rahmen ihre Isolation zu überwinden.

Von 2003 bis 2005 boten die Mitarbeiterinnen des Arbeitsbereiches „Kinder und Aids“ eine „Geheimnisgruppe“ für betroffene Kinder an. Ziel dieser Gruppe war es, die Kinder mit ihren Problemen zu entlasten. Sie bot den Kindern Möglichkeiten, Probleme durch HIV und Aids im familiären Alltag mit erwachsenen und gleichaltrigen „Eingeweihten“ zu besprechen und Krankheitsängste abzubauen. Dies geschah vor allem durch die Vermittlung von Wissen über Krankheit und Gesundheit. Themen der „Geheimnisgruppe“ waren hauptsächlich Leben mit einem Geheimnis, Umgang mit einem chronisch kranken Familienmitglied und allgemeine Themen zu Krankheit und Gesundheit. Die Kinder waren spürbar erleichtert, dass es andere Kinder in der gleichen Situation gab. Sie genossen es sehr, einen Ort zu haben, wo sie über das Familiengeheimnis sprechen konnten. Im Zuge der Geheimnisgruppe wurden fast alle Kinder über die bestehende HIV-Infektion in der Familie vollständig aufgeklärt.

### **3. Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren und Öffentlichkeitsarbeit**

Durch die Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren und Öffentlichkeitsarbeit soll die allgemeine Lebenssituation der Familien weiter gestärkt und der Zugang zum öffentlichen Hilfesystem verbessert werden. Durch die Arbeit wird eine verstärkte Integration des Themas HIV und Aids zum Beispiel in Kindertageseinrichtungen und Schulen sowie in das allgemeine Jugendhilfesystem und in das Gesundheitswesen angestrebt.

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

Eine HIV-Infektion löst bei den Betroffenen häufig Gefühle von Schuld und Scham aus. Leben diese Familien außerdem noch in materieller Armut, prägen Gefühle des persönlichen Versagens das Familienleben besonders stark. Hier ist von den Mitarbeiterinnen ein achtsamer, professioneller und stigma-

tisierungsfreier Umgang mit den Familien gefordert. Die Mitarbeiterinnen begegnen den Familien mit einer ressourcenstärkenden Haltung und mit Respekt vor ihrer Familienbiografie.

Um den Betroffenen einen niedrigschwelligen Zugang zur Einrichtung zu ermöglichen, verzichtet das Projekt auf den Projekttitel an den Baulichkeiten der Beratungsstelle. „Kinder und Aids“ bleibt als ein Arbeitsbereich der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V. von außen nicht erkennbar. Dies lindert die Schwellenangst, stärkt den Schutzrahmen von Familien, die Angst haben mit der Bezeichnung „Aids“ stigmatisiert zu werden und erleichtert ihnen, den Erstkontakt herzustellen.

Besonders bei Menschen aus afrikanischen Herkunftsländern hat dieser Vertrauensaufbau eine besondere Wichtigkeit, da HIV/Aids in der afrikanischen Community stark geächtet wird. In Afrika wird Aids gleichbedeutend mit dem Tod gesehen. In der Beratung ist ein kultursensibles Vorgehen erforderlich, da das Verständnis von Krankheit und Gesundheit ein anderes ist und das deutsche Gesundheitssystem vielen Migrantinnen und Migranten fremd ist.

Das erste Beratungsgespräch findet in der Regel in den Räumen der Beratungsstelle statt. Jedoch ist es auf Wunsch der betroffenen Familien auch möglich, dass Projektmitarbeiterinnen die Familien in deren Wohnung besuchen (aufsuchende Arbeit). Der Kontakt wird in der Regel über HIV-Schwerpunktpraxen oder Frauenärztinnen und -ärzte bzw. über andere Beratungsstellen oder das Telefonbuch hergestellt. In einem telefonischen Erstkontakt wird ein gemeinsames Treffen vereinbart.

Die Mitarbeiterinnen arbeiten familienorientiert, das heißt, die Unterstützung der Eltern erfolgt immer mit Blick auf die Kinder. Innerhalb der Einrichtung sind die Mitarbeiterinnen zu festen Terminen für Beratungsgespräche erreichbar, diese können jedoch auch flexibel den Bedürfnissen der Ratsuchenden angepasst werden. Alle Beratungsgespräche sind kostenlos. Treten Sprachschwierigkeiten auf, bieten die Mitarbeiterinnen auch die Möglichkeit an, die Beratung auf Englisch oder Französisch durchzuführen. Im Einzelfall werden auch professionelle Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher verpflichtet.

Eine Aufgabe der Projektmitarbeiterinnen ist, die Arzt-Patienten-Compliance (konsequentes Befolgen des ärztlichen Rates) zu fördern: Hier gilt es, das oftmals komplizierte und hochschwellige medizinische Vokabular in eine niedrigschwellige Sprache zu transferieren, um die Betroffenen bei der Umset-

zung ihrer Therapieentscheidungen zu unterstützen. Hilfe und Unterstützung wird dann geleistet, wenn die Familie einen konkreten Bedarf äußert; sie ist verantwortlich für die Kontaktaufnahme und handelt selbstbestimmt. Mit dieser Haltung fördern die Mitarbeiterinnen den Vertrauensaufbau und stärken das eigenverantwortliche Handeln.

Zugangsschwellen werden zum einen durch eine gute Öffentlichkeitsarbeit, zum anderen durch eine gute Vernetzung zu Arztpraxen und Krankenhäusern abgebaut: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsbereiches ist das Angebot bekannt, das Auslegen von Informationsbroschüren erleichtert ihnen, auf die Beratungsstelle hinzuweisen.

Das Projekt „Kinder und Aids“ sucht die Settings auf, in denen die Kinder von betroffenen Familien sich aufhalten: Sie bieten den Einrichtungen wie Kita oder Schule kostenlose Fortbildungen vor Ort an und stellen ihnen die vom Projekt erarbeiteten zielgruppenspezifischen Informationsbroschüren zur Verfügung.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Ein Ziel des Projekts ist es, die betreuten Familien so weit zu stabilisieren, dass sie viele Erfordernisse des alltäglichen Lebens selbstständiger bewältigen können. Dazu gehören u. a. Behördengänge, das Bearbeiten von Antragsformularen oder auch Arztbesuche. Hier wird sukzessive die Eigenständigkeit der Familien gefördert, indem die Mitarbeiterinnen die Familienmitglieder anleiten, beraten und bei Bedarf begleiten. Dies erfolgt in einem individuell angepassten Rahmen bis zum angestrebten Erreichen der Selbstständigkeit.

Empowerment bezieht sich auch auf den Umgang mit der HIV-Infektion bzw. Aids-Erkrankung. Die Mitarbeiterinnen von „Kinder und Aids“ sehen ihre Aufgabe darin, die Familienmitglieder über die Krankheit aufzuklären und sie zu unterstützen, selbstbestimmter und selbstbewusster mit der Erkrankung umzugehen. Die Betroffenen lernen die Therapieempfehlungen besser zu verstehen und erlangen dank der „Übersetzungsleistung“ der Projektmitarbeiterinnen ein Stück Autonomie. Sie werden darin gestärkt, Informationen und Rechte einzufordern.

Das Projekt „Kinder und Aids“ stellt den betroffenen Familien räumliche, logistische und personelle Ressourcen zur Verfügung, die ihnen die Kontakt-



aufnahme, den Austausch und die Vernetzung untereinander erleichtern. Die Familienangehörigen werden darin unterstützt, ihre eigene Handlungsfähigkeit zu verstärken und ihre individuellen Fähigkeiten zu entdecken und weiterzuentwickeln.

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

Das Projekt ist sowohl innerhalb von Hamburg als auch bundesweit mit vielen Projekten im Aids-Bereich sehr gut vernetzt. Auf Landesebene beteiligt sich das Projekt an der „Landesarbeitsgemeinschaft Aids“ und dem „Hamburger Arbeitskreis Aids“; des Weiteren sind die Mitarbeiterinnen Mitglied im „AK HIV-positive Frauen“ und unterstützen dort insbesondere die Belange von HIV-positiven Müttern.

Das Aids-Hilfesystem in Hamburg zeichnet sich durch seine flexible Arbeitsstruktur aus. Die gute Kooperation der einzelnen Arbeiter ermöglicht eine zielgruppen- und bedarfsgerechte Versorgung. HIV-Infizierte oder Aids-Erkrankte werden gezielt an Projekte weitergeleitet, Fachkräfte aus dem Gesundheits-, Bildungs- oder Sozialbereich erfahren ebenso Unterstützung und Hilfe. Eine gute Zusammenarbeit zwischen „Kinder und Aids“ und der jeweiligen ärztlichen Praxis erhöht die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten zur aktiven Mitwirkung an den vom Arzt bzw. von der Ärztin vorgeschlagenen Maßnahmen; sie wirkt entlastend für beide beteiligten Gruppen. Die Mitarbeiterinnen können mit ihren Kenntnissen insbesondere eine Begleitung im Krankheitsprozess gewährleisten. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Betreuung von HIV-positiven Schwangeren durch den Arbeitsbereich.

Im Rahmen der Kooperationsbeziehungen werden Ziele und Maßnahmen hinterfragt, auf die Wirksamkeit überprüft und gemeinsam weiterentwickelt. So wurde zum Beispiel aus den Arztpraxen ein Anstieg von HIV-positiven Jugendlichen berichtet. In der Folge wurde ein für Jugendliche ansprechendes Beratungsangebot innerhalb des Projekts entwickelt.

Auf Bundesebene ist das Projekt über die Bundesarbeitsgemeinschaft „Kinder im Umfeld von HIV und Aids“ vernetzt. Hier finden in regelmäßigen Abständen Treffen zum Informations- und Erfahrungsaustausch statt. Planungen und auch Veränderungen im Bereich Aidshilfe sowie gemeinsame Projekte und Veranstaltungen werden hier bundesweit organisiert und diskutiert.

## **Kontakt**

Ute Senftleben, Patricia Barth, Tanji Sthamer  
Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e. V.  
Hellkamp 68  
20255 Hamburg  
Bundesland: Hamburg  
Telefon: 040-410980-62  
Telefax: 040-410980-92  
E-Mail: [kinder@ajs-hh.de](mailto:kinder@ajs-hh.de)  
Website: [www.hamburg.jugendschutz.de](http://www.hamburg.jugendschutz.de)

## **Präventionsprogramm Lenzgesund**

### **Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Settingansatz – Dokumentation und Evaluation – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

#### **Abstract**

Kinder und Jugendliche, die in sozial benachteiligten Quartieren aufwachsen, haben signifikant geringere Chancen gesund zu sein bzw. dies zu bleiben oder zu werden. Die nachhaltige Verbesserung der Entwicklungschancen von kleinen Kindern steht daher im Mittelpunkt des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ für das sozial benachteiligte Quartier „Lenzsiedlung“ in Hamburg-Eimsbüttel. Gemeinsam mit anderen Partnern vor Ort hat das Gesundheitsamt Eimsbüttel dieses Programm vorbereitet sowie im Rahmen des „runden Tisches“ und mit Kooperationspartnern weiterentwickelt und umgesetzt.

Das Präventionsprogramm „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ fördert den Zugang zur Gesundheitsversorgung, stärkt das Gesundheitsbewusstsein der Bewohnerinnen und Bewohner sowie vernetzt und qualifiziert die Anbieter von medizinischen und sozialen Dienstleistungen. Für die Handlungsbereiche Geburtsvorbereitung, Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr, Impfen, „Frühe Hilfen“/Frühförderung und in den Feldern Zahngesundheit, Ernährung, Bewegung, gesundheitliche Handlungskompetenz werden Maßnahmen angeboten und langfristig Strukturen aufgebaut, die einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheits- und Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern im Quartier leisten.

#### **Hintergrund**

Das Präventionsprogramm „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ wird in der Lenzsiedlung,

einem sozial benachteiligten Wohnviertel des Bezirks Hamburg-Eimsbüttel, angeboten. Dieser gehört in Hamburg zu den ca. 25 Gebieten der sozialen Stadtteilentwicklung. In der Lenzsiedlung leben rund 3 000 Menschen (400 Einwohnerinnen und Einwohner pro Hektar) aus etwa 40 unterschiedlichen Nationen.

Der Stadtteil Eimsbüttel wurde im letzten Gesundheitsbericht als Stadtteil mit mittlerer sozialer Lage identifiziert (Stadtdiagnose 2, April 2001). Die Soziallage der Lenzsiedlung ist dagegen als eher schlecht einzustufen. Die Bevölkerung setzt sich aus einem besonders hohen Anteil an Kindern, Migrantinnen und Migranten, Alleinerziehenden, Arbeitslosen und Beziehern von Hilfen zum Lebensunterhalt zusammen (Stand 2001). Nicht wenige Familien leben hier in der dritten Generation von Sozialhilfe.

Die Lenzsiedlung ist ein sehr junger Bezirk. Pro Jahr werden ca. 40 Kinder geboren, sodass ca. 30% der Bevölkerung dort Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort berichten in ihren Beobachtungen von ungünstigen familiären Bedingungen. Frühe Elternschaft ist häufig, das Stillverhalten der Mütter ist vergleichsweise wenig ausgeprägt; zudem liegt eine hohe Belastung der Kinder durch Passivrauchen vor. Gewalt in den Familien, häufig in Verbindung mit Alkoholproblemen der Eltern, stellt ein großes Problem dar. Kinder erfahren oftmals wenig Zuwendung und verbringen einen großen Teil ihrer Freizeit vor dem Fernseher.

Angebote aus dem Bereich der gynäkologischen und kinderärztlichen Vorsorge sowie andere Unterstützungsangebote werden nur gering genutzt. Auffällig ist auch, dass bei Mädchen und jungen Frauen nur ein geringes Wissen über Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft und kindliche Entwicklungsabläufe vorhanden ist.

## Vorgehen

Das Präventionsprogramm „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ ist ein langfristig angelegtes, sozialräumlich orientiertes Programm und wurde vom Gesundheits- und Umweltamt des Bezirks Hamburg-Eimsbüttel initiiert. Es ist auf eine Laufzeit von sieben bis zehn Jahren angelegt.

Das Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel hat ab Sommer 2001 eine Reihe von Angeboten zur gesundheitlichen Prävention und Beratung sowie zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung angeboten, mit dem Ziel, die Bewohnerschaft für das Thema Gesundheit stärker zu sensibilisieren. Dazu gehörten unter anderem eine Veranstaltungsreihe „Gesundheitsgespräche für Frauen von Frauen“, der Einsatz einer Familienhebamme, die Initiierung eines Gymnastikangebots für Frauen, verschiedene Aktivitäten wie ein Gesundheitsquiz bei Quartiersfesten und die Durchführung eines Impfprojekts im Rahmen der „Nationalen Impfwoche“ 2003.

Um die Akzeptanz und die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu erhöhen, wurden die Angebote in bestehende Strukturen im Quartier integriert. So wurden zum Beispiel, um verstärkt sozial benachteiligte deutsche Frauen zu erreichen, Veranstaltungen im Mittwochscafé, einem von deutschen Frauen besuchten Treff, angeboten. Es zeigte sich, dass die Angebote umso intensiver genutzt wurden, je mehr sie am praktischen Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert waren. Es wurden daher Informationsveranstaltungen mit praktischen, ortsnahen Folgeangeboten kombiniert.

So war es zum Beispiel möglich, das Impfprojekt durch eine Informationsveranstaltung und Impftage vor Ort mit 63 geimpften Personen und einer Vielzahl von Folgeimpfungen zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen. Als Referentinnen für die Gesundheitsgespräche für Frauen von Frauen konnten Gesundheitsdienstleisterinnen, die im Nahbereich des Wohnviertels tätig sind, gewonnen werden. Dass Expertinnen mit einer erkennbaren Qualifikation in das Wohnviertel kamen, motivierte die Teilnehmerinnen zusätzlich.

Die Erfahrungen aus diesen Angeboten haben den Impuls für die Konzeption des Präventionsprogramms „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ gegeben.

2003 konstituierte sich auf Initiative des Gesundheitsamts Hamburg-Eimsbüttel ein „runder Tisch“, der sich die Aufgabe stellte, alle bereits vorhandenen Aktivitäten der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung zu koordinieren und neue Projekte zu initiieren. Mitglieder des „runden Tisches“ waren neben dem Gesundheitsamt Eimsbüttel alle bisher in der Lenzsiedlung tätigen Akteurinnen und Akteure, wie zum Beispiel der Verein Lenzsiedlung e. V., das Stadtteilbüro der Lawaetz-Stiftung sowie regionale und überregionale Einrichtungen aus dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereich.

Im Rahmen des „runden Tisches“ wurden Arbeitsgruppen gebildet, die neue Projektideen konzipieren und Umsetzungsstrategien entwickeln. Als mögliche Handlungsbereiche wurden folgende Tätigkeitsschwerpunkte festgelegt:

- Sexualität und Geburtsvorbereitung,
- Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr,
- Impfungen,
- „Frühe Hilfen“/Frühförderung,
- Zahngesundheit,
- Ernährung,
- Bewegung,
- Gesundheitliche Handlungskompetenz.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Sozial benachteiligte Stadtteile sind Orte, an denen verstärkt gesundheitliche Ungleichheit anzutreffen ist. Kindern und Jugendlichen in diesem Sozialraum ist der Zugang zu medizinischer Versorgung und Präventionsmaßnahmen erschwert.

Das Programm „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ ist daher speziell für das sozial benachteiligte Wohnviertel Lenzsiedlung konzipiert. Es erschließt durch Maßnahmen der Strukturbildung, sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen und deren Eltern Wege zu zeigen, um ihre gesundheitliche Versorgung langfristig zu verbessern. Auch wurden durch Bildung neuer und Vernetzung vorhandener Strukturen/Maßnahmen im Sozialraum Lenzsiedlung Möglichkeiten geschaffen, die Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen zu verbessern, ein umfassendes Gesundheitsverständnis zu entwickeln und dies langfristig zu festigen.

Eine Familienhebamme im Stadtteil bietet werdenden Müttern vor Ort Beratung und Begleitung an. Diese Hilfestellung erfolgt vor und nach der Geburt sowie im ersten Lebensjahr des Kindes. Zudem wird jede Familie nach der Geburt eines Kindes von der Hebamme in ihrer Häuslichkeit aufgesucht und gegebenenfalls individuell unterstützt. Der Mütter- und Krabbeltreff im Bürgerhaus Lenzsiedlung wurde zur Unterstützung der Mütterberatung eingerichtet. Er bietet Entlastung für die Eltern, Kontakt zu gleichaltrigen Kindern und ihren Eltern, vor allem den Müttern, sowie Beratung in Fragen der Kinderbetreuung. Erzieher und Erzieherinnen haben die Möglichkeit, Eltern auf Aspekte der Kindergesundheit anzusprechen oder Kontakt zur Mütterbera-

tung herzustellen. Das Bürgerhaus bietet durch die Organisation von Veranstaltungen wie zum Beispiel „Schwanger mit 16“ die Gelegenheit, gesundheitspräventive Themen niedrigschwellig und zielgruppenorientiert zu vermitteln.

Ein weiterer Schwerpunkt des Programms ist die Förderung der Beteiligung und Kommunikation der Bewohnerinnen und Bewohner. Ziel ist es, durch Kleinprojekte eine Vermittlung von gesundheitsrelevanten Themen mit gemeinsamen Aktivitäten zu verbinden. Mit zielgruppenorientierten Angeboten werden Gruppen angesprochen, die Gesundheitsbildungsangeboten bisher fern geblieben sind. So wurde speziell für Väter und deren Kinder – parallel zum zweimal jährlich stattfindenden Frauenfest – ein Bewegungsangebot in Form eines Ausflugs konzipiert. Hier wurde versucht, die sonst schwer zugängliche Gruppe der sozial benachteiligten Väter zu erreichen. 2005 wurden in den jährlich organisierten Jugendurlaub für 20 Besucher des Jugendhauses erstmals unter dem Motto „Gesund & Aktiv“ die Themen Bewegung und Ernährung integriert. Hierzu hat der Verein Lenzsiedlung e.V. ein Konzept erarbeitet.

### ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

Das Präventionsprogramm „Lenzgesund“ des Gesundheitsamts Hamburg-Eimsbüttel und seiner Kooperationspartner ist praktischer Bestandteil eines Forschungsprojekts der Hamburger Universität.

Im Rahmen des Verbundprojekts „Strukturbildung (Capacity Building) für Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Eltern in einem benachteiligten Quartier“ erfolgt die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Projekts „Lenzgesund“ durch das Institut für Medizin-Soziologie der Hamburger Universität.

Hauptschwerpunkte des Projekts sind die Entwicklung eines Handlungskonzepts für geschlechtersensible Prävention und Gesundheitsförderung in einem sozial benachteiligten Stadtteil und die Entwicklung eines Evaluationsinstruments für präventionsbezogene Strukturbildung.

Ziel dieses Forschungsprojekts ist es zunächst, eine Quartiersdiagnose zur gesundheitlichen Situation im Stadtteil zu erstellen und Strukturen und Kapazitäten für gesundheitsfördernde Maßnahmen aufzuzeigen. In weiteren

Schritten soll im Rahmen des Forschungsprojekts das Präventionsprogramm „Lenzgesund“ auf seine Wirksamkeit evaluiert und die Entwicklung nachhaltiger Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier beobachtet und beschrieben werden.

Das begleitende Forschungsprojekt zur „Capacity Building“ ist auf drei Jahre angelegt und gliedert sich in drei Bereiche:

1. „*Diagnosephase*“ mit einer Analyse der besonderen Charakteristika des Sozialraums Lenzsiedlung und einem Vergleich mit der Gesamtstruktur Hamburgs, einer Beschreibung der Gesundheitssituation und abschließender „Quartiersdiagnose“ mit Verabschiedung eines Handlungskonzepts.
2. „*Umsetzungsphase*“ mit Analysen und Vergleichen von Referenzdaten aus Statistiken (zum Beispiel Landes-GBE „Stadtdiagnose 2“) und einer Evaluation der möglichen Zugangswege zum Lenzviertel in enger Anbindung an die Aktivitäten der Praxispartner.
3. „*Stabilisierung und Zwischenbilanz*“ mit der Messung der Strukturbildung und einem Zwischenbericht über Chancen und Grenzen quantitativer Evaluation durch kleinräumige Gesundheitsberichterstattung.

Im September 2005 wurde die Projektarbeit aufgenommen. Ende 2006 wurde der erste Arbeitsschritt mit der Vorlage der Quartiersdiagnose „Gesundheit in der Lenzsiedlung“ abgeschlossen.

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

Um die unterschiedlichen Ressourcen der einzelnen Akteure im Präventionsprogramm „Lenzgesund“ optimal nutzen zu können, hat sich auf Initiative des Gesundheitsamtes Hamburg-Eimsbüttel ein „runder Tisch“ konstituiert.

Grundgedanke der Vernetzungsarbeit des „runden Tisches“ ist es, die Maßnahmen der einzelnen Akteure sinnvoll abzustimmen sowie eine bessere Zusammenarbeit zwischen den im Wohngebiet und seinem Umfeld agierenden Institutionen zu ermöglichen. Die Mitglieder des „runden Tisches“ tragen mit ihren Erfahrungen aus den unterschiedlichsten Bereichen zu den Diskussions- und Entscheidungsprozessen bei.

Mitglieder des „runden Tisches“ sind, neben dem Gesundheitsamt des Bezirks, der Verein Lenzsiedlung e. V., das Quartiersmanagement Lenzsiedlung



der Lawaetz-Stiftung, das Beratungszentrum Sehen, Hören, Bewegen, Sprechen, die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., der Eimsbüttler Sportverein Grün-Weiß, das Mütterzentrum Eimsbüttel, die ortsnahen Bildungseinrichtungen sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Fachbereichen. Die Vielfalt der vertretenden Professionalitäten zeigt die hohe Bereitschaft, Gesundheitsprävention im Setting „Lenzsiedlung“ zu verankern.

In der Arbeit des „runden Tisches“ bildeten sich folgende themenzentrierte Arbeitsgruppen:

- Frühe Hilfen/Frühförderung,
- Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr,
- Ernährung,
- Bewegung.

Ziel der themenzentrierten Arbeitsgruppen ist es, zu den einzelnen Handlungsfeldern Projektideen zu entwickeln, daran orientierte Zielvorstellungen zu formulieren und die Voraussetzung für deren Realisierung zu beschreiben.

### **Kontakt**

Christian Lorentz

Bezirksamt Eimsbüttel, Gesundheits- und Umweltamt

Grindelberg 62–66

20139 Hamburg

Bundesland: Hamburg

Telefon: 040-43096730

Telefax: 040-43096720

E-Mail: christian.lorentz@eimsbuettel.hamburg.de

# Trampolinspringen für Kinder und Jugendliche

## Gute Praxisbereiche:

Innovation und Nachhaltigkeit – Empowerment – Multiplikatorenkonzept

## Abstract

Kinder und Jugendliche in Deutschland leiden verstärkt unter Bewegungsmangel und daraus resultierenden Folgeerscheinungen wie Übergewicht und motorischen Entwicklungsauffälligkeiten. Dies gilt im besonderen Maße für Kinder aus sozial benachteiligten Familien (vgl. KIGGS 2007). Das Trampolinprojekt der Luruper Frauenoase e.V. zielt daher darauf ab, Bewegungsmangel von Kindern und Jugendlichen im sozial benachteiligten Hamburger Stadtteil Lurup entgegenzuwirken.

Die Luruper Frauenoase e. V. ist ein gemeinnütziger Verein sowie Kinder- und Jugendhilfeträger und initiiert und unterstützt gesundheitsförderliche Projekte im Stadtteil Lurup. Mit dem Trampolinprojekt verfolgt die Luruper Frauenoase das Ziel, sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen höhere körperliche und geistige Entwicklungschancen zu ermöglichen. Hierzu greift man zu einem besonderen Medium aus dem Bereich der Psychomotorik: dem Trampolin. Das Trampolin als Gerät der Psychomotorik schult die Beweglichkeit, stärkt Herz und Kreislauf, fördert das Selbstbewusstsein, erhöht die soziale Kompetenz und stärkt die Konzentrationsfähigkeit. Die Frauenoase ermöglicht allen Kindern des Stadtteils, gegen ein geringes Entgelt an einem wöchentlichen Trampolinkurs unter professioneller Leitung teilzunehmen und fördert so die Gesundheit der Kinder.

## Hintergrund

Lurup liegt im Bezirk Altona im Nordwesten Hamburgs an der Grenze zu Schleswig-Holstein und umfasst ein Gebiet von 6,4 km<sup>2</sup>. 2004 wohnten dort 33 252 Menschen. Im Vergleich zum Bezirk Altona und der Gesamtstadt Hamburg ist die Bevölkerungsdichte überdurchschnittlich hoch. Lurup ist ein stetig wachsender Stadtteil. Die positive Bevölkerungsentwicklung ist über-



wiegend auf ein positives Migrationssaldo zurückzuführen. Der Anteil von Arbeitslosen liegt in Lurup mit 8,5% über dem Hamburger Durchschnitt (6,9%) (Statistikamt Nord 2005). Der Stadtteil wurde im zweiten Hamburger Gesundheitsbericht als ein „Stadtteil mit schlechter sozialer Lage“ eingestuft (Stadt diagnose 2: 2001). Lurup weist jedoch eine sehr heterogene Wohn- und Sozialstruktur auf. Die räumlich getrennten Gebiete Flüsseviertel und Lüdersring/Lüttkamp gelten als soziale Brennpunkte. Auch sie unterscheiden sich allerdings noch stark in ihrer Struktur. Während die Gebäude im Lüdersring und Lüttkamp bis zu zehn bis 13 Geschosse hoch sind, bietet das Flüsseviertel

Sozialwohnungen in Leichtbauweise im Grünen, die von Schrebergärten umgeben sind. In beiden Quartieren wohnen besonders viele Jugendliche unter 18 Jahren (19,9% zu 15,9% in Hamburg). Jeder vierte Haushalt mit Kindern wird von einer Alleinerziehenden geführt. Kleinräumige Untersuchungen des Deutschen Instituts für Urbanistik (Difu) zeigen, dass der Anteil der Arbeitslosen in diesen beiden Quartieren fast doppelt so hoch wie im Hamburger Durchschnitt ist. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung ist im Lüdersring/Lüttkamp mit 33% sehr hoch. Im Flüsseviertel entspricht er hingegen dem Hamburger Durchschnitt (14,9%). Daneben gibt es im Stadtteil Lurup aber auch Einfamilienhaussiedlungen, in denen der Anteil der Arbeitslosen unter dem Hamburger Durchschnitt liegt.

Bei den Schuleingangsuntersuchungen zeigen sich für Lurup im gesamtstädtischen Vergleich deutlich schlechtere Ergebnisse im Hinblick auf Übergewicht und motorischem Entwicklungsauffälligkeiten: in Lurup leiden 16,8% der 2004/2005 untersuchten Jungen an Übergewicht, gesamtstädtisch sind es 12,1%. Entwicklungsauffälligkeiten in der Motorik wurden in Lurup bei 29,9% der Kinder festgestellt, der Vergleichswert für Hamburg beträgt 10,4%.

Lurup verfügt über ausgezeichnete Vernetzungsstrukturen und ein hohes Maß an aktiver Bürgerbeteiligung. Zentrale Anlaufstelle für die Bürgerinnen und Bürger ist das Stadtteilhaus Lurup, das vom Luruper Forum (Stadtteilbeirat) und von verschiedenen Gruppen, Vereinen und Initiativen für Aktivitäten, Angebote und Projekte genutzt wird. Im Luruper Forum kann sich jede Bürgerin bzw. jeder Bürger informieren, Ideen einbringen und auch über die Verteilung von projektbezogenen Geldern eines Stadtteilbudgets mitbestimmen. Diese Vernetzungs- und Beteiligungsstrukturen wirken sich positiv auf die Zusammenarbeit der Stadtteilakteure und auf die Akzeptanz der Stadtteilarbeit bei der Bevölkerung aus.

Die Luruper Frauenoase e.V. wurde von Frauen für Frauen in Lurup im Februar 2001 gegründet. Zentrales Vereinsziel ist die Gesundheitsförderung von Frauen, Müttern und ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderungsdefinition aus der Ottawa-Charta der WHO von 1986. Die Luruper Frauenoase wird getragen durch das ehrenamtliche Engagement von Frauen, die zum Teil selbst in Lurup wohnen. Darüber hinaus arbeiten einige Mitglieder der Luruper Frauenoase e.V. im Rahmen der sozialen Stadtteilentwicklung ehrenamtlich an weiteren Projekten mit.

Die Luruper Frauenoase e.V. sieht Psychomotorik und im speziellen das Trampolinspringen als einen besonders unterstützungswerten Ansatz in der Gesundheitsförderung an. Bewegungsmangel ist bei Kindern und Jugendlichen oft die Ursache für Übergewicht, mangelnde Koordination und soziale Isolation. Der 2007 erschienene Gesundheitsbericht („Hamburger Kinder in Bewegung“, BSG 2007) zeigt zwar einen hohen Anteil von täglich aktiven Kindern, die aus Spaß an der Bewegung und dem Wunsch fit zu sein, sich sportlich regelmäßig betätigen. In ressourcenschwächeren Stadtteilen wie Lurup bewegen sich sowohl die Jungen und Mädchen als auch deren Eltern aber deutlich weniger, sodass Maßnahmen der Förderung in diesen Stadtteilen verstärkt angeboten werden sollten. Psychomotorik spielt im Gesundheitsförderungskonzept von Lurup daher traditionell eine große Rolle und ist dort fest verankert.

Das Trampolinprojekt ist ein klassisches Projekt zur Gesundheitsförderung mit dem Ziel, Stärken zu entdecken und Ressourcen zu fördern. So wirkt sich Trampolinspringen auf mehreren Ebenen positiv auf Körper und Geist der Kinder und Jugendlichen aus. Es stärkt den Kreislauf, die Muskelspannung und -kraft, regt den Stoffwechsel an und fördert die Verdauungstätigkeit. Die Hautsensibilität wird gesteigert, das Körpergefühl, der Gleichgewichtssinn

und das Tiefenempfinden werden erhöht. Auch auf der Gefühlsebene kommt es zu positiven Effekten. So können Angst- und Spannungszustände sowie Aggressionen abgebaut werden. Es entsteht Raum für Lust, Freude, Stolz und Neugier. Diese Effekte fördern ein positives Selbstbild und ein gesundes Selbstwertgefühl. Trampolinspringen leistet einen Beitrag zur Förderung sozialer Kompetenz und sozialen Lernens. Die Fähigkeit zu Kooperation, Kommunikation, Rücksichtnahme, Helfen und Verantwortungsübernahme wird geschult (vgl. Möller 1999). Der positive Einfluss von gezielten Bewegungsübungen auf Psyche und Physis von Kindern und Jugendlichen konnte bereits in Studien Ende der 1950er-Jahre vom Psychiater (und „Vater“ der Psychomotorik) Ernst. J. Kipphard nachgewiesen werden.

## Vorgehen

Teile Lurups, darunter auch Lüdersring/Lüttkamp und das Flüsseviertel, waren von 1999 bis 2006 Programmgebiet im Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“. Ebenfalls bis Ende 2006 lief die Förderung durch das seit 1990 unterstützende Hamburger Landesprogramm „Aktive Stadtteilentwicklung“. Nach Auslaufen dieser beiden Programme werden – allerdings in geringerem Umfang – (Gesundheitsförderungs-)Projekte aus Geldern eines Stadtteilbudgets des Landesprogramms „Aktive Stadtteilentwicklung“ weiterfinanziert. Während der Programmlaufzeiten wurde u. a. die Stadtteilzeitung „Lurup im Blick“ initiiert. Monatlich informiert die Stadtteilzeitung über Projekte und Fördermöglichkeiten der „Aktiven Stadtteilentwicklung“, über die Arbeit des Luruper Forums und lädt ein, sich an der Entwicklung Lurups zu beteiligen. „Lurup im Blick“ ist offizielles Protokoll und Einladung für die Sitzungen des Luruper Forums. Außerdem informiert „Lurup im Blick“ über soziale und kulturelle Angebote, über Ideen und Probleme im Stadtteil, über Initiativen, Vereine, Einrichtungen und Institutionen.

In der Modellphase (Juni bis September 2005) wurde das Trampolinprojekt zum Teil aus Bundes- und Landesmitteln der „Sozialen Stadt“ über den Stadtteilbeirat Luruper Forum finanziert. Weitere Geldgeber waren die „Aktion Mensch“ und einige private Investoren. Das Projekt wurde auf dem Stadtteil-Straßenfest den Bewohnerinnen und Bewohnern vorgestellt. Jungen und Mädchen hatten die Möglichkeit zum Probespringen und konnten sich für die „Trampolinkurs-Gewinn-Verlosung“ registrieren lassen. 110 Kinder nahmen an der Verlosung teil. 20 Luruper Kinder aus den Gebieten der sozialen Stadt-

teilentwicklung konnten mit weiteren 20 Kindern aus dem angrenzenden Stadtteil Eidelstedt an der kostenlosen Trampolinintensivschulung teilnehmen. Im Laufe der viermonatigen Modellzeit nahmen über 360 Kinder am Trampolinprojekt teil.

Nach dem Ende der Modellfinanzierung entwickelte die Luruper Frauenoase e. V. ein Konzept zur Weiterführung des Projekts. In einem ersten Schritt wurden Kooperationspartner gesucht, die eine Weiterführung des Trampolinangebots finanziell unterstützen. Im Sportverein SV Eidelstedt (SVE) fand man einen zuverlässigen Kooperationspartner, der zusammen mit der Schule Furtweg eine Turnhalle zur Verfügung stellte. Hier konnten ohne Probleme die verwendeten großen Trampoline aufgebaut werden. Der Unterricht findet nun wöchentlich immer mittwochs und donnerstags statt, eine Trainingseinheit dauert ein bis drei Stunden. Finanziert wird das Projekt jetzt über ein geringes Entgelt, das die Kinder als Mitgliedsgebühr an den SV Eidelstedt zahlen. Um die Kinder selbst ausbilden zu können, ließen sich fünf Mitarbeiterinnen der Luruper Frauenoase e.V. in Kooperation mit dem Verein P.E.S.I.R. (Psychosoziale Entwicklung, soziale Integration und Rehabilitation e. V.) zu Trampolintrainerinnen weiterbilden. So fungiert ein Mitglied der Luruper Frauenoase e. V. nun als Multiplikatorin in anderen Einrichtungen Lurups wie zum Beispiel in Kitas. Über den Luruper Sportverein werden an den Schulen „Luruper Hauptstraße“ und „Langbargheide“ Psychomotorikkurse angeboten, aus denen die Kinder auch an die Trampolinkurse weitervermittelt werden können. Erfahrenes Trainingspersonal gewährleistet ein höchstes Maß an Effizienz der Trampolinunterrichtseinheiten und einen größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen für die Zielgruppe.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

In der Datenbank der Gesundheitsprojekte unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) ist das Trampolinspringen als gesundheitsförderliche Maßnahme nur durch das Trampolinprojekt der Luruper Frauenoase e. V. vertreten.

Der besondere innovative Charakter des Trampolinprojekts liegt darin, dass bei den Unterrichtseinheiten der psychomotorische Ansatz im Vordergrund steht. Die Ausbildung durch den Verein P.E.S.I.R. zur Trampolintrainerin konzentriert sich auf die positiven psychomotorischen Effekte und nicht auf das Springen von Figuren oder das ausschließliche Erreichen einer guten Kondi-

tion, die ansonsten bei der Sportart Trampolin und im Wettkampf im Mittelpunkt steht.

Das Trampolinprojekt wird stadtteilorientiert in Lurup angeboten. Zu Beginn der Modellphase fand eine große Trampolinveranstaltung in einer Luruper Einkaufspassage statt, die den Bekanntheitsgrad des Projekts stark erhöhte. Zudem wissen Lehrer und Lehrerinnen an den Luruper Schulen um das Angebot und ermuntern die Kinder daran teilzunehmen. Somit ist ein niedrigschwelliger Zugang zu dem Projekt gewährleistet.

Trampolinspringen bereitet den Kindern große Freude, da es ein sehr innovatives, spannendes, attraktives und spektakuläres Turngerät ist und Gesundheitsförderung auf mehreren Ebenen leistet. Es trägt „spielerisch“ zur Steigerung von motorischen, sozialen und emotionalen Kompetenzen bei. Der Aufbau der verwendeten großen Trampoline beansprucht im Verhältnis zu anderen Psychomotoriklandschaften wenig Zeit und Personal. So kann mit verhältnismäßig wenig Aufwand ein großer positiver Effekt bei Kindern erzielt werden. Aggressionen werden abgebaut, das direkte Erleben von Erfolgserlebnissen steigert das Selbstwertgefühl. Die Motorik und das Koordinationsgefühl werden verbessert.

Nach dem Ende der Pilotphase hat die Luruper Frauenoase e.V. den Weiterbestand des Angebots durch Fortbildungen von Mitgliedern gesichert. Jetzt wird der Trampolinunterricht zweimal pro Woche in Kooperation mit dem Sportverein Eidelstedt für Anfänger und für Fortgeschrittene von geschultem Personal in der Turnhalle des SV Eidelstedt angeboten. Die Weiterführung des Projekts ist gesichert. Finanziert wird der Unterricht durch einen geringen Mitgliedsbeitrag, den die Teilnehmenden zu leisten haben. Ziel der Luruper Frauenoase e.V. ist es, langfristig eine fest installierte Sprunganlage in Lurup zu realisieren. Hierzu liegt schon eine Baugenehmigung für den zentral gelegenen Eckhoffplatz vor. Parallel ist es sinnvoll, mehr Kooperationen und Koordinationsarbeit mit den Luruper Ganztagschulen aufzunehmen, um dann dort auch im Nachmittagsbereich den Schülerinnen und Schülern einen schulischen Wahlfachbereich für das Trampolinspringen anbieten zu können.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Trampolinspringen steigert das Selbstwertgefühl und die Erlebnisfähigkeit der Kinder und fördert ein positives Selbstbild. Durch eine positive Körper-

wahrnehmung entsteht ein größeres seelisches Wohlbefinden. Dadurch erlangen die Kinder eine höhere Lebenskompetenz. Vor allem Kinder mit gestörter Körperwahrnehmung lernen, ihren Körper besser zu beherrschen und zu koordinieren. Sie spüren, dass sie sich besser bewegen können und erhalten positive Rückmeldung von Außenstehenden wie zum Beispiel Lehrerinnen bzw. Lehrer oder Eltern. Kindern ist es möglich, auf dem Trampolin Aggressionen auf konstruktive Weise abzubauen. Trampolinspringen ist besonders geeignet, um personale Ressourcen von Kindern zu fördern und zu entdecken. Schon nach wenigen Übungsstunden werden die Kinder kreativ. Sie trauen sich immer mehr zu und sind in der Lage, selbstständig neue Spielformen auf dem Trampolin zu erkunden. Trampolinspringen befähigt im erheblichen Maße zur Steigerung der sozialen Kompetenz. Die Kinder lernen, dass bestimmte Übungen mit mehreren Kindern nur gemeinsam durch Kooperation, Kommunikation und vor allem Rücksichtnahme bewältigt werden können. Diese erworbene soziale Kompetenz wird häufig in andere Lebenswelten transferiert. So werden Grundschulkindern von Lehrkräften der Luruper Schulen im Unterricht als ruhiger und aufmerksamer wahrgenommen. Auch im Bereich der Physik und Mathematik machen Kinder beim Trampolinspringen grundlegende Erfahrungen. Sie internalisieren Gesetzmäßigkeiten wie zum Beispiel „Einfallswinkel = Ausfallswinkel“ auf spielerische Art und sammeln so wertvolles intuitives Vorwissen für kommenden Unterrichtsstoff. Somit wird allgemeines und spezielles Lernen durch das Trampolinspringen gefördert. Die Unterrichtseinheiten finden in der Sporthalle der Grundschule Furtweg auf fünf Großtrampolinen statt. Großtrampoline sind besonders geeignet, um in Gruppen darauf zu springen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Im Rahmen des Modellprojekts unter Schirmherrschaft der Luruper Frauenoase e. V. haben sich drei Mitglieder der Luruper Frauenoase in einer ein- und einhalbjährigen Ausbildung zu Psychomotoriktrainerinnen und anschließend sechs Mitarbeiterinnen zu Trampolintrainerinnen weiterbilden lassen. Dies geschah auf eigene Initiative und wurde selbst finanziert.

Auf diese Weise konnte sichergestellt werden, dass die große Anzahl an Kindern während der Modellphase professionell betreut werden konnte. Die Ausbildung erfolgte durch den Verein P.E.S.I.R. (Psychosoziale Entwicklung, soziale Integration und Rehabilitation e. V.), einem engen Kooperationspartner der Luruper Frauenoase e. V. Aktuell leitet eine dieser Mitarbeiterinnen



den Trampolinkurs und wird hierbei von einem freiwilligen Helfer unterstützt. Die Trainerin gibt ihr Wissen an den Helfer weiter, damit dieser in kleinerem Rahmen Übungen mit den Kindern durchführen kann. Ein weiteres fortgebildetes Mitglied initiierte im Kindergarten Swattenweg in Lurup ein Trampolinprojekt. Durch die Kooperation mit dem Sportverein Eidelstedt zwecks Hallennutzung entstand auch im Nachbarstadtteil Eidelstedt ein Trampolinprojekt. Besonders interessierte und begabte Kinder aus dem Luruper Trampolinprojekt nehmen an einem Trampolinakrobatickurs für Fortgeschrittene teil, der von einem erfahrenen Trainer des SV Eidelstedt geleitet wird.

Weitere Kooperationspartner und Multiplikatoren des Projekts waren in der Entwicklungsphase bis Ende 2006 die Akteurinnen und Akteure der Förderprogramme zur sozialen Stadtteilentwicklung und sind gegenwärtig das Luruper Forum (Stadtteilbeirat) sowie der hiesige Sportverein SV Lurup. Außerdem arbeitet die Luruper Frauenoase mit einer Logopädin und einem Arzt aus Lurup zusammen, die auffällige oder interessierte Kinder an den Kurs weiterempfehlen und in ihren Praxen mithilfe von Informationsbroschüren für das Trampolinprojekt werben.

## **Literatur**

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung (Hrsg.) (2007): Hamburger Kinder in Bewegung. Download unter [www.gesundheitsfoerderung.hamburg.de](http://www.gesundheitsfoerderung.hamburg.de).

Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS) (2007): Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, Springer Verlag, Berlin.

Möller, M. (1999): Das Konzept PsychoMotorik. In: P.E.S.I.R.-Seminarunterlagen. Hamburg.

## **Kontakt**

Erika Bantschenko  
Luruper Frauenoase e. V.  
Stückweg 32 a  
22547 Hamburg  
Bundesland: Hamburg  
Telefon: 040-83293670  
Telefax: 040-83293672  
E-Mail: [bantschenko@gmx.de](mailto:bantschenko@gmx.de)  
Website: [www.luruper-frauenoase.de](http://www.luruper-frauenoase.de)

## **Sozialräumliche Angebote für Familien-Projekt zur Begleitung und Primärhilfe in Familien mit hohem Unterstützungsbedarf**

### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Empowerment – Partizipation

### **Abstract**

Viele junge oder werdende Eltern fühlen sich von den Herausforderungen, die die neue Lebenssituation mit sich bringt, überfordert und verunsichert. Da sie in der Erziehung ihrer Kinder häufig auf sich selbst gestellt sind, benötigen sie eine intensive Unterstützung zur Bewältigung ihrer neuen Aufgaben. Beistand durch die Angehörigen sowie nachbarschaftliche Gemeinschaften, die bei der Bewältigung von Krisen helfen können, erfüllen diese Funktion häufig nicht mehr. Für das Entstehen von Vernachlässigung sind vor allem Risikofaktoren wie soziale Belastungen und Benachteiligungen verantwortlich. Isolation, ungewollte Schwangerschaft, Armut, Teenagerschwangerschaft, Sucht, Paarkonflikte oder auch Behinderungen der Kinder können zu Überforderungen führen. Untersuchungen weisen darauf hin, dass die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes von der sozialen Lage, in der es aufwächst abhängig ist. Zahlen belegen, dass Frauen mit einem niedrigen Sozialstatus häufiger von Frühgeburten und damit einhergehenden Entwicklungsverzögerungen betroffen sind als Frauen mit hohem Sozialstatus.

Der beste Weg, um Kinder vor Vernachlässigung zu schützen, ist die rechtzeitige Unterstützung der Eltern und die Früherkennung von Hilfsbedarf. Dazu ist es wichtig, dass die Aktivitäten ansetzen, bevor sich schädigende Entwicklungsverläufe verfestigen.

Die sozialräumliche Familienhilfe nimmt hier ihren Anfang und unterstützt werdende und junge Eltern in sozialer und medizinischer Hinsicht in aufsuchender Form. Ihr Anspruch ist es, gesundheitlichen Schädigungen der Kinder rechtzeitig entgegenzuwirken und die Familien bei der Bewältigung ihrer Probleme und zur Schaffung eines gesundheitsförderlichen Lebensraums zu unterstützen. In enger Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiterinnen und So-

zialarbeitern des Jugendamtes, werden junge Familien in aufsuchender Form behutsam in die Hilfsangebote der AWO-Familienbildungsstätte Soziale Dienste gGmbH Westmecklenburg einbezogen.

Ziel des Projekts ist es, die Fähigkeiten hinsichtlich der Versorgung, Pflege und Förderung der Säuglinge und Kleinkinder sowie die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zu verbessern und bei den Eltern Bewältigungsressourcen zur Problemlösung in Krisensituationen aufzubauen.

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 30 junge bzw. werdende Mütter/Eltern in junger Elternschaft in individueller Form von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Familienbildungsstätte begleitet. Besonders erfolgreich war die Form der Kleingruppenarbeit zu speziellen Themen, zum Beispiel Säuglingspflege oder Erziehungsfragen. Durch aufsuchende Begleitung gelang die Herstellung von Nähe zur Bildungseinrichtung. So konnte ein Teil der Frauen zur selbstständigen Teilnahme an Kursen motiviert werden. Dennoch gibt es auch immer wieder Familien, denen es sehr schwer fällt, sich auf die angebotene Unterstützung einzulassen. Hier erfordert die Arbeit mit den Müttern und Familien ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Diplomatie, rhetorischen Fähigkeiten und Konsequenz. Dies kann durch regelmäßige Teamgespräche und Supervision unterstützt werden.

## Hintergrund

Schwerin ist mit 96 656 Einwohnern die kleinste Landeshauptstadt Deutschlands. Aufgrund des Strukturwandels ist die Abwanderungszahl der Bevölkerung weiterhin höher als der Zuzug. 2005 verringerte sich die Bevölkerungszahl im Vergleich zum Vorjahr um 454 Personen.

Schwerin ist eine wirtschaftlich strukturschwache Stadt. Die Arbeitslosigkeit ist weiterhin hoch, die Quote beträgt 18,9%. 3586 Personen in Schwerin sind Langzeitarbeitslose. Die Anzahl der Arbeitslosen ist in den Plattenbaugebieten am höchsten. Im Plattenbaugebiet Großer Dreesch/Mueßer Holz/Neu Zippendorf leben 4475 Arbeitslose, das entspricht einer Quote von 27,9%. Dieses Plattenbaugebiet bildet den sozialen Brennpunkt der Stadt Schwerin. Der Anteil von Spätaussiedlern und Ausländern ist hier besonders hoch (Datenquelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Schwerin 2006).

Aufgrund der relativ kleinen Fläche der Stadt (134 Quadratkilometer) lassen sich jedoch alle Wohngebiete gut erreichen. Daher wurde das Konzept so

erstellt, dass die aufsuchende Begleitung für das gesamte Stadtgebiet angeboten wird. Die gute Zusammenarbeit mit den drei Schweriner Kindertagesstätten des Trägers unterstützt die Kontaktaufnahme von betroffenen Familien und der Familienbildungsstätte (FBS).

Diese Einrichtung, in Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt Soziale Dienstleistungen GmbH Westmecklenburg mit Sitz in Schwerin, existiert seit 1991 und ist seit vielen Jahren als Einrichtung der Weiterbildung anerkannt. In den Jahren der Tätigkeit ließ sich feststellen, dass gesundheitsbezogene und psychosoziale Angebote von bildungsfernen und sozial schwachen Familien wenig angenommen werden. Die Teilnahme an geeigneten Unterstützungsangeboten, wie beispielsweise die der Familienbildungsstätte, ist für diese Familien bereits eine erste unüberwindbare Hürde. Damit auch sozial benachteiligte Familien Unterstützung bekommen, wurde ein neues Konzept erarbeitet, dessen Zugangswege niedrigschwellig sind.

## Vorgehen

Seit Juli 2005 begleitet die Familienbildungsstätte zusätzlich zu der allgemeinen Tätigkeit in der Bildungsstätte junge bzw. werdende Mütter und Väter mit einem neuen Konzept, das sie im Frühjahr 2005 dem örtlichen Träger der Jugendhilfe unterbreitete. Bei allen Eltern, die die Unterstützung der Familienbildungsstätte in Anspruch nehmen, begründet sich der Hilfsbedarf. Eltern signalisieren, dass eine Überforderung in der schwierigen Phase vor oder kurz nach der Geburt eines Kindes bei ihnen Ängste und Unsicherheit auslöst. Oder es besteht seitens des Jugendamtes begründeter Verdacht, dass die Geburt eines neuen Kindes für die Familie zu besonderen Risiken und Gefahren für das Neugeborene führen könnte. Den größten Anteil der Hilfen macht die Einzelbegleitung von Müttern in aufsuchender Form aus. Hier ist die Zusammenarbeit in Kombination aus Hilfe der Familienbildungsstätte und einer Hebamme eine gute tragfähige Verbindung aus medizinisch-präventiver und sozialpädagogischer Hilfeleistung.

Weiterhin gibt es vielerlei Kontakte mit anderen Einrichtungen, Trägern und Personen wie zum Beispiel Beratungsstellen, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten, Kinderärztinnen und -ärzten, Kindertagesstätten, Hebammen und Mitarbeiterinnen der Sozialpädagogischen Familienhilfe, die die Arbeit der FBS unterstützen.

Das Team der Familienbildungsstätte setzt sich aus drei Mitarbeiterinnen mit verschiedenen Qualifikationen und Vorkenntnissen zusammen. Darunter befindet sich eine Diplom-Sozialpädagogin mit langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit behinderten Menschen in betreuten Wohngruppen, eine Sozialpädagogin mit einer vorherigen Ausbildung als Kinderkrankenschwester und eine Erzieherin mit langjähriger Erfahrung im Kleinkindbereich einer Kindertagesstätte. Weiterhin können die Mitarbeiterinnen diverse Zusatzqualifikationen nachweisen, die sehr hilfreich für die Arbeit mit sozial benachteiligten Familien sind. Zwei der Kolleginnen sind als Kursleiterinnen im Prager-Eltern-Kind-Programm und eine als Babymassagekursleiterin ausgebildet. Mütter können in die Prager-Eltern-Kind-Programm-Kurse integriert werden und für andere lässt sich eine Kleinstgruppe initiieren. Eine dritte Kollegin hat kürzlich die Ausbildung zur „Triple-P-Elterntainerin“ absolviert. Durch die enge Zusammenarbeit gelingt es, einige Mütter in „Triple-P-Elterntainingsprogramme“ zu involvieren. Außerdem lassen sich Kleingruppen im Zusammenhang mit der Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur Säuglingspflege initiieren. Die Teilnahme am breiten Spektrum von Kursen in der Familienbildungsstätte wird durch die Begleitung in aufsuchender Form und die Herstellung der Nähe zur Bildungseinrichtung ermöglicht.



Schnell und unbürokratisch werden Frauen beispielsweise in die Geburtvorbereitungskurse und Kurse zur Rückbildungsgymnastik aufgenommen.

Im Rahmen der aufsuchenden Hilfe stehen den Familien folgende Angebotssinhalte zur Verfügung:

### **1. Sensibilisierung für die kindlichen Bedürfnisse**

- Erwerb von Sicherheit im Umgang mit dem Baby,
- Beobachtung und gemeinsame Interpretation von Äußerungen eines Säuglings,
- Unterhaltung mit einem Säugling üben,
- Nähe und Zärtlichkeit zulassen und erwidern,
- Massage des Babys,
- Befindlichkeiten eines Kindes erkennen.

### **2. Erläuterung der Pflege/Hygiene eines Säuglings und Kleinkindes**

- Gemeinsames Baden und Wickeln des Kindes,
- morgendliche und abendliche Hygiene und Zahnreinigungsrituale,
- Tragen, Drehen, Halten eines neugeborenen Kindes,
- Sauberwerden des Kindes im Kleinkindalter,
- Wäschepflege,
- Bekleidungsnotwendigkeiten und Passform der Schuhe.

### **3. Informationen zur gesunden Ernährung**

- Gewichtsentwicklung und Nahrungstabelle beim Säugling,
- altersgerechte Nahrung und gesunde Kost erläutern,
- Nahrungszubereitung und -aufbewahrung.

### **4. Gespräche zur Gestaltung und gemeinsame Einrichtung der Schlafumgebung eines Kindes**

- Risiken des plötzlichen Kindstodes ausräumen,
- gesunde Schlafatmosphäre schaffen,
- Einschlafrituale üben,
- Durchschlafproblematik diskutieren.

### **5. Förderung der kindlichen Bewegungsentwicklung**

- Anregungen für die Entwicklungsförderung bei Motorik und Psyche des Säuglings vermitteln,
- Spielzeug begutachten und auf Didaktik und Unbedenklichkeit für das Kind prüfen,

- Spielphasen täglich organisieren und teilweise begleiten,
- Aktive Wachphasengestaltung bei Kleinkindern anregen,
- gemeinsame Auswahl der Kindertagesstätte.

## **6. Umgang mit dem Baby bei Erkrankungen**

- Symptome erläutern,
- Verdeutlichung von gesundheitlichen Risiken und Gefahrensituationen,
- Hilfsmaßnahmen bei Erkrankungen erklären,
- bei Bedarf gemeinsame Arztbesuche wahrnehmen.

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

Das Projekt der sozialräumlichen Familienhilfe ist ein aufsuchendes Angebot in Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern des Bereichs Sozialpädagogische Familienhilfe. Die Angebote der begleitenden Familienhilfe der FBS werden über Kindertagesstätten und die kommunalen sozialen Dienste hergestellt. Die Kindertagesstätten und sozialen Dienste informieren die FBS, wenn Hilfsbedarf nötig ist. Dadurch ist eine schnelle und unbürokratische Hilfe möglich. Die FBS sucht die Familien in ihrem häuslichen Umfeld auf und bietet zunächst die Hilfe an. Durch den direkten unbürokratischen Kontakt werden bestehende Berührungspunkte bei den Schwangeren und Müttern abgebaut. Bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten mit Migrantinnen und Spätaussiedlerinnen besteht die Möglichkeit Vermittlerinnen oder Vermittler bzw. Dolmetscherinnen oder Dolmetscher hinzuzuziehen. Das Projekt zeichnet sich durch eine offene räumliche und zeitliche Struktur aus, denn die Zusammenarbeit wird individuell abgestimmt. Durch die aufsuchende Hilfe entstehen für die Familien keine Kosten und Wartezeiten. Anmeldeformalitäten gibt es für die Zielgruppen nicht.

In vielen Fällen wird kurzfristig gemeinsam mit einer Fachkraft aus dem Bereich der Sozialpädagogischen Familienhilfe zusammen mit den Familien gearbeitet. Für die Eltern wird Kontakt mit Kinderärztinnen und -ärzten, Kindereinrichtungen oder Beratungsstellen aufgenommen, um erste Wege nach der Geburt eines Kindes zu ebnen. Manchmal ist eine Begleitung erforderlich, um Schwellenängste abzubauen. Ein eingerichtetes Familiencafé, das sich in den Räumen der FBS befindet, ist eine niedrigschwellige Einrichtung, die für Familien mit Kleinkindern und schwangere Frauen offen steht. Auch hier besteht die Möglichkeit, Kontakt zu den Eltern aufzunehmen und in einer ungezwungenen Atmosphäre Vertrauen aufzubauen.

## ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Ziel der begleitenden Familienhilfe ist die Befähigung der Eltern, einen sicheren Umgang mit den Neugeborenen und Kleinkindern zu erlangen. Dazu gehört neben der Entwicklung von Kompetenzen hinsichtlich der Selbstverantwortung auch die Beförderung eines positiven Selbstwertgefühls. Durch die gemeinsame Vorbereitung von Behördengängen werden Schwellenängste abgebaut und es wird zum selbstständigen und eigenverantwortlichen Handeln motiviert. In intensiven Gesprächen werden störende Verhältnisse identifiziert und Handlungsmöglichkeiten erarbeitet. Ein weiterer Schwerpunkt ist die praktische Anleitung in der Säuglingspflege. Alle diese Faktoren wirken sich positiv auf das Verhältnis von Eltern und Kind aus. Erreichte Ziele in der begleitenden Hilfe sind:

- gesunde Säuglinge und Kleinkinder,
- günstige körperliche Entwicklung der Kinder,
- Spaß haben am Erleben der Kinder,
- Stärkung des Selbstbewusstseins der Mütter,
- Entwicklung von Selbstkompetenzen der Eltern,
- Inanspruchnahme von Bildungsangeboten über die individuelle Begleitung hinaus,
- gesteigertes Problembewusstsein der Eltern,
- Eintreten für eigene Rechte sowie Rechte und Bedürfnisse der Kinder,
- Einhalten von Tagesstrukturen,
- Grenzsetzung bei Kleinkindern mit positiver Bestärkung.

Den größten Anteil der Hilfen macht die Einzelbegleitung von Müttern aus. Dies ist ein erster Schritt, um die Frauen aus bereits bestehender Isolation zu lösen. Im weiteren Verlauf der Begleitung wird dann eine Kleingruppenarbeit zur Problembewältigung initiiert. Eine besondere Hürde ist für viele Frauen, sich gegenüber fremden Personen zu öffnen. Ziel aller Maßnahmen ist es, neben der Vermittlung von Kompetenzen die Selbsthilfe zu stärken. Ein partnerschaftliches Verhältnis bildet die Grundlage für die Zusammenarbeit.

Obwohl das Projekt zunächst die Form der individuellen Betreuung wählt, ist die Zusammenarbeit und Kooperation mit verschiedenen Partnern sehr wichtig. Denn ein hoher Grad der Vernetzung ist zur Entwicklung gemeinsamer Strategien notwendig, die zum Abbau von Zugangsbarrieren führen.

Vor allem die Zusammenarbeit vom Sozial- und Gesundheitsbereich ist für die Familienhilfe von Bedeutung. Die Kontaktaufnahme für die Eltern mit



Kinderärztinnen und -ärzten, Kindereinrichtungen oder Beratungsstellen wird angeleitet, um erste Wege nach der Geburt eines Kindes zu ebnen. Begleitung war auch hier in Einzelfällen erforderlich, um Schwellenängste abzubauen. Oft wird kurzfristig zusammen mit einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter aus dem Bereich der Sozialpädagogischen Familienhilfe mit den Familien gearbeitet. Ziel ist es, die Eigeninitiative und Gruppenfähigkeit so zu stärken, dass die Eltern selbst Initiativen zum Wohl ihrer Kinder und ihres eigenen Wohlbefindens ergreifen und sich aus eigenem Interesse den Angeboten der FBS öffnen. Die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und die daraus folgenden Eigeninitiativen sind das Ziel der begleitenden Hilfe.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Für jede Person, die die Primärhilfe der FBS in Anspruch nimmt, wird ein Hilfeplan aufgestellt. Dazu werden verschiedene Einzelgespräche mit den betroffenen Frauen im Vorfeld geführt. In diesen Gesprächen geben sie Auskunft über ihre Situation und die Schwierigkeiten, die sie bei der Bewältigung ihrer Probleme sehen. Viele Frauen können sehr gut selbst artikulieren, welchen Unterstützungsbedarf sie benötigen. Andere brauchen jedoch schon Hilfe bei der Formulierung ihrer Bedürfnisse. Hier sind die fachlichen Kenntnisse der Mitarbeiterinnen hinsichtlich ihrer Qualifikationen in „Triple-P-Elternteraining“ von Nutzen, denn aufgrund schwieriger Problemlagen muss bei den Gesprächen mit hoher Sensibilität und fachlichem Know-how vorgegangen werden. Die Ergebnisse der Befragung fließen unter Hinzuziehung der Fachdienste und anderer Partner in den Hilfeplan ein. Unter Berücksichtigung der Wünsche werden nun gemeinsam die notwendigen Vorgehensweisen eingeleitet, die zur Verbesserung der Situation beitragen. Im Verlauf der Begleitung wird der Hilfeplan hinsichtlich der sich verändernden Bedürfnisse weiter mit den Eltern abgestimmt. Ziel ist es, die Eltern zur eigenen Formulierung der notwendigen Unterstützung zu motivieren und auch Eigenverantwortung zu tragen. Dies bedeutet, auch Eigeninitiative zur Verbesserung der Situation zu ergreifen. Dazu gehört neben der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen der FBS die Bereitschaft, sich gegenüber anderen Eltern zu öffnen und sich in Kurse der FBS einzubringen.

### Literatur

Jungbauer-Gans, M., Kriwy, P. (Hrsg.) (2004): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

## **Kontakt**

Conni Hartwig  
AWO Soziale Dienste gGmbH Westmecklenburg  
Brunnenstraße 34  
19053 Schwerin  
Bundesland: Mecklenburg-Vorpommern  
Telefon: 0385-5958995  
Telefax: 0385-5958994  
E-Mail: [fbs@awo-sn.de](mailto:fbs@awo-sn.de)  
Website: [www.awo-sn.de](http://www.awo-sn.de)

## **Kindertagesstätte Regenbogen Wilhelmshaven**

### **Integriertes Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Settingansatz – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung –  
Innovation und Nachhaltigkeit

#### **Abstract**

Die Kita Regenbogen liegt im sozial benachteiligten Stadtteil Fedderwardergroden der Stadt Wilhelmshaven und hat ihr Konzept an die besonderen Bedingungen des Umfelds und die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Eltern angepasst, um dort Defizite auszugleichen und Ressourcen zu fördern. Sie zeichnet sich durch eine ausgeprägte Settingorientierung aus. Dazu verfolgt sie ein ganzheitliches, integriertes Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung. Statt die projektbezogene Bearbeitung eines speziellen Gesundheitsthemas in den Vordergrund zu stellen, werden Alltagsroutinen mit Aspekten der Gesundheitsförderung angereichert. In den Bereichen Ernährung, Bewegung, Sprachförderung, Erzieherinnengesundheit u. a. werden kontinuierlich Maßnahmen durchgeführt, die sich sowohl an Kinder als auch an Eltern und Beschäftigte richten.

Die Einrichtung ist umfassend vernetzt und arbeitet mit zahlreichen öffentlichen Institutionen zusammen (Gesundheitsamt, Jugendzahnpflege, Jugendhilfeeinrichtungen, Grundschulen, Kirche etc.). Sie kooperiert außerdem träger- und konfessionsübergreifend mit weiteren Wilhelmshavener Kindertagesstätten und ist auch in andere Gremien eingebunden, die Unterstützung, Informationen und Hilfestellungen zur Verfügung stellen (beispielsweise Stadtteilgremien, psychosozial ausgerichtete Arbeitskreise sowie der Konvent der Leitungspersonen aller evangelischer Kitas in der Region).

Die Kita Regenbogen bietet ein gutes Beispiel für das Good-Practice-Kriterium „Innovation und Nachhaltigkeit“. Durch strategisch vorausschauende Planung gelingt es bereits seit Jahren, immer wieder neue Projektmittel zu akquirieren, um neue Ansätze zu erproben und bereits etablierte zu sichern. Dazu ist neben dem persönlichen Engagement aller Kita-Mitarbeiterinnen

und -Mitarbeiter ein strategisch ausgerichteter Führungsstil nötig. Hierfür eignen sich Führungsinstrumente, die den Beschäftigten kontrolliert mehr Verantwortung übertragen und die eine qualitative Personalentwicklung unterstützen. Der in der Einrichtung eingeführte Ansatz der settingorientierten Gesundheitsförderung ermöglicht es, zusätzlich zu den Alltagsroutinen durchgeführte Projekte und Maßnahmen in ein umfassendes Konzept einzubinden und trotz regelmäßiger Erneuerung Kontinuität herzustellen.

## Hintergrund

Durch Erziehung und Betreuung in Kindertagesstätten (Kitas) kann ein Beitrag zur frühen Bildung von Mädchen und Jungen geleistet werden, der sich im Verlauf der weiteren Entwicklung auf verschiedenste Lebensbereiche auswirken kann. Dazu gehört auch der künftige Gesundheitsstatus, denn Gesundheitswissen und -verhalten werden bereits im frühen Alter weitgehend beeinflusst. Früh erworbene Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Ernährungsgewohnheiten, wirken häufig auch im späteren Erwachsenenalter noch prägend.

Das bedeutet, dass Bildung und Gesundheit zwar häufig in voneinander getrennten Sektoren behandelt (und gedacht) werden, jedoch untrennbar zusammen gehören. Die pädagogische Konzeption von Einrichtungen kann sich damit über die Integration von Gesundheitsthemen – das heißt der physischen, psychischen und sozialen Komponenten – in den pädagogischen Alltag entscheidend auf die gesundheitliche Entwicklung auswirken.

Ein weiterer prägender Faktor für die Gesundheitsbedingungen von Mädchen und Jungen ist das unmittelbare Wohnumfeld der Kinder. Es bestimmt auch die konzeptionellen Erfordernisse der Erziehungs- und Betreuungsarbeit in der Kita, vor allem, wenn die Einrichtungen in Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf liegen, die durch eine Häufung sozialer Problematiken geprägt sind. Aus dieser Situation ergeben sich beispielsweise besondere Anforderungen an Erzieherinnen und Erzieher in der Elternarbeit. Hürden, wie fehlende Sprachkenntnisse oder fehlende bzw. negative Erfahrungen im Umgang mit Institutionen und Behörden, müssen überwunden werden. Mädchen und Jungen müssen in den verschiedensten Bereichen (Ernährung, Zahngesundheit, motorische oder sprachliche Entwicklung etc.) stärker gefördert werden, um den Anschluss an den Entwicklungsstand Gleichaltriger spätestens zum Einschulungstermin zu erreichen.

Die Wilhelmshavener Kindertagesstätte Regenbogen liegt in einem entsprechenden Umfeld und muss auf diese und andere Herausforderungen mit einem passenden Konzept reagieren, um den daraus erwachsenden Belastungen für Kinder, Eltern und Beschäftigte zu begegnen, aber gleichzeitig auch die damit verbundenen Chancen wahrzunehmen.

Die Stadt Wilhelmshaven ist durch einen Rückgang der Einwohnerzahl und eine Überalterung der Bevölkerung geprägt. Weiterhin weist die Bevölkerungsstruktur Wilhelmshavens eine erhöhte Anzahl von Menschen in sozialen Problemlagen auf. Die Stadt hat im Vergleich der niedersächsischen kreisfreien Städte und Landkreise die höchste Arbeitslosenquote (20 %). Auch die Zahl der Empfänger von SGB-II-Leistungen und der Verbraucherinsolvenzen ist überdurchschnittlich hoch (Angaben aus: Niedersächsischer Armuts- und Reichtumsbericht 2006). Nach den Daten des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes zur Verbreitung von Kinderarmut lag die Quote der Kinderarmut in Wilhelmshaven 2005 (entsprechend dem Anteil der Kinder unter 15 Jahren mit Anspruch auf Sozialgeld im Juli 2005) bei 27,9 % (Niedersachsen gesamt: 13,6 %). (Angaben aus: Paritätischer Wohlfahrtsverband 2005)

Der Stadtteil Fedderwardergroden ist durch eine erhöhte Problemdichte gekennzeichnet. Hier liegt auch die Kindertagesstätte Regenbogen. Städtebaulich betrachtet ist der Stadtteil überwiegend durch eine Trabantensiedlung der 1940er-Jahre geprägt. Es herrscht großer Wohnungsleerstand. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt im Stadtteil bei 43,3 Jahren und entspricht somit dem Durchschnitt in Wilhelmshaven. Die Arbeitslosenquote in Fedderwardergroden lag im Jahr 2005 bei 16,6 % und war die dritthöchste in Wilhelmshaven. In Fedderwardergroden leben im Vergleich zum gesamten Stadtgebiet mehr Kinder und Jugendliche. Der Anteil der Alleinerziehenden liegt ebenfalls höher. Außerdem ist die Zahl der kinderreichen Familien in Fedderwardergroden (4,3 % der Haushalte) im Vergleich zum Stadtgebiet (2,6 %) höher. Einen Überblick über diese und ähnliche Zahlen ist unter anderem dem kleinräumig angelegten Statistikbericht der Stadt Wilhelmshaven aus dem Jahr 2006 zu entnehmen.

Der durch zahlreiche Studien nachgewiesene Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheitsstatus ist auch in Wilhelmshaven deutlich zu erkennen. In Bezug auf Kinder stellen Übergewicht und Zahngesundheit zuverlässige Indikatoren für Gesundheitsverhalten dar. Die Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen von 1993 bis 2003 durch das Landesgesundheitsamt Niedersachsen belegt für Wilhelmshaven und den Landkreis

Friesland die höchste Prävalenz von Übergewicht bei Jungen und Mädchen in Niedersachsen (Adipositas-Bericht 2004). Die Untersuchung zur Zahngesundheit der Kinder durch den Jugendzahnärztlichen Dienst aus dem Jahr 2004 zeigt außerdem, dass Fedderwardergroden unter den Stadtteilen einen Platz am unteren Ende der Rangliste einnimmt.

Die Kindertagesstätte Regenbogen der Ev.-Luth. Friedensgemeinde bietet Platz für 111 Kinder im Alter von drei Jahren bis zur Einschulung. Sie werden von 15 pädagogischen Fachkräften in fünf Gruppen betreut. Punktuell werden eine Ergotherapeutin, eine Logopädin, eine Ernährungsberaterin, eine Sportlehrerin und eine Fachkraft für Psychomotorik eingesetzt. Es bestehen zwei Ganztagsgruppen, zwei Integrationsgruppen und eine reine Halbtagsgruppe. Für Eltern, die ihre Kinder vor acht Uhr Morgens in die Kita bringen wollen, besteht ein gruppenübergreifender Frühdienst. In der hauseigenen Küche wird durch zwei hauswirtschaftliche Kräfte in Teilzeit die Mittagsverpflegung der Kinder täglich frisch zubereitet. Die Kita besitzt ein großes Freigelände und eine Turnhalle mit vielen Spielgeräten zur kreativen Nutzung durch die Kinder.

Aufgrund des in Niedersachsen geltenden Rechtsanspruchs auf einen Kindergartenplatz für alle Kinder ab drei Jahren und des hohen Bekanntheitsgrads der Einrichtung nimmt ein sehr großer Teil der Bevölkerung das Bildungs- und Betreuungsangebot der Kita wahr.

## Vorgehen

Die Kindertagesstätte Regenbogen verfolgt ein ganzheitliches, integriertes Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung. Statt die projektbezogene Bearbeitung eines speziellen Gesundheitsthemas in den Vordergrund zu stellen, werden Alltagsroutinen mit Aspekten der Gesundheitsförderung angereichert. Die in der Kita Regenbogen geleistete gesundheitsfördernde Arbeit bezieht sich gleichermaßen auf die Bereiche der verhaltens- wie auch verhältnisorientierten Gesundheitsförderung und hat Kinder, deren Eltern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kindertagesstätten als Zielgruppen. Auch die verschiedenen Interventionsebenen, also Kita, Träger und Kommune, finden bei der Gestaltung von Maßnahmen ihre Berücksichtigung.

Die Finanzierung dieses integrierten Konzepts wird durch eine Kombination verschiedener Projektgelder und Spenden sichergestellt. Zudem ist der Träger

der Einrichtung von der Notwendigkeit ganzheitlicher Gesundheitsförderung überzeugt und unterstützt die Kita mit zusätzlichen Mitteln. Um zweckgebundene Ressourcen zielgruppen- und themenspezifisch überlappend einsetzen zu können, wurden die Ziele der Projekte und dauerhaft durchgeführten Maßnahmen miteinander verzahnt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Das settingorientierte Vorgehen in der Kindertagesstätte Regenbogen beinhaltet die allmähliche Integration gesundheitsfördernder Maßnahmen in den Kita-Alltag nach einem abgestimmten und übergreifenden Konzept. Ziel ist es, die individuellen Ressourcen der Kinder, Eltern und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter frühzeitig zu erkennen und zu fördern. Das soziale Gefüge und die Organisationsstrukturen der Einrichtung werden berücksichtigt, um möglichst viele Beteiligte zu erreichen und einen nachhaltigen Erfolg zu ermöglichen.

Methodisch reicht die Palette der eingesetzten Instrumente von schriftlichen Informationen bis hin zu Einzelberatung von Eltern, Supervisionsangeboten für pädagogische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und baulichen Veränderungen. Thematisch wird vor allem zu den Bereichen Ernährung, Bewegung und psychische Belastung am Arbeitsplatz gearbeitet. Dies gilt sowohl für Beschäftigte als auch für Kinder. So ist beispielsweise Stressbewältigung für Kinder und Erwachsene eine grundlegende gesundheitsfördernde Maßnahme. Bezogen auf Ernährung haben sich Informations- und Beratungsangebote für Eltern und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter durch die Küchenleiterin der Kita bewährt. Für die Eltern sind auch die pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kompetente Ansprechpartnerinnen und -partner, deren Anregungen und Fachwissen gern genutzt werden. Fachelternabende stoßen hingegen nur auf wenig Resonanz. Einzel- und Kleingruppengespräche, gemeinsame Aktivitäten von Erwachsenen und Kindern finden wesentlich größeren Anklang.

Um den Kindern gesunde Ernährung näher zu bringen, werden sie in die Zubereitung von Speisen mit einbezogen und durch Spiele, Bücher etc. über gesunde Ernährung informiert. Dies wird durch die Erzieherinnen bzw. Erzieher und eine punktuell zur Verfügung stehende Ernährungsberaterin geleistet. Unterstützend wurden eine Kinderküche, ein Erfahrungsraum (Kräuterbeet, Beeresträucher, Obstbäume) in der Freifläche der Kita sowie ein täglich kos-

tenlos angebotenes Büfett mit Rohkost und zuckerfreien Getränken eingeführt. Dieses Angebot erfreut sich großer Beliebtheit bei fast allen Kindern und wird rege angenommen. Die konzeptuell verankerte Fokussierung auf gesunde Ernährung beeinflusst zusätzlich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kita, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und sich vielfältig fortzubilden.

Ebenso wie die Hinführung an gesunde Ernährung, wird auch die Bewegungsförderung multimethodisch verfolgt. Fachpersonal (Sportlehrerin, Ergotherapeutin, Fachkraft für Psychomotorik) berät Eltern in Kleingruppen- und Einzelgesprächen bzw. in schriftlicher Form, welche Bewegungsangebote in häuslicher Umgebung umgesetzt werden können. Gruppenübergreifende Bewegungsstunden werden regelmäßig gesondert angeboten. Diverse Bewegungsangebote in der Freifläche, der Turnhalle und allen anderen Räumen der Kita werden durch die Kinder kreativ genutzt. Auf dem Außengelände gibt es Kletterbäume und einen Kletterberg mit Rutsche, Seilen, Balancierwege und -stege, unterschiedlichste Fahrzeuge, Schaukeln u. v. m. Die Turnhalle wird täglich von ca. 8.00 bis 10.00 Uhr als offenes Angebot gruppenübergreifend genutzt und anschließend von jeweils einer Gruppe für angeleitete Bewegungsstunden belegt. Kletterwände und -kuppel, Bewegungsbaustelle, Matten, Boxball, Schaukeln, Bällebad und vieles mehr laden zum Bauen, Klettern und Kräfte ausprobieren ein. Flur- und Eingangsbereich bieten ebenfalls unterschiedliche Bewegungsanlässe wie Treppen, Laufdosen, Kicker, Balancierbretter etc. Sowohl für Kinder als auch für das Mitarbeiterteam gibt es bewegliche Sitzhocker. Den Erwachsenen stehen außerdem verschiedene, für rückschonendes Arbeiten in niedriger Höhe konzipierte Sitzmöglichkeiten zur Verfügung.

Zur Sprachförderung kommt eine Logopädin ins Haus, arbeitet mit den Kindern in Kleingruppen oder einzeln, berät Eltern sowie das Mitarbeiterteam und gibt Anregungen für die Weiterarbeit. Ein gemeinsames regionales Konzept zur Sprachförderung in Kitas mit einem erhöhten Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund bzw. sozialen Benachteiligungen wurde in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt erarbeitet und wird seit Sommer 2006 mit zusätzlichen 7,75 Wochenstunden von einer Erzieherin des Teams umgesetzt.

Das Thema „Psychische Belastung am Arbeitsplatz“ wird methodisch hauptsächlich durch Supervision und Fachberatung im Team bearbeitet. Hier können in geschützter Atmosphäre teaminterne Konflikte und besondere Belastungsmomente angesprochen werden. Ein im Obergeschoss der Kita liegender



Raum mit erwachsenengerechtem Mobiliar, einer Teeküche, Fachliteratur und einem PC-Arbeitsplatz kann vom Personal als Rückzugsgellegenheit genutzt werden.

Weitere Themen der Mitarbeitergesundheit werden durch ein Teammitglied, das für drei Stunden in der Woche für gesundheitsbezogene Arbeit freigestellt ist, bearbeitet und verbreitet. Diese Mitarbeiterin hat die Aufgabe, bei allen organisatorischen Entscheidungen das Thema Gesundheit „mitzudenken“ und regelmäßig zu thematisieren. Perspektivisch soll das integrierte Konzept der Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte weiter ausgebaut werden.

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

Die Vernetzungsaktivitäten der Kita Regenbogen finden auf verschiedenen Ebenen statt. Neben der engen Zusammenarbeit mit Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich stehen die Kindertagesstätten in Wilhelms-haven träger- und konfessionsübergreifend miteinander in Kontakt. Auch zu den Grund- und Förderschulen des Stadtteils besteht eine enge Verbindung. Zudem ist die Kita Mitglied in regional und überregional agierenden Arbeitskreisen.

Ein regelmäßig stattfindender Konvent der Leitungspersonen aller evangelischer Kitas dient als kollegiales Unterstützungsinstrument und macht gemeinsame Zielfindungsprozesse der Kitas möglich. Die Kitas nutzen gemeinsam die Fortbildungsreferentin der evangelische Kirche Oldenburg sowie die Möglichkeit der fachlichen Beratung. In einer konfessionsübergreifenden Arbeitsgemeinschaft sind alle evangelischen und katholischen Kindertagesstätten miteinander verbunden. Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben sich auf ein gemeinsames Leitbild verständigt. Ein Vorstand leitet die regelmäßig stattfindenden Arbeitstreffen zwischen Kita-Leitungen und den Trägervertretern.

Die verschiedenen Gremien dienen inner- und überkonfessionell als kollegiale Instrumente zur Unterstützung der fachlichen Arbeit, unterstützen gemeinsame Zielfindungsprozesse oder haben sich auf ein gemeinsames Leitbild verständigt. Nach außen wird diesem Zusammenschluss durch die gemeinsame Internetplattform „kirche-am-meer.de“ Ausdruck verliehen. Als Beispiel einer erfolgreichen Zusammenarbeit kann das Projekt „Ran an den

Speck“ gesehen werden. Im Verbund mit drei anderen Kitas hatte sich die Kita Regenbogen die Prävention und Therapie von Adipositas im Kindesalter als Ziel gesetzt und konnte durch gemeinsam akquirierte Projektmittel von Jugendhilfe und Krankenkassen verschiedene Maßnahmen in der Kita umsetzen. Das Projekt wurde im Auftrag der Krankenkasse durch die beteiligte Familienbildungsstätte evaluiert. Im Anschluss bemühte sich die Einrichtung gemeinsam mit einer anderen Kita um weitere Projektgelder, damit die erfolgreiche Arbeit fortgeführt und erweitert werden konnte.

Eine enge Verbindung unterhält die Kita Regenbogen mit den im Stadtteil ansässigen Grundschulen. Innerhalb gemeinsamer Konferenzen mit Vertreterinnen und Vertretern aus Schule und Kita werden Maßnahmen und Projekte für einen fließenden Übergang zwischen Kindergarten und Schule entwickelt. Die Konferenzen tragen wesentlich zu einem größeren Verständnis für den jeweils anderen Arbeitsbereich bei. Um auch hier Kontinuität zu gewährleisten, bewarb sich die Einrichtung erfolgreich um die Teilnahme am Projekt „Brückenjahr“, das für 250 Modellprojekte zwischen 2007 und 2009 durchgeführt werden soll. Das „Brückenjahr“ wurde vom niedersächsischen Kultusministerium zur Förderung des Übergangs und der dazu notwendigen Kompetenzen bei Einschülerinnen und Einschülern initiiert und soll in Federwardergroden mit einer Grundschule im Stadtteil durchgeführt werden.

Ein wichtiger Partner für Maßnahmen im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention ist das Gesundheitsamt der Stadt Wilhelmshaven. Die Kinder- und Jugendärztin und das dort verortete interdisziplinäre Team, zusammengesetzt aus Kinderärztinnen bzw. Kinderärzten sowie Fachkräften aus den Bereichen Ergotherapie, Logopädie sowie Kinder- und Jugendpsychotherapie, ist Ansprechpartner bei verhaltensauffälligen bzw. entwicklungsverzögerten Kindern. Durch den guten Kontakt zu den Beschäftigten in der Kita können Kinder und ihre Eltern mit wenig formalem Aufwand an das Gesundheitsamt vermittelt werden und frühzeitig Hilfen erfahren. Eine gute Kooperation besteht auch mit dem Jugendzahnärztlichen Dienst, der regelmäßig durch die Kita in Anspruch genommen wird und ebenfalls im Gesundheitsamt zu erreichen ist.

Neben der Inanspruchnahme von Dienstleistungsangeboten des Gesundheitsamtes arbeitet die Kita Regenbogen auch auf der konzeptuellen Ebene mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der öffentlichen Dienste zusammen. In unterschiedlichen Arbeitskreisen werden gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aus Jugend-, Sozial- und Gesundheitsamt, gemeinnützigen Verei-

nen und Kindertagesstätten gemeinsame Handlungsschwerpunkte und Aktionen geplant und umgesetzt.

Im Arbeitskreis „Regionales Konzept“ wird die integrative Versorgung der Kinder mit Behinderungen bzw. der von Behinderung bedrohten Kinder erarbeitet. Ein flächendeckendes und bedarfsgerechtes Angebot in allen Stadtteilen wird angestrebt. Federführung hat hier das kommunale Jugendamt in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und dem Sozialamt, Abteilung Eingliederungshilfe. Vertreten sind hier alle Einrichtungen, in denen integrativ gearbeitet wird, und Beschäftigte der sonderpädagogischen Einrichtungen.

Der „Arbeitskreis Wahrnehmungsstörungen“ beschäftigt sich mit unterschiedlichsten Hilfs- und Förderangeboten in der Stadt und der näheren Umgebung. Ziel ist die Vernetzung und Vermittlung von fachgebundenen Informationen an medizinisch, therapeutisch oder pädagogisch arbeitende Einrichtungen der Stadt und der Region. Die Themenschwerpunkte werden von der Arbeitsgruppe gemeinsam festgelegt.

Ein weiterer Arbeitskreis, an dem die Kita Regenbogen beteiligt ist, befasst sich mit dem Thema „Kinderarmut“ in Wilhelmshaven. Ausgehend von einer Spendenaktion eines Radio-Senders zu Weihnachten 2005 und der durch einen Wohlfahrtsverband publizierten – für Niedersachsen außergewöhnlich hohen – Kinderarmutsrate von 27,9% (Bezug von Sozialgeld bei 0- bis 14-Jährigen im Juli 2005) werden hier von engagierten Menschen aus Schulen, Kindergärten, Jugendamt sowie dem Ausländer- und Gesundheitsamt der Stadt, dem gemeinnützigen Verein Wendepunkt e. V. unter Federführung der Wilhelmshavener Kinderhilfe e. V. in unterschiedliche Aktionen weitere Spendenmittel eingeworben und sowohl für individuelle Maßnahmen zugunsten einzelner Kinder als auch für Gemeinschaftsprojekte verteilt und eingesetzt. So wurde beispielsweise in Fedderwardergröden und in einem anderen Stadtteil die Möglichkeit für Schulkinder geschaffen, ein kostenloses Mittagessen einzunehmen. Außerdem werden Familien bei der Finanzierung der Mittagsmahlzeit im Kindergarten unterstützt. Daneben gibt es Unterstützung in Form von Sachleistungen, wie Geschenkgutscheine zu Weihnachten, Lebensmittel- und Kleidungs Gutscheine. Auch Schulen werden unterstützt, wenn zum Beispiel Kinder im Sozialgeldbezug keine Arbeitsmaterialien, Schulhefte etc. mitbringen können. In einer gemeinnützig arbeitenden Werkstatt werden seit Herbst 2006 aus Mitteln des Fonds gebrauchte Fahrräder aufgearbeitet und für eine geringe Summe an bedürftige Familien weitergegeben.

An diesen und weiteren Arbeitskreisen nimmt vor allem die Leiterin und zum Teil der Trägervertreter der Kita Regenbogen aktiv teil. Sie vertreten dort in hohem Maße die Interessen der Kinder und Familien in Fedderwardergroden. Insbesondere die Kinder, Familien und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter der Kita profitieren von diesem Engagement, in dem zum Beispiel zusätzliche fachliche Unterstützung hinzugezogen, Gelder für besondere Programme akquiriert oder Einzelfallhilfen vermittelt werden können.

Der weiteren Vernetzung dient auch der „Schnuppergarten“, der an zwei Wochentagen für jeweils zwei Stunden in Kooperation mit der Ev. Familienbildungsstätte für unter dreijährige Kinder in der Kita angeboten wird. Ohne diese Kooperation gäbe es für diese Altersgruppe keine adäquaten Möglichkeiten zum Sammeln von Gruppenerfahrungen. Im Rahmen der Regelversorgung könnte ein solches Angebot nicht vorgehalten werden. Der Vorteil dieser Gruppe besteht zum einen darin, dass Kinder und Eltern schon frühzeitig das Kita-Haus kennen lernen und ihnen der Einstieg in die eigentliche Kita-Zeit leichter fällt. Die Übergänge sind dadurch wesentlich fließender. Zum anderen wird der Kontakt besonders zu den sozial benachteiligten Familien früher hergestellt. Eltern können sich frühzeitig über Erziehungsfragen austauschen und erfahren professionelle Unterstützung, Hilfsangebote können früher eingeleitet werden und schneller greifen. Auch mit dem Elterntaining „Starke Eltern – Starke Kinder“, finanziell sehr stark bezuschusst über das Jugendamt, werden Familien im Stadtteil präventiv gestützt. Die Bekanntheit und Vertrautheit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kita hilft häufig, die Hürde der Teilnahme zu verringern. Viele weitere Unterstützungsangebote können im Anschluss an diese Maßnahme initiiert werden.

Auf überregionaler Ebene ist die Mitgliedschaft im niedersächsischen Arbeitskreis „Armut und Gesundheit“ zu nennen. Dieser Arbeitskreis gibt zum einen wichtige Anregungen und Informationen für die Arbeit in der Stadt und über deren Grenzen hinaus, gleichzeitig können auch andere Einrichtungen von den Erkenntnissen und Mitteilungen durch die aktive Teilnahme profitieren.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Innovation und Nachhaltigkeit sind Eigenschaften, die sich oft nur schwer herstellen lassen. Dies liegt zum einen daran, dass neuartige und somit wenig erprobte Vorgehensweisen bei Projektträgern nicht immer auf Gegenliebe sto-

ßen, und zum anderen an der vorherrschenden Ressourcenknappheit, die Geldgeber dazu zwingt, ihre Mittel nur für einen begrenzten Zeitraum freizugeben. Es ist daher von besonderem Interesse, wie diese Hürden überwunden werden können. Die Kita Regenbogen ist hierfür ein gutes Beispiel, da seit Jahren immer wieder neue Projektmittel akquiriert werden, um neue Ansätze zu erproben und bereits etablierte zu sichern. Damit dies gelingt, ist neben dem persönlichen Engagement aller Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter insbesondere ein strategisch ausgerichteter Führungsstil nötig.

Wie in den meisten größeren Kitas ist die Leitung von der Kinderbetreuung freigestellt. Ihre Hauptaufgaben bestehen aus Personalführung, Organisation und Verwaltung. Die Kita-Leitung ist Ansprechpartnerin bei Problemen seitens der Eltern und des pädagogischen Personals. Je drängender diese Probleme sind, umso weiter rücken die eigentlichen Aufgaben in den Hintergrund. Daher ist ein strategischer Führungsstil nicht nur durch weitsichtige Planung, sondern auch durch geschicktes Delegieren des operativen Tagesgeschäfts und durch gutes Zeitmanagement charakterisiert.

Vorausschauende Planung bedeutet, Entwicklungen in Bezug auf Kinder, Eltern und Kita-Personal sowohl auf der Kita-Ebene als auch auf der kommunal- und gesellschaftspolitischen Ebene zu verfolgen. Nur so kann der Bedarf vor Ort rechtzeitig erkannt und können Maßnahmen der Bedarfsdeckung sinnvoll mit den lokalen sowie gesellschaftlichen Trends, die oft über die Verteilung der Ressourcen bestimmen, verknüpft werden.

Das Aufspüren von Bedarfen sollte allerdings nicht in einem Projektmarathon und ein unkoordiniertes Neben- und Nacheinander von Präventionsmaßnahmen münden, das die Beschäftigten der Einrichtung übermäßig beansprucht, die Zeit für die Erfüllung der Alltagsroutinen einschränkt und letztendlich das Engagement bremst. Die Kita Regenbogen sucht dies zu vermeiden, indem sie ein ganzheitliches, integriertes Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung verfolgt. Statt die projektbezogene Bearbeitung eines speziellen Gesundheitsthemas in den Vordergrund zu stellen, werden Alltagsroutinen mit Aspekten der Gesundheitsförderung angereichert. Die in der Kita Regenbogen geleistete gesundheitsfördernde Arbeit bezieht sich gleichermaßen auf die Bereiche der verhaltens- sowie verhältnisorientierten Gesundheitsförderung und hat Kinder, deren Eltern sowie Beschäftigte der Einrichtung als Zielgruppen. Auch die verschiedenen Interventionsebenen, also Kita, Träger und Kommune, finden bei der Gestaltung von Maßnahmen ihre Berücksichtigung.

Als Beispiel für die strategische Planung kann das fortlaufende Akquirieren von finanziellen Mitteln zur Durchführung gesundheitsfördernder, setting-orientierter Projekte genannt werden. Das Projekt „Ran an den Speck“ zur Prävention von Übergewicht und Adipositas wurde bereits erwähnt. Im Anschluss daran bewarb sich die Einrichtung erfolgreich um weitere Mittel im Rahmen des § 20 SGB V zur Implementierung eines settingorientierten Konzepts zur Gesundheitsförderung und adaptierte ein themen- und zielgruppenübergreifendes Konzept, das gegenwärtig umgesetzt und auch evaluiert wird. Das Projekt „Gesundheitsfördernde Kita – Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Mädchen und Jungen im Elementarbereich“ wird in Kooperation mit weiteren Partnern durchgeführt und beinhaltet Module zur Ernährung, Bewegungsförderung, Sprachförderung, Resilienzförderung, Erzieherinnengesundheit etc.; es richtet sich an Mädchen, Jungen, Eltern und Beschäftigte.

Der hohe Vernetzungsgrad der Kita Regenbogen, die enge Zusammenarbeit mit dem Träger sowie die Mitgliedschaft in regionalen und landesweiten Arbeitskreisen ermöglichen den für die Verwirklichung von Projektideen nötigen Informationsfluss. Werden die Informationen strukturiert ausgewertet, ist es möglich, auf neue innovative Konzepte zu stoßen und Fördertöpfe für die Verlängerung laufender Projekte zu finden.

Wie oben bereits erwähnt, muss für diese Tätigkeiten häufig erst Freiraum geschaffen werden. Hierfür eignen sich bestimmte Führungsinstrumente, die den Beschäftigten kontrolliert mehr Verantwortung übertragen und eine qualitative Personalentwicklung unterstützen. Das Forcieren vorhandener Ressourcen führt zu einer effektiven Gestaltung von Arbeitsabläufen und zu einer erhöhten Mitarbeiterzufriedenheit. In der Kita Regenbogen werden hierzu regelmäßige Teambesprechungen abgehalten, die allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein gleichberechtigtes Forum für ihre Anliegen bieten und stark ergebnisorientiert sind. Beschlossene Arbeitsvereinbarungen werden protokolliert und überprüft. Zielvereinbarungsgespräche fördern den Prozess der Personalentwicklung. Darüber hinaus muss die Führungsperson in der Lage sein, Verantwortung abzugeben und dem Personal die Kompetenz für eigenverantwortliches Handeln zuzusprechen. Diese Prozesse unterliegen einer beständigen Qualitätssicherung, Selbstkontrolle und -einschätzung. Künftige Basis für die Qualitätssicherung wird ein Qualitätshandbuch sein, das in Zusammenarbeit mit neun anderen evangelischen Kindergärten erarbeitet wurde.

## **Literatur**

Adipositas-Bericht des Nds. Landesgesundheitsamtes Hannover (NLGA) 2004.

Niedersächsischer Armuts- und Reichtumsbericht 2006. In: Statistische Monatshefte Niedersachsen 12/2006.

Paritätischer Wohlfahrtsverband – Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, Kreise der Länder geordnet nach Anteil Kinder unter 15 Jahren. Berlin. Juli 2005.

Stadtteilprofile Wilhelmshaven kleinräumig in Zahlen, Hrsg.: Stadt Wilhelmshaven 2007.

## **Kontakt**

Beate Greulich

Kindertagesstätte Regenbogen der Ev.-luth. Friedenskirche

Preußenstr. 45 a

26388 Wilhelmshaven

Bundesland: Niedersachsen

Telefon: 04421-56266

Telefax: 04421-53916

E-Mail: [kita.regenbogen@kirche-am-meer.de](mailto:kita.regenbogen@kirche-am-meer.de)

Website: <http://kirche-am-meer.de>

## JobFit Regional

### Gute Praxisbereiche:

Dokumentation und Evaluation – Multiplikatorenkonzept –  
Innovation und Nachhaltigkeit

### Abstract

Arbeitslosigkeit – vor allem, wenn sie über längere Zeit andauert – ist häufig mit Beeinträchtigungen der Gesundheit verbunden, wie durch epidemiologische Studien belegt werden kann (Paul und Moser 2001; Elkeles 2001; Grobe und Schwartz 2003). Hinsichtlich der Morbidität gibt es jedoch keine bestimmte „Arbeitslosenkrankheit“. Repräsentative Untersuchungen (Mikrozensus 2003) belegen eine höhere Gesundheitsbelastung Arbeitssuchender mit vielfältigen Symptomen und Beschwerden. Hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen, wie depressiver Verstimmungen, sind bedeutsame Unterschiede zu Erwerbstätigen erkennbar. Bei Arbeitssuchenden zeigt sich oftmals ein vielfältiger Komplex psychischer, psychosozialer und psychosomatischer Beeinträchtigungen. Sozialer Rückzug, Selbstzweifel und Depression sind vielfach Verhaltensweisen, die die Betroffenen nicht nur belasten, sondern auch die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erschweren.

Um dem entgegenzuwirken, ist ein sektorenübergreifendes Engagement sinnvoll, in dem sowohl arbeitsmarktpolitische Maßnahmen als auch gesundheitsfördernde Ansätze Berücksichtigung finden. In dem BKK-Modellprojekt „JobFit Regional“ konnte diese Verknüpfung erstmals in Deutschland verwirklicht werden. Gefördert wurde das Projekt von November 2004 bis Juni 2006 mit dem Ziel, mindestens 500 Arbeitslose zu erreichen. Durch die begleitende Dokumentation und die extern durchgeführte Evaluation konnte gezeigt werden, dass die Integration von gesundheitsfördernden Modulen im Setting von Beschäftigungs- und Qualifizierungsträgern geeignet ist, die Zielgruppe für gesundheitsfördernde Module zu sensibilisieren. Unter den insgesamt 540 Teilnehmerinnen und Teilnehmern sind zu zwei Dritteln langzeitarbeitslose Menschen vertreten, die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überproportional häufig einen niedrigen Bildungsstand oder einen Migrationshintergrund aufweisen.



Die Beschäftigungsfähigkeit und gesundheitliche Indikatoren konnten im Verlauf messbar verbessert werden. Das Projekt wird aktuell unter dem Namen „JobFit NRW“ fortgeführt.

## Hintergrund

Die Zahl der Arbeitssuchenden in Deutschland ist seit den 90er-Jahren kontinuierlich gestiegen und hat sich seit 2002 mit Arbeitslosenquoten um 10,5 % verfestigt. Im Mai 2006 waren etwas mehr als 4,5 Millionen Arbeitslose registriert, was einer Quote von 10,8 % entspricht.

Nicht zuletzt aufgrund der durch Hartz IV verschärften finanziellen Bedingungen entstehen Belastungen, die sich unter anderem auch in gesundheitlichen Folgen und verändertem Gesundheitsverhalten wie zum Beispiel erhöhtem Alkoholkonsum manifestieren können. Auch der Verlust potenziell gesundheitsförderlicher Aspekte der Erwerbsarbeit wie der Kontakt zu Kunden und Kollegen bzw. Kolleginnen können unter anderem dazu beitragen, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen entstehen. Die Veränderungen der Lebensbedingungen führen in vielen Fällen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder beschleunigen den Verlauf bestehender Krankheiten und Beschwerden. Gleichzeitig sind bereits gesundheitlich eingeschränkte Personen aufgrund schlechterer Chancen auf dem Arbeitsmarkt verstärkt von Arbeitslosigkeit betroffen. Hier entsteht eine Wechselwirkung, denn Krankheit schränkt die Chancen der Betroffenen ein, am sozialen und ökonomischen Leben der Gesellschaft teilzuhaben. Auf der anderen Seite wirkt sich Arbeitslosigkeit negativ auf die Gesundheit aus, sodass wiederum die Chancen auf dem Arbeitsmarkt geringer sind.

Bisherige Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Arbeitslose haben gezeigt, dass diese Zielgruppe schwer zu erreichen ist. Während Arbeitnehmerinnen und -nehmer in der Regel sehr gut über den Setting Betrieb eingebunden werden können, fehlt bei Arbeitslosen ein solcher Zugangsweg. Ausnahmen bilden hier Aus- und Weiterbildungseinrichtungen, da bei diesen Institutionen die notwendigen strukturellen Verhältnisse gegeben sind.

Vor diesem Hintergrund ist es um so sinnvoller, arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und gesundheitsbezogene Angebote zu verbinden, um sowohl gesundheitliche Belastungen zu reduzieren als auch die Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern. Der BKK-Bundesverband hat diese Notwendigkeit

erkannt und gemeinsam mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW das Modellprojekt „Job Fit Regional“ gefördert, in dem erstmals diese zwei Bereiche verknüpft wurden. Wesentlicher Projektansatz ist die Verortung verschiedener Gesundheitsmodule bei Beschäftigungs-, Bildungs- und Qualifizierungsträgern. Dieser innovative Ansatz spiegelt sich auch in der Projektumsetzung wider. Die Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung mbH (G.I.B.) koordinierte das Projekt und wurde dabei vom Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen (IPG Essen) fachlich unterstützt.

## Vorgehen

Im Rahmen von „JobFit Regional“ konnten insgesamt neun Beschäftigungs-, Bildungs- und Qualifizierungsträger in sieben Städten Nordrhein-Westfalens erproben, wie und mit welchen Maßnahmen der Gesundheitsförderung Arbeitslose für eine Teilnahme an Gesundheitsangeboten gewonnen werden können und welche Auswirkungen dies auf Gesundheitszustand und -verhalten und damit auch auf die Beschäftigungsfähigkeit hat.

Auf der Basis bereits erprobter Ansätze der Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktberatung wurden jeweils diverse Modelle zur Implementierung von bedarfsorientierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung entwickelt. Besonderes Augenmerk wird einerseits auf die parallele Angebotsstruktur aus individueller Gesundheitsberatung und Gruppenangeboten sowie andererseits auf die Vernetzung vorhandener Strukturen und Zugangswege zu Krankenkassen und weiteren Akteuren aus dem Gesundheitswesen gelegt.

In Abbildung 2 sind die verschiedenen Gesundheitsmodule dargestellt. Es handelt sich dabei um drei individuelle Beratungsmodule und fünf gruppenbezogene Angebote, die sich in Dauer und Umsetzungsschwerpunkt unterscheiden. Der Einstieg in das Gesundheitsprojekt verlief bei allen Projektträgern identisch: ausgehend von dem Modul der Gesundheitskompetenzberatung konnten Teilnehmerinnen und Teilnehmer innerhalb des vorgegebenen Rahmens die unterschiedlichen Angebote des Trägers in Anspruch nehmen. Die Gruppenangebote selbst wurden entweder in Anlehnung an klassische Präventionskurse der GKV konzipiert (zum Beispiel Nikotinentwöhnungskurse), sind zum Teil aber auch aufgrund der Interessen der Arbeitslosen konzipiert worden (zum Beispiel „Geizhalskochkurse – gesund & günstig kochen“). Auf diese Weise konnte ein flexibles Angebot, das ganz auf die indi-

## Gesundheitsförderungsmodulare

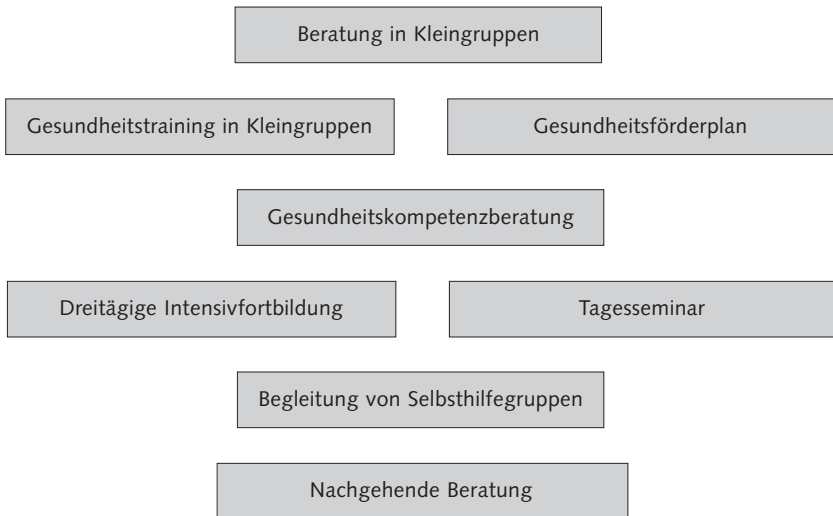


Abb. 2: Vorgegebene Modulformen zur Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote

viduellen Bedarfe und Situationen einzelner Arbeitssuchenden abzielte, ermöglicht werden, da die Träger zudem auf durchaus verschiedene Teilzielgruppen fokussierten. So sind insbesondere Langzeitarbeitslose und prekär Beschäftigte als Hauptzielgruppen definiert worden.

In persönlichen Gesundheitsgesprächen (Gesundheitskompetenzberatung), die den Prinzipien des Motivational Interviews folgten, thematisierten die vor Projektbeginn geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beschäftigungs-, Bildungs- und Qualifizierungsträger die individuelle Situation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, deren gesundheitliche Verhaltensweisen und diesbezügliche Veränderungsbereitschaft. Auf dieser Grundlage wurden in der Regel persönliche Gesundheitsziele erarbeitet und formuliert (Gesundheitsförderplan), die dann durch die Teilnahme weiterführender Gesundheitsangebote vor Ort oder durch Vermittlung in entsprechende Präventionskurse der Krankenkassen erreicht werden sollten.

Die Inhalte der Gruppenmodule wurden von den Trägern vor dem Hintergrund der speziellen Situation ihrer jeweiligen Klientel festgelegt und stam-

men aus den „klassischen Gesundheitsfeldern“ Bewegung, Ernährung, Stress bzw. Entspannung und Sucht. Die Gruppenangebote zeichneten sich überwiegend dadurch aus, dass sie vor dem Hintergrund der spezifischen Situation in der Arbeitslosigkeit durchgeführt wurden. Beispielsweise thematisierten Angebote aus dem Ernährungsbereich immer auch die Finanzierbarkeit gesunder Lebensmittel. Durch die flexible Gestaltung der einzelnen Module konnten zudem vielfach mehrere Gesundheitsthemen kombiniert werden. Ferner wurden bestehende Qualitätsstandards bei der Entwicklung der gesundheitsbezogenen Gruppenmodule berücksichtigt, da alle Module in Anlehnung an die Qualitätsforderungen des Handlungsleitfadens der Spitzenverbände der Krankenkassen konzeptioniert wurden.

### ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

„JobFit Regional“ wurde während der gesamten Projektlaufzeit durch ein begleitendes Monitoring dokumentiert, gleichzeitig wurde eine externe Evaluation durchgeführt. Durch diese vorbildliche Vorgehensweise konnten sowohl Erkenntnisse bezüglich der Ansprache und der Angebotsentwicklung seitens der Beschäftigungs-, Bildungs- und Qualifizierungsträger als auch Wirkungen bei den Teilnehmenden gewonnen werden.

In Einzelberatungen, regelmäßigen Workshops mit den Projektverantwortlichen sowie in qualitativen Interviews am Ende der Projektlaufzeit wurden die Erfahrungen der beteiligten Beschäftigungs-, Bildungs- und Qualifizierungsträger zu wesentlichen Projektbausteinen erhoben. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Teilnehmergeinnung sowie die Auswirkungen der Teilnehmenden an den Gesundheitsmodulen auf Maßnahmeabbruch, Krankmeldungen, Frustrationstoleranz und Bewerberverhalten. Insbesondere bezüglich der Ansprache und Motivation von Arbeitslosen bzw. spezifischer Teilgruppen, wie beispielsweise älterer Langzeitarbeitsloser, erwies sich der Austausch als außerordentlich fruchtbar. Die während der Projektlaufzeit in Workshops eingebrachten Erfahrungen wurden diskutiert und sind prozesshaft wieder in die praktische Arbeit eingeflossen. Aber auch die regionale und überregionale Vernetzung des Arbeitsförderungssektors mit dem Gesundheitssystem wurde begleitend dokumentiert; die gewonnenen Erkenntnisse den Beteiligten wurden außerdem rückgemeldet.

Aus den qualitativ angelegten Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Projektträger am Ende der Projektlaufzeit ist deutlich geworden, dass

für die Gewinnung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wesentlich war, dass die Angebote keinen verpflichtenden Charakter hatten, sondern die Beratungen in einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre stattfanden. Insgesamt hat sich die parallele Durchführung von Einzelberatungskontakten und Gruppenangeboten bewährt. Über die Hälfte aller Teilnehmenden machen sowohl von einer individuellen Beratung als auch von gruppenbezogenen Angeboten Gebrauch. Nicht bewährt hat sich hingegen die Modulform der nachgehenden Beratung. Diese ließ sich nur schlecht organisatorisch in den Maßnahmealltag der Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger integrieren.

Die Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews mit den Projektträgern untermauerten und erhärteten die extern durchgeführte quantitative Evaluation. In der von FB +E Berlin<sup>10</sup> durchgeführten Ergebnisevaluation kann erstmalig in Deutschland die Wirksamkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen empirisch nachgewiesen werden.

In der Prä-/Post-Evaluation<sup>11</sup> zeigen sich signifikante Ergebnisse bezüglich der Zunahme an sportlichen Aktivitäten, einer häufiger ausgewogenen Ernährung sowie vermehrter sozialer Kontakte. Darüber hinaus ist insbesondere die signifikant verbesserte Einschätzung der subjektiven Arbeitsfähigkeit beeindruckend, womit das Projekt das vorab gesetzte Ziel zweifelsfrei erreicht hat. Zudem konnte in leichter Tendenz ein verbesserter Gesundheitszustand und eine Reduktion der psychosozialen Beschwerden nachgewiesen werden.

Diese Ergebnisse sind umso bemerkenswerter, als die Teilnehmenden im Vergleich zur Gesamtbevölkerung einen überproportional schlechten Gesundheitszustand aufweisen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Von Ausnahmen abgesehen sind die Berührungspunkte von Qualifizierungs- und Beschäftigungsträgern zur Prävention und Gesundheitsförderung nur

---

10 FB+E Berlin steht für Forschung Beratung + Evaluation; der Geschäftsführer Dr. Wolf Kirschner ist ein Experte in der Arbeitslosenforschung.

11 Der Zeitraum zwischen  $T_0$  und  $T_1$  war individuell unterschiedlich:  $T_0$ : vor Teilnahme an der Gesundheitskompetenzberatung;  $T_1$ : nach Beendigung des letzten Gesundheitsmoduls.

marginal bzw. selten systematisch. Aus diesem Grund und durch die erforderliche Standardisierung einzelner Module des Gesundheitsförderungsprogramms fand für alle ausgewählten Projektträger, Beraterinnen und Berater zu Projektbeginn eine Qualifizierungsschulung statt. Voraussetzung zur Teilnahme war ein abgeschlossenes Studium aus dem pädagogischen Bereich sowie einschlägige Berufs- bzw. insbesondere Beratungserfahrung.

In der Schulungswoche wurden neben den wesentlichen Eckpfeilern des Modellprojekts, folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Einführung in Prävention und Gesundheitsförderung,
- Vermittlung der wesentlichen gesundheitsrelevanten Belastungen von Erwerbslosen,
- Erkenntnisse aus der Gesundheitsförderung von Erwerbslosen,
- Informationen zu den klassischen Gesundheitsthemen wie Bewegung, Ernährung, Alkohol, Rauchen,
- Stress und Entspannung, Bewältigungsmöglichkeiten in der Arbeitslosigkeit
- Tages- und Zeitstruktur von Erwerbslosen,
- theoretische Grundlagen zu Verhaltensänderung, Motivation, Depression, Stress,
- Gesprächstechniken,
- Techniken und Methoden zum Aufbau von Veränderungsmotivation,
- Motivation zu gesundheitsförderlichem Verhalten.

Das Konzept beinhaltet neben dieser Qualifizierungseinheit auch eine nachgehende zweitägige fallbezogene Reflexion der Praxis.

Durch die Qualifikation von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Setting und der Nutzung vorhandener Ressourcen sind Voraussetzungen für den Aufbau kommunaler Netzwerke geschaffen worden. In der abschließenden Projektträgerbefragung wurde deutlich, dass durch das Modellprojekt und die Qualifizierung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor Ort eine rudimentäre Basis geschaffen wurde, um eine institutionalisierte Integration von krankheitsvorbeugenden und gesundheitsfördernden Aspekten in den angebotenen Dienstleistungen rund um die Arbeitsvermittlung aufzubauen.

Ein positiver Nebeneffekt der Qualifizierungsschulung wurde in der Prozessevaluation deutlich, da nicht nur Auswirkungen auf die Projektteilnehmenden feststellbar waren. Die Auseinandersetzung mit dem Projekt zeigte auch bei den Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern Effekte, die eigenen Verhal-

tensweisen zu reflektieren und zu verändern. Darüber hinaus wurde auch auf institutioneller Ebene verstärkt über gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb nachgedacht, sodass die gewonnenen Erfahrungen und Kompetenzen bereits zum Teil in andere Bereiche übertragen werden konnten.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Durch die Einbindung von Qualifizierungs- und Beschäftigungsträgern wurde erstmals ein Zugang zu den Arbeitslosen erprobt, der sich als erfolgreich erwiesen hat. Diverse Projekte aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass es besonders schwierig ist, diese Zielgruppe für Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu gewinnen. Dies gilt insbesondere für Langzeitarbeitslose, die in „JobFit Regional“ zu ca. zwei Dritteln erreicht werden konnten. Bedingt durch den erfolgreichen Zugang und die überragenden Ergebnisse der Evaluation soll an den Erfolgen des Projekts angeknüpft werden.

In einem Gemeinschaftsprojekt mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW sollen in einem Folgeprojekt ARGEN und Optionskommunen (also die SGB-II-Träger) mit dem Ziel einbezogen werden, die entwickelten Ansätze und Maßnahmen in reguläre Förderangebote der Arbeitsverwaltung umzusetzen. Während es sich bei „JobFit Regional“ um eine teilnehmerbezogene Förderung handelte, liegt der Schwerpunkt des Folgeprojekts im Aufbau und der Stärkung von Strukturen. In fünf Modellregionen werden ab Juli 2006 ARGEN und Optionskommunen partizipativ von G.I.B. und IPG Essen im Hinblick auf arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung beraten.

Auf der Grundlage der bisherigen Erkenntnisse und unter Einbezug der Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaften als Umsetzungsebene sollen tragfähige Strukturen geschaffen werden, sodass Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Arbeitslosen integraler Bestandteil arbeitsfördernder Maßnahmen werden kann.

### Literatur

- Bellwinkel, M. (Hrsg.) (2007): JobFit Regional – Ein Modellprojekt zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen durch Gesundheitsförderung. In: Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Band 20. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven.
- Elkeles, T. (2001): Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck, A., Bloomfield, K. (Hrsg.): Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Reihe Gesundheitsforschung 2001. Juventa, Weinheim und München, S. 71–82.

- Grobe, T. G., Schwartz, F. W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Paul, K., Moser, K. (2001): Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In: Zempel, J., Bacher, J., Moser, K. (Hrsg.): Erwerbslosigkeit, Ursachen, Auswirkungen und Interventionen. Psychologie sozialer Ungleichheit, Band 12, Leske & Budrich, Opladen, S. 83–110.
- Statistisches Bundesamt (2003): Mikrozensus 2003. Download unter [www.destatis.de](http://www.destatis.de).

## **Kontakt**

Sandra Lenz  
Institut für Prävention und Gesundheitsförderung  
an der Universität Duisburg-Essen  
Im Blankenfeld 4  
46238 Bottrop  
Bundesland: Nordrhein-Westfalen  
Telefon: 02041-767-254  
Telefax: 02041-767-299  
E-Mail: [s.lenz@gib.nrw.de](mailto:s.lenz@gib.nrw.de)  
Website: [www.gib.nrw.de](http://www.gib.nrw.de)



## **Zukunft für Kinder in Düsseldorf**

### **Gute Praxisbereiche:**

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Innovation  
und Nachhaltigkeit – Kosten-Nutzen-Relation

### **Abstract**

Im Jahr 2005 veranstaltete die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz am 28. und 29.09.2005 die Fachtagung „Neue Wege in der Prävention – Zukunft für Kinder in Düsseldorf“. Das Thema wurde zur Implementierung dieses Projekts durchgeführt. In dieser Veranstaltung – und unterstützt durch eine entsprechende Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes – konnte aufgezeigt werden, dass für die Bevölkerungsgruppen der sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen sowie der Alleinerziehenden in Düsseldorf ein erhöhtes Risiko für Verarmung und Kindesvernachlässigung besteht. Die Folge davon sind schlechtere Chancen auf eine ausreichende Gesundheitsversorgung sowie geminderte soziale und schulische Entwicklungschancen.

Um Gesundheitsrisiken insbesondere von Menschen in sozialen Risikolagen entgegenzuwirken, gilt es, verschiedene Düsseldorfer Angebote und Institutionen zu bündeln, um gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und eine größtmögliche Chancengleichheit für ein gesundes Leben zu schaffen. Vor diesem Hintergrund ist das Vernetzungsprojekt „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ mit dem Ziel entstanden, Eltern und ihren Kindern frühestmöglich (also bereits direkt nach der Geburt) geeignete Hilfen für eine gute gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung der Kinder anzubieten und dadurch sozial benachteiligten Familien eine Chancengleichheit für die Entwicklung ihrer Kinder zu ermöglichen.

Durch diese frühzeitige individuelle Hilfeplanung, Förderung und Betreuung kann ein Teil der bei diesen Kindern drohenden Langzeitdefizite kompensiert werden. Ganzheitliche Betreuungsprogramme, die medizinisches, psychosoziales und entwicklungspsychologisches Arbeiten kombinieren, tragen in diesem Sinne langfristig zur Optimierung der Entwicklungschancen der betroffenen Kinder in Düsseldorf bei.

Im Ergebnis der geschilderten Vorbereitungen ist das Projekt im Juni 2005 gestartet. Im Gegensatz zu vielen anderen Projekten ist „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ auf Dauer angelegt.

## Hintergrund

Bundesweit ist die Zahl der Kinder, die in problematischen Lebensverhältnissen aufwachsen, steigend. Meldungen über vernachlässigte Kinder werden in erschreckender Regelmäßigkeit in den Medien veröffentlicht. Seit langem ist bekannt, dass die Chancen auf eine normale gesundheitliche und soziale Entwicklung in engem Zusammenhang zu der sozialen Lebenslage der Eltern stehen. Faktoren wie Armut, Krankheit und Migrationshintergrund sowie Probleme in Fragen der Erziehung bedingen sich gegenseitig und können beträchtliche Risiken für eine Entwicklungsstörung der betroffenen Kinder darstellen.

Um negative soziale und gesundheitliche Folgen sowohl für Eltern als auch für Kinder zu reduzieren, sind professionelle Unterstützungsangebote notwendig. Hier blickt die Stadt Düsseldorf auf eine lange Tradition, da bereits in den zurückliegenden Jahren von verschiedenen Seiten – wie beispielsweise von der Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus, vom Kinderneurologischen Zentrum, dem Sozialpädiatrischen Dienst und der Gesundheitsberichterstattung – die Frage der Sicherheit von Kindern und ihrer Entwicklung fokussiert wurden.

## Vorgehen

An der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz gründete sich eine Arbeitsgruppe, um die bereits bestehenden Überlegungen und Initiativen zusammenzuführen. In dieser Arbeitsgruppe, die vom Jugend- und Gesundheitsamt moderiert wird, sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Jugendhilfe, der Gesundheitshilfe, den Geburts- und Kinderkliniken, niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte, Hebammen, Wohlfahrtsverbände und andere für die gesundheitliche und soziale Versorgung verantwortliche Institutionen Düsseldorfs vertreten. An Fragen der Planung und Entwicklung des Projekts waren weiterhin die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitäts-Klinikums Ulm und die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf beteiligt.

Die Arbeitsgruppe begleitet und unterstützt das Projekt „Zukunft für Kinder“, das durch eine frühzeitige individuelle Hilfeplanung, Förderung und Betreuung bei sozial und/oder benachteiligten Kindern dazu beiträgt, drohende Langzeitdefizite zu kompensieren. Dabei wurde insbesondere die Notwendigkeit einer multiprofessionellen Betreuung gesehen, um die unterschiedlichen Aspekte der (beeinträchtigten) Entwicklung der Kinder adäquat erfassen und diese in geeigneter Weise fördern zu können, ohne Kind und Eltern dabei zu überfordern.

Dementsprechend sind in „Zukunft für Kinder“ ganzheitliche Betreuungsprogramme, die sowohl medizinische, psychosoziale sowie entwicklungspsychologische Inhalte kombinieren, zusammengeführt und installiert worden.

Das Jugendamt und das Gesundheitsamt haben gemeinsam die Aufgabe der Koordination übernommen, sind dabei jedoch in ein Netzwerk weiterer Partner verwoben. Zentrale Kooperationspartner in diesem Zusammenhang sind:

- die Geburts- und Kinderkliniken,
- Nachsorge- sowie Familienhebammen,
- niedergelassene Kinderärztinnen/-ärzte und Frauenärztinnen/-ärzte,
- sozialpädiatrischen Zentren sowie Spezialambulanzen von Kinderkliniken und anderen Fachkliniken,
- Einrichtungen zur Förderung von Motorik (Krankengymnastinnen und -gymnasten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten) und Sprache (Logopädinnen und Logopäden),
- Einrichtungen zur Frühförderung,
- Wohlfahrtsverbände sowie Gesundheitsamt und Jugendamt mit speziellen Angeboten der psychosozialen Familienberatung und Familienbildung,
- spezielle Förderangebote in Kindergärten und Kindertagesstätten.

Entscheidend für den Projekterfolg ist der Zugang zu dem Hilfesystem. Um möglichst frühzeitig und systematisiert Kinder in Risikolagen erkennen und unterstützen zu können, strebt das Gesundheitsförderungsprojekt die Anmeldung entweder aus der Geburtssituation heraus oder bereits während der Schwangerschaft an. Die Teilnahme am Projekt ist freiwillig. Für die Anmeldung ist eine Einverständniserklärung der Eltern/Mutter, mit der eine Datenfreigabe verbunden ist, erforderlich.

Für das Projekt ist ein Anmeldebogen entwickelt worden, der einen Abschnitt enthält, in den medizinische Diagnosen zum Kind analog der ICD10-Codie-

rung eingetragen werden können. Ein weiterer Abschnitt beinhaltet klassische sozialmedizinische Diagnosen zur Mutter; darüber hinaus ist die Weitergabe zusätzlicher Informationen mittels Freitext möglich.

Der ausgefüllte Anmeldebogen und die unterschriebene Einverständniserklärung werden schließlich an die sogenannte Clearingstelle des Projekts weitergeleitet. Diese Clearingstelle wurde eigens für das Projekt eingerichtet. Aufgabe der Clearingstelle ist es, während der ersten (ein bis drei) Lebensjahre für Kinder in Lebenslagen mit erhöhtem medizinischen und/oder sozialen Risiko sowie für deren Mutter/Eltern im individuellen Fall das optimale Gelingen einer koordinierten Nach- bzw. Vorsorge sicherzustellen.

Bei Verdacht auf Vorliegen relevanter sozialer und/oder medizinischer Risikolagen wird als Mindestziel ein Besuchskontakt mit Mutter/Eltern angestrebt. Entweder wird ein Erstkontakt mit Mutter/Eltern in der Klinik vereinbart oder es wird nach der Entlassung zeitnah ein Hausbesuch angeboten. Die vorliegenden sozialen und medizinischen Daten bestimmen durch welche Berufsgruppe der Erstkontakt gestaltet wird. Im Ergebnis dieses Kontaktes wird gemeinsam mit der Mutter bzw. den Eltern über eine Fortsetzung von Hausbesuchen beraten und entschieden. Weiterhin wird zusammen mit den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Klärung vorgenommen, ob, wann und welche weiteren Hilfen für erforderlich gehalten werden und welche Bereiche Träger dieser Hilfemaßnahmen sein sollen.

Die Clearingstelle ist außerdem Anlaufstelle für Eltern, die mit ihren Fragen oder Sorgen Beratung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Clearingstelle erhalten können. Ziel dieser Beratung ist die Förderung von elterlichen Ressourcen, Problemlösungskompetenz und Gesundheitsbewusstsein.

Auch für Personen, die im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt über ihre berufliche Tätigkeit in Kontakt mit Neugeborenen und deren Familien kommen, ist die Clearingstelle ein Unterstützungsangebot. Oft lässt sich nicht mit hinreichender Gewissheit entscheiden, ob die zukünftige Entwicklung eines Kindes als besonders gefährdet anzusehen ist. Auch hier können Hinweise zur situativen Einschätzung gegeben und ggf. das geeignete Vorgehen gemeinsam abgestimmt werden.

### **Angebote im Einzelnen**

Die Angebote für Kinder und deren Eltern gründen in ihrem Ansatz auf den Grundprinzipien von Therapie, Förderung, Beratung, Begleitung, Aktivierung

und Entlastung. Zur Erhöhung der Akzeptanz von Angeboten sind diese ressourcenorientiert angelegt und werden auch dementsprechend kommuniziert. Eine Auswahl von konkreten Angeboten, auf sie kann das Gesundheitsförderungsprojekt in Düsseldorf bei Bedarf zurückgreifen, kann unterschieden werden in Angebote, die primär auf das Kind fokussiert sind und Angebote, die sich überwiegend an die Erziehungsberechtigten richten sowie solche, die beide in den Blick nehmen:

### **Angebote für Kind(er)**

- Kinderkrankenpflege, ambulant; Krankengymnastik, Ergotherapie,
- heilpädagogische Maßnahmen (zum Beispiel Frühförderung, Kindertageseinrichtung mit spezialisierter Förderung), Familienbildung (zum Beispiel Spielgruppe, Kind-/Eltern-Gruppe).

### **Angebote für Mutter/Eltern und Kind(er)**

- Hebamme, Nachsorge; Kinderkrankenpflege, ambulant,
- vor Ort individuelle Beratung, Unterstützung und Aktivierung in Lebensfragen, zum Beispiel: Sozialpädiatrischer Dienst, „Flexible Hilfen“, Familienaktivierungsmanagement „FAM“,
- Förderung elterlicher Kompetenz anhand bewährter Trainingskonzepte, zum Beispiel bindungsförderndes Training für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern „BITES“,
- Unterstützung bei der Durchsetzung berechtigter Ansprüche,
- Kostenbeteiligung bei Muttermilchpumpe, Spezialnahrung und Hilfsmittelversorgung (zum Beispiel Brille, Rollstuhl, Pflegebett etc.),
- ungeklärter Status der Krankenversicherung vom Kind,
- Anerkennung einer Pflegestufe und/oder von Schwerbehinderung,
- gesundheitlich nicht tragbare Wohnungssituation, zum Beispiel Behinderung von Kind und/oder Mutter/Eltern.
- zu geringe Wohnfläche, ungenügende Beheizbarkeit, Strom- bzw. Wasserabschaltung bei unbezahlten Rechnungen,
- fehlende Sicherheit, zum Beispiel bauliche Mängel, hohe soziale Gefährdung durch das unmittelbare Umfeld (Drogen, Gewalt, Prostitution).

### **Angebote für Mutter/Eltern**

#### *Entlastung:*

- Anforderungen im Alltag (vor allem bei der Erziehung und im Haushalt),
- *Termine und Untersuchungen:*
- Hilfestellung bei Schwierigkeiten im Rahmen der Terminvergabe,
- Begleitung zu Untersuchungen, Ämtergängen und anderen Erledigungen,

- bei inhaltlichen/sprachlichen Verständnisschwierigkeiten Nachbesprechung von Befunden und Schlussfolgerungen,  
*Eigene seelische Belastungen:*
- offene Ansprache dieser belastenden Empfindungen,  
*Gemeinsame Suche nach Auswegen:*
- positive (medizinische und/oder psychosoziale) Veränderungen möglich: bei Mutter/Eltern? Oder außerhalb der Familie?
- Aufzeigen verschiedener Entwürfe für das künftige gemeinsame Leben von Mutter/Eltern und Kind,
- Möglichkeiten zur gelegentlichen Betreuung betroffener Kinder in der häuslichen Situation, zum Beispiel durch andere Bezugspersonen als Mutter/Eltern oder ggf. durch Vermittlung und Finanzierung anderer Betreuungspersonen (bei entsprechender sozialmedizinischer bzw. psychosozialer Indikation),
- Betreuung/Unterbringung von betroffenen Kindern in Tageseinrichtung/ Tagespflege oder über einen längeren Zeitraum in Dauerpflege,
- Kur (für Mutter/Eltern).

### **Das „Grüne Heft“**

Das „Grüne Heft“ stellt innerhalb des Gesundheitsförderungsprojekts ein wesentliches Instrument dar, um für alle angemeldeten Kinder während des ersten Lebensjahres einen verbesserten Standard bezüglich der Häufigkeit der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und der Zuverlässigkeit bei der Wahrnehmung dieses Angebots zu gewährleisten.

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

Schon der Titel „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ macht deutlich, dass verschiedenste Einrichtungen und damit verbunden auch die jeweiligen professionellen Angebote in der Stadt vernetzt werden, um den vielschichtigen Lebenslagen der Zielgruppe gerecht werden zu können. Dementsprechend erfolgte die Entwicklung des Projekts bereits interdisziplinär und institutionsübergreifend.

Deutlich wird die Zusammenarbeit auch in der Clearingstelle: als zentrales Steuerungsinstrument ist diese eine eigenständige städtische Institution, in die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vom Gesundheitsamt, ein Kinderarzt bzw. eine Kinderärztin sowie Kinderkrankenschwestern und eine Sozialarbei-

terin vom Jugendamt tätig sind. Der Austausch unter den Projektpartnern in regelmäßigen Arbeitstreffen ist selbstverständlich und ebenso zu nennen wie die Sensibilisierung und Einbindung der verschiedenen wichtigen Berufsgruppen von Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzten, Erziehern/Erzieherinnen, Logopädinnen/Logopäden sowie Fachkräften aus den Bereichen Krankengymnastik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit und weiterer Partnerinnen und Partnern.

In Düsseldorf ist es inzwischen gelungen, alle Geburtskliniken in das Projekt einzubinden und mit großen Teilen der psychosozialen wie auch medizinischen Landschaft zu kooperieren. Anhand der beteiligten Disziplinen und Institutionen wird deutlich, dass ein ganzheitlicher Ansatz für die „Zukunft der Kinder in Düsseldorf“ gewählt wurde. Individuelle Beratung und Unterstützung werden gekoppelt mit fundierten Gruppenprogrammen, medizinische Hilfen mit psychosozialer Begleitung, Elemente der Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der Prävention. Erst durch diese intensive und auf Dauer angelegte Zusammenarbeit wird die umfassende Versorgung der Zielgruppe ermöglicht.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Das Gesundheitsförderungsprojekt ist bereits in der Entwicklung neue Wege gegangen, indem die institutionsübergreifende Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Gesundheitsamt sowie die Einbettung in das Gremium der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz elementarer Projektbestandteil ist. Ebenfalls innovativ war die Vorgehensweise, die sukzessiv immer weitere Institutionen, Disziplinen und Handlungsprogramme zusammenführte. Dies hat zur Folge, dass es auf breiter kommunaler Ebene getragen wird. Nicht zuletzt ist dadurch auch die Nachhaltigkeit gesichert.

Innovativ ist zudem, dass kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen für angemeldete Kinder einmal im Monat und somit in größerer Zahl als beim üblichen Vorsorgeprogramm stattfinden. Wesentlich ist hier das „Grüne Heft“: Zu jeder Vorsorgeuntersuchung (insgesamt sind es zwölf) enthält dieses eine herauszunehmende Karte, in der ein Kinderarzt bzw. eine Kinderärztin die von ihm bzw. ihr vorgenommene Vorsorgeuntersuchung dokumentiert. Durch Rücklaufkontrolle dieser vom Arzt bzw. Ärztin an das Gesundheitsamt zurückgesandten Karten wird sichergestellt, dass die im Projekt vorgesehenen Besuche in der Arztpraxis tatsächlich stattgefunden haben. Bleiben diese Kar-

ten wiederholt aus, erinnert das Gesundheitsamt die Eltern durch ein Anschreiben oder geht den Gründen in besonderen Fällen per telefonischer Nachfrage bzw. durch den Hausbesuch einer Kinderkrankenschwester nach.

### ▲ Guter Praxisbereich „Kosten-Nutzen-Relation“

Wird diese Chance der Prävention ausgelassen, können später komplexe medizinische und soziale Schädigungen drohen, die sich häufig als nicht mehr umkehrbar erweisen. Die hieraus erwachsenden andauernden Leiden der betroffenen Kinder und Familien bedeuten einen erheblichen Verlust an Lebensqualität, der mit Trennung der Eltern oder Heimunterbringung der Kinder letztlich in die Auflösung der familiären Strukturen münden kann und erhebliche Kosten verursacht. Obwohl diese Negativentwicklung nicht zwangsweise einsetzen muss, ist davon auszugehen, dass das Vernetzungsprojekt Einspareffekte erzielen kann, da in der Regel frühzeitig Risikolagen erkannt werden und geeignete Interventionen gegensteuern. Gemessen an den Kosten, die eine intensive Unterstützung bzw. das Eingreifen des Jugendamtes in dem Fall nach sich zieht, wenn das Kindeswohl gefährdet ist und es zu den oben dargestellten Negativentwicklungen kommt, ist ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis durch den umfassenden und präventiven Ansatz von „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ gegeben.

Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass die benötigten Projektgelder im Vergleich zu der Wirksamkeit der Maßnahme gering sind; es wurde vielmehr versucht, die Arbeitsfelder stärker aufeinander abzustimmen und durch die optimierte Zusammenarbeit effektivere Interventionen zu ermöglichen.

#### **Kontakt**

Peter Lukasczyk  
Leiter der Abteilung Soziale Dienste, 51/1  
Jugendamt der Landeshauptstadt Düsseldorf  
Telefon: 0211-8995250  
Telefax: 0211-8929370  
E-Mail: peter.lukasczyk@stadt.duesseldorf.de

Wilhelm Pöllen  
Leiter der Abteilung Gesundheitshilfe und Rehabilitation, 53/5  
Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf



Telefon: 0211-8995183  
Telefax: 0211-8993183  
E-Mail: [Wilhelm.poellen@stadt.duesseldorf.de](mailto:Wilhelm.poellen@stadt.duesseldorf.de)

Renate Hoop  
Geschäftsführerin der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz  
Telefon: 0211-8996950  
Telefax: 0211-8939650  
E-Mail: [renate.hoop@stadt.duesseldorf.de](mailto:renate.hoop@stadt.duesseldorf.de)  
Website: [www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft\\_fuer\\_kinder/index.shtml](http://www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft_fuer_kinder/index.shtml)

# Das Präventionsmodell der Stadt Saarlouis als Teil des lokalen Netzwerks Saarlouis

## Gute Praxisbereiche:

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Innovation und Nachhaltigkeit – Partizipation

## Abstract

Der demografische Wandel sowie die zunehmende Anzahl von Personen in materiellen, sozialen oder gesundheitlichen Notlagen stellen Kommunen und Städte vor immer neue Herausforderungen. Nur durch Aktivitäten zur Förderung von Verteilungsgerechtigkeit und Unterstützung gesellschaftlicher Strukturen bleiben Städte und Gemeinden auch in der Zukunft handlungsfähig. Diese Maßnahmen dienen auch der Sicherung der Einwohnerbasis. Im Maßnahmenkatalog „Kinder-, jugend- und familienfreundliche Kommune“ der Kreisstadt Saarlouis spiegeln sich diese Elemente wider. Die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, der Partizipation von Kindern und Jugendlichen, der Gestaltung des Sozialraums sowie unterschiedlich ausgerichtete Betreuungsangebote bilden die Eckpfeiler des Präventionsmodells der Stadt Saarlouis. Die hohe Vielfalt der Aktivitäten basiert auf Kooperationsverträgen mit freien Trägern. Diese Vereinbarungen garantieren dem Maßnahmen-träger die Förderung über einen vereinbarten Zeitraum und verpflichten ihn im Gegenzug zur Rechenschaft gegenüber der Stadtverwaltung. Vertragliche vereinbarte Entwicklungsgespräche zwischen Verwaltung und freiem Träger sorgen für die zeitliche und inhaltliche Abstimmung der Angebote.

## Hintergrund

In einer Bevölkerungsprognose aus dem Jahr 2004 geht das statistische Landesamt davon aus, dass die saarländische Bevölkerung von heute knapp über eine Million Einwohner auf rund 800 000 im Jahre 2050 schrumpfen wird. Als Hauptgrund wird der rapide Rückgang an Geburten angegeben. Das Statistische Landesamt errechnete für den Zeitraum von 1993 bis 2003 einen Geburtenrückgang von 29 %. Eine weitere Folge des Geburtenrückgangs, ver-

bunden mit der ansteigenden Lebenserwartung, ist die zunehmende Überalterung der Bevölkerung. Im Jahr 2030 wird das Durchschnittsalter im Saarland 47,7 Jahre betragen. Dies bedeutet einen Anstieg von 7,5 Jahren seit dem Jahr 1990. Die gesellschaftlichen Auswirkungen dieser Prozesse werden in den nächsten Jahren allmählich sicht- und spürbar werden. Da diese demografischen Vorgänge nicht mehr kurzfristig aufzuhalten oder sogar umkehrbar sind, ist es für die heutigen Planungs- und Gestaltungsaufgaben einer Stadt bzw. Kommune unerlässlich, sich auf die abzeichnenden Veränderungen einzustellen. Dies beinhaltet neben dem Aufbau einer Betreuungsstruktur für die alternden Bevölkerungsschichten auch die Investition in langfristige Maßnahmen zur Förderung von Kindern, Jugendlichen und Familien.

Die Stadt Saarlouis wird im Wegweiser Demografie der Bertelsmann Stiftung als stabile Mittelstadt mit geringem Familienanteil beschrieben. Nach zurückgehenden Einwohnerzahlen in den letzten Jahren errechnete die Bertelsmann Stiftung einen Anstieg der Einwohnerzahl Saarlouis um 0,6% bis zum Jahr 2020. Das Durchschnittsalter der Einwohner wird bis zum Jahr 2020 auf 47,4 Jahre ansteigen. Diese Prognose lässt die Vermutung zu, dass der errechnete Einwohnerzuwachs nicht auf erhöhte Geburtenraten zurückzuführen sein und somit die Anzahl der Kinder sinken wird. Derzeit sind von den über 38 000 Bewohnern 17% im Alter von null bis 18 Jahren.

Dem zweiten Kinder und Jugendbericht des Saarlands aus dem Jahr 2004 kann entnommen werden, dass die Mehrheit der saarländischen Kinder noch in traditionellen Kleinfamilien lebt. Im Gegensatz zu dem übrigen Bundesgebiet wächst allerdings ein zunehmender Teil ohne Geschwister auf. Die Zahl der Alleinerziehenden belief sich Ende 2000 auf 34 900 Personen. Diese Familien machten im Jahr 2002 die Hälfte der Haushalte aus, die Sozialhilfe beziehen und in denen gleichzeitig Kinder leben. Im Jahre 2005 betrug der Anteil aller saarländischen Kinder unter 15 Jahren im Sozialgeldbezug 16,2%. Die Jugendarbeitslosigkeit lag nach Angaben der Bertelsmann Stiftung im Jahr 2005 bei 16,6%.

Diesen von Armut bedrohten Kindern und Jugendlichen fehlt oftmals die intakte Anbindung an ein Gemeinwesen, Vereine und Familie. Sichtbare Folgen dieses Prozesses können steigende Jugendkriminalitätsraten, zunehmende Aggression und Suchtverhalten sein. Die zunehmende Suchtproblematik kann exemplarisch am Alkoholmissbrauch von Kindern und Jugendlichen beschrieben werden. So verzeichnet beispielsweise eine bundesweit durchgeführte Erhebung der BZgA aus dem Jahr 2007 einen Anstieg des Alkohol-

konsums von Jugendlichen. Der Alkopops-Studie der BZgA aus dem Jahr 2005 kann entnommen werden, dass Jugendliche auch wesentlich exzessiver trinken als in den Jahren zuvor. Dies belegt auch die Gesundheitsberichterstattung 2006 des Bundes. Hierin wird ein Anstieg der Fälle von Alkoholin- toxikationen um jeweils 50 % in den Altersgruppen der Kinder unter 15 Jahren sowie in der Gruppe der Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahre beschrieben. Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, wurde durch die Kreisstadt Saarlouis ein sozialraumorientiertes Präventionsmodell erarbeitet. Alle Maßnahmen und Projekte dieses umfassenden Konzepts haben eine Stärkung der Persönlichkeit als Ziel und wirken sich mildernd auf Suchtverhalten und Gewaltbereitschaft aus.

## Vorgehen

Als Grundlage im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit sowie im erzieherischen Kinder- und Jugendschutz dienen die im Jahr 1991 beschlossenen Schwerpunkte zur Gestaltung der Kinder-, Jugend- und Gemeinwesenarbeit in Saarlouis. Hierauf aufbauend entwickelte die Kreisstadt Saarlouis ein Drei-Säulen-Modell. Es beinhaltet ein selbstverwaltetes Jugendzentrum, dezentrale Kinder- und Jugendtreffs sowie Streetwork und „Mobile Teams“. Die Zielgruppe der sozial Benachteiligten wird in vielfältiger Weise angesprochen. Die Angebote der Kinder- und Jugendtreffs sind kostenlos und dienen neben der Entwicklungsförderung von Kindern auch der Entlastung von Alleinerziehenden. In der aufsuchenden Betreuungsarbeit werden gezielt die sozialen Brennpunkte der Stadt besucht und auffällige Jugendliche aktiv angesprochen. Im Rahmen der Einzelfallhilfe werden für Eltern und im speziellen für alleinerziehende Mütter und Väter Qualifizierungs- und Beschäftigungsprojekte angeboten. Koordiniert und begleitet wird diese Arbeit vom Team der städtischen Jugendarbeit. Ansprechpartner im Jugendteam sind die städtische Jugendbeauftragte und der städtische Streetworker.

Der Schwerpunkt des Präventionsmodells der Kreisstadt Saarlouis liegt in der außerfamiliären Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen, offenen Betreuungsangeboten, mehreren Jugendzentren sowie durch aufsuchende Jugendsozialarbeit mittels „Mobilen Teams“ und Streetwork. Innerhalb der Einrichtungen bzw. Maßnahmen wird multimethodisch vorgegangen. Hauptziel ist dabei die Persönlichkeitsstärkung der Zielgruppe. Durch die Förderung der Ich-Kompetenzen werden die Kinder und Jugendlichen in ihrer Entscheidungsfreiheit gestärkt. Es werden dem für Suchtver-

halten häufig verantwortlichen Gruppendruck Kräfte entgegengesetzt. Andere Angebote wirken potenziellen Entwicklungsdefiziten und Sozialisationsproblemen entgegen. Diese Maßnahmen tragen implizit zur Förderung der physischen und seelischen Gesundheit der Zielgruppen bei.

In den Kinderbetreuungseinrichtungen wie Kindertagesstätten und Grundschulen werden Einzelaktionen, wie zum Beispiel Coolness-Trainings oder fortlaufende Maßnahmen wie eine Hausaufgabenbetreuung mit freizeitpädagogischem Angebot durchgeführt. Die offenen Angebote wie z.B. die Kinder- und Jugendfarm (ein erlebnispädagogischer Spielplatz) regen die Kinder zu einer aktiven Form der Freizeitgestaltung an. Alle Angebote arbeiten entwicklungsbegleitend und integrativ. Da der Bedarf der Kinderbetreuung in der Ferienzeit gestiegen ist, bietet die Kreisstadt Saarlouis in Kooperation mit der katholischen Familienbildungsstätte eine Halbtagsbetreuung an. Seitens der Jugendabteilung der Kreisstadt Saarlouis wird des Weiteren ein umfangreiches Ferienprogramm erstellt.

Im Bereich der Jugendtreffs wird der Präventionsansatz mittels Gesprächsrunden, Einzelberatungen, Bereitstellen von Informationsmaterialien, kulturpädagogischen und sportlichen Angeboten verfolgt. Innerhalb der kommunalen



len Jugendtreffs gilt ein absolutes Alkoholverbot. In den Stadtteilen, in denen keine Kinder- oder Jugendeinrichtungen vorgehalten werden (zugleich die sozialen Brennpunkte in Saarlouis), sind „Mobile Teams“ vor Ort. Sie bieten den Jugendlichen in den Stadtteilen zu festen Terminen die Möglichkeit, sich auf Schulhöfen zu treffen und sind Ansprechpartner für deren Alltagsprobleme. Darüber hinaus werden gemeinsam mit den Jugendlichen Aktionen geplant. Die Schwerpunkte liegen hier in den Bereichen Erlebnispädagogik und Sport. Die Grenzerfahrungen, besonders in den erlebnispädagogischen Angeboten, stärken das Selbstbewusstsein. Die Sportangebote tragen dazu bei, Aggressionen zu kanalisieren, Bewegung zu fördern und die soziale Integration in einer Gruppe zu lernen. Der offene Deutsch-ausländische Treff in der Ludwigsschule fördert durch ein multikulturell orientiertes Angebot die Integration von jungen Migrantinnen und Migranten in das öffentliche Leben sowie deren Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen.

Im Bereich Streetwork werden die Jugendlichen da aufgesucht, wo sie sich treffen. Das Projekt will mit seiner Arbeit Ausgrenzungen und Stigmatisierungen von Jugendlichen verhindern oder zumindest verringern. Deshalb werden von Seiten des Projekts Gelegenheitsstrukturen angeboten, bei der die Unterstützung und Förderung sowohl in der Alltags- als auch Lebensbewältigung der Zielgruppe im Vordergrund steht. In schwerwiegenden Fällen werden die Jugendlichen an Beratungseinrichtungen weitervermittelt. Weiterhin setzt sich das Projekt für positive Lebensbedingungen im öffentlichen Raum ein. In Zusammenarbeit mit der Polizei wurden bereits zwei Konzerte sowie mehrere Fußballturniere ausgerichtet, die besonders auf die aus der Streetworkarbeit bekannten Personengruppen ausgerichtet sind. Die Jugendlichen werden in die Planungen mit einbezogen. Flankierend zu den Betreuungsangeboten werden in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern spezielle Angebote für Eltern und Familien durchgeführt. Neben Informationsveranstaltungen, einem Familienservice der Kinderbeauftragten, Seminaren und Schulungen, werden Eltern beraten und unterstützt. Zu nennen sind hier exemplarisch die Katholische Familienbildungsstätte, die Fahrrad-Service-Station in Roden oder der Frauenladen Lisdorf.

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

Das Präventionsmodell der Stadt Saarlouis enthält vielfältige Maßnahmen zur individuellen Stärkung von Kindern und Jugendlichen sowie zur kindgerech-

ten Gestaltung der Sozialräume. Um den Ansatz im gesamten Stadtgebiet und den verschiedenen Bereichen des Lebens umzusetzen, kooperiert die Stadtverwaltung mit zahlreichen freien Trägern und Einrichtungen.

Die Zusammenarbeit der Stadt Saarlouis mit den freien Trägern wird in Kooperationsverträgen fixiert. Diese Vereinbarungen schreiben die monetäre Unterstützung durch die Stadtverwaltung über einen bestimmten Zeitraum fest und geben somit dem Maßnahmenträger eine gewisse Planungssicherheit. Im Gegenzug verpflichten sich die Vertragspartner auf enge Kommunikationsstrukturen mit der Stadtverwaltung. Diese enthalten die jährliche Berichterstattung in standardisierter Form sowie regelmäßige Gespräche mit den jeweils zuständigen Personen der Stadtverwaltung. Mit Hilfe konkreter und strategischer Ebenen in den verwendeten Controllinginstrumenten werden regelmäßige Auswertungen angefertigt, die über eine rein deskriptive Beschreibung des aktuellen Stands hinausgehen. Die erfolgreiche Kooperation findet ihren Ausdruck auch in der Einrichtung zahlreicher themenspezifischer Arbeitskreise. Zu nennen sind hier beispielsweise der AK Mädchen; AK Kinder, Jugend und Familie; AK Sucht; AK gegen Gewalt und Ausgrenzung sowie der AK der Vertreterinnen und Vertreter der Kinder und Jugendeinrichtungen. Alle Arbeitskreise sind ressort- und trägerübergreifend besetzt.

Im Bereich der außerfamiliären Betreuung von Kindern sind die Kooperationspartner die freien Träger der Krippen, Kindergärten, Horte und des Nachmittagsangebots in den freiwilligen Ganztagschulen im Stadtgebiet. Hinzu kommen noch die Freie Kunstschule e. V. mit dem Kindertreff Picard, das Sozialbüro Christkönig des Caritasverbandes, die selbstständige Kinder- und Jugendfarm, die Hausaufgabenbetreuung mit freizeitpädagogischem Angebot in Verbindung mit der ARGE Saarlouis sowie die Betreuungs- und Freizeitangebote durch die Katholische Familienbildungsstätte Saarlouis e. V. Bei der sozialpädagogischen Betreuung von Jugendlichen sind die freien Träger der Jugendtreffs, die Evangelische Kirchengemeinde Saarlouis und das Diakonische Werk an der Saar mit dem Projekt „Streetwork Saarlouis“, dem Möbelprojekt und der Fahrrad-Station, der selbstverwaltete Betriebshof Saarlouis e. V. sowie der FV Picard mit einem offenem Sporttreff zu nennen.

Die Angebote für die Eltern und Familien der Kinder sind unter dem Dach des Saarlouiser Familienforums vereint. Das Online-Portal des Forums bietet Informationen über existierende Angebote, Projekte, Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten, Fachthemen, Veranstaltungen und vielem mehr. Die Ko-

operationspartner der Stadt Saarlouis, vertreten durch die Kinderbeauftragte und drei Kindertagesstätten, sind hier die Katholische Familienbildungsstätte, die Jugendverkehrsschule, die Volkshochschule und die Elternschule der St.-Elisabeth-Kliniken.

Durch die enge Anbindung der Vertragspartner koordiniert die Kreisstadt Saarlouis ein trägerübergreifendes Maßnahmenbündel, das es ermöglicht, gezielt und umfassend auf Bedarfslagen in der Stadt zu reagieren. Die Partner des Präventionsmodells sind in das „Lokale Bündnis für Familien Saarlouis“ eingebunden. Das Bündnis ist ein Zusammenschluss von Unternehmen, Gewerkschaften, Verbänden, Vereinen, Initiativen sowie der Stadt Saarlouis mit dem Ziel, die Lebensbedingungen von Familien direkt in ihrem Lebensumfeld zu verbessern.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Die Kreisstadt Saarlouis widmet sich seit über 15 Jahren dem Auf- und Ausbau eines präventiv arbeitenden Netzwerks verschiedener freier Träger und kommunaler Einrichtungen. Auf Vorschlag der Verwaltung wurden 1991 durch den Ausschuss für Sozialwesen und Jugendpflege die für alle Träger gültigen Schwerpunkte zur Gestaltung der Kinder-, Jugend- und Gemeinwesenarbeit verabschiedet. Innerhalb der Jugendabteilung der Stadt Saarlouis wurden daraufhin drei Jugendpflegestellen, eine Stelle für Erzieher bzw. Erzieherinnen sowie eine Verwaltungsstelle neu geschaffen. Ausgehend von diesen strukturellen Veränderungen wurde das oben beschriebene Drei-Säulen-Modell mit einem zentralen, mehreren dezentralen und zwei zusätzlichen mobilen Betreuungsangeboten entwickelt.

Eine weitere Entwicklungsstufe des sozialraum-orientierten Präventionsmodells stellte das Modellprojekt „Familien- und Kinderfreundlichkeit in der Kommune“ des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend dar. Unter fachlicher Betreuung durch das Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung Hannover (IES) wurden von 1999 bis 2001 verschiedene Maßnahmen zur familienfreundlichen Gestaltung des Stadtverwaltung erarbeitet und umgesetzt. Nach der Entwicklung erster grundlegender Kriterien für eine kinder- und familienfreundliche Kommune durch den Arbeitskreis Kinder, Jugend und Familie der Kreisstadt Saarlouis wurde eine Veranstaltung zur Maßnahmenarbeitung abgehalten. Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen sowie die Bürgerinnen und Bürger



Saarlouis waren eingeladen, ihre Vorschläge mit den Verantwortlichen der Stadt zu diskutieren. Das Ergebnis des Modellprojekts war ein Katalog mit über 150 laufenden Einzelmaßnahmen, Projekten und Tätigkeiten mit Bezug zur Familien- und Kinderfreundlichkeit. Um die Angebote den Bürgerinnen und Bürgern näher zu bringen, wurden diese im Internetauftritt der Kreisstadt Saarlouis unter den Gesichtspunkten Infoweb, Youngweb, Familienservice und Kulturweb einsehbar gemacht. Aus einem Teil der Angebote setzt sich das hier vorgestellte Präventionsmodell der Kreisstadt zusammen.

Mit der Gründung des „Lokalen Bündnisses für Familien“ in Saarlouis im Jahr 2006 setzt die Stadt das bereits seit Jahren vorhandene Engagement für eine kinder- und familienfreundliche Stadt fort. Übergeordnetes Ziel der Saarlouiser Bündnisakteure ist es, den Stellenwert der Institution Familie in der Gesellschaft zu verbessern und sich für ein Klima stark zu machen, in dem Kinder und Familie willkommen sind. In dem Bündnis sollen optimale Lösungen entwickelt, Aktivitäten gebündelt und innovative Lösungsansätze schnell und effektiv umgesetzt werden. Hierfür wurden bereits während der Auftaktveranstaltung fünf Arbeitsgruppen gebildet. In das Bündnis integriert ist das Saarlouiser Netzwerk SOS sowie der Kriminalitätsbeirat der Stadt. Unter demokratischer Beteiligung eines möglichst breiten Spektrums aller gesellschaftlichen Gruppen werden dann in Arbeitsgruppen zu einzelnen Schwerpunktthemen Maßnahmen anlaufen. Unter dem Titel „SOS – Sicherheit, Ordnung, Sauberkeit“ findet die Vernetzung auf der Metaebene der Stadtverwaltung ihren Ausdruck. Neben den Sozialdiensten, der Polizei und dem Ordnungsamt ist auch der „Neue Betriebshof Saar“ darin organisiert.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Die Partizipation der Zielgruppen wird in der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung aus verschiedenen Gründen eingesetzt. Neben der rein ethischen Implikation von Beteiligungsverfahren baut die Kontaktaufnahme im Vorfeld von Interventionen Vertrauen auf, macht den Bedarf aus Sicht der Betroffenen deutlich und erleichtert den Zugang zu schwer erreichbaren Personengruppen. Werden Betroffene bei der Durchführung von Maßnahmen mit einbezogen, steigert sich ein möglicher Lerneffekt und auch dem Vandalismus wird vorgebeugt.

In der Kreisstadt Saarlouis wird Bürgerbeteiligung vorbildlich umgesetzt. Kinder, Jugendliche sowie deren Eltern werden aktiv in die Planung und

Durchführung von Maßnahmen mit einbezogen. Hierzu wurde seitens der Stadtverwaltung die Stelle des Kinderbeauftragten geschaffen. Sie ist bei kinderrelevanten Fragen und Problemen ein Ansprechpartner für Kinder, Familien, Vereine, Initiativen und andere Gremien. Sie stellt die Interessenvertretung der Kinder in der Stadtverwaltung dar. In ihrer wöchentlichen Sprechstunde können Kinder und Jugendliche ihre Anliegen direkt vortragen. Darüber hinaus organisiert sie die Kindersprechstunde des Oberbürgermeisters, in der Erwachsene nur eingeschränktes Rederecht haben. Die Kinderbeauftragte koordiniert die Spielplatzpatenschaften und den Elternservice im Saarlouiser Familienforum, vermittelt Kontakte und kooperiert mit allen Trägern von Kindereinrichtungen in der Stadt. Um die Kinder und Jugendlichen in die Planung der Stadtentwicklung einzubinden, werden Beteiligungsverfahren wie Kinderratssitzungen, -anhörungen oder -befragungen durchgeführt. Um die jungen Menschen an der Umsetzung von Maßnahmen zu beteiligen, bemalen beispielsweise Kinder und Erwachsene im Projekt „Guck genau – mehr Verkehrssicherheit in Wohnstraßen“ verschiedene Straßen in ihrem Umfeld. Autofahrer werden damit auf spielende Kinder hingewiesen. Auch bei der Neugestaltung von mehreren Spielplätzen und der Skateranlage waren Kinder und Jugendliche beteiligt.

Neben den vielen Beteiligungsverfahren für Kinder, werden auch den Erwachsenen verschiedene Möglichkeiten zur Partizipation angeboten. Der Kriminalitätsbeirat der Stadt bietet Bürgerinnen und Bürgern ein Forum, um auf Probleme in den Bereichen Diebstahl, Gewalt und Vandalismus hinzuweisen. Durch öffentliche Begehungen der Stadt unter Beteiligung der Bewohner – sogenannte Angstgänge – wurden potenzielle Gefahrenzonen (etwa schlecht beleuchtete Gehwege) ermittelt und Lösungen erarbeitet. Wollen sich Bürgerinnen und Bürger an Maßnahmen zur Steigerung der Familienfreundlichkeit der Stadt beteiligen, so stehen ihnen viele ehrenamtliche Dienste offen.

### **Kontakt**

Michael Leinenbach

Stadtverwaltung Saarlouis – Abteilung Familie und Soziales

Friedensstraße 3–7

66740 Saarlouis

Bundesland: Saarland

Telefon: 06831-443-437

Telefax: 06831-443-410

E-Mail: [Leinenbach@saarlouis.de](mailto:Leinenbach@saarlouis.de)

Website: [www.youngweb.saarlouis.de](http://www.youngweb.saarlouis.de)

## **„Starke Kids“ und „Fit fürs Leben“**

### **Ein Projekt zur Kompetenzstärkung**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Innovation und Nachhaltigkeit – Integriertes Handlungskonzept/  
Vernetzung

#### **Abstract**

Das Hort- und Schulprojekt „Starke Kids“ und „Fit fürs Leben“ stellt neben der Selbstkompetenzstärkung die Sucht- und Gewaltprävention für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche in den Mittelpunkt. Durch spielerische Projektarbeit werden Inhalte zur Ernährung, Bewegung und Kommunikationsförderung vermittelt. Konfliktfähigkeit, selbstständiges und zielorientiertes Arbeiten und Lernen, Kommunikationsstärke und Selbstvertrauen sollen erlernt werden. Eine Reduzierung des Blickwinkels auf mögliche schulische Defizite wird vermieden, stattdessen steht das Erlernen eigenverantwortlichen Handelns im Vordergrund.

Im pädagogischen Rahmen des Projekts besteht ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Eigenaktivität und Angebot, das sich an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen orientiert. Der Zielgruppe werden vielfältige Möglichkeiten angeboten, Erlebnisse und Erfahrungen zu verarbeiten, sich mit der Umwelt auseinander zu setzen, Neues kennen zu lernen und Zusammenhänge zu erfassen. Kennzeichnend für das Projekt sind eine kontinuierliche pädagogische Netzwerkarbeit von Hortleitung, Schulsozialpädagogin, Gesundheitsamt, Jugendamt u. a. Pro Schuljahr werden durch das Projekt ca. 60 Kinder und deren Familien erreicht. Die Finanzierung des Projekts erfolgt über das Jugendamt, Fachbereich Jugend und Soziales.

#### **Hintergrund**

Insbesondere für sozial benachteiligte oder auch lernbehinderte Kinder und Jugendliche besteht der Bedarf einer Stärkung sozialer Handlungskompetenzen und des Selbstwertgefühls. In Erscheinung treten diese Entwicklungs-

defizite häufig auf der Ebene von Verhaltensstörungen wie dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Kommunikation findet in vielen Fällen über Handgreiflichkeiten statt.

Das Projekt „Starke Kids“ und „Fit fürs Leben“ versucht an diesem Problem anzusetzen. Die Idee zum Projekt entstand während einer Weiterbildung, deren Thema Kinder und deren soziale Rollen in der Klasse waren. Die den Kindern zugewiesenen sozialen Rollen im Klassenverband sind meist festgelegt und schränken den Spielraum für erwünschte Verhaltensänderungen ein. Ziel war es, mithilfe verschiedener Methoden den schulschwachen Kindern zu ermöglichen, sich selbst und andere in neuen sozialen Rollen zu erleben und zu beweisen.

Das ursprüngliche Projekt „Starke Kids“ wurde an der Schule zur Lernförderung „Sperlingsbergschule“ in Kirchberg begonnen und war auch für sie konzipiert. Nach guten Praxisergebnissen wurde 2005 an der Schule zur Lernförderung „Lindenschule“ in Crimmitschau das Tochterprojekt „Fit fürs Leben“ initiiert.

Den Beginn des Projekts, das von der Jugendhilfe und Schulsozialarbeit initiiert wurde, markierte ein durch den DRK-Kreisverband ausgeschriebener Wettbewerb, in dem junge Lebensretter gesucht wurden. An diesem Junior Cup beteiligte sich die erste Projektgruppe der „starken Kids“. Gemeinsam mit der Schulsozialpädagogin trainierten die Kinder in einem Projektbaustein Erste-Hilfe-Maßnahmen (zum Beispiel die Notrettungskette) und gewannen im Mai 2005 den ersten Platz. Die Eltern wurden über einen Elternabend eingebunden und kamen nun auch erstmals zahlreich aufgrund des Erfolgs der Kinder beim Wettbewerb zusammen. Im Weiteren wurden die verschiedenen Module entwickelt und zunehmend in den Schulalltag integriert.

## Vorgehen

Das Projekt wird im Hort und im Rahmen des schulischen Unterrichts angeboten. Die Umsetzung der hauptsächlichen Zielstellung, Selbstkompetenz zu vermitteln, erfolgt über mehrere Schuljahre hinweg in einem zeitlich gestaffelten und aufeinander aufbauenden Modulsystem. Die Reihenfolge der Module ist dabei variabel, wird auf die Kenntnisse der Schülerinnen und Schüler abgestimmt und erfolgt in Absprache mit den jeweiligen Klassenlei-

terinnen und Klassenleitern. Das Projekt begann im Februar 2003 in Kleingruppen und wird kontinuierlich bis zum Übergang in die Oberstufe fortgesetzt. Pro Schuljahr werden ca. 60 Kinder und deren Familien erreicht. Die Finanzierung erfolgt über das Jugendamt, Fachbereich Jugend und Soziales.

Folgende Vorgehensweise wird dabei der Gruppe bzw. Klasse empfohlen:

- MODUL 1: Gegenseitiges Kennenlernen (Gruppenbildung, Gruppenregeln, Rollen innerhalb der Gruppe)
- MODUL 2: Selbst- und Fremdbild – Motivation (Wer bin ich? Stärken und Schwächen, realistisches Selbstbild; Komm' ich immer gut an? Was schätze ich an anderen Personen? Typisch Mädchen/typisch Jungen)
- MODUL 3: Sinne und Gefühle (Wahrnehmung meines Umfeldes mit den Sinnen; Gefühle kennen und ausdrücken; Angst, Wut, Freude etc.)
- MODUL 4: Körpersprache und Kommunikation (Körpersprache verstehen – Was mein Körper verrät? Kommunikation miteinander, aktives Zuhören; Ich- und Du-Botschaften)
- MODUL 5: Konflikte – Umgang miteinander (Konflikte im Alltag – Wahrnehmung von Konfliktsituation; Ursachen, Wirkung, Lösung, Streitschlichtungsmodelle; Umgang mit Kritik – Toleranz, Kriminalität, Gewalt, strafrechtliche Folgen)
- MODUL 6: Körperwahrnehmung und Sexualität (Körperhygiene, Liebe, Partnerschaft, Sexualität)
- MODUL 7: Gesundheit (gesunde Ernährung, legale/illegale Drogen/Sucht, Nein sagen können)
- MODUL 8: Alltag – Familie, Freunde (Tagesablauf planen, sinnvolle Freizeitgestaltung, Freundschaft/Clique, Rolle und Aufgaben in der Familie)
- MODUL 9: Zukunftswünsche (Schule und Motivation, Beruf und Anforderung, Vorbilder)

Für jedes Modul gibt es einen Höhepunkt in Form eines Projekttages. An diesem erhalten die Kinder Gelegenheit, ihr erworbenes Wissen und Können zu präsentieren. Themen und Sachverhalte werden in realen Zusammenhängen vermittelt und erfahren. Am Beispiel des Frühstücksbrotes wurde beispielsweise an das Thema Ernährung/Haushaltsplanung herangeführt: Was kostet mein Brot? Welcher Arbeitsaufwand steckt hinter der Zubereitung? Gemeinsam mit den Kindern wurde am Projekttag zu diesem Projektbaustein ein Gemüsebüfett für die anderen Schülerinnen und Schüler gestaltet.

Zusätzlich werden kontinuierlich folgende Projektbausteine angeboten:

- Themen der Gesundheitserziehung (zum Beispiel gesunde Ernährung, Körperpflege und -hygiene, Sport und Bewegung)
- Erste-Hilfe-Maßnahmen (Erkennen, Handeln, Behandeln)
- Themen der Suchtprävention, sowohl *suchtmittelunspezifisch* (Selbsteinschätzung, Erlebnis- und Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz) als auch *suchtmittelspezifisch* (Sachinformationen zur Stoffkunde, Gesetzmäßigkeiten, Co-Abhängigkeit)
- Themen der Gewaltprävention (Rechte und Pflichten, Kommunikationsbefähigung, Gruppenintegration und Rollenverhalten in Gruppen, Konflikttraining und [Aus-]Bildung von Streitschlichtern)

Grundsätzlich wird angestrebt, Eltern und Wohnumfeld so gut wie möglich in das Projektgeschehen zu integrieren. So finden parallel zu dem Modulsystem für die Schülerinnen und Schüler thematische Veranstaltungen und Gespräche mit den Eltern statt. Hierbei sollen die Eltern erfahren, welches die Ergebnisse der Modul- bzw. Projektarbeit ihrer Kinder sind. Dabei steht weniger die sozialpädagogische Arbeit mit den Kindern im Vordergrund als vielmehr der Kontakt zu den Eltern und deren Teilhabe an den positiven Erlebnissen ihrer Kinder im schulischen Umfeld. Die Teilnahme am Projekt ist freiwillig. Eine intensive Beziehungs- und Vertrauensarbeit bildet dabei die Basis. Dabei werden drei wesentliche Prinzipien verfolgt. Die Arbeit mit den Kindern ist

- *nicht defizitorientiert*, das heißt, es wird an den Interessen und Stärken der Zielgruppe angesetzt.
- *akzeptanzorientiert*, das heißt, unerwünschte und störende Verhaltensweisen stehen nicht im Vordergrund. Der Zielgruppe sollen durch positive Erfahrungen Alternativen aufgezeigt werden, die diese eigenverantwortlich umsetzen können.
- *kontinuierlich*, das heißt, sie läuft im Idealfall fünf Schuljahre in verschiedenen Kontexten. Lerninhalte sollen so auf verschiedenen Ebenen erfahrbar und erlebbar gemacht werden.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Bei dem Projekt handelt es sich um ein Modellprojekt, das seit dem Jahr 2003 läuft und längerfristig angelegt ist. Das Projekt des sozialpädagogischen Netzwerks zur „Selbstkompetenzstärkung mit den Inhalten der Gesundheitserziehung und der Kommunikationsförderung“ basiert auf außerschulischer

Betreuung im Kontext Schule und Hort zur Förderung des Lernens, der Schulsozialarbeit und des präventiven Kinder- und Jugendschutzes im Landkreis Zwickauer Land.

Das Projekt hat in der Region einen hohen Stellenwert, der sich auf das positive Bild der Schülerinnen und Schüler der Förderschule in der öffentlichen Wahrnehmung gründet. Diese hatten an verschiedenen Wettbewerben teilgenommen, setzten dort ihr Können aus den Projekten um und gewannen dabei. Der positive Eindruck trug sehr zur Steigerung des Selbstwertgefühls der Kinder bei. Auch in der Öffentlichkeit fand eine Veränderung in der Wahrnehmung statt. Die Kinder der Förderschule, die negativ stigmatisiert wurden, da sie Schwierigkeiten beim Lernen haben, konnten beweisen, dass sie trotz aller Schwierigkeiten, erfolgreich sein können.

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

Ein Kennzeichen des Projekts ist die Vernetzung mit zahlreichen Kooperationspartnern. Die Mitwirkung der Kooperationspartner und der Aufbau des Netzwerks ermöglichen die Realisierung des Projekts und seine Finanzierung. Eingebunden sind neben der Schulleitung das Jugendamt, das Gesundheitsamt, das Deutsche Rote Kreuz, die freiwillige Feuerwehr, das Kontakt- und Informationsbüro für präventive Kinder- und Jugendarbeit, Vereine aus der Region, die Polizei etc. Durch die Kooperationen und die jeweils dort vertretenen inhaltlichen und methodischen Ansätze und Ideen wird es auf vielfältige Art und Weise möglich, Projekttinhalte zu vermitteln. Für die Schülerinnen und Schüler entstehen insofern Vorteile, da sie mit Personen außerhalb ihres gewohnten schulischen Umfeldes Kontakt bekommen. Zu Beginn eines jeden Schulhalbjahres werden die Projektbausteine und die Ziele mit den Hauptkooperationspartnern, dem Gesundheitsamt, dem Jugendamt, dem Hort, Vertreterinnen und Vertretern der Schulsozialarbeit und der Schulleitung gemeinsam abgesprochen. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Netzwerks sind jeweils durch ihre eigenen Träger finanziert, wodurch im Projekt selbst keine Personalkosten entstehen.

Das Landratsamt, der Fachbereich Jugend und Soziales, Fachdienst „Spezieller Sozialer Dienst“ und ganz besonders der erzieherische Kinder- und Jugendschutz ist die Koordinierungsstelle für die Organisation der Kooperationspartner, für schriftliche Darstellungen und Dokumentationen von Maß-

nahmen im Rahmen des Projekts, für die Planung und Bereitstellung von Finanzmitteln und für die fachspezifischen Inhalte der Elternbildung sowie der Präventionsmaßnahmen im Sinne des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes im Projekt.

### **Kontakt**

Katrin Resch

Landratsamt Zwickauer Land

Königswalder Straße 18

08412 Werdau

Bundesland: Sachsen

Telefon: 03761-561246

E-Mail: [katrin.resch@zwickauerland.de](mailto:katrin.resch@zwickauerland.de)



## **„Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot“ in der Mittelschule Körnerplatzschule Döbeln**

### **Gute Praxisbereiche:**

Settingansatz – Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung – Innovation und Nachhaltigkeit

### **Abstract**

Das Handlungsforschungsprojekt „Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot“ hat zum Ziel, die gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen an Schulen (hier die Körnerplatzschule in Döbeln, Mittelschule) zu senken, sodass für alle beteiligten Gruppen (Lehrerinnen und Lehrer, Eltern, Schülerinnen und Schüler sowie nicht unterrichtendes Personal) ein gesundheitsförderliches Zusammenarbeiten möglich wird. Dabei sollen gesundheitliche und psychosoziale Belastungen reduziert, vorhandene Ressourcen weiterentwickelt und die Lernfreude und Lernleistung gesteigert werden. Als grundlegende Handlungskonzepte werden die Konzepte „Gesundheitsfördernde Schule“ und Ganztagschule, Kooperationsformen von Schule und Jugendhilfe (Schulsozialpädagogik) und freizeitpädagogische Arbeitsgemeinschaften (additives Modell) angesehen.

Hauptansatzpunkt ist die Schule als gesunde, lernende Organisation. Hierzu dient der Aufbau und die Wirkungsweise einer paritätisch besetzten Steuerungsgruppe. Das Projekt beschreitet Wege, die einem gesunden Schulklima dienen und zum Wohlbefinden des gesamten Schulpersonals beitragen sollen. Das Projekt startete im September 2004 mit einer vorläufigen Laufzeit von drei Jahren.

Der Projektträger ist der SOPRO e.V. (Soziale Projekte in Sachsen Rosswein). Begleitet und evaluiert wird das Projekt von der Hochschule Mittweida (FH), Fachbereich Soziale Arbeit. Kooperationspartner sind das Sächsische Staatsministerium für Kultus, das Landratsamt Döbeln und die Techniker Krankenkasse. Der Projektträger verfolgt den Settingansatz. Sozial benachteiligte Schülerinnen und Schüler machen einen wesentlichen Anteil der

Schülerschaft der Körnerplatzschule Döbeln aus und werden entsprechend im Rahmen des Projektvorgehens erreicht.

## Hintergrund

Problem- und Konfliktsituationen bei Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrkräften – besonders auch im Zusammenwirken dieser Zielgruppen – waren in den vergangenen Jahren in mehreren Schulen kennzeichnend, auch im Landkreis Döbeln. Hauptansatzpunkt für das Projekt ist die Schule als gesunde, lernende Organisation.

Ziel von Sopro e.V. – Soziale Projekte in den neuen Bundesländern ist die Entwicklung der soziokulturellen Infrastruktur im mittelsächsischen Raum – und dazu zählt die Stadt Döbeln mit ca. 21 000 Einwohnern – voranzutreiben und die Förderung von Selbsthilfe und sozialem Engagement anzustreben. Das Projekt zielt mit seinen Maßnahmen auf sozial Benachteiligte, insbesondere Schülerinnen und Schüler.

Der Projektträger, die Hochschule Mittweida, Fachbereich Soziale Arbeit (SOPRO e.V.) ist Mitglied der Regionalen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (RAG) des Landkreises Döbeln, Initiator sowie Lenker und Leiter des Projekts. Die Konzeption – eine Idee des Projektträgers – wurde in einer der zurückliegenden Arbeitsberatungen der RAG allen Mitgliedern vorgestellt; die Zielsetzung, die Vorgehensweise und der Projektort (die Mittelschule Körnerplatzschule Döbeln) wurden als positiv bewertet.

## Vorgehen

Die zentrale schulsozialpädagogische Innovation ist der Aufbau einer Schulstation für niedrigschwellige Hilfen bei Problem- und Konfliktsituationen für Schülerinnen und Schüler, Eltern und Lehrkräfte. Die Schulstation ist mit zwei sozialpädagogischen Fachkräften besetzt und während der gesamten Schulzeit geöffnet. Hier erfolgt während der laufenden Unterrichtszeit Soforthilfe und Beratung. Die Einrichtung der Schulstation ist eine der wichtigsten Neuerungen im Schulalltag. Das Konzept umfasst drei wesentliche Säulen: Gesundheitsförderung, Jugendhilfe und freizeitpädagogische Angebote. Durch Kombination dieser drei Bereiche soll es gelingen, Prozesse in Gang zu setzen, die es ermöglichen, nicht nur bessere Leistungen zu erbrin-

gen, sondern auch Integration und Teilhabe für alle Beteiligten zu erreichen. Ausgehend von den bestehenden Problemen existieren folgende Schwerpunktsetzungen:

- Entspannung und Erholung durch Spielangebote,
- Abbau von Leistungs- und Prüfungsangst,
- Hilfen bei Lernstörungen,
- Hilfen bei akuten Krankheiten,
- sofortige Hilfe bei Problemen und Konflikten (mit Eltern, Mitschülerinnen und Mitschülern sowie Lehrkräften),
- Befähigung zur (Wieder-)Teilnahme am Unterricht,
- Förderung der Teamfähigkeit,
- Förderung von Selbstständigkeit und Eigeninitiative.

Dafür ist einerseits eine Zusammenarbeit des Kollegiums mit der Schulstation (zum Beispiel Kooperation mit Schulleitung und Beratungslehrerinnen und -lehrern, Teilnahme an Angeboten, Gesprächen) notwendig sowie andererseits zwischen den Eltern und der Schulstation (zum Beispiel Organisation bzw. Teilnahme an Elternabenden, Wahrnehmung von Beratungsangeboten, Akzeptanz von Hilfen).

Das Projekt hat zum Ziel, gesundheitliche und psychosoziale Belastungen zu reduzieren, vorhandene Ressourcen weiterzuentwickeln und die Lernfreude und Lernleistung zu steigern. Als grundlegende Handlungskonzepte gelten dabei das Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“, das Konzept „Ganztagsschule“, Kooperationsformen von Schule und Jugendhilfe sowie freizeitpädagogische Arbeitsgemeinschaften. Grundlage für die Erreichung der oben dargestellten Ziele ist u. a. der Aufbau einer paritätisch besetzten Steuerungsgruppe.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Das Projekt ist auf das Setting Schule ausgerichtet. Zielgruppe sind sowohl Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte wie auch Eltern. Es wurde u. a. eine Schulstation – eine Einrichtung in der Schule selbst, in der sozialpädagogische Arbeit als Teilbereich der Lebenswelt Schule geleistet wird – eingerichtet. Schülerinnen und Schüler erhalten hier ein sozialpädagogisch orientiertes Hilfe- und Förderangebot als begleitende und unterstützende Maßnahme. Ziel dieser Maßnahmen sind einerseits die Förderung schulischer Leistungen sowie andererseits die Unterstützung sozialer Kompetenzen.

Der Aspekt der Prävention spielt dabei eine besondere Rolle. Je früher familiäre, soziale und schulische Defizite erkannt werden, umso leichter können geeignete Hilfen greifen. Dieses Verständnis von Schule als Ort des Gemeinwesens mit interner und externer Öffnung ist hier Grundlage einer modernen Jugend- und Schulsozialarbeit.

In erster Linie finden Schülerinnen und Schüler ein offenes Ohr für Probleme und Hilfestellungen zur Überwindung von persönlichen Schwierigkeiten sowie Rückzugsmöglichkeiten in Stresssituationen. Es erfolgt Beratung, Unterstützung und Entwicklung im Rahmen individueller Förderprogramme. Im Mittelpunkt steht die zielgerichtete Unterstützung der Kinder nach dem Unterricht oder die Begleitung während des Unterrichts mit unterschiedlichen Hilfsangeboten wie beispielsweise Hilfen und Unterstützung beim Lernen, Beratung bei individuellen Problemen in Elternhaus und Schule, Orientierungshilfen in der Berufsfindung bzw. Bewerbungs- und Vermittlungshilfen.

Die Schulstation offeriert allen wesentlichen am System Schule beteiligten Zielgruppen ihre Hilfe: den Schülerinnen und Schülern, den Lehrkräften und Eltern. Den Lehrerinnen und Lehrern bietet die Schulstation nach Bedarf und Absprache die Möglichkeit der Entlastung bei Konflikten, konkrete Einzelfallhilfe für Schülerinnen und Schüler in einem zeitlich begrenzten Rahmen, projektorientierte Zusammenarbeit mit einzelnen Klassen zu sozialpädagogischen Themen wie zum Beispiel Sozialtraining oder Umgang mit Stress oder auch Unterstützung in der Elternarbeit.

Für die Eltern bietet die Schulstation die Möglichkeiten der Unterstützung bei sozialen Problemen der Kinder, Beratung bei Lernschwierigkeiten des Kindes, Weitervermittlung und Informationen über Angebote sozialer Einrichtungen und Freizeitangebote, Teilnahme und Vermittlung bei schwierigen Eltern-Lehrer-Gesprächen, Hilfe beim Ausfüllen von Formularen, Hilfe und Beratung bei Erziehungsfragen sowie Schlichtung bei Problemen mit Mitschülerinnen und Mitschülern oder Lehrkräften.

Im Mittelpunkt der ebenfalls angebotenen Einzelförderung steht die zielgerichtete Unterstützung der Kinder nach dem Unterricht oder auch die Begleitung während des Unterrichts. In Kooperation mit den Lehrkräften will die Schulstation ein ergänzendes Angebot zum Unterricht sein und zur erfolgreichen Integration beitragen.

In regelmäßigen Treffen und durch Schulungen werden Schülerinnen und Schüler als Streitschlichter für das Lösen von Konflikten ausgebildet. Anhand von Übungen und Rollenspielen werden sie trainiert, Streit unter den Schülerinnen und Schülern zu erkennen, gezielt einzugreifen und zu schlichten.

### ▲ Guter Praxisbereich „Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung“

Das Projekt wird aus Mitteln des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus, des Landratsamtes Döbeln und der Techniker Krankenkasse gefördert. Der Einsatz einer Steuerungsgruppe, in die alle Entscheidungsträger integriert sind, sowie die ständige Präsenz von ausgebildeten Ansprechpartnern und -partnerinnen in der Schulstation garantieren in allen Arbeitsgebieten (Gesundheitsförderung, Jugendhilfe, freizeitpädagogische Bildungsangebote) die Überprüfung und Einhaltung der Qualitätskriterien durch festgelegte Parameter. Insbesondere gehören dazu:

- Ausstattung der Schule,
- Arbeitsbedingungen,
- Außenkontakte/Kooperation,
- Organisations- und Kommunikationsstruktur,
- Schulklima, Partizipation,
- Führung und Leitung, Zufriedenheit,
- Öffentlichkeit,
- Ziele der Schule.

Die wissenschaftliche Leitung, Begleitung und Evaluation erfolgt durch die Hochschule Mittweida. Es werden zu festgelegten Zeitpunkten Organisationsdiagnosen der Schule erhoben; außerdem wird die Arbeit der Schulstation, der freizeitpädagogischen AGs und spezieller gesundheitsförderlicher Angebote für die Lehrerschaft einschließlich der Teamentwicklungsprozesse evaluiert. Hinzu kommen spezielle Programme für die Entwicklung der Elternarbeit sowie der Kooperation und Vernetzung mit unterstützenden Einrichtungen außerhalb der Schule.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Das Projekt hat für die Region des Landkreises Döbeln einen Modellcharakter, bedingt durch die Einrichtung der Schulstation als eine der wichtigsten

Neuerungen im Schulleben und durch das Zusammenwirken von Kooperationspartnern aus Wissenschaft, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und Schule in einem relativ kleinen Landkreis.

Die Körnerplatzschule Döbeln ist gleichzeitig auch aktives Mitglied im Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ in Sachsen und praktiziert daher schon länger Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Formen (Projektstage, Teilnahme am Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ u. a.).

Besonders erwähnenswert sind auch die Zusammenarbeit von Lehrerkollegium und Schulstation (Teilnahme an Entspannungs- bzw. Erholungsangeboten, Teilnahme an Gesundheitsaktionen, Hospitation von Sozialpädagoginnen und -pädagogen in Schulklassen) sowie die Zusammenarbeit von Eltern und Schulstation (Wahrnehmung von Beratungsangeboten, Organisation bzw. Teilnahme an Elternabenden oder auch die Akzeptanz von Hilfen).

### **Kontakt**

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst  
Hochschule Mittweida, Fachbereich Soziale Arbeit  
Döbelner Str. 58  
04741 Rosswein  
Bundesland: Sachsen  
Telefon: 034322-48671  
Telefax: 034322-48653  
E-Mail: zurhorst@htwm.de

## Ambulant betreutes Wohnen für Suchtkranke

### Gute Praxisbereiche:

Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung – Empowerment –  
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

### Abstract

Die gesundheitlichen und sozialen Folgen durch Suchterkrankungen sind bekannt. Abhängige Suchtkranke benötigen viel Hilfe, um wieder in ein familiäres, berufliches und soziales Leben zurückzufinden. Entgiftung, Entwöhnungsbehandlung und herkömmliche Beratungsleistungen reichen oftmals nicht aus, sodass eine hohe Rückfallgefahr besteht. Das Projekt „Ambulant betreutes Wohnen für Suchtkranke“ bietet ein ganztägiges Betreuungsprogramm an, in dem die Betroffenen Beratung und Unterstützung erfahren sowie über die Beteiligung an der Tagesstruktur verschiedene Beschäftigungsmöglichkeiten erhalten. Diese umfassen die Bereiche Sozialarbeit, Hauswirtschaft, Garten- und Außenanlagen, Werkstatt, Tischlerei, Um- und Ausbau sowie Möbelrecycling. Zielsetzung ist, die Suchtkranken zu rehabilitieren und ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen, ihr Leben wieder sinnvoll und ausfüllend zu gestalten.

Durch das „Ambulant betreute Wohnen“ konnten Rückfälle in die Sucht stark eingeschränkt werden. Laut Aussagen der Projektleitung schaffen es ca. 87 % der Suchtkranken, über längere Zeit bzw. dauerhaft abstinent zu bleiben.

### Hintergrund

Die DRK-Suchtberatungsstelle „Ambulant betreutes Wohnen“ in Möckern ist seit 1997 eine Anlaufstelle für Menschen mit Suchtproblemen insbesondere im Zusammenhang mit Alkohol und Medikamenten und wurde aufgrund der Bedarfslage in der Region ins Leben gerufen. Oberstes Ziel ist, die von Abhängigkeitserkrankungen betroffenen Menschen wieder in ihr familiäres, berufliches und soziales Leben auf der Basis einer abstinenten Lebensweise zu integrieren. Dazu kann es nötig sein, dass die betroffene Person einige Zeit ganztägig von den Suchtberaterinnen und -beratern betreut wird. Um den

Suchtkranken diese Möglichkeit bieten zu können, wurden Wohnhäuser entsprechend umgebaut und mit kleineren Mietwohnungen ausgestattet. Zurzeit werden 32 „Plätze“ vorgehalten. Der Bedarf ist jedoch wesentlich höher.

Der Aufnahme in das betreute Wohnen geht eine stationäre Behandlung voraus, das heißt, eine qualifizierte Entgiftung im medizinisch-therapeutischen Bereich des Fachkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie in Jerichow. Schon währenddessen werden den Klientinnen und Klienten mögliche Behandlungsangebote für die Zeit nach der Entgiftung aufgezeigt. Dabei arbeiten verschiedene Träger zusammen, die alle die Rehabilitation von Suchtkranken zum Ziel haben. Neben dem „Ambulant betreuten Wohnen“ in Möckern oder Burg beim DRK Jerichower Land e. V. sind das zum Beispiel das sozialtherapeutische Zentrum in Ringelsdorf unter der Trägerschaft der Volkssolidarität GmbH oder die Suchtberatungsstelle Aufbruch e. V. unter der Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

Die Aufnahme in das „Betreute Wohnen“ erfolgt immer freiwillig. Die Klientinnen und Klienten werden in die bestehende Tagesstruktur einbezogen, das heißt, sie bringen sich in die Bereiche Sozialarbeit, Hauswirtschaft, Garten- und Außenanlagen, Werkstatt, Tischlerei, Um- und Ausbau sowie Möbelrecycling ein. Die Betroffenen sollen während ihres Aufenthaltes im „Ambulant betreuten Wohnen“ weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit dieser Menschen soll während dieser Zeit durch die verschiedenen Tätigkeiten gefestigt werden. Dadurch kann im Laufe der Zeit das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten aufgebaut und das Selbstbewusstsein der Betroffenen gestärkt werden. Sämtliche medizinisch-therapeutische Maßnahmen helfen, den eigenen Tag zu organisieren und zu strukturieren. Nicht zuletzt werden Bewerbungs-, Gedächtnis- oder auch Sozialtrainings durchgeführt, bei dem Behördengänge sowie der Umgang mit Geld thematisiert und geprobt werden. Durch die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten, die die Einrichtung bietet, können die Klientinnen und Klienten ihre Fähigkeiten und Neigungen testen, um spätere Erwerbsmöglichkeiten für sich zu erschließen. So wurde zum Beispiel ein „Klamotten- und Möbelmix“-Geschäft in einem Wohnblock von Betroffenen für Betroffene eingerichtet.

Um neue Einsatzmöglichkeiten für Betroffene bemüht sich der DRK-Kreisverband Jerichower Land e. V. ständig. Dazu werden Kooperationen mit verschiedenen Institutionen eingegangen. Zurzeit werden Räume für die Freizeitgestaltung der Suchtkranken umgebaut.



## Vorgehen

Bei der Aufnahme neuer Klientinnen bzw. Klienten werden gemeinsam mit dem Betreuer bzw. der Betreuerin die Betreuungsziele besprochen, wovon einzelne festgeschrieben sind: u. a. Abstinenz, Rückführung in das gesellschaftliche Leben oder Stärkung des Selbstbewusstseins. Mit der Einverständniserklärung der Klientin bzw. des Klienten und der Annahme der Hausordnung mietet die Klientin bzw. der Klient in der Regel eine Wohnung an. Vermietet werden nur Einzelwohnungen. Die Aufenthaltsdauer im „Ambulant betreuten Wohnen“ ist unterschiedlich; maximal sind zwei Jahre möglich. Im Einzelfall muss erneut entschieden werden. Über 95 % der Klientinnen und Klienten entschließen sich zu einer Verlängerung ihres Aufenthaltes im „Ambulant betreuten Wohnen“ um ein weiteres Jahr.

Viele Suchtkranke müssen, um ihre Sucht besiegen zu können, ihre gewohnte Umgebung und ihren Freundeskreis verlassen. Das ist einer der Gründe, warum die Möglichkeit des „Ambulant betreuten Wohnens“ von den Betroffenen gern angenommen wird. Dort lernen sie Menschen kennen, die das gleiche Problem haben und vor ähnlichen Hürden stehen. Bereits abstinenten Suchtkranke helfen den neuen Klientinnen und Klienten bei der Eingewöhnung und stärken durch ihr Vorbild den Mut der Betroffenen, ebenfalls den Weg aus der Sucht zu wählen und beizubehalten.

In der integrativen Therapie<sup>12</sup> spricht der Suchtberater bzw. die Suchtberaterin mit der Klientin bzw. dem Klienten über ihr bzw. sein Problem und seine Lösungsmöglichkeiten, das heißt, es wird über Wege zur Sinnfindung zur Schaffung von Grundvertrauen, der Persönlichkeitsentfaltung und zum Aufbau von sozialen Netzwerken gesprochen. Durch die persönlichen Beratungen und das „Ambulant betreute Wohnen“ soll der Suchtkranke erkennen, dass ein Leben ohne die Sucht möglich und lohnenswert ist.

Die von den Klientinnen und Klienten während der betreuten Zeit geleistete Arbeit wird von der gesellschaftlichen Öffentlichkeit immer mehr geschätzt.

---

12 Der Begriff „Integrative Therapie“ kommt aus der Psychotherapie und wurde in den 70er-Jahren entwickelt. Dabei werden sowohl ein verbaler Austausch als auch Ansätze nonverbaler Kommunikation sowie kreative Methoden, Techniken und Medien eingesetzt. Ziel dieser Behandlungsform ist es, durch therapeutischen Kontakt und Beziehung unter Bearbeitung aktueller Lebensprobleme, sozialer Netzwerksituationen sowie unbewusster Konflikte das Denken, das Erleben und Verhalten der Patientinnen bzw. Patienten neu zu organisieren.

Aus- bzw. Umbauten durch die Klientinnen und Klienten der Suchtberatungsstelle werden häufiger in der Presse vorgestellt. Die Einbindung der Betroffenen in die verschiedenen Arbeiten ist ein Weg, um die Ressourcen kranker Menschen mit mangelnder psychosozialer Kompetenz und fehlendem sozialen Netzwerk für die Bewältigung von Alltagssituationen zu stärken. Dass diese Einbindung den Betroffenen hilft, zeigt der Stolz, mit dem sie über die verrichteten Arbeiten berichten.

Nach einem halben Jahr im „Ambulant betreuten Wohnen“ werden die Klientinnen und Klienten auf „das Leben danach“ vorbereitet. Der neue Wohnort wird besprochen, das heißt, die Klientin bzw. der Klient muss sich entscheiden, wo er in Zukunft leben und seinen Freundeskreis aufbauen will; weiterhin werden Erwerbsmöglichkeiten geprüft; durch die Beratungsstelle und das „Möbel- und Klamottenmix“-Geschäft wird Unterstützung bei Umzug und Ausstattung gewährleistet. Oftmals helfen sich die Suchtkranken auch gegenseitig. Die Nachsorge eines Suchtkranken besitzt einen hohen Stellenwert. Derzeit wird diese Arbeit von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle übernommen, die oftmals ihre Freizeit nutzen, um bei ehemaligen Suchtkranken Hausbesuche vorzunehmen. Eine Personalstelle, die sich um die Nachsorge kümmern soll, wurde beim Sozialamt beantragt, jedoch bisher noch nicht bewilligt.

Nur durch das Engagement der im DRK-Kreisverband Jerichower Land e. V. arbeitenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie der Betroffenen selbst konnte das Angebot des „Ambulanten betreutes Wohnens“ bisher konstant gehalten und weiterentwickelt werden.

Durch die ganztägige Betreuung der Suchtkranken konnten mehr Erfolge erzielt werden als mit der herkömmlichen Beratungsleistung. Oftmals reichen Entgiftung und Entwöhnungsbehandlung nicht aus, sodass eine hohe Rückfallgefahr besteht. Durch das „Ambulant betreute Wohnen“ konnte dies eingeschränkt werden, sodass es ca. 87% der ehemaligen Suchtkranken schaffen, länger bzw. dauerhaft abstinent zu sein.

### ▲ Guter Praxisbereich „Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung“

Die Beratungen und Fortschritte der Klientinnen und Klienten werden regelmäßig dokumentiert und die Maßnahmen entsprechend angepasst. Die Sucht-

beraterinnen und -berater des DRK treffen sich regelmäßig, um ihre Erfahrungen auszutauschen und das Vorgehen bei möglichen Problemfällen gemeinsam zu besprechen.

Finanzielle Unterstützung für den Aus- bzw. Umbau von Räumlichkeiten werden fortlaufend beantragt und bei Bewilligung umgesetzt, das heißt, neue Wohneinheiten oder Freizeitmöglichkeiten werden geschaffen, ältere saniert.

Derzeit durchläuft die Einrichtung eine selbstgewählte Qualitätsprüfung (Audit). Hierzu hat sich eine Arbeitsgruppe aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des DRK-Landesverbandes gebildet, die sich mit den Audit-Kriterien befasst und die Einrichtungen (DRK-Beratungsstellen) qualitativ überprüfen wird. Auf eine vollständige Erfüllung der Kriterien wird kontinuierlich hingearbeitet.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Durch die Tagesstruktur im „Ambulant betreuten Wohnen“ werden die Suchtkranken befähigt, ihr weiteres Leben gesundheitsförderlicher zu gestalten. In den Beratungsgesprächen werden mit jedem einzelnen Betroffenen die Ursachen für seine Sucht erörtert, Informationen über die Krankheit „Sucht“ weitergegeben, Lösungsmöglichkeiten erarbeitet, eigene Ressourcen und deren kompetente Nutzung aufgezeigt und Zukunftsperspektiven erörtert. Diese Gespräche geben dem Suchtkranken die Möglichkeit zu erkennen, in welchen Situationen er seine Sucht befriedigen muss und wie er dagegen angehen kann. Im Sozialtraining werden die Klientinnen und Klienten befähigt, mit seinem Geld besser umzugehen, sich auf Bewerbungsgespräche vorzubereiten und durch Umschulungsmaßnahmen neue Erwerbsmöglichkeiten anzunehmen. Dadurch wird sein Selbstvertrauen gestärkt. Vor allem auch durch die Vorbildfunktion bereits abstinenter Suchtkranker im „Ambulant betreuten Wohnen“ wird die positive Entwicklung Betroffener unterstützt.

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

Der DRK-Kreisverband Jerichower Land e. V. unterhält Kooperationsbeziehungen zu verschiedenen Partnern, zum Beispiel Krankenhäuser, anderen Suchtberatungsstellen, Bildungsinstitutionen, Krankenkassen und sonstigen

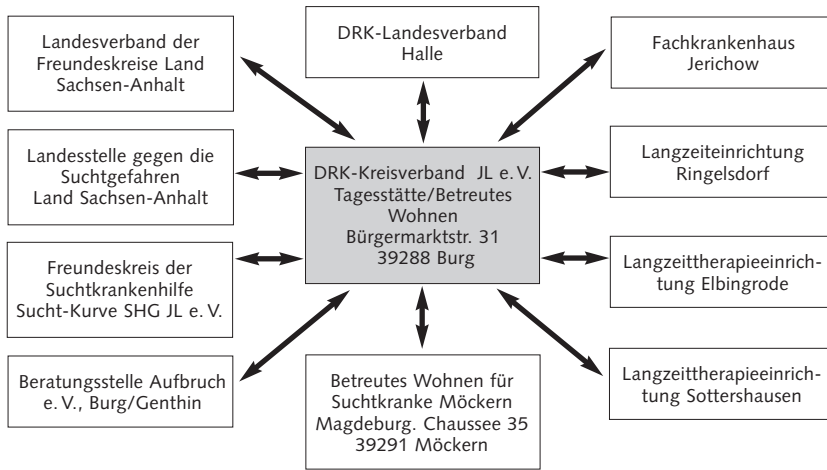


Abb. 3: Kooperation mit Verbänden, Einrichtungen und Diensten – überregional

Einrichtungen, um den Suchtkranken alle Möglichkeiten der Genesung und der Entwicklung für den weiteren Lebensweg bieten zu können.

### Kontakt

Wolfgang Auerbach  
 DRK-Kreisverband Jerichower Land e.V.  
 Magdeburger Str. 35 c  
 39291 Möckern  
 Bundesland: Sachsen-Anhalt  
 Telefon: 039221-7795  
 Telefax: 039221-63804

## **ELAN – Programm zur Familienbildung**

### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Empowerment – Dokumentation und Evaluation

### **Abstract**

Das Programm ELAN richtet sich an Familien in Sachsen-Anhalt und versucht, sie als soziales Geflecht zu stärken. ELAN steht für: **E**igeninitiative entwickeln, **L**ebensorientierend zu handeln, **A**ktiv zu sein und die **N**achhaltigkeit zu sichern. Familien werden unabhängig ihres kulturellen und sozialen Hintergrundes angesprochen. Über verschiedene Bildungsmodule mit erlebnispädagogischen Elementen werden vorhandene Kompetenzen der Familien gestärkt, Defizite gemildert und ihr Selbsthilfepotenzial aktiviert.

### **Hintergrund**

Neidhardt beschrieb 1966 die Familie als eine Gruppe, in der ein Ehepaar mit seinen direkten Nachkommen zusammenlebt.<sup>13</sup> Diese Form des Zusammenlebens nimmt in der heutigen Gesellschaft stetig ab. Heute werden neben den verehelichten Partnern mit Kindern auch Paare in einer Lebensgemeinschaft mit Kindern und Alleinerziehende mit Kindern in den Familienbegriff eingeschlossen.<sup>14</sup>

In Sachsen-Anhalt gibt es ca. 2.517.000 Einwohner und ca. 389.000 Familien. 59 % dieser Familien basieren auf einer Ehe oder einer Partnerschaft, nur 40 % haben Kinder. An den Haushalten mit Kindern haben solche mit einem Kind den größten Anteil.

---

<sup>13</sup> Neidhardt, F. (1966): Die Familie in Deutschland, Opladen, S. 7.

<sup>14</sup> Familienstudie Sachsen-Anhalt, Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales, Magdeburg.

Nationale und globale Entwicklungen haben auch in Sachsen-Anhalt zu einschneidenden Veränderungen in der Art und Weise des familiären Zusammenlebens geführt. Das Familienleben ist von vielfältigen Einflüssen abhängig, u. a. vom Arbeitsmarkt, Bildungsstatus sowie sozialen Regelungen und Versorgungsangeboten (zum Beispiel Kindergartenplätzen und/oder -zeiten). Sinkende Geburtenraten, steigende Zahlen bei Arbeitslosen (ca. 20 % in 2005<sup>15</sup>) und Sozialhilfeempfängerinnen bzw. -empfängern (ca. 23,3 % in 2005<sup>16</sup>), ein von der eigenen Familie weit entfernter Arbeitsort, die Überschuldung von Familien sowie steigende Scheidungszahlen führen dazu, dass Kinder später oder gar nicht geboren werden. Eine gesicherte wirtschaftliche Existenz ist eine Grundvoraussetzung für ein gesundes Aufwachsen von Kindern. Familien mit Kindern verfügen durchschnittlich über erheblich weniger Einkommen als kinderlose Paare. Kinder schränken aber nicht nur die Möglichkeiten des Einkommenserwerbs ein, sondern kosten noch zusätzlich Geld (Verpflegung, schulische Bildung, Ausbildung etc.). Das Einkommen von Alleinerziehenden liegt noch niedriger als das Familiennettoeinkommen von Paaren. Die Zahl der im Haushalt lebenden Kinder hängt zunehmend von der finanziellen Situation der Familien ab. Auch die Erhöhung des Durchschnittsalters von Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes (das Durchschnittsalter bei Vätern in Sachsen-Anhalt für das erste Kind liegt bei 39,5 Jahren, das der Mütter bei 36,6 Jahren in 2005<sup>17</sup>) wird durch die Einkommenssituation mitbestimmt.

Viele Familien sehen sich mit den täglichen Anforderungen des Lebens überlastet. Die Entscheidungen, die sie in Alltagssituationen treffen, sind abhängig von ihrer Bildung, ihrer Lebenserfahrung und ihrer persönlichen sozialen Situation. Fehlende Bewältigungsressourcen der Eltern (zum Beispiel Stressreduktions- und Entspannungsmethoden, fehlendes Wissen über Hilfesysteme etc.) können sich negativ auf das gesamte Familienleben auswirken. Insofern bildet die Kenntnis jener Schwierigkeiten und Belastungen, denen Familien ausgesetzt sind, eine wichtige Grundlage, um „Risikofaktoren“ auszuschalten oder entsprechende Unterstützungsmaßnahmen für den Prozess der Problemlösung bereitzustellen.

---

15 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt.

16 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt.

17 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt.

Besonders Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind betroffen und weisen mehr gesundheitliche Belastungen auf als Kinder aus höheren sozialen Schichten. Jedes 6. Kind ist von Einkommensarmut betroffen, die mit einer Konsumarmut einhergeht. Das hat auch gesundheitliche Folgen, zum Beispiel Defizite im Bereich der Motorik, der Sprachentwicklung, der Zahngesundheit und des Ernährungsverhaltens.

Durch das Erlernen von verschiedenen Bewältigungsstrategien für Alltagssituationen können die Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien erhöht werden.

Das Familienprogramm ELAN setzt genau an diesem Punkt an. Der niedrigschwellige Zugang und die aktive Einbeziehung von Eltern und Kindern erhöht die Wahrscheinlichkeit der Stärkung der gesundheitsfördernden Handlungsfähigkeit.

## Vorgehen

Das Familienbildungsprogramm ELAN wurde auf Initiative des Deutschen Roten Kreuzes, Landesverband Sachsen-Anhalt und des Landesverbandes der Kinder- und Jugendberufshilfen Sachsen-Anhalt e.V. im Jahre 2004 begonnen und richtet sich an bildungsungewohnte Eltern und ihre Kinder. Die Sichtung von Daten und Materialien, zum Beispiel bundesweite Studien und Berichte sowie Gesundheits- und Sozialberichte des Landes und der Kommunen und Landkreise, veranlassten die Mitarbeiter des Landesverbandes des DRK zur Initiierung des Projekts. Ziel des Programms ist die Stärkung von Familienkompetenzen und die Entwicklung bzw. Ausbildung von Bewältigungsstrategien für den Alltag.

Mit über zehn verschiedenen Bildungsmodulen

- Gewaltfreie Erziehung in der Familie,
- Familien und Gesundheit,
- Familie und Politik- sowie Gesellschaftsmodelle,
- Familie und sozialer Nahraum,
- Familie und soziale sowie primäre Netzwerke,
- Familie und Ökonomie,
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- Familie und Recht,
- Familie und Freizeit sowie
- Familie und Interkulturalität

werden die Familien angesprochen, ihr Wissen zu erweitern und ihre Selbstkompetenz zu stärken. Die Förderung, Aktivierung und Befähigung der Familien spielen bei ELAN ebenso eine Rolle wie der Aufbau von interdisziplinären Kooperationsbeziehungen (Verband Alleinerziehender Mütter und Väter Landesverband S.-A., Deutscher Kinderschutzbund S.-A., Katholischer Familienbund S.-A., Krankenkassen, Landeszentrale für politische Bildung S.-A., Fachhochschulen, Landesfrauenrat, Verbraucherzentrale S.-A. etc.). So sollen die Familien das bestehende Hilfesystem kennen lernen, um im Bedarfsfall auf individuelle Unterstützung zurückgreifen zu können.

Die Teilnehmergebung erfolgt aufsuchend, das heißt, es erfolgen in den Stadtteilen durch die Projektmitarbeiter und -mitarbeiterinnen persönliche Gespräche mit der Zielgruppe. In Form von zweistufigen Maßnahmen, einem einführenden, wohnortfernen Wochenende und Veranstaltungen in Wohnortnähe wird den Familien Bildung und Erholung angeboten. Die Familien erhalten Anregungen, gemeinsam die Probleme des Alltags zu meistern und wieder mehr miteinander zu unternehmen.

An je einem Wochenende fahren ca. zehn Familien aus einer Stadt in eines der drei Kinder- und Erholungszentren (KIEZE) in Sachsen-Anhalt (Arendsee, Güntersberge, Friedrichsee). Nach dem Kennenlernen der Gruppe und der KIEZE am Freitagnachmittag wird am Samstag- und Sonntagvormittag in Kleingruppen zu Themen wie gesunder Ernährung, Umgang mit Geld, Kommunikation in der Familie, Hilfen in der Erziehung etc. gearbeitet. Durch begleitende erlebnispädagogische Aktivitäten vor allem am Samstagnachmittag (etwa Trekkingtouren, Kanufahrten, Spielabende oder Lagerfeuer) soll die Familie als Einheit gestärkt werden. In der Praxis ist zu beobachten, dass eine unbekannte Gruppe, die Zeit aktiv miteinander verbringt, neue Erfahrungen sammelt und für eine nachhaltige Teilnahme am Programm motiviert wird.

Am Ende dieses Familienwochenendes verständigen sich die Teilnehmenden gemeinsam über die Inhalte der folgenden Workshops, die durch Referentinnen und Referenten am Wohnort angeboten werden sollen. Die Gruppe trifft sich zu zehn Veranstaltungen in Kleingruppenarbeit und verständigt sich zu den vereinbarten Themen. Darüber hinaus gibt es Exkursionen und Beratungsangebote. Zu den Treffen wird bei Bedarf eine Kinderbetreuung angeboten. Wichtig ist, dass die Teilnehmenden das vorhandene regionale Netzwerk an sozialen Dienstleistungs- und Beratungsangeboten kennen lernen und erfahren, sodass sie auf dieses jederzeit zugreifen können.



## ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Die Erreichbarkeit von Familien spielt im Programm ELAN eine wichtige Rolle. Das Angebot richtet sich an alle Familien in Sachsen-Anhalt, insbesondere an sozial benachteiligte. Die Projektmitarbeiter (u. a. Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Gesundheitsförderer, Mitarbeiter von Migrationsberatungsstellen, Ernährungsberaterinnen/-berater, Sportpädagoginnen/-pädagoginnen) werben in den Stadtteilen an Orten, an denen Familien zu finden sind (zum Beispiel Spielplätze) für das Angebot und sichern so die Erreichbarkeit. Über den persönlichen Kontakt in der direkten Ansprache werden Hemmschwellen abgebaut bzw. niedrig gehalten.

Die Teilnehmergebung wird durch den Einsatz von Flyern unterstützt, die die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter in den Gesprächen verteilen. Eine abtrennbare Flyerseite erfasst die wesentlichen Daten zur Anmeldung. Die Fragen sind einfach und gut verständlich formuliert und erleichtern daher auch Familien mit niedrigem Bildungsstand das Ausfüllen. Bei Bedarf helfen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch dabei. Die interessierten Familien können per Post den jeweiligen DRK-Kreisverband bzw. Partner vor Ort kontaktieren oder sich persönlich anmelden.

Die Erreichbarkeit dieser Zielgruppe wird durch folgende Standards erhöht:

- aufsuchende Kontaktaufnahme und persönliche Gespräche mit der Zielgruppe,
- geringe Kosten für Nutzer und Nutzerinnen des Angebots (das Einführungswochenende in einem der KIEZE kostet pro Teilnehmerin bzw. Teilnehmer 15 Euro. Die sechs Nachhaltigkeitssitzungen sind für die Teilnehmenden des Inputs kostenfrei.),
- Freiwilligkeit in der Teilnahme der Angebote,
- geringe Wartezeiten nach der Interessensbekundung,
- geringe und leicht verständliche Anmeldeformalitäten.

Das multidisziplinäre Team des Projekts ermöglicht die Unterstützung der Familien auf mehreren Ebenen (soziale Ebene, gesundheitlicher Ebene, Bildungsebene etc.). Eine Familie muss also kein spezielles Problem haben, um an dem Programm teilnehmen zu können, denn Belastungen im Alltag des Familienlebens resultieren aus einem Zusammenspiel vieler Faktoren.

Durch die erfolgreiche Kooperation mit verschiedenen Partnern kann die Angebotspalette des Projekts ständig erweitert werden. Ende 2006 sollen 22 Module zur Verfügung stehen.

## ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Empowerment heißt, Menschen in der gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen zu befähigen und zu bestärken. Dabei werden die Entwicklung der Persönlichkeit unterstützt und soziale Fähigkeiten ausgebaut. Der Begriff Empowerment steht in diesem Projekt für die Befähigung der Familien, ihre Kompetenzen zu stärken, um mit Alltags- bzw. Familienproblemen besser umgehen zu können. In den Wochenendseminaren werden die Teilnehmenden motiviert, in und mit der ganzen Familie Sport zu treiben, sich zum Beispiel gemeinsam um eine gesunde Ernährung zu bemühen oder auch den kompetenten Umgang mit Geld zu erlernen. Das stärkt den Zusammenhalt und fördert die Erkenntnis, dass die meisten Probleme gemeinsam bewältigt werden müssen und können.

In darauf folgenden Gruppengesprächen regen die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter die Familien an, über ihre individuellen Stärken, Fähigkeiten und Möglichkeiten nachzudenken und zu überlegen, wie sie diese verstärkt einsetzen können. Intensive Gespräche helfen, störende Verhältnisse im Familienalltag zu identifizieren, Ressourcen herauszuarbeiten, aus Erfahrungen anderer Familien mit gleichen oder ähnlichen Problemstellungen zu lernen und gemeinsam individuelle sowie auf die Anwesenden übertragbare Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Dabei werden den Familien auch Institutionen benannt, wo sie sich von außen für ihre Probleme Hilfe und Unterstützung holen können. Hilfreich für viele Familien für die Bewältigung ihrer scheinbar ausgeweglosen Probleme ist die Erkenntnis, dass es anderen Familien ebenso ergeht. Die Lösungsvorschläge von Betroffenen finden eine hohe Akzeptanz. Der Erfolg der Maßnahme spiegelt sich in der Evaluation wider.

## ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

Das Projekt wurde und wird durch die Fachhochschule Merseburg wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Das methodische Vorgehen beinhaltete die Erfassung der Eindrücke und Beobachtungen der Modulleiterinnen und -leiter sowie die Befragung der Teilnehmenden zu folgenden Schwerpunkten:

- soziodemografische Daten,
- familiäre Situation, Bildung und Qualifikation,
- Bewertung/Verbesserungsvorschläge der Inputveranstaltung,
- Bewertung/Verbesserungsvorschläge der Nachhaltigkeitsveranstaltungen,
- Zusammenfassung und Folgerung zur Weiterführung von ELAN.

Die Modulleiterinnen und -leiter dokumentieren jede Gruppensitzung anhand ihrer Beobachtungen und persönlichen Eindrücken. Diese Protokolle werden zusammen mit den Teilnehmerfragebogen am Ende eines jeden Kurses von der Fachhochschule ausgewertet. Zweimal pro Jahr legt diese einen Zwischenbericht vor.

Die Evaluation dient der Qualitätsentwicklung des Projekts. Sie soll Verbesserungspotenziale sichtbar machen und Aufschluss über die Nutzerinnen und Nutzer des Angebots geben. So wurden zum Beispiel anhand der Ergebnisse verschiedene Betreuungsmöglichkeiten für Kinder unterschiedlichen Alters entwickelt, mehr Kursräume bzw. Treffpunkte für die Gruppensitzungen angeboten, weitere Kooperationen (zum Beispiel IHK S.-A., LandesSportBund S.-A. und Landeselternrat) eingegangen, um neue Module anzubieten.

Die Auswertungen belegen zum Beispiel, dass die Teilnehmenden überwiegend durch die persönlichen Gespräche in ihren Wohnvierteln gewonnen werden konnten. Das bestärkt die Akteurinnen und Akteure in ihrer Ausgangsanahme, dass das persönliche Gespräch der beste Weg ist, um die Zielgruppe zu erreichen und zu einer Teilnahme am Angebot zu motivieren.

Die Fragen nach den Einführungswochenenden in den KIEZE ergaben

- eine sehr hohe Zufriedenheit bei den Teilnehmenden,
- die empfundene Nützlichkeit des Bildungs- und Kommunikationsangebots,
- erfüllte Erwartungen in inhaltlicher und organisatorischer Hinsicht,
- eine positive Resonanz auf die Kinderbetreuung und den Erlebnischarakter für die Kinder.

### **Kontakt**

Dr. Karina Melchrick  
DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt  
Rudolf-Breitscheid-Straße 6  
06110 Halle/Saale  
Bundesland: Sachsen-Anhalt  
Telefon: 0345-5008597  
Telefax: 0345-2023141  
E-Mail: karina.melchrick@sachsen-anhalt.drk.de

## ELTERN-AG

### Präventionsprogramm zur Steigerung der elterlichen Erziehungskompetenz

#### Gute Praxisbereiche:

Empowerment – Niedrigschwellige Arbeitsweise – Partizipation

#### Abstract

Das Magdeburger Präventionsprogramm „Eltern-AG“ möchte die Erziehungskompetenzen sozial benachteiligter Eltern, die sich den üblichen Beratungs- und Jugendhilfeangeboten verschließen, verbessern helfen. Es richtet sich an Eltern mit Kindern in der Altersspanne von der Geburt bis zum siebten Lebensjahr. „Eltern-AG“ ist ein in Deutschland neu entwickelter Empowerment-Ansatz mit den Kernelementen Wissen, Stressmanagement und soziales Lernen mit den besonderen Merkmalen Niedrigschwelligkeit, Randgruppenbezug und Vorbeugung. Ziele sind die Verbesserung der sozialen und pädagogischen elterlichen Fertigkeiten, Förderung der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung der Kinder während der ersten sieben Lebensjahre, die Verminderung von schichtspezifischen Risikofaktoren sowie die Anregung nachbarschaftlicher Elternnetzwerke. „Eltern-AGs“ sind stadtteilbezogen bzw. wohnortnah. Es gibt sie seit April 2004.

#### Hintergrund

Deutschland schneidet im internationalen Bildungsvergleich (PISA-Studie)<sup>18</sup> seit Jahren schlecht ab. Ein Grund liegt darin, dass Kinder und Eltern aus ein-

---

18 PISA ist Teil des Indikatorenprogramms INES („Indicators of Educational Systems“) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Generelle Zielsetzung des Projekts war es, OECD-Staaten Indikatoren für Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten von 15-jährigen Schülerinnen und Schülern in den Bereichen Leseverständnis, Mathematik und Naturwissenschaften in Zeitreihen zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus wurden bereichsübergreifende Basiskompetenzen („cross-curricular competencies“), die für methodisches, selbstreguliertes und kooperatives Lernen bzw. Arbeiten notwendig sind, sowie zentrale motivationale Kennwerte erfasst.

kommensschwachen und bildungsfernen Schichten im Elementarbereich wenig Förderung erhalten.

Zahlreiche Studien zeigten, dass die soziale Herkunft eines Menschen maßgeblich über seinen späteren Schul- und Ausbildungserfolg entscheidet. Über 20 % in Deutschland erreichen keinen oder nur einen niedrigen Bildungsabschluss (vgl. Baumert 2001). Hier fehlt die ausgleichende Förderung im Elementar- und Primärbereich. 22 % der 15-Jährigen gehören zur Risikogruppe der potenziellen Schulversager. Diese Jugendlichen verfügen nur über unzureichende Kenntnisse im Lesen, Schreiben und Rechnen. Viele von ihnen verlassen die Schule ohne qualifiziertes Zeugnis; ebenso scheitern viele anschließend in der beruflichen Ausbildung. Die negative Karriere beginnt bereits in den Kinderschuhen und bestimmt maßgeblich den weiteren Lebenslauf. Je früher eine Förderung dieser betroffenen Kinder einsetzt, umso größer ist die Chance, gesundheitlichen Folgeschäden und problematischen Verhaltensweisen (zum Beispiel Missbrauch von Suchtmitteln, Fastfood, vermehrter Fernsehkonsum etc.) im späteren Leben vorzubeugen.

Eltern üben auf die kindliche Entwicklung im Vorschulalter einen ungleich stärkeren Einfluss aus als institutionelle Angebote, deren Beitrag als ergänzend und kompensatorisch einzustufen ist (vgl. Krumm et al. 1999). Der Steigerung der Erziehungskompetenz fällt demnach eine Schlüsselrolle zu. Vor diesem Hintergrund entwickelte die Magdeburger Akademie für Praxisorientierte Psychologie (MAPP e. V.) an der Hochschule Magdeburg/Stendal unter der Leitung von Professor Meinrad Armbruster das Präventionsprogramm „Eltern-AG“. Dieses stärkt das Selbstvertrauen der Eltern in die eigene Erziehungskompetenz.

## Vorgehen

Die Eltern-AGs sind Arbeitsgruppen, bestehend aus „Randgruppen-Eltern“, das heißt, Eltern mit geringer schulischer oder beruflicher Bildung, eingewanderte Eltern aus einem Land mit schwierigen sozioökonomischen und/oder politischen Verhältnissen, Eltern mit niedrigem Einkommen oder Langzeitarbeitslosigkeit oder Eltern, die von einer schwerwiegenden körperlichen oder seelischen Beeinträchtigung betroffen sind. Die Eltern AG ist eine Kombination von Selbsthilfe und Beratung, das heißt, Eltern berichten aus ihrem Alltag mit den Kindern und lassen sich von anderen Eltern sowie vom Mentor bzw. einer Mentorin beraten. Die AGs werden in den Stadtteilen und

Regionen aufgebaut und durch Mentoren/Mentorinnen durchgeführt. Bei ihnen handelt es sich in der Regel um Diplom-Sozialpädagogen und -pädagoginnen, Gesundheitswirte bzw. -wirtinnen und Psychologen bzw. Psychologinnen, die an der Magdeburger Akademie eine mehrmonatige Zusatzausbildung mit einem Zertifikat abgeschlossen haben. Der Aufbau ist in drei Phasen untergliedert: Vorlaufphase, Initialphase und Konsolidierungsphase.

In der Vorlaufphase werben die Mentoren und Mentorinnen die Eltern und stellen die Elterngruppen zusammen. Dafür werden die Stadtteile, in denen ein oder mehrere neue Elternkurse entstehen sollen, von den Mentoren und Mentorinnen vor Ort besichtigt, das heißt, die Mentoren suchen Kindertagesstätten, Kinderarztpraxen etc. auf und fragen dort nach, wie und wo sie mögliche Interessenten und Interessentinnen am besten ansprechen können, suchen geeignete Räumlichkeiten und organisieren die Kinderbetreuung, die den teilnehmenden Eltern angeboten werden soll. Danach nehmen sie mit den Eltern vor Ort, also etwa im Supermarkt oder auf dem Spielplatz, Kontakt auf und informieren über das Projekt. Während des persönlichen Gespräches werden die Eltern eingeladen, an einer Eltern AG teilzunehmen. Die Anmeldung erfolgt ebenfalls über das Mentorenteam. Diese setzen dann auch die Gruppen zusammen und bestimmen die Teilnehmerzahl. Dabei wird darauf geachtet, dass die Teilnehmeranzahl bei maximal zehn Erwachsenen, Paare eingerechnet, liegt und der Treffpunkt sich im Wohnumfeld befindet.

In der Initialphase werden die ersten zehn Sitzungen durchgeführt. Sie teilt sich in einen Wissensvermittlungsteil („Schlaue Eltern“), in einen Entspannungsteil („Relax“) und in einen Diskussionsteil individueller Erziehungsfragen („Mein aufregender Elternalltag“). In dem Wissensvermittlungsteil wird auf Erziehungsregeln eingegangen wie den Verzicht auf Gewalt, das Setzen von Grenzen etc. Im Entspannungsteil werden den Eltern verschiedene Möglichkeiten der Entspannung im Alltag aufgezeigt; im Diskussionsteil wird gemeinsam mit den Eltern nach Möglichkeiten gesucht, mit dem Verhalten der Kinder richtig umgehen zu können, das heißt, das Verstärken des erwünschten bzw. das Ignorieren des unerwünschten Verhaltens der Kinder. Die Mentorinnen und Mentoren übernehmen dabei die Rolle von Begleiterinnen bzw. Begleitern und Beraterinnen bzw. Beratern auf gleicher Augenhöhe, die den Austausch zwischen den Eltern anregen.

Dann erfolgt die Konsolidierungsphase mit ebenfalls zehn Sitzungen. Inhaltlich werden die Diskussionen der ersten Sitzungen fortgeführt, allerdings mit dem Unterschied, dass nun die Teilnehmenden zunehmend mehr Verantwort-

tung für die Gestaltung der Treffen übernehmen. Damit soll ein zentrales Anliegen des Projekts praktisch umgesetzt werden: die Eltern sollen lernen, sich gegenseitig weiterzuhelfen und sich dadurch als Expertinnen bzw. Experten des eigenen Alltags zu erleben. Nach den 20 Sitzungen hält das Mentorenpersonal zwar eine Patenschaft ihrer AG, nimmt an den weiteren Treffen aber nur noch sporadisch teil. Die Anzahl der weiteren Treffen wird von der Gruppe selbst festgelegt und ist von Gruppe zu Gruppe unterschiedlich.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Sind Eltern sozial benachteiligt, so wirken sich die einschränkenden Bedingungen oft negativ auf ihre erzieherische Praxis aus. Laut Aussage des Projektleiters verstärkt eine geringe Erziehungskompetenz wiederum die soziale Benachteiligung der Kinder. Dieser Teufelskreis soll nun durch die Methode des Empowerments durchbrochen werden. Die Eltern werden in den Treffen dazu ermutigt, ihre Ressourcen als Erziehende zu erkennen und zu nutzen und damit ihre Fähigkeit zur Bewältigung des Erziehungsalltages zu fördern, den auftretenden Alltagsstress zu reduzieren und die Entwicklungsparameter ihres Kindes (kognitive Entwicklung, Körpermotorik, Handmotorik, Emotion, Sozialentwicklung, Sprachentwicklung etc.) mit nachhaltigem Effekt positiv zu beeinflussen.

Das wird folgendermaßen erreicht:

- *Stärkung der Erziehungskompetenz* durch Wissensvermittlung, durch Erfahrungsaustausch in den Sitzungen, durch Anregung zum Ausprobieren von neuen Tipps und Tricks durch die Mentoren.
- *Förderung der Fähigkeit zur Bewältigung des Erziehungsalltages*: die (sonst eher sozial isolierten) Eltern lernen durch den Austausch mit Eltern in ähnlichen Situationen, dass bestimmte „Probleme“ bei allen auftauchen und sie somit keine Fehler ihrerseits sind. Sie lernen außerdem, wie sie ihren Alltag besser strukturieren können und dadurch mehr Zeit für sich gewinnen.
- *Reduzierung des auftretenden Alltagsstresses*: in den Sitzungen werden die Eltern an das Thema Stress und Entspannung herangeführt, um ihre Wahrnehmung für die eigene Anspannung zu trainieren. Später probieren sie verschiedene Entspannungstechniken selbst und mit ihren Kindern aus, um sie dann in den Alltag zu integrieren.
- *Förderung der Kooperationsfähigkeit der Eltern*: die Eltern lernen durch die Gruppenarbeit, wie sie sich wechselseitig unterstützen können. Sie

erhalten nützliche Hinweise und Tipps über weitere Hilfsmöglichkeiten und kostenlose Angebote. Die Eltern werden durch positive Erlebnisse aufgeschlossener, auch allein in Kontakt mit Behörden und Institutionen zu treten.

- *Positive Beeinflussung der kindlichen Entwicklungsparameter:* die Kinder profitieren von dem, was die Eltern lernen, denn sie werden durch deren gewachsene Kompetenz besser entsprechend ihres Alters und ihrer Bedürfnisse gefördert.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Zur Kontaktaufnahme werden die Adressaten „vor Ort“ aufgesucht, um Zugangsbarrieren so gering wie möglich zu halten, das heißt, Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Gesundheitswirte/-wirtinnen, Psychologen/Psychologinnen u. a. suchen Stadtteile oder Regionen auf und führen mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, möglichen Adressaten und mit relevanten sozialen Institutionen Gespräche. Gleichzeitig laufen originelle Werbemaßnahmen, Stegreiftheater und Mitmachangebote, die den Eltern Lust zur Teilnahme am Projekt machen sollen.





Um die Eltern zu einer Teilnahme an dem Angebot zu motivieren, werden die für diese Zielgruppe bekannten Barrieren vermieden. Zum einen ist die Teilnahme an dem Angebot für die Eltern kostenfrei, zum anderen werden lange Anfahrtswege vermieden, das heißt, die Gruppenseminarräume befinden sich in der Nähe des Wohnumfeldes. Weiterhin wird darauf geachtet, dass die Gruppenstruktur relativ homogen ist und dadurch eine mögliche Diskriminierung vermieden wird. Um eine homogene Gruppe zu erhalten, wird die Elternwerbung anhand eines Kriterienkataloges in Kindertagesstätten und verschiedenen Elterntreffpunkten betrieben. Eine enge Zusammenarbeit mit den Erziehern und Erzieherinnen der Kitas ist daher besonders wichtig, natürlich unter Wahrung des Datenschutzes. Damit die Eltern – angestrebt ist immer Vater und Mutter – nicht die Sorge für die Betreuung ihrer Kinder während ihrer Abwesenheit tragen müssen, wird parallel zu den Elterngruppen eine Kinderbetreuung angeboten. Die Eltern werden von den Mentoren bzw. Mentorinnen zur ersten Sitzung eingeladen. Haben sie Interesse, wird ein Anmeldeformular ausgefüllt. Die Zeiten, zu denen die Gruppensitzungen stattfinden, werden individuell von den Teilnehmenden und den Mentorinnen bzw. Mentoren bestimmt.

Die Daten belegen, dass fast alle Teilnehmenden regelmäßig zu den Sitzungen erscheinen, obwohl die Teilnahme freiwillig ist, das heißt ein Fernbleiben nicht sanktioniert wird. Dass diese Methode funktioniert, zeigen die Teilnehmerzahlen. Von April 2004 bis Mitte 2006 wurden bereits 40 Elterngruppen, das heißt 300 Eltern mit 600 Kindern, zusammengestellt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Die Beteiligung der Zielgruppe wird durch verschiedene Strukturelemente gesichert. So orientiert sich die Eltern AG an den Lebenswelten und Bedürfnissen der relativ homogenen Elterngruppen. Nur die Grundelemente des Ansatzes (Dreigliederung jeder Sitzung, Erziehungsregeln) sind invariabel. Die drei vorgegebenen Sitzungseinheiten „schlaue Eltern“, „Relax“ und „mein aufregender Elternalltag“ enthalten Zeitfenster, die durch die Teilnehmenden selbst gestaltet werden. Durch spezialisierte Moderationsmethoden werden die Eltern motiviert, sich zu öffnen und die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer an ihren Alltagsproblemen teilhaben zu lassen. Gemeinsam werden im Diskussionsprozess mögliche Bewältigungsstrategien erarbeitet. Dabei werden von den Mentoren und Mentorinnen die Wünsche und Bedürfnisse der Eltern aufgegriffen. Das gilt auch für die Gestaltung der Folgesit-

zungen. Im Sinne positiver Psychologie und der Ressourcenorientierung werden alle Äußerungen verstärkt. Das Prinzip des impliziten Lernens (Lernen durch Tun anstelle von Instruktion) lädt Eltern ein, sich einzubringen und mitzugestalten. In den Sitzungen 11 bis 20 werden die Eltern zu mehr Eigenverantwortung für den Ablauf der Treffen aktiviert. Des Weiteren werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aktiv an der Entwicklung des Projekts beteiligt. Jede Eltern AG Sitzung wird von den Eltern am Schluss durch wechselnde „Messungen“, zum Beispiel Befragungen, bewertet. Die Rückmeldungen fließen in die Konzeptentwicklung sowie in die Weiterentwicklung der Schulungsinhalte ein. Die Einarbeitung erfolgt über MAPP e. V.

Bisherige Auswertungen ergaben, dass die Eltern gelernt haben, ruhiger mit ihren Kindern umzugehen, mehr Sicherheit im Umgang mit ihren Kindern zu entwickeln, die Möglichkeiten zum Austausch stärker in Anspruch nehmen, anderen häufiger Hilfe geben und damit eine Veränderung des Verhaltens ihrer eigenen Kinder erreicht haben und weniger Reibungen und Konflikte im Alltag auftreten. Auch die Kooperation mit den sozialen Institutionen wie Kitas und dem Jugendamt verbessert sich.

## Literatur

- Baumert, J., Klieme, M., Neubrand, M., Prenzel, M., Schiefele, U., Schneider, W., Stanat, P., Tillmann, K. J., Weiß, M. (Hrsg.) (2001): Pisa 2000: Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Leke + Budrich, Opladen.
- Krumm, V., Wetzek, G., Tietze, W., Hundertmark-Mayer, J., Rossbach, H.-G., Paiacios, J., Lerra, M. J. (1999): European Child Care and Education Study. School-age Assessment of Child Development: Longterm impact of Pre-school Experiences on School Success and Family-School Relationships. Final Report for Work Package 2. Brüssel. <[www.cordis.lu/improving/socio-economic/publications.htm](http://www.cordis.lu/improving/socio-economic/publications.htm)>

## Kontakt

Prof. Dr. Meinrad Armbruster  
Magdeburger Akademie für Praxisorientierte Psychologie e. V.,  
An-Institut der Hochschule MD/Stendal  
Breitscheidstr. 2  
39114 Magdeburg  
Bundesland: Sachsen-Anhalt  
Telefon: 0391-8646-12  
Telefax: 0391-88642-93  
E-Mail: [info@eltern-ag.de](mailto:info@eltern-ag.de)  
Website: [www.mapp-ev.org](http://www.mapp-ev.org)

## **Fit und stark fürs Leben**

### **Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Rauchen und Sucht**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Settingansatz – Empowerment – Innovation und Nachhaltigkeit

#### **Abstract**

Das Projekt „Fit und stark fürs Leben“ ist ein Unterrichtsprogramm zur Persönlichkeitsförderung durch Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen Gewalt, Aggression, Stress und Sucht. Das Projekt findet sowohl in Schulen als auch in Kindergärten statt. In den Schulen wird das Programm in den Klassen 1 und 2 und später darauf aufbauend in den Klassen 3 und 4 mit jeweils 20 Unterrichtseinheiten durchgeführt, wobei es auch möglich ist, mit dem zweiten Teil in der 3. oder 4. Klasse einzusteigen. Für weiterführende Schulen gibt es ein aufbauendes Programm für die Klassen 5 und 6 sowie 7 und 8.

Durch neue Spiel- und Lernformen sollen die Freude der Kinder am Lernen geweckt und die sozialen Beziehungen innerhalb der Klasse, das Selbstwertgefühl sowie das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt werden. Die „Igel-Igor-Stunden“ des Programms helfen den Kindern, Einfallsreichtum und Kreativität zu entwickeln und gleichzeitig ihr Selbstbewusstsein zu stärken. Igel Igor ist dabei die Figur, die durch die Unterrichtsstunden führt und alle Sachverhalte kindgerecht erläutert. In die Stunden sind auch Atem- und Entspannungsübungen sowie Fantasiereisen integriert, die den Kindern helfen, Ängste und Stress zu bewältigen und abzubauen.

Das Projekt unterstützt die Entwicklung von Lebenskompetenzen, dient der Persönlichkeitsstärkung von Schulkindern und leistet somit einen Beitrag zur frühzeitigen Prävention im Hinblick auf Aggressionsverhalten, Rauchen und Sucht sowie deren Folgeschäden.

## Hintergrund

Angesichts von Alkohol- und Drogenkonsum sowie der Gewalt und Kriminalität bei Jugendlichen rückt die Persönlichkeits- und Gesundheitsförderung immer stärker in das Aufgabenfeld schulischer Erziehung. Vor diesem Hintergrund wurde das Projekt „Fit und stark fürs Leben“ für die 1. bis 8. Klassenstufe von Psychologen bzw. Psychologinnen und Pädagogen bzw. Pädagoginnen aus Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und aus Dänemark entwickelt. Es soll Kinder bzw. Jugendliche befähigen, sich mit Problemen und alltäglichen Versuchungen auseinanderzusetzen und durch ein gestärktes Selbstbewusstsein entsprechend zu reagieren. Die Kinder bzw. Jugendlichen sollen einerseits durch das Projekt lernen, dem Gruppenzwang zu widerstehen und gegebenenfalls sogar „Nein“ zu sagen. Andererseits üben sie, sich ihre eigene Meinung zu bilden und diese vor anderen zu vertreten. Die in den einzelnen Klassenstufen erarbeiteten Fertigkeiten und Fähigkeiten werden als Lebenskompetenz zusammengefasst und stellen in der Suchtprävention einen starken Schutzfaktor dar. In verschiedenen Wirksamkeitsstudien von Aßhauer und Hanewinkel (zum Beispiel 1999, 2000, 2003) konnte gezeigt werden, dass sowohl das gesundheitliche Verhalten der Schüler und Schülerinnen als auch der Entwicklungsprozess in der Schulorganisation durch das Projekt verändert werden kann.

Die Grundschule „Am Fliederhof“ (ehemals Grundschule „Brunnenstieg“) setzt das Programm seit 1997 für die 1. bis 4. Klassen um. Dabei wurde auf die Gegebenheiten der Schule Rücksicht genommen und das Programm für die eigenen Unterrichtsstunden modifiziert. Es fördert durch individuell gestaltete Unterrichtsstunden die Persönlichkeitsentwicklung der Schüler und Schülerinnen.

## Vorgehen

Zur Umsetzung des Programms ist es notwendig, dass das gesamte Kollegium sich mit diesem Projekt identifiziert und Ideen für die Umsetzung bespricht. Nach dem Studium der vorhandenen Materialien wurden diese für den Einsatz an der Grundschule „Am Fliederhof“ überarbeitet. Die einzelnen Module, die in den Klassen 1 bis 8 behandelt werden sollen, bauen aufeinander auf. In jeder Klassenstufe werden 20 Unterrichtseinheiten für dieses Projekt verwendet.

In der 1. bis 4. Klasse üben die Kinder, sich selbst und ihren Körper stärker wahrzunehmen, den täglichen Stress durch Entspannungstechniken zu bewältigen und mit negativen Emotionen besser umzugehen. Auch die Angst vor dem Kommunizieren mit anderen soll genommen werden. Des Weiteren lernen die Kinder, Probleme selbstständig zu lösen sowie sich mit verschiedenen Situationen kritisch auseinanderzusetzen. In den 5. bis 8. Klassen werden die einzelnen Module aus den 1. bis 4. Klassen erneut aufgegriffen. Inhaltlich stehen jedoch Themen wie Rauchen, Werbung, Gruppenzwang, Liebe und Sexualität sowie Sucht im Vordergrund. Die Methoden, diese Ziele zu erreichen, sind sehr unterschiedlich. Einige Lehrer und Lehrerinnen setzen Entspannungsübungen, Lieder und Fantasiereisen ein, andere bevorzugen Rollenspiele und Spiele zur Körperwahrnehmung. Jede Lehrkraft kann die Unterrichtsstunden so gestalten, wie sie es für seine Klasse am Sinnvollsten hält. Dabei können zusätzlich eigene Materialien eingesetzt werden.

1997 war die Grundschule „Am Fliederhof“ eine von zwei Schulen aus Sachsen-Anhalt, die dieses Programm durchführte. Verschiedene Veranstaltungen wie zum Beispiel die Landeskonferenz „Gesund leben lernen“ oder auch staatliche Fortbildungen und Regionalkonferenzen nutzte der Schulleiter, um das Programm anderen Schulvertretern vorzustellen und sie dafür zu begeistern. Inzwischen sind es ca. 80 Schulen in Sachsen-Anhalt, die das Programm in ihre Unterrichtsgestaltung einbeziehen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

Das Projekt wird im Setting Schule durchgeführt. Zur Umsetzung ist es notwendig, dass an der Schule Projektstrukturen aufgebaut werden bzw. vorhanden sind. Dazu gehören der Projektkoordinator bzw. die Projektkoordinatorin, das Projektteam und zeitweilige Arbeitsgruppen. Das Projektteam berät u. a. die Integration des Programms in die Schulentwicklungskonzeption, die Auswahl von Inhalten und Methoden, die Vorbereitung und Qualifizierung der Lehrkräfte sowie die Gestaltung von Lern- und Arbeitsbedingungen.

Schulen verfolgen unter anderem das Ziel, Kinder bzw. Jugendliche zu befähigen, selbstbewusst mit ihren körperlichen Signalen umzugehen und ihr eigenes Leben gesundheitsgerechter zu gestalten. Das Setting Grundschule hat die Möglichkeit, Menschen aus allen sozialen Schichten zu erreichen, was eine frühzeitige Prävention von Aggression, Rauchen und Sucht und eine Persönlichkeitsförderung der Kinder sinnvoll macht. Daneben wird die Wahr-

scheinlichkeit erhöht, auch die Eltern und Geschwister zu erreichen. Die Schüler und Schülerinnen verbringen sehr viel Zeit in der Schule. Diese Zeit kann sehr gut genutzt werden, um Kinder zu gesundheitsförderlichen Lebensweisen anzuregen und sie im Umgang mit alltäglichen Herausforderungen besser zu befähigen. Durch die Implementierung des Programms „Fit und stark fürs Leben“ in den Unterricht kann es besser gelingen, Kinder zu einer gesünderen Lebensweise zu motivieren und ihnen mehr soziale Lebenskompetenzen zu vermitteln. So werden die Leitfiguren „Igel Igor“ in den Klassenstufen 1 bis 4 sowie „Tim und Lara“ in den Klassen 5 bis 8 von den Kindern als Vorbild angesehen. Durch Rollenspiele wird verbales und nonverbales Kommunikationsverhalten geübt. Dabei wird den Kindern ein vielfältiges Repertoire von Ausdrucksmöglichkeiten zur Verfügung gestellt und ihr Gespür für Stimmungen und Gefühle anderer Personen geschult. Durch die Aufstellung von eigenen Verhaltensregeln für die „Igel-Stunden“ setzen sich die Kinder mit der Sinnhaftigkeit von Regeln und ihrer Einhaltung auseinander. Damit kann bereits im Grundschulalter bei den Kindern ein Grundverständnis für die in der Gesellschaft vorkommenden Regeln erzeugt werden.

„Fit und stark fürs Leben“ ist ein Programm der gesundheitsfördernden Grundschule „Am Fliederhof“. Seit Beginn der Umsetzung hat sich das Lehren und Lernen grundlegend verändert. Rings um das Programm sind Aktivitäten und Traditionen entstanden, die die Grundschule als einen Ort zum Wohlfühlen, aber auch als eine leistungsorientierte Bildungseinrichtung kennzeichnen. Dafür wurden mit der Einrichtung eines Gesundheitsstudios, eines Entspannungsraumes und eines Kochstübchens auch entsprechende Veränderungen in der Ausstattung der Grundschule vorgenommen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Durch das Projekt „Fit und stark fürs Leben“ werden den Kindern und Jugendlichen soziale Kompetenzen vermittelt, die ihre Persönlichkeitsentwicklung und damit ihre Lebenskompetenz fördern sollen. In jeder Klassenstufe werden 20 Unterrichtseinheiten für dieses Programm verwandt, um die Selbstwahrnehmung und das Einfühlungsvermögen der Kinder zu schulen. Die Schüler und Schülerinnen erfahren, welche Stärken und Schwächen sie selbst und andere haben, und wie sie diesen begegnen können. Sie lernen einen besseren Umgang mit negativen Gefühlen und Stresssituationen sowie Lösungsmöglichkeiten bei alltäglichen Problemen. Das Problem Angst wird ebenfalls mit den Kindern thematisiert, wobei verschiedene Bewältigungsfor-

men dafür erarbeitet und erprobt werden. Außerdem werden sowohl kritisches und kreatives Denken eingeübt als auch Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit. Ab der Klassenstufe 3 werden außerdem Übungen zur Erhöhung der Standfestigkeit gegenüber dem Gruppendruck durchgeführt.

Grundlegende soziale Kompetenzen werden den Kindern durch die Erziehung im Elternhaus vermittelt. Um diesen Erziehungsprozess zu flankieren, haben Pädagogen und Pädagoginnen sowie Psychologen und Psychologinnen dieses Programm entwickelt. Allen Kindern soll die Möglichkeit gegeben werden, Grundlagen der sozialen Kompetenz zu erwerben, eigenverantwortlich zu handeln, Entscheidungen selbstbestimmt vertreten zu können sowie eigene Stärken zu entdecken und diese entsprechend zu nutzen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Die Grundschule „Am Fliederhof“ hat mit der Einführung dieses Programms 1997 begonnen. Nach der Erprobungsphase wurden die „Igel-Igor-Unterrichtseinheiten“ langfristig in den Stundenplan aufgenommen. Ein Ende ist bisher nicht geplant. Die sozialen Kompetenzen für die Persönlichkeitsentwicklung, die den Schülern und Schülerinnen in den 1. bis 4. Klassen vermittelt werden, sollen das weitere Leben der Schüler und Schülerinnen begleiten.

Dieses Programm wirkt sich nachhaltig auf die Schüler und Schülerinnen aus, indem sie folgende Handlungsweisen erlernen:

- vorausschauend denken,
- weltoffen und für neue Perspektiven zugänglich sein,
- interdisziplinär denken und agieren,
- Empathie, Engagement und Solidarität zeigen,
- sich und andere motivieren und
- individuelle und kulturelle Leitbilder reflektieren.

Aus den Erfahrungsberichten der Lehrer und Lehrerinnen der Grundschule „Am Fliederhof“ geht hervor, dass sich nach der Durchführung der ersten „Igel-Igor-Stunden“ in den Eingangsklassen sowohl positive Veränderungen im Verhalten der Kinder selbst als auch im Umgang miteinander ergeben haben. Insgesamt verbesserte sich demzufolge das gesamte Klassenklima. In den drei darauf folgenden Jahren wird die Leitfigur „Igel Igor“ immer wieder in die Unterrichtseinheiten eingebaut. Der positive Effekt ist bei den Kindern erneut sichtbar, denn bei den Schülerinnen und Schülern spiegeln sich posi-

tive Wirkungen zum einen bei der Beurteilung ihrer derzeitigen Klassengemeinschaft und zum anderen bei ihrer Einstellung zur Schule wider. Das Programm machte den Schülerinnen und Schülern und auch den Lehrenden gleichermaßen Spaß und lässt sich gut in den Schulalltag integrieren. Insbesondere konnte das aggressive Verhalten der Kinder spürbar reduziert werden.

Einschätzung des Schulleiters der Grundschule „Am Fliederhof“ zur Frage: Sind nun nach den „Igelstunden“ wirklich alle Kinder „Fit und stark fürs Leben“? – „Das muss sicherlich sehr differenziert betrachtet werden. Das reine Vermitteln von und Üben an den Lebenskompetenzbereichen macht nicht gleich alle Schülerinnen und Schüler einer Klasse, schon gar nicht einer ganzen Schule so ‚Fit und stark fürs Leben‘, dass sie in allen Situationen ihre eigene Meinung mitteilen und ‚Nein‘ sagen können. Es bleibt immer noch schwer, den Versuchungen verschiedenster Genuss- und Suchtmittel (Alkohol, Zigaretten, Drogen) widerstehen zu können oder sich immer der Norm entsprechend zu verhalten. Festzuhalten bleibt, dass sich die Kinder und Jugendlichen durch das Programm gegenseitig besser kennen und verstehen gelernt haben. Darüber hinaus bekamen sie Strategien aufgezeigt, wie sie bestimmte Situationen im Leben einfach besser meistern können.“

### **Kontakt**

Olaf Neumann

Grundschule „Am Fliederhof“

Hans-Grade-Str. 83

39130 Magdeburg

Bundesland: Sachsen-Anhalt

Telefon: 0391-7225401

Telefax: 0391-5069762

E-Mail: kontakt@gs-fliederhof.bildung-lsa.de



## **JUMP**

### **Junge-Mütter-Projekte Husum und Friedrichstadt**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Empowerment – Innovation und Nachhaltigkeit – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

#### **Abstract**

Die Zahl der Schwangerschaften bei Minderjährigen nimmt in den letzten Jahren kontinuierlich zu. In absoluten Zahlen handelt es sich zwar immer noch um ein quantitativ wenig spektakuläres Phänomen, dennoch werfen frühe Schwangerschaften für die Betroffenen eine Vielzahl von psychischen und sozialen Problemen auf. Insbesondere ein niedriger Sozial- und Bildungsstatus und die verminderten Teilhabechancen spielen bei der Verwirklichung eines Kinderwunsches im Jugendalter eine Rolle. Klassische Angebote hinsichtlich Schwangerschaft und Geburt werden hingegen von jungen Müttern kaum angenommen, da sie in diesem Rahmen wenig Hilfestellung für ihre besondere Situation erfahren.

Das Projekt JUMP richtet sich an junge Mütter unter 25 Jahren mit ihren Kindern und bietet einen offenen Treffpunkt mit begleitender Einzelberatung an. Zielsetzung ist, die Frauen in ihrer Alltagsbewältigung zu stärken, ihnen Informationen zu gesundheitlichen und sozialen Fragestellungen zu vermitteln und sie zu befähigen, eine Orientierung für die eigene Lebensplanung und berufliche Perspektive zu erarbeiten. JUMP versteht sich als ein präventives Auffangbecken und leistet somit einen wichtigen gesundheitsfördernden Beitrag für junge Mütter im ländlichen Raum Nordfriesland.

#### **Hintergrund**

Die Zahl der Schwangerschaften bei Minderjährigen nimmt kontinuierlich zu. In Schleswig-Holstein hat sich im Zeitraum von 1996 bis 2003 die Zahl der Teenagerschwangerschaften sogar mehr als verdoppelt<sup>19</sup>. Auch wenn es sich in absoluten Zahlen immer noch um ein quantitativ wenig spektakuläres Phäno-

men handelt – im Jahr 2002 wurden bundesweit 15 038 schwangere Minderjährige erfasst, von denen 7443 einen Abbruch vornehmen ließen<sup>20</sup> – beinhalten frühe Schwangerschaften, ob subjektiv gewollt oder ungewollt, für die Betroffenen eine Vielzahl von psychischen und sozialen Problemen. Die neue Lebenssituation ist meistens geprägt durch einen fehlenden Schulabschluss bzw. und/oder Berufsausbildung. Oft stehen die jungen Mütter in keiner festen Partnerschaft und sind häufig in keinem sozialen Netzwerk zur Unterstützung eingebunden; Freunde und Bekannte befinden sich schließlich in einer ganz anderen Lebensphase. Insofern bestehen wenig Berührungspunkte. Die Ergebnisse einer Befragung in Sachsen bestätigen die These, dass ein niedriger Sozial- und Bildungsstatus und die damit verminderten gesellschaftlichen Teilhabechancen bei der Verwirklichung eines Kinderwunsches im Jugendalter eine besondere Rolle spielen<sup>21</sup>. Dies macht deutlich, dass bei der Zielgruppe junger Mütter oftmals von einer mehrfachen Benachteiligung auszugehen ist. Klassische Angebote während der Schwangerschaft und Geburt werden hingegen von jungen Müttern kaum angenommen, da sie in diesem Rahmen wenig Hilfestellung für ihre besondere Lebenssituation erfahren. Spezielle Interventions- und Präventionsangebote für junge Mütter sind notwendig, um die Möglichkeit des Austausches und der Kontaktaufnahme untereinander durch niedrigschwellige Zugangswege zu ermöglichen, gekoppelt mit begleitenden Einzelberatungen für den jeweiligen individuellen Hilfebedarf der Frauen. Die Erfahrung im Raum Husum hat gezeigt, dass ein Zugang zu diesen jungen Müttern oftmals nur in der zehntägigen Nachbetreuung durch die Hebamme nach der Geburt der Kinder besteht. Die Region rund um Friedrichstadt, wo das Projekt JUMP zuerst umgesetzt wurde, ist geprägt von hoher Arbeitslosigkeit, Saisonbetrieben und einer weitläufigen Landschaft mit vielen kleinen Dörfern und Höfen. Oftmals leben die Frauen sehr isoliert und mehrere Kilometer von der nächsten Ortschaft entfernt. Die Überland-Bus- und Bahnverbindungen sind zum Teil nicht vorhanden oder nicht zumutbar. JUMP versucht als ein Angebot, im ländlichen Raum und mithilfe eines Fahrdienstes auf die besonderen Gegebenheiten zu reagieren und eine in der Region bis dato kaum in den Blick genommene Zielgruppe niedrigschwellig zu erreichen.

---

19 Schleswig-Holsteinischer Landtag, 15. Wahlperiode, Drucksache 15/3986.

20 Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 4/2004: „Jugendliche Schwangere und Mütter“. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.).

21 Ebda.

## Vorgehen

Die dem Projekt vorangehende Idee einer mobilen Sozialbetreuung für Frauen im ländlichen Raum wurde von einer jetzigen Mitarbeiterin der evangelischen Familienbildungsstätte Husum entwickelt, als sie in der Betreuung von langzeitarbeitslosen Frauen tätig war. Nach weiterführenden Gesprächen mit Fachkräften aus der Region und Rückmeldungen von Hebammen über die häufige Isoliertheit junger Mütter mit ihren Kindern in der Region wurde der Bedarf hinsichtlich einer Unterstützung im Alltag und im Hinblick auf die weitere Lebensplanung sowie berufliche Orientierung junger Mütter offensichtlich. Im Jahr 2000/2001 wurde das Konzept JUMP erarbeitet und der evangelischen Familienbildungsstätte (FBS) Husum vorgelegt, die mit 17 Außenstellen einer der größten FBS in Schleswig-Holstein ist. Eine wesentliche Zielsetzung des Projekts ist es, die Frauen in dieser besonderen Lebenssituation durch ein Gruppen- wie auch Einzelangebot in ihrer Erziehungskompetenz und Alltagsbewältigung zu stärken, Informationen zu gesundheitlichen und sozialen Fragestellungen zu vermitteln und sie darüber hinaus zu befähigen, eine Orientierung für die eigene Lebensplanung und beruflichen Perspektiven zu erarbeiten.

Das Projekt JUMP richtet sich vor Ort als ein offenes Treffpunktangebot mit begleitender Einzelberatung an junge Mütter unter 25 Jahren mit ihren Kindern. Einmal wöchentlich findet im Raum Husum jeweils an zwei Standorten ein Frühstückstreff statt. Das niedrigschwellige Angebot wird durch eine Diplomsozialpädagogin durchgeführt und hilft werdenden bzw. jungen Müttern, Kontakt untereinander aufzubauen, in dem eine hohe Akzeptanz für die besondere Situation und auch für soziale Problemlagen gegeben ist. Die Förderung der sozialen Kontakte der Mütter untereinander lässt in einer entspannten Atmosphäre die Bearbeitung von unterschiedlichen Themen zu. Dazu gehören neben Versagensängsten genauso auch Beziehungsklärungen (zum Beispiel mit den Eltern) sowie der Entwurf einer generellen Lebensplanung und Perspektiventwicklung für die jungen Mütter in Verbindung mit der Versorgungssituation des Kindes. Aber auch praktische Informationen zur Entwicklung des Kindes, spielerische Förderung der Mutter-Kind-Beziehung und gesundheitliche Fragestellungen finden Raum beim Frühstückstreff. Je nach Interesse und Anliegen der Frauen werden sporadisch Fachkräfte eingeladen, die zu bestimmten Themen Informationen vermitteln, wie zum Beispiel Ökotrophologinnen, Hebammen oder Kinderärztinnen. Zudem werden gemeinsame Besuche, zum Beispiel bei Behörden oder beim Gesundheitsamt, initiiert, um die Schwelle für einen selbstständigen Behördengang und die

Nutzung von anderweitigen Angeboten herabzusetzen. Darüber hinaus findet eine individuelle Beratung und Begleitung durch die Projektleitung statt, zum Teil in Form von Hausbesuchen. Hierbei geht es vor allem darum, Unterstützung bei der Planung der persönlichen Lebensperspektive zu geben. Bei Bedarf wird ggf. an spezielle Beratungsstellen oder andere Hilfeangebote weitervermittelt. Für das JUMP-Projekt in Friedrichstadt wurde ein Fahrdienst eingerichtet, sodass Frauen auch aus den umliegenden Orten ohne hinreichende Verkehrsanbindung eine Teilnahme an dem Angebot ermöglicht wird. Das Angebot wird wöchentlich von zehn bis zwölf Frauen jeweils in Husum und in Friedrichstadt genutzt. Der Anteil sozial benachteiligter junger Mütter beträgt in Husum etwa 75 % und in Friedrichstadt 50 %.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Im Rahmen des Frühstückstreffs wird neben dem niedrighschwelligem Kontaktangebot, das den Frauen Austausch und den Aufbau eines sozialen Netzwerks ermöglichen soll, auch beraten und informiert. Je nach Bedarf und Interesse der Teilnehmerinnen werden Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (Ökotrophologin, Kinderärztin, Mitarbeiterinnen der Elternschule und von Beratungsstellen) eingeladen, mit deren Hilfe sich die jungen Frauen im Hinblick auf gesundheitsbezogene und sozialrechtliche Fragestellungen qualifizieren können. In 2005 waren beispielsweise mehrere Treffen dem Thema Ernährung gewidmet: die jungen Frauen bekamen Unterstützung bei der Umstellung von der Milchernährung zur Beikost, es wurde die Ernährungspyramide vorgestellt, gemeinsam ein Obstsalat unter Berücksichtigung von individuellen Unverträglichkeiten hergestellt und ein „Ernährungsquiz“ durchgeführt. Durch gemeinsame Besuche, zum Beispiel bei einer Behörde oder Beratungsstelle, werden die Zugangsschwellen zu anderen Institutionen in der Region gesenkt und die Frauen unterstützt, sich im Rahmen des Hilfesystems zurechtzufinden um selbstständig ihre Belange regeln zu können.

Neben der Vermittlung von Sachinformationen steht insbesondere die Stärkung und Befähigung im Umgang mit der neuen Lebenssituation und den daraus resultierenden Herausforderungen im Mittelpunkt des Empowermentprozesses. Dies erfolgt einerseits durch den Austausch in der Gruppe gleichermaßen betroffener Frauen und andererseits durch eine ressourcenorientierte Einzelberatung, die anknüpft an Themen und Anliegen, die beim gemeinsamen Frühstück angedeutet werden bzw. dort nicht genügend Raum finden. Das Projekt verfolgt die Zielsetzung, die Frauen in dieser neuen Lebenssituation

ation sowohl in ihrer Mutterrolle und bei der praktischen Alltagsbewältigung als auch hinsichtlich der Entwicklung einer (beruflichen) Perspektive konkret zu unterstützen. Zunächst wird versucht, sie dazu zu motivieren, einen Schulabschluss nachzuholen oder den Führerschein zu machen, um in der Region mobil zu sein. Die gegenseitige Motivation innerhalb der Gruppe und die Vorbildfunktion, die einzelne Frauen einnehmen, sind darüber hinaus für die Entwicklung einer Perspektive und Stärkung der Handlungskompetenz mitentscheidend. So ist es zum Beispiel zwei Frauen gelungen, die Schule weiter zu besuchen und so eine Ausbildung zu beenden. Zwei andere Frauen haben an einem Orientierungskurs teilgenommen.

Durch das Projekt JUMP konnten einige Mütter motiviert werden, zum Beispiel an einem Elternschulkurs oder Miniclub der Ev. Familienbildungsstätte teilzunehmen. In Friedrichstadt hat sich durch den Frühstückstreff im Laufe der Zeit bei drei Frauen sogar eine Form der Selbstorganisation entwickelt, das heißt, sie unterstützen sich regelmäßig gegenseitig bei der Kinderbetreuung und sonstigen alltäglichen Aufgaben.

Die Frauen brauchen eine Ansprechperson, die vertrauensvoll und einfühlsam ein offenes Miteinander ermöglicht, ohne bevormundend und gängelnd zu sein. Dabei ist die Hilfestellung immer wieder durch eine sehr individuelle Vorgehensweise geprägt.

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

Im Zuge der Arbeit der Familienbildungsstätte Husum wurde deutlich, dass klassische Angebote im Bereich Schwangerschaft und Geburt besonders junge Mütter in prekären sozialen Verhältnissen in der Regel nicht erreichen. Nach zahlreichen Gesprächen mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus der Region und auch anhand der Rückmeldungen junger Mütter kristallisierte sich heraus, dass ein erheblicher Bedarf an einem speziellen Angebot für diese Frauen besteht. Ein wichtiger Aspekt ist hierbei, dass die Frauen es als sehr wohltuend empfinden, einen eigenen Ort für sich zu haben. Sie brauchen sich von anderen nicht „beäugt“ fühlen und können sich unter kompetenter und kontinuierlicher Leitung über ihre besondere Situation austauschen und vernetzen.

Spezielle Interventions- und Präventionsangebote für junge Mütter gibt es in Schleswig-Holstein kaum, insbesondere in ländlichen Regionen fehlen solche

Angebote gänzlich, obwohl davon auszugehen ist, dass der Grad der Stigmatisierung junger Mütter dort tendenziell noch immer am größten ist. In Nordfriesland wurde diese Lücke im Jahr 2001 zunächst in Form eines offenen Treffpunktangebots für junge Mütter in der Außenstelle der Familienbildungsstätte in Friedrichstadt geschlossen, seit 2002 gibt es ein zweites JUMP-Angebot in der Hauptstelle in Husum. Inzwischen hat JUMP im Gemeinwesen einen sehr hohen Bekanntheitsgrad erreicht und einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, dass junge Mütter einerseits als Zielgruppe stärkere Beachtung finden und gleichzeitig selbstverständlicher bzw. positiver wahrgenommen werden.

Die JUMP-Projekte werden durch die sozialraumorientierte Jugendhilfe in Husum und durch den Träger des Sozialraums in Friedrichstadt-Kompass langfristig finanziert. Die anfallenden Regiekosten werden als Eigenleistung von der Familienbildungsstätte erbracht.

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

Bei der Planung des Projekts wurden die Bedarfe junger Mütter aus Sicht verschiedener Fachgruppen, wie Hebammen, Mitarbeiterinnen aus der Familienbildungsarbeit sowie aus dem Bereich der beruflichen Integration von Frauen, berücksichtigt und in die Konzeption mit einbezogen.

Zu Beginn des Projekts gab es regelmäßige Gespräche mit den Hauptinitiatorinnen. Ferner wird die Arbeit von JUMP immer wieder in verschiedenen Vernetzungszusammenhängen auf lokaler Ebene präsentiert, wie zum Beispiel dem Frauenforum oder dem Jugendamt. Die konkrete Vernetzung vor Ort spielt darüber hinaus eine wichtige Rolle bei der praktischen Umsetzung des Projekts und insbesondere in Bezug auf die Erreichbarkeit der jungen Mütter. Sie trägt wesentlich zur Erhöhung der Effizienz und Reichweite der Projekte im Raum Husum und Friedrichstadt bei. JUMP verknüpft gesundheitliche und soziale Hilfeangebote und integriert spezielle gesundheitliche Themen, wie zum Beispiel Ernährung und Erste Hilfe, durch die Hinzuziehung von Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich in die Treffpunkt- und Beratungsarbeit.

Beteiligt an der Zusammenarbeit im Husumer Raum sind die Sozialraumträger, das Gesundheitsamt, das Jugendamt, die Elternschule Nordfriesland, pro-

familia-Beratungsstelle, Notruf-Beratungsstelle, die Ehe- und Lebensberatungsstelle der Diakonie, die Sozialzentren, das Projekt „Wellcome“ sowie eine Ärztin und eine freiberufliche Ökotrophologin.

Es gilt ein regelmäßiger Austausch im Kontakt mit dem Sozialraumträger, darüber hinaus finden Zielvereinbarungen und -überprüfungen statt.

Die Information der Frauen über das JUMP-Projekt und Vermittlung zur Teilnahme an dem Projekt laufen im Wesentlichen über Mund-zu-Mund-Propaganda und die Kooperationspartner. Ziel der Vernetzung ist es, jungen Müttern besonders in problematischen Lebensverhältnissen im Sinne einer Lotenfunktion auf kurzem Wege die entsprechende und notwendige Unterstützung zukommen zu lassen. Ebenso wird im Rahmen der Treffpunktarbeit auf die spezifischen Hilfeangebote der Kooperationspartner hingewiesen bzw. gemeinsam eine Institution aufgesucht, um die Schwelle zur Nutzung weiterer sozialer und gesundheitsbezogener Angebote herabzusetzen. Funktionierende Vernetzungsarbeit und eine engmaschige Kooperation der verschiedenen Institutionen stellt einen zentralen Faktor dar, um sozial benachteiligte und bildungsferne Familien darin zu unterstützen und zu ermutigen, bestehende Hilfeangebote überhaupt in Anspruch zu nehmen.

### **Kontakt**

Christiane von Ahlften  
Ev. Familienbildungsstätte Husum  
Woldsenstraße 45–47  
25813 Husum  
Bundesland: Schleswig-Holstein  
Telefon: 04841-2153  
Telefax: 04841-640587  
E-Mail: buero@fbs-husum.de  
Website: www.fbs-husum.de

## „Das schmeckt gut!“

### Interkulturelles Ernährungsprojekt für Eltern und Kinder im Setting Kindertagesstätte

#### Gute Praxisbereiche:

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Empowerment – Innovation und Nachhaltigkeit

#### Abstract

Die Zahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher ist in den letzten Jahren auffällig gestiegen, wobei insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Stadtteilen und mit Migrationshintergrund hiervon betroffen sind. Um die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken frühzeitig zu minimieren, wurde in einer Kindertagesstätte in einem sozialen Brennpunkt in Kiel ein interkulturelles Ernährungsprojekt durchgeführt, das sowohl ein Angebot für die Eltern als auch für die Kinder beinhaltet. Mit Hilfe von zweisprachigen Fachkräften, wie einer Ökotrophologin, einem Kinderarzt und einer Mitarbeiterin der Erziehungsberatungsstelle aus dem Stadtteil, erhielten die Eltern Informationen über gesunde Ernährung, Prävention von Übergewicht und zu pädagogischen Fragestellungen in diesem Zusammenhang. Auf spielerische Weise wurde den Kindern Wissen zu Nahrungsmitteln und Bedarfen vermittelt sowie eine kindgerechte Reflektion der eigenen Ernährungsgewohnheiten ermöglicht. Nach Abschluss des Projekts ließen sich auf unterschiedlichen Ebenen nachhaltige Veränderungen im Kindergartenalltag, etwa in Bezug auf mitgebrachte Lebensmittel der Eltern, die Ausweitung des wöchentlichen Müslitages und ein frischkosthaltigeres Mittagessen verzeichnen.

#### Hintergrund

Die Zahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher ist in den letzten Jahren auffällig gestiegen. Laut aktuellen Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein sind rund 11 % der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung übergewichtig, 4,4 % der Jungen und Mädchen gelten als adipös (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-



Holstein 2004). In besonderem Maße sind hiervon sozial benachteiligte Kinder betroffen. Die wenigen aus Deutschland vorliegenden Untersuchungen deuten zudem darauf hin, dass bei ausländischen Kindern ein deutlich erhöhtes Risiko für Übergewicht und Adipositas im Vergleich zu deutschen Kindern besteht (Winkler 2003). Daraus resultierende Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Schädigungen des Bewegungsapparates stellen erhebliche Gesundheitsrisiken im Erwachsenenalter dar, sodass Ansätze einer sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung so früh wie möglich beginnen sollten. Den Eltern kommt im Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten von Kindern insbesondere in dieser Altersstufe eine besondere Rolle zu, da sie durch ihre Vorbildfunktion einen nachhaltig prägenden Einfluss ausüben. Primärpräventive Interventionen im Setting Kindertagesstätte in sozial benachteiligten Stadtteilen können von daher in Kombination mit einem gleichzeitigen Angebot für die Eltern einen wichtigen Beitrag zur Reduzierung der gesundheitlichen Folgen von sozialer Ungleichheit im Kindesalter leisten.

Das Projekt „Das schmeckt gut!“ wurde über einen Zeitraum von drei Monaten in einer Kindertagesstätte (AWO-Kinderhaus) des Arbeiterwohlfahrt-Kreisverbandes Kiel – initiiert vom AWO-IntegrationsCenter Ost – in Kiel-Gaarden durchgeführt. Dieser Stadtteil ist geprägt von hoher Arbeitslosigkeit und verzeichnet den größten Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund im Raum Kiel.

## Vorgehen

Der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Kiel hat mithilfe der Förderung des Arbeitskreises „Migration und Gesundheit“ des flüchtlings- und migrationspolitischen „runden Tisches“ der Landesregierung ein interkulturelles Projekt zum Thema Ernährung im AWO-Kinderhaus in einem Stadtteil in Kiel mit hohem Migrationsanteil über einen Zeitraum von drei Monaten durchgeführt. Das Projekt, das sich sowohl an die Eltern als auch an die Kinder im Kinderhaus richtete, wurde den Eltern im Rahmen einer Auftaktveranstaltung mit einem Vortrag zum Thema „Gib Süßes oder es gibt Saures!“ von einer türkischen Ökotrophologin und einer türkischen Mitarbeiterin der Erziehungsberatungsstelle im Stadtteil vorgestellt. Hierbei wurden auch die Wünsche und Anregungen der Eltern abgefragt und schriftlich festgehalten. Es folgte ein Eltern-Kind-Nachmittag „Gesundes Essen schmeckt gut!“, bei dem Eltern und Kinder gemeinsam unter Anleitung Mahlzeiten aus unterschiedlichen

Ländern zubereiteten. Ein weiterer Baustein war ein Informationsabend für Eltern zum Thema „Durch dick und dünn – Übergewicht bei Kindern“, durchgeführt von einem Kinderarzt und einer Ökotrophologin. Den Abschluss des Projekts bildete ein gemeinsamer Eltern-Kind-Nachmittag, zu dem alle Projektbeteiligten, aber auch viele Gäste eingeladen waren. Bei einem Büfett mit gesunden interkulturellen Gerichten konnten sich die Teilnehmenden über das Projekt austauschen und eine abschließende Bewertung des Angebots vornehmen. Gemeinsam mit den Eltern wurde außerdem eine Frühstückliste erarbeitet, die Empfehlungen für die Mitgabe von geeigneten Lebensmitteln für das Frühstück im Kinderhaus beinhaltet.

Parallel wurde in einer Gruppe mit 22 Kindern unter der fachlichen Leitung der Bezugserzieherin das Thema „Ernährung“ auf vielfältige Weise bearbeitet und in den Kindergartenalltag integriert. Im Gesprächskreis wurde thematisiert, was zu Hause gegessen und getrunken wird und wozu der Körper welche Nährstoffe benötigt. Hierbei diente die Ernährungspyramide als wichtige und bildhafte Informationsquelle. Im Rahmen von Kreativangeboten bastelten die Kinder eine Ernährungssampel in Form einer Collage (rot = eher nicht essen, gelb = ab und zu essen, grün = jeden Tag essen) und malten Bilder von den jeweiligen Speisen aus den unterschiedlichen Kulturkreisen. Der Zuckergehalt in verschiedenen Lebensmitteln wurde den Kindern durch die entsprechende Anhäufung von Würfelzucker veranschaulicht. Die Kinder nahmen aktiv an der Zubereitung eines gesunden Frühstücks zum Beispiel mit Obstsalat auch neben dem einmal wöchentlich stattfindenden Müslitag teil. Außerdem wurden Spiele und Bücher zu den Themen Ernährung, Bewegung und Zahnpflege für das Kinderhaus angeschafft und in das tägliche Spiel integriert.

Insgesamt nahmen 20 Mütter und Väter an dem Projekt teil. Der Anteil der Kinder und Eltern mit Migrationshintergrund betrug ca. 62 %. Da das Projekt in einem Kinderhaus durchgeführt wurde, das in einem sozial schwachen Stadtteil Kiels liegt, konnten diejenigen Personengruppen, die einem deutlich erhöhten Übergewichtsrisiko unterliegen, besonders gut erreicht werden.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Das Projekt „Das schmeckt gut!“ verfolgt einen niedrigschwelligen Ansatz. Die Eltern wurden bezüglich einer Teilnahme an dem Projekt auf verschiedenen Wegen angesprochen, sowohl im persönlichen Gespräch durch die Erzie-

herinnen des Kinderhauses als auch in Form von Aushängen und schriftlichen Einladungen in der jeweiligen Muttersprache. Kurz vor Projektbeginn rief eine Migrationsfachkraft des AWO-Kreisverbandes Kiel noch einmal alle Eltern an. Auf diese Weise wurde versucht, die Schwelle so niedrig wie möglich zu gestalten und auch jene Eltern zu erreichen, die tendenziell nicht an Elternabenden teilnehmen. Die Einladung richtete sich zudem auch an Eltern und Erzieherinnen anderer Kindertagesstätten in Kiel-Gaarden. Die teilnehmenden Kinder wurden durch den Settingansatz des Projekts in ihrem täglichen Umfeld ohne Hürde erreicht.

Die am Projekt beteiligten Partnerinnen und Partner (Ökotrophologin, Mitarbeiterin Erziehungsberatungsstelle, Kinderarzt) kommen aus demselben Stadtteil und sind zweisprachig. Bei den Veranstaltungen für die Eltern wurde je nach Bedarf übersetzt. Für Eltern mit Migrationshintergrund wurden somit die Zugangsschwellen deutlich gesenkt: sowohl sprachlich als auch kulturell konnte auf die Bedürfnisse dieser Eltern eingegangen und eine adäquate Verständigung ermöglicht werden. Für die teilnehmenden Kinder und Eltern sind weder Kosten, Wartezeiten noch Anmeldeformalitäten entstanden.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Zielsetzung des Projekts war es, sowohl den Eltern als auch den Kindern Informationen und Kenntnisse hinsichtlich einer gesunden Ernährung zu vermitteln und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, welche Folgen die Auswahl und Zusammenstellung der täglichen Nahrung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder, insbesondere auch im Hinblick auf Übergewicht und daraus resultierende Risiken, haben kann. Dass gesundes Essen auch gut schmecken kann, war das zentrale Motto des Projekts und wurde bei den verschiedenen interkulturellen Mahlzeiten für Eltern und Kinder erlebbar. Die Kinder wurden auf spielerische Art und Weise an das Thema herangeführt. Beim Basteln der Ernährungsampel konnten sie sich auf anschauliche Weise mit den unterschiedlichen Nährwerten und Nährstoffgehalten der verschiedenen Lebensmittel auseinandersetzen und lernten, welche Nahrungsmittel unbedenklich sind und welche möglichst selten verzehrt werden sollten. Dadurch vergrößerte sich einerseits das Wissen über die Ernährung, zudem erfolgte eine Reflektion der eigenen Essgewohnheiten. Die Aussage eines Kindes während des Projekts „Ich habe heute meinen gelben Tag!“ verdeutlicht diese Bewusstmachung der eigenen Ernährungsweise recht gut.

Im Rahmen der Elternarbeit lagen die Schwerpunkte in der Aufklärung und Information zum Thema Ernährung und Prävention von Übergewicht. Darüber hinaus wurden auch pädagogische Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten der Kinder thematisiert und die Eltern diesbezüglich qualifiziert. Grenzen hinsichtlich des kindlichen Verzehrs von Süßigkeiten zu setzen, stellt beispielsweise immer wieder eine große Herausforderung im Erziehungsalltag dar. Im Beitrag „Gib Süßes oder es gibt Saures!“ wurden diese Problematik aufgegriffen und die Eltern konnten gegenseitig ihre Erfahrungen austauschen. Die am Ende des Projekts gemeinsam mit den Eltern erarbeitete Frühstücksliste diente auch nach Projektende als eine von den Kindern anerkannte Richtlinie, auf die sich die Eltern vielfach beziehen konnten und die ihnen – so die Rückmeldungen einiger Eltern – mitunter half, sich abzugrenzen und eine klare Linie in Bezug auf die Auswahl der Lebensmittel zu verfolgen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Aus Sicht der Projektverantwortlichen lag der innovative Aspekt dieses Projekts maßgeblich in der gleichzeitigen Ansprache von Eltern und Kindern, da Eltern in der Gesundheitsförderung von Kindern dieser Altersstufe eine zentrale Rolle einnehmen und häufig, insbesondere was sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen bzw. Eltern mit Migrationshintergrund betrifft, besonders schwer zu erreichen sind. Insgesamt gibt es bisher wenig erfolgreiche Ansätze von soziallagenbezogenen Ernährungsprojekten, die sowohl an Eltern als auch an Kinder adressiert sind.

Diesem Angebot vorangegangen war ein sehr erfolgreiches Projekt der AWO für Erwachsene mit Migrationshintergrund „Richtig ernähren – aber wie?“. Auf dieser Grundlage wurde die Idee entwickelt, Kinder und Eltern gleichermaßen über den Zugangsweg Kindertagesstätte zu erreichen. Durch das Projekt ist darüber hinaus eine Öffnung für die Thematik im Gemeinwesen erfolgt: einerseits durch die Einbeziehung kooperierender Fachkräfte und Institutionen desselben Stadtteils und andererseits durch die Einladung von weiteren Kindertagesstätten in Kiel-Gaarden.

Obwohl das Angebot „Das schmeckt gut!“ zunächst einmalig durchgeführt wurde und nicht langfristig angelegt ist, sind über die Dauer des Projekts auf mehreren Ebenen Veränderungen im Kindergartenalltag entstanden. Ein Resultat des Projekts ist beispielsweise, dass sich das Kita-Team inzwischen

darauf verständigt hat, mitgebrachte Getränke der Eltern, die zuckerhaltig sind, zurückzugeben. Stattdessen wird das Kinderhaus in Zukunft Mineralwasser, Milch, Tee und gelegentlich Apfelschorle (ohne Zuckerzusatz) für alle Kinder anbieten. Innerhalb des Teams hat sich ein bewussterer Umgang mit dem Thema Ernährung und Übergewicht herauskristallisiert. Die Erzieherin, die für die Projektdurchführung zuständig war, hat sich in diesem Bereich fortgebildet und gibt auch über das Projektende hinaus Impulse zur Integration des Themas Ernährung in den Kindergartenalltag. Die im Zuge des Projekts angeschafften Materialien finden weiterhin Anwendung in der pädagogischen Arbeit. Der einmal wöchentlich stattfindende Müslitag hat nun ein reichhaltigeres Angebot, und die von den Eltern mitgebrachten Lebensmittel orientieren sich auch an den anderen Tagen vermehrt an der erarbeiteten Frühstückliste. Auch das Mittagessen ist inzwischen ausgewogener und weist einen deutlich höheren Anteil an Frischkost als an Kochgemüse auf, was ebenfalls als ein nachhaltiger Effekt angesehen werden kann.

### **Literatur**

- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (2004): Einschulungsuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein 2004.
- Winkler, G. (2003): Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 2: Ernährungsverhalten. In: Ernährungs-Umschau 50, Heft 6.

### **Kontakt**

Özlem Ünsal  
AWO IntegrationsCenter Ost Kiel  
Preetzer Straße 35  
24143 Kiel  
Bundesland: Schleswig-Holstein  
Telefon: 043-7757057  
Telefax: 0431-7757073  
E-Mail: [ozlem.unsal@awo-kiel.de](mailto:ozlem.unsal@awo-kiel.de)

## Kinder-Brücke

### Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

#### Gute Praxisbereiche:

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Innovation und Nachhaltigkeit – Partizipation

#### Abstract

Die „Kinder-Brücke“ als Projekt der Brücke Dithmarschen e.V. wendet sich mit ihrem Angebot an Kinder im Alter von fünf bis 13 Jahren, deren psychisch erkrankte Eltern in der Brücke in Heide ambulant betreut werden.

Die primärpräventive Intervention „Kinder-Brücke“ will einen Beitrag zur Reduzierung der psychosozialen Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern leisten und die Isolation der Kinder durchbrechen. Neben der Beratung und Unterstützung im Umgang mit ihrer schwierigen Situation, erhalten sie in der „Kinder-Brücke“ die Möglichkeit, positiv stärkende Erfahrungen in einer Gruppe zu machen. Sie können unterschiedliche Angebote nutzen und somit ihre Horizonte erweitern. Gemeinsames Erleben, Kochen, Essen, Spielen, sowie sportliche, kreative und kulturelle Aktionen und Projekte stellen die „Brücke“ dar, die geschlagen wird, um die Isolation zu durchbrechen, in der die betroffenen Familien häufig leben. Die Kinder lernen hier ein verlässliches Umfeld kennen und wenden sich in akuten Notsituationen oftmals an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der „Kinder-Brücke“.

#### Hintergrund

In Deutschland leben ca. 500 000 Kinder mit einem als psychisch krank diagnostizierten Elternteil (ca. jedes 30. Kind)<sup>22</sup>. Die Anzahl der Kinder, die in vergleichbaren Situationen – jedoch ohne diagnostizierte Erkrankung ihrer

---

<sup>22</sup> Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychiatrie (AGSP), Müller-Schlotmann, R. M. L. (2004): „Kinder psychisch kranker Eltern in Pflegefamilien“, Oktober 2004.

Eltern – leben, dürfte um ein Vielfaches höher sein. Die betroffenen Kinder haben gegenüber der Vergleichsgruppe ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, selbst einmal von psychischen Störungen oder Erkrankungen betroffen zu sein<sup>23</sup>.

Das Auftreten einer psychischen Erkrankung führt oftmals dazu, dass Partner, Freunde und Verwandte sich vom Erkrankten abwenden. Der Umgang mit dem oder der Erkrankten wird von seinem bzw. ihrem Umfeld als schwierig und belastend erlebt und der bzw. die Erkrankte gerät so in die Isolation. Die Kinder psychisch Erkrankter jedoch bleiben bei ihren Eltern und stellen oftmals die einzige Bezugsperson des erkrankten Elternteils dar. So werden die Kinder in jungen Jahren zum engen Vertrauten ihres erkrankten Elternteils, zur tragenden Stütze im „System Familie“ und teilweise zu einem festen Bestandteil im „Wahnsystem“ ihrer Eltern. Sie werden mit Problemen, Sorgen und Nöten der Eltern belastet, was zu Überforderung führt. Viele Kinder suchen nach Erklärungen und Lösungen für das „Unerklärliche“, das sie erleben und geben sich dann selbst die Schuld an der Krankheit der Eltern. Solche Kinder leisten viel und werden in mancher Hinsicht erwachsen, bevor sie Kind sein konnten. Insbesondere die Töchter erkrankter Frauen übernehmen in diesen Familien oftmals früh Aufgaben ihrer Mutter (in Bezug auf Haushalt, kleine Geschwister etc.). Die Kinder werden in einem ungewöhnlichen Umgang mit der Realität, in einem meist nicht kindgerechten Umgang mit Zeit, Ernährung und Ordnung erzogen. Anstelle von verlässlichen, starken Erwachsenen, die ihnen die Orientierung, den Halt und die Sicherheit innerhalb einem freundlich, zugewandten Erziehungsklima geben, die sie für ihre Entwicklung benötigen, erleben sie instabile, bisweilen sogar unberechenbare kranke Erwachsene<sup>24</sup>. Die Kinder leben in einem ständigen Spannungsfeld zwischen Wut, Mitleid, Angst, Liebe, Verunsicherung, Selbstständigkeit, Abhängigkeit, Verantwortung, Orientierungslosigkeit, Zweifel, Selbstzweifel, Schuldgefühlen oder Ausgeliefertsein.

Als besondere Belastung liegt vielfach die Angst der Eltern und Kinder über der Familie, dass die Familie insgesamt zerbricht, weil die Kinder durch Eingreifen der öffentlichen Jugendhilfe aus der Familie genommen werden könnten, wenn eine Gefährdung des Kindeswohls festgestellt würde.

---

23 Lenz, A. (2005): „Kinder psychisch kranker Eltern“, Hofgrefe-Verlag.

24 Ebd.

Trotz der Unsicherheit und Orientierungslosigkeit, in der diese Kinder aufwachsen, „funktioniert“ ein Großteil der Betroffenen nach außen hin im Kindesalter recht gut. Die bei 80 % der Kinder psychisch kranker Eltern auftretenden Auffälligkeiten (zum Beispiel: Nägelkauen, aggressives Verhalten, Einnässen, Schlafstörungen, Schulschwierigkeiten, Unruhe und Konzentrationsprobleme<sup>25</sup>) lassen sich relativ gut verstecken bzw. treten bei vielen Kindern nur zeitweilig auf. Insbesondere Mädchen erkrankter Mütter fallen häufig erst in der Pubertät oder als junge Erwachsene auf – genau in der Zeit, wenn sie schrittweise erwachsen und selbstständig werden sollten. In diesem Alter manifestieren sich jedoch oft die psychischen Folgeerscheinungen der vielfach über Jahre ausgehaltenen emotionalen Belastungen. Bei Jungen wird die besondere Belastung oftmals wesentlich früher erkannt, da sie tendenziell zu „störend-auffälligem Verhalten“ neigen, durch das sie in Kindergarten und Schule auffallen.

Die verzerrte Selbsteinschätzung der Familiensituation in Kombination mit der Angst, das Sorgerecht für die Kinder zu verlieren, führt dazu, dass diese Kinder und Familien ihre Probleme bagatellisieren und so nicht durch Maßnahmen der Jugendhilfe erreicht werden. Die „Kinder-Brücke“ will hier ansetzen, um psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen durch präventive Intervention zu verhindern und ihr Belastungspotenzial zu senken.

## Vorgehen

Die durch die „Brücke“ betreuten Eltern stehen bedingt durch ihre unterschiedlichen psychischen Erkrankungen nicht, nicht mehr bzw. noch nicht wieder in geregelten Arbeitsverhältnissen. Sie erhalten über die „Brücke“ Eingliederungshilfe und befinden sich fast ausnahmslos in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Insbesondere traumatisierte Frauen und Mütter (überwiegend alleinerziehend) suchen und erhalten Unterstützung durch die „Brücke“.

In der Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen, wie auch im Projekt für deren Kinder, stellt Vertrauen die Basis dar, auf der ein Zugang zu den Betroffenen möglich wird. Im Projekt „Kinder-Brücke“ ist durch die Betreuung der

---

25 Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychiatrie (AGSP), Müller-Schlotmann, R. M. L. (2004): „Kinder psychisch kranker Eltern in Pflegefamilien“, Oktober 2004.



Eltern bereits eine gewisse Vertrauensbasis gegeben. Der Zugang zu den Kindern kann insofern als niedrigschwellig bezeichnet werden, denn die Familie lebt bereits in einer gewissen Beziehung zur „Brücke“. Das Angebot findet einmal wöchentlich an einem bestimmten Wochentag zu einer festgelegten Zeit (zwei bis drei Stunden) statt. Zehn bis zwölf Kinder im Alter von fünf bis 13 Jahren werden derzeit in unterschiedlichen Kleingruppen durch zwei Heilpädagoginnen und eine Objektdesignerin mit sozialtherapeutischer Zusatzausbildung betreut. Bewährt hat sich eine geschlechtsspezifische Gruppeneinteilung, da der Umgang und das Erleben der Belastungen sich ebenfalls geschlechtsspezifisch unterscheidet (siehe oben). Die „Kinder-Brücke“ versucht, die Isolation der Kinder zu durchbrechen, indem sie ihnen die Möglichkeit bietet, unterschiedliche Angebote zu nutzen und sich als akzeptierte Mitglieder einer Gruppe zu erleben. Angebote für die Kinder können konkrete Hilfen in besonderen Situationen (Rat, Unterstützung und Betreuung durch die Mitarbeiterinnen des Projekts), aber auch gemeinsames Erleben und Unternehmungen in der Gruppe sein. In ihrer Gruppe erleben die Kinder gewisse Kommunikationsstrukturen, Entscheidungsprozesse, Rituale, Regeln, Verlässlichkeit und Klarheit, die ihnen Sicherheit geben und ihr Selbstbewusstsein stärken. Durch verbale und nonverbale Äußerungen und Verhaltensweisen in der Gruppe zeigen die Kinder, was sie brauchen und was ihnen fehlt. So tragen sie zur Weiterentwicklung der konkreten Projektinhalte bei. Neben Gesprächen in der Gruppe oder mit einzelnen Betreuerinnen wird großer Wert auf gemeinsame Aktivität (teils in den einzelnen Kleingruppen, teils mit allen „Kinder-Brücken“-Kindern) gelegt. Im gemeinsamen Einkaufen, Kochen, Backen, Essen, Spielen, Toben, Ausflügen, Werken und Basteln etc. erschließen sich den Kindern neue Erfahrungshorizonte. Insbesondere im gemeinsamen Gestalten mit unterschiedlichen Werkstoffen und Präsentieren der schöpferischen Ergebnisse erleben die Kinder Wertschätzung und Öffentlichkeit (Ausstellung im geschützten Rahmen der „Brücke“). Ausflüge zu einem nahe gelegenen Bauernhof und der Umgang mit den dort lebenden Tieren haben sich sehr bewährt und tragen ebenfalls zu positiven Selbsterfahrungen und Selbstbewusstsein bei. Bei der Planung und Gestaltung der Gruppentreffen werden Kommunikationstechniken, Regeln für das Zusammenleben sowie Rituale kennen gelernt und eingeübt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Das Projekt „Kinder-Brücke“ stellt für die betroffenen Familien ein niedrigschwelliges Angebot dar. Im Rahmen der Eingliederungshilfe durch die „Brü-

cke“ erfahren die Eltern, vielfach alleinerziehende Mütter, vom Angebot der „Kinder-Brücke“. Da sie meist schon über einen längeren Zeitraum Klientel der „Brücke“ sind und ein gewisses Vertrauensverhältnis zu dieser Einrichtung und ihren Mitarbeitern aufbauen konnten, gehört die Brücke für die Kinder vielfach schon zu den als positiv erlebten Institutionen des familiären Umfeldes. Der Schritt in (über) die „Kinder-Brücke“ ist vielfach für die Kinder nur ein kleiner. Die „Kinder-Brücke“ als verlässliches Gruppenangebot ist kostenlos und es gibt nur sehr geringe Anmeldeformalitäten (Kontaktdaten der Familie, Allergien, Unverträglichkeiten, Krankheiten etc.). Als Zugangsvoraussetzung für die „Kinder-Brücke“-Gruppen reicht es aus, dass die Eltern sich als psychisch in einer Krise definieren (Erleben hoher Belastung). Da das Angebot schon recht junge Kinder anspricht/erreicht, sind einige Absprachen mit den Eltern unerlässlich (Wie wird der Weg zur Brücke und nach Hause bewältigt? Wer darf das Kind ggf. abholen? etc.).

Obwohl die „Kinder-Brücke“ von vielen Kindern mit Verzögerungen in der Sprachentwicklung oder bei Migrationshintergrund genutzt wird, gab es bisher kaum Verständigungsschwierigkeiten, da das Projekt durch seine Aktivitäten deutliche nonverbale Anteile aufweist. Die für Elterngespräche bisweilen eingesetzten Dolmetscher und Dolmetscherinnen stehen bei Bedarf auch für den Bereich der Kindergruppen zur Verfügung.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Im Rahmen der Arbeit der Brücke Dithmarschen e.V. wurde deutlich, dass viele Klientinnen und Klienten der Brücke Eltern sind und dass die Kinder dieser Eltern unter ganz besonders hohen Belastungen aufwachsen. Gleichmaßen fiel auf, dass diese Kinder größtenteils durch die bestehenden Jugendhilfeeinrichtungen nicht oder nur schwer erreicht werden. Die Familien versuchen vielfach, die auftretenden Probleme und Schwierigkeiten zu verheimlichen – aus Angst, dass die Kinder aus den Familien genommen werden, wenn zum Beispiel das Jugendamt auf sie und ihre speziellen Lebensumstände aufmerksam wird.

Umfangreiche Recherchen ergaben, dass es für diese Gruppe zwar ein hohes Gefährdungspotenzial (physisch und psychisch) ist, aber es kaum Hilfsangebote gibt (insbesondere im Bereich der Westküste Schleswig-Holsteins). So gab es bei der Konzeption des Angebots für Kinder psychisch kranker Eltern kaum Bewährtes, auf das zurückgegriffen werden konnte, und es wurde in

Heide ein Angebot für diese Kinder konzipiert. Die auf fünf Jahre ausgelegte Förderung durch „Aktion Mensch“ endet im Jahr 2007. Das Fortbestehen des inzwischen bewährten Projekts soll jedoch im Rahmen der Arbeit der Brücke Dithmarschen e. V. weiterhin gewährleistet werden.

Innerhalb der Projektarbeit werden aus den konkreten Erfahrungen in und mit der Gruppe ständig Konsequenzen für die weitere Arbeit und Gestaltung des Projekts gezogen. Das innovative Projekt unterliegt somit einem fortlaufenden Erneuerungsprozess, der stets an den Bedürfnissen der betroffenen Kinder ausgerichtet wird. Die Kinder erhalten durch das Projekt die Möglichkeit, ihre Horizonte in verschiedenen Bereichen zu erweitern. So werden neben den Sachkompetenzen auch die Sozialkompetenzen gefördert, auf die sie auch außerhalb der Brücke in ihren unterschiedlichen Lebenswelten zurückgreifen können. Sie werden befähigt, in ihren Möglichkeiten aktiv zu sein, selbstbewusst Einfluss zu nehmen auf Situationen und Umstände, aber auch Hilfen anzunehmen, wo sie Unterstützung benötigen. In der Praxis kommt es häufig vor, dass Kinder (auch wenn nicht die eigentliche „Kinder-Brücken“-Zeit ist) sich in Notsituationen – wenn es zum Beispiel den Eltern besonders schlecht geht – an die Brücke wenden, im Vertrauen, dort Unterstützung zu erhalten. Derzeit beginnen gerade einige Mädchen, die sich der „Kinder-Brücke“ entwachsen fühlen, einen Mädchentreff zu gründen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

Das Projekt „Kinder-Brücke“ wurde aus der Arbeit mit den betroffenen Familien heraus und im Dialog mit den Familien entwickelt. Die Eltern konnten bei der Konzeption des Projekts durch die Ermittlung der Bedarfe der Kinder und ihrer Familien einbezogen werden. In die konkrete Gruppenarbeit werden Eltern kaum aktiv einbezogen. So erleben sie eine gewisse Entlastung (die Kinder sind für den Nachmittag versorgt – sie brauchen sich um nichts zu kümmern ...), und die Kinder erleben einen Freiraum, in dem die „Krankheit“ nicht das vorherrschende Thema ist. Die Kinder werden in die Programmplanung und Ausgestaltung der Gruppennachmittage stets mit einbezogen. Ihre ausgesprochenen Wünsche und Vorlieben werden ebenso berücksichtigt wie die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der „Kinder-Brücke“ wahrgenommenen Bedürfnisse. So wird die Fähigkeit der Kinder geschult, mit Entscheidungsfindungsprozessen umzugehen. Sie erhalten die Anreize, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, zu äußern und zu vertreten. Sie nehmen eigene Kompetenzen wahr und erfahren so eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls.

Die Gruppenfähigkeit, das Ergreifen von Eigeninitiative und ein gewisses Verantwortungsgefühl werden in gemeinsamen sozialen Lernprozessen gefördert. All diese Fähigkeiten werden im geschützten Raum der „Kinder-Brücke“ eingeübt und können dann auf andere Lebenszusammenhänge (zum Beispiel die Familie, Schule, Freundeskreis, Gruppen im Freizeitbereich, Umgang mit Ämtern und Behörden) übertragen werden.

Dass es sich hierbei nicht um ideelle und theoretische Ziele handelt, sondern, dass dieses Bemühen auch Früchte trägt, zeigt sich beispielsweise darin, dass eine Gruppe von Mädchen, die sich der „Kinder-Brücke“ entwachsen fühlt, derzeit die Gründung eines Mädchentreffs in Angriff genommen hat. Unterstützend stehen die ihnen bekannten Mitarbeiterinnen der „Kinder-Brücke“ weiterhin zur Seite, jedoch nur, wenn sie diese Unterstützung anfordern.

### **Kontakt**

Heike Meyn  
Die Brücke Dithmarschen e. V.  
Neue Anlage 23–25  
25746 Heide  
Bundesland: Schleswig-Holstein  
Telefon: 0481-684940  
Telefax: 0481-6849444  
E-Mail: [info@bruecke-dithmarschen.de](mailto:info@bruecke-dithmarschen.de)  
Website: [www.bruecke-dithmarschen.de](http://www.bruecke-dithmarschen.de)

## **„fit ist cool“**

### **Thüringer Netzwerk für mehr Bewegung und ausgewogene Ernährung der Kinder**

#### **Gute Praxisbereiche:**

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

#### **Abstract**

Übergewicht bei Kindern ist ein zunehmendes Problem. Als wesentliche Ursache wird ein Ungleichgewicht von Ernährung und körperlicher Aktivität gesehen. Sozial benachteiligte Kinder sind besonders betroffen. Bisher blieben die meisten Aktivitäten zur Förderung eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in Thüringen auf einen Bereich beschränkt bzw. sind Einzelaktionen. Bringt man den Bereich Ernährung und Bewegung zusammen, bietet sich die Chance, durch sektorenübergreifende Koordinierung effektiver, öffentlich wirksamer und zielgenauer zu arbeiten. Über ein Netzwerk wird das Thema auf eine breite, nachhaltige gesellschaftliche Basis gestellt, um somit die Verbreitung von Informationen über gesunde Ernährung zu fördern und gleichfalls Heranwachsende zu mehr Bewegung zu motivieren. Ziel ist es, dass alle Akteurinnen und Akteure – von der Lebensmittelindustrie, dem Sport, der Agrarwirtschaft, des Gesundheitsbereiches, der Politik, der Eltern und Kinder bis hin zu den Medien – zusammenwirken. Zentrales Element des Netzwerks ist die Etablierung eines langfristigen Ernährungs- und Bewegungsangebotes in jeden Landkreis und jeder kreisfreien Stadt Thüringens für übergewichtige Kinder, begleitet durch schulische Angebote und eine Medienpartnerschaft zur Sensibilisierung für die Thematik und angebotene Interventionen.

#### **Hintergrund**

Übergewicht im Kindes- und Jugendalter nimmt in den Industrienationen stetig zu. Eine Zusammenstellung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter aus verschiedenen Regionen Deutschlands mit Angaben

zur Prävalenz des Übergewichts zeigt auf, dass 10–18% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland übergewichtig sind (BMI > 90. Perzentile). Übergewicht im Kindes- und Jugendalter legt nicht nur einen Grundstein für eine erhöhte Morbidität und Mortalität im Erwachsenenalter, sondern hat bereits im Kindes- und Jugendalter erhebliche gesundheitliche Auswirkungen. Übergewichtige Heranwachsende haben jedoch nicht nur körperliche Beschwerden. Sie leiden auch subjektiv unter ihrem Gewicht, erleben Ausgrenztsein und Stigmatisierung und haben zum Teil ein deutlich geringeres Selbstwertgefühl. Vorhandene Studien belegen einen deutlichen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gewicht. Die Prävalenzraten für Übergewicht und Adipositas sind in der Gruppe der sozial Benachteiligten deutlich erhöht, und das Ernährungsverhalten ist ungünstiger<sup>26</sup>. 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. Im Zentrum der Arbeit in unterschiedlichen relevanten Settings müssen die Familien stehen, da hier Ernährungsgewohnheiten geprägt werden und sich Aspekte sozialer Benachteiligung deutlich im Ernährungsverhalten niederschlagen. Darüber hinaus ist das Lebensmittelangebot in diesen Familien zum Teil unausgewogen und nicht bedarfsgerecht. Es wird als notwendig erachtet, dass Ernährungsverhalten immer auch im Kontext mit dem Bewegungsverhalten und dem Fernsehkonsum zu sehen.

## Vorgehen

Das Thüringer Netzwerk für mehr Bewegung und ausgewogene Ernährung der Kinder „fit ist cool“ wurde als Kooperationsprojekt im Januar 2005 ins Leben gerufen, um gebündelte Aktivitäten auf diesem Gebiet zwischen mehreren Kooperationspartnern zu ermöglichen. Die Projektpartner bauten als ein zentrales Element des Netzwerks gemeinsam in den Jahren 2005/2006

---

26 Vgl. Lehmkübler, S. (2002): Die Gießener Ernährungsstudie über das Ernährungsverhalten von Armutshaushalten (GESA) – qualitative Fallstudien. Dissertation. <<http://bibd.uni-giessen.de/ghmt/2002/uni/d020125.htm>>

Vgl. RKI (2001): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 4. Armut bei Kindern und Jugendlichen <[http://www.rki.de/nn\\_226040/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadSTabellen/armut\\_\\_daten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/armut\\_daten](http://www.rki.de/nn_226040/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadSTabellen/armut__daten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/armut_daten)>

(und weiterführend 2007/2008) in jedem Stadt- und Kreissportbund Thüringens mindestens ein Angebot für Kinder (acht bis zwölf Jahre) mit mangelnden Bewegungserfahrungen und Übergewicht in einem Sportverein auf.

Die Gruppen mit maximal 15 Kindern sollen über einen Zeitraum von neun Monaten möglichst zweimal die Woche betreut werden. Der Einstieg erfolgt über Kursangebote zur Verminderung des Bewegungsmangels durch Bewegung, Spiel und Sport mit dem Ziel der Erhöhung des Grundenergieumsatzes. Neben Bewegung ist die Ernährung ein wichtiger Teil des Projekts. Zweimal im Monat werden Ernährungsberatungen gemeinsam für Eltern und Kinder mit dem Ziel der Ernährungsumstellung durchgeführt. Ebenso gibt es Workshops und Erlebnistage für Kinder, Eltern und Großeltern. Von einem geschulten Übungsleiter der 2. Lizenzstufe mit dem Schwerpunkt Prävention für Kinder werden Betreuerenteams vor Ort gegründet. Diesem regionalen Netzwerk gehört Fachpersonal aus den Bereichen Übungsleitung, Ernährungsberatung, Psychologie, Familientherapie sowie Kinderarzt bzw. -ärztin, das Schulamt und der Vereinsberater bzw. die Vereinsberaterin des Stadt- bzw. Kreissportbundes an. Über eine Honorarregelung im Rahmen des § 20 SGB V mit Krankenkassen können die Leistungen im Bewegungsbereich und für die Ernährungsberatung bei entsprechender Qualifikation der Leiter bzw. Leiterinnen für die ersten zwölf Kursstunden finanziert werden. Die Schulungen des Übungsleiterteams sowie der Multiplikatorinnen/Multiplikatoren erfolgte im Jahr 2005 und 2006 über die Sportakademie des Landessportbundes Thüringen. Die Finanzierung wurde durch einen Eigenanteil der Übungsleiterinnen bzw. -leiter und Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren und durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG) gesichert. Die Koordination der Pilotprojekte und die Erarbeitung von Checklisten als Leitfaden für den Aufbau der anderen Gruppen finanziert das TMSFG.

Der Radiosender „Antenne Thüringen“ bringt sich in das Netzwerk mit einem weiteren Element, dem einmal jährlich stattfindenden Wettbewerb „Fitteste Schulklasse“ ein. Schulen können sich mit einer witzigen gemeinsamen Idee für mehr Bewegung bewerben. Eine der Ideen, die beim Radiosender eingereicht und ausgezeichnet wurden, ist ein Treppenlauf im Schulhaus unter Einbeziehung der Eltern und regionaler Partner. Der Aktion geht eine Infowoche mit Expertinnen und Experten zum Thema „Ernährung und Bewegung“ und Informationsmodulen auf der Internetpräsenz des Radiosenders voraus.

Als ein weiterer Baustein fährt das „fit-mobil“ durch Thüringen und macht an Schulen und Kindergärten auf das Netzwerk mit seinen Angeboten aufmerk-

sam. Das Angebot „fit mobil“ wurde für Kinder der Klassenstufen 1–4 konzipiert, kann aber auch bei älteren Schülerinnen und Schülern oder auch an Förderschulen durchgeführt werden. Mit einem Bus besuchen Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler der DGE-Sektion Thüringen und Übungsleiter aus Sportvereinen Schulen im Freistaat und bieten Informationen und Aktionen zum Thema „Gesundheitsfördernde Ernährung und Bewegung“ an. Der Projekttag ist in einen theoretischen und praktischen Abschnitt aufgeteilt. Im theoretischen Teil können Schulen zwischen einer Unterrichtseinheit oder einem Ernährungsquiz wählen. Im praktischen Abschnitt erhalten die Kinder, zum Teil auch als gemeinsame Aktion mit den Eltern und Großeltern, die Möglichkeit vollwertige Speisen zuzubereiten.

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

Das Netzwerk besteht aus folgenden Akteuren:

- Thüringer Ministerium für Landwirtschaft, Naturschutz und Umwelt (TMLNU),
- Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG),
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE),
- Landessportbund Thüringen (LSB),
- Thüringer Bauernverband (TBV),
- Centrale Marketing-Gesellschaft der deutschen Agrarwirtschaft mbH (CMA),
- BKK – Landesverband Ost der Betriebskrankenkassen, mhplus BKK, AOK – Die Gesundheitskasse in Thüringen,
- Radiosender „Antenne Thüringen“,
- Thüringer Kultusministerium/Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien,
- Sportakademie des Landessportbundes, Sportfachverbände,
- Gesundheitsämter,
- Kassenärztliche Vereinigung, Landesärztekammer,
- Thüringer Turnverband e. V.

Die Entwicklung der Netzwerkidee erfolgte in Kooperation aller Partner. Die Mitglieder des Netzwerks haben einen eigenen Verantwortungsbereich und tragen unterschiedliche finanzielle Ressourcen dazu bei. So ist der Thüringer Bauernverband (TBV) für die Koordination des Einsatzes des „fit mobil“ zuständig, die Schulung der Übungsleiterinnen und -leiter erfolgte in der



Thüringer Sportakademie unter Leitung des Landessportbundes, finanziert durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit sowie einem Eigenanteil der Übungsleiterinnen und -leitern. Die Kommunikation über die einzelnen Bausteine erfolgt über Zwischenberichte, die zu den Partnern rückgekoppelt werden und zu einer Bewertung und Weiterentwicklung der Arbeit im Netzwerk führen. Eine Herausforderung stellt die kontinuierliche Abstimmung im Netzwerk dar. Eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit sowie eine transparente Darstellung von Entscheidungen und Kommunikationswegen wird eingesetzt, damit alle Projektpartner sich im Prozess verwirklicht sehen. Das breite Netzwerk trägt zur Wertschätzung des Projekts bei und fördert eine Sensibilisierung für das Thema auch über den Gesundheitsbereich hinaus.

Eine Verknüpfung mit dem Bereich „Agrar- und Ernährungswirtschaft“ erfolgt über den Einsatz von „Botschafterinnen des guten Geschmacks“ – im Lebensmittelbereich geschulte Fachkräfte – , die Eltern und Kindern über die beschriebenen Zugangswege (Schule, Radiosender und Vereinsangebot) Thüringer Produkte empfehlen. Unter „Geprüfte Qualität Thüringen“ sind Lebensmittel gekennzeichnet, die nach Kriterien auf Qualität und Sicherheit kontrolliert sind. Für die Thüringer Agrar- und Ernährungswirtschaft ergibt sich hiermit ein Imagegewinn. Produkte werden nicht nur mehr nach dem Preis beurteilt, sondern auch nach ihrem gesundheitlichen Wert. Die Arbeit der Bauern findet mehr Anerkennung in der Bevölkerung.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Die bisher modellhafte Arbeit im thüringenweiten Netzwerk soll bis Ende 2008 ausgeweitet werden. Ziel ist der Aufbau eines Ernährungs- und Bewegungsangebots in allen 23 Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens für die definierte Zielgruppe unter Anleitung der speziell ausgebildeten Übungsleiterinnen und -leiter. Diese Angebote sollen fest in die Struktur und die Angebote der Vereine integriert werden. Die Anschubfinanzierung über das Projekt wird dann abgelöst durch die Vereinsförderung durch den Landessportbund. Bereits jetzt zahlen die teilnehmenden Kinder einen monatlichen Vereinsbeitrag in Höhe von drei bis zehn Euro, um den Übergang in das reguläre Vereinsangebot und den Verbleib in der Gruppe nach Beendigung des Projekts zu erleichtern. Trotz dieser scheinbaren Hürde wird das Angebot derzeit vor allem von benachteiligten Familien mit großem Interesse angenommen. Perspektivisch existieren Überlegungen, bei Nichtfinanzierbarkeit

des Angebots durch die Familien eine Förderungsoption über die Jugendämter analog zu einem Modell aus Hamburg zu eruieren. Um für die Vereine und für die Übungsleiterinnen und -leiter ein unkompliziertes Antragsverfahren zu ermöglichen, wurde ein Rahmenvertrag mit der AOK-Thüringen geschlossen, der auf weitere Landeskrankenkassenverbände erweitert werden soll.

Das Netzwerk „fit ist cool“ ist Teil der landesweiten Kampagne „Gesund leben – Jemand dagegen?“, Schirmherr des Netzwerks ist der Thüringer Minister für Landwirtschaft, Naturschutz und Umwelt, Dr. Volker Sklenar.

### ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

Die Planung und Gestaltung des regional verankerten Ernährungs- und Bewegungsangebots erfolgt durch Kinderärztinnen und -ärzte, Psychologinnen bzw. Psychologen, Ernährungsberaterinnen bzw. -beratern sowie dem Übungsleiter bzw. der Übungsleiterin, koordiniert durch den Stadt- bzw. Kreissportbund. Es erfolgt eine Eingangs- und Ausgangsuntersuchung der teilnehmenden Kinder durch den Kinderarzt bzw. die Kinderärztin. Durchgeführt werden ein psychologischer Test, der Münchner Fitnesstest und eine Fragebogenerhebung zum Ernährungsverhalten gemeinsam mit den Eltern. Die angewendeten Instrumente entstammen dem Trainermanual „Aktiver, leichter, gesünder“ der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Durch einen Testlauf der Angebote in vier Modellregionen (Altenburg, Erfurt, Suhl, Jena) in der ersten Hälfte 2005 bis Juni 2007 wird die Gruppenbildung ab September 2005/2006 mit den Erfahrungen aus dem Testlauf unterstützt. Die jeweiligen Ergebnisse werden ergänzt durch Auswertungsgespräche mit den Partnern, regional aufbereitet und für andere Regionen über Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung gestellt. Erfahrungen aus den Modellregionen haben bisher gezeigt,

- dass die Angebote durch erweiterte Kooperationen vor Ort, zum Beispiel mit Fachschulen für Gesundheits- und Sozialberufe profitieren,
- dass die ursprünglich vorgesehene Betreuung der Familien durch einen Kinderarzt bzw. eine Kinderärztin nicht die Bedürfnisse trifft, sodass das Konzept dahingehend geändert wurde und die teilnehmenden Kinder bei ihrem Kinderarzt bzw. ihrer Kinderärztin verbleiben können und
- dass sich die Zusammenarbeit von zwei Übungsleitern in einem Angebot als positiv herausgestellt hat, um die teilnehmenden Kinder intensiv und bei Bedarf auch individuell betreuen zu können.

Die Gesamtevaluation der Angebote erfolgt nach Vorliegen der Ergebnisse durch die Friedrich-Schiller-Universität Jena. Als übergeordnete Indikatoren zur Erfolgsbewertung werden der Verbleib der Kinder in den Vereinsstrukturen, die feste Verankerung des Angebots in der Region und eine Beteiligung der Eltern im Bewegungsbereich beschrieben. Aus den Evaluationsergebnissen sollen politische Forderungen abgeleitet werden, die für eine langfristige Implementation derartiger Angebote sprechen, um diesbezüglich ins Gespräch mit Leistungsträgern zu kommen.

Die Angebote erfüllen die Anforderungen des § 20 SGB V und sind über das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ zertifiziert.

### **Kontakt**

Anette Skujin  
Landessportbund Thüringen e. V.  
Referat Kinder- und Jugendsport  
Werner-Seelenbinder-Str. 1  
99096 Erfurt  
Telefon: 0361-3405436  
Telefax: 0361-3405499  
E-Mail: [a.skujin@lsb-thueringen.de](mailto:a.skujin@lsb-thueringen.de)  
Website: [www.thueringen-sport.de](http://www.thueringen-sport.de)

## „Mit den Augen des anderen“

### Integrationsprojekt für Menschen mit psychischer Behinderung

#### Gute Praxisbereiche:

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Empowerment – Innovation und Nachhaltigkeit

#### Abstract

Vor dem Hintergrund der oft existierenden Ausgrenzung von psychisch behinderten jungen Menschen sowie jungen Menschen, die aufgrund eines Unfalles, ihrer Dickleibigkeit bzw. anderer gesundheitlicher Beeinträchtigungen benachteiligt sind, wurde das Integrationsprojekt „Mit den Augen des anderen“ entwickelt. Über unterschiedliche gesundheits- und freizeitorientierte Angebote erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Gelegenheit, ihre persönlichen Stärken und Schwächen zunächst in einem geschützten Raum auszuprobieren, um darüber ihr Selbstwertgefühl zu stärken und einen Weg zurück in die Gesellschaft zu finden. Die jungen Erwachsenen werden direkt in ihrer aktuellen Lebenswelt, zum Beispiel betreute Wohn- und Arbeitsstätten, abgeholt und für eine Teilnahme am Projekt motiviert. Über eine Förderung im Rahmen des Programms LOKAST werden gesundheitsfördernde und beschäftigungsfördernde Aspekte in diesem Projekt zusammengefasst. Die Teilnehmenden werden befähigt, aktiv und selbstbestimmt ihre Zukunft zu gestalten.

#### Hintergrund

Junge Menschen mit Behinderungen nehmen ihr Anderssein sehr genau wahr. Sie erleben ihre Behinderung zum Teil bestimmend für ihr Leben. Vielfach steht die Beschäftigung mit dem, was sie nicht können, mehr im Vordergrund, als das, was sie als junge Männer und Frauen mit ihren spezifischen Bedürfnissen ausmacht. Sie erfahren oft, dass sie aufgrund ihrer Behinderung von ihrer Umgebung stigmatisiert werden und von der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen werden. Auch das im Mai 2002 in Kraft

getretene „Gleichstellungsgesetz für Menschen mit Behinderungen“ hat nicht dazu geführt, dass Menschen mit Behinderungen in der Realität gleichberechtigt sind, die Ausgrenzung aufgehoben ist, Beteiligung am gesellschaftlichen Leben stattfindet und ein selbstbestimmtes Leben im Mittelpunkt steht. Behinderte junge Menschen wachsen zum Teil getrennt von der Lebenswelt Gleichaltriger auf. Dem Projekt liegt die Beobachtung der Kooperationspartner zugrunde, dass über die Therapie hinausgehend junge Erwachsene Lebensräume und zwischenmenschliche Begegnungen benötigen, um Isolation und Einsamkeit zu überwinden. Ein Großteil der Teilnehmenden erlebt sich bereits über Jahre hinweg als „Problemfall“. Ihr Lebensweg ist in Akten dokumentiert, diagnostiziert und wird in Supervisionen besprochen. Ihr Selbstwertgefühl als Voraussetzung für die eigenverantwortliche und selbstbestimmte Steuerung von Lebensprozessen ist jedoch zum Großteil aufgrund ihrer Biografie gering ausgeprägt. Ein Gefühl von der eigenen Person kann nur entwickelt werden, wenn der bzw. die Einzelne erlebt, dass er/sie in seiner/ihrer Individualität akzeptiert wird und in der Gemeinschaft wahrgenommen wird – nicht als Akte, Fall oder Problem, sondern als Persönlichkeit.

## Vorgehen

Das Projekt „Mit den Augen des anderen“ ist darauf ausgerichtet, dass bei arbeitslosen, sozial benachteiligten und psychisch erkrankten Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Selbstwertgefühl und ihre eigene Persönlichkeit gestärkt wird und sie sich besser in ihr soziales Umfeld integrieren können.

Ziel ist es, dass die Angesprochenen lernen, sich so zu akzeptieren und wertzuschätzen wie sie sind und ihre eigenen Ressourcen erkennen. Weiterhin spielt die Befähigung zur selbstständigen Arbeitssuche eine große Rolle. Das geschieht wie folgt: in differenzierten Workshops wurden über einen Zeitraum von acht Monaten ein- bis zweimal wöchentlich individuelle Fähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgedeckt und gestärkt sowie ihnen neue Kenntnisse vermittelt. Ein zentrales Thema der Workshops war gesunde Ernährung. Mit einem praxisnahen und nicht belehrenden Angebot wurde über das gemeinsame Zubereiten einer Mahlzeit ein Zugangsweg zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern geschaffen, um sie für ihre eigene Gesundheit zu sensibilisieren. Gleichzeitig sollten die allgemeinen Haushaltskompetenzen und die wirtschaftlichen Kompetenzen der Teilnehmenden gestärkt werden. Anliegen war die Übertragbarkeit in den Alltag der jungen Erwachsenen, das heißt die Anwendung der gelernten Inhalte für den eigenen privaten Haus-

halt und Lebensbereich. Mit dem Zubereiten einer gesunden Mahlzeit wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vermittelt, wie gesunde Ernährung (Vollwertkost nach DGE) preiswert zubereitet werden kann. Folgende hierfür subjektive Voraussetzungen bei den Teilnehmenden wurden gefördert:

- Vorhandensein von Kenntnissen und Fertigkeiten in der Nahrungsmittelzubereitung,
- Wissen um gesunde Ernährung, Haltbarmachung und Verwertung von Nahrungsmitteln, Kochen und Haushaltstricks, um sich gesund und preiswert zu ernähren,
- Verzicht auf industriell gefertigte Produkte.

Weitere Themen des Projekts waren Stressbewältigung und Entspannungstechniken, bewegungs- und erlebnisorientierte Angebote wie zum Beispiel Aqua-Training, Schwimmen, Nordic Walking, Klettern und Tanzimprovisation. Mit diesen Angeboten erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über die sportliche Betätigung hinaus die Gelegenheit, bestehende Frustrationen zum Ausdruck zu bringen und abzubauen. Ein dritter Themenkomplex, der im Rahmen des Projekts bearbeitet wurde, war ein Bewerbungs- und Kommunikationstraining sowie der Erwerb von Grundkenntnissen im Umgang mit dem PC.

Die Angebote wurden jeweils von Mitarbeitern des Gesundheitszentrums Jena-Vital (Gesundheitsförderung Jena e.V.) in Kooperation mit externen Referentinnen und Referenten durchgeführt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Die Zielgruppe des Projekts ist zum Teil durch gesundheitliche und soziale Benachteiligungen gekennzeichnet. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren hoch adipös bzw. schwerbehindert. Die Teilnehmenden wurden über unterschiedliche Zugangswege auf das Projekt und eine Teilnahme hin angesprochen und motiviert. Der persönliche Kontakt zu den jungen Erwachsenen stand hierbei im Mittelpunkt. Die Projektträger arbeiteten hierbei mit der Aktion Wandlungswelten Jena e.V. zusammen, einem Verein, der über das Angebot unterschiedlicher Wohnformen psychisch kranken Menschen Lebens- und Wohnraum außerhalb einer Klinik erschließt. Weitere Kooperationspartner waren der Sozialverband VdK Hessen-Thüringen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden auch über Behindertenwerkstätten und die Zusammenarbeit mit freien Betreuern und Betreuerinnen gewonnen. Bei dem

Projekt handelte es sich um ein freiwilliges, offen strukturiertes Gruppenangebot. Über die wöchentlich stattfindenden Workshops wurden die Teilnehmenden kurz vorher jeweils noch einmal per SMS oder Telefon informiert. Trotz der sehr offenen Struktur des Angebots konnte zum Teil, das heißt themenabhängig, eine hohe Kontinuität der Teilnahme erreicht werden.

Die Angebote des Projekts (Gesundes Essen, Aqua-Fitness, Nordic Walking, Kletterwand) können von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern kostenfrei genutzt werden. Es besteht die Möglichkeit für die Teilnehmenden, über das Projekt hinaus einzelne Bewegungsangebote weiterhin zu nutzen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Die Planung der einzelnen Veranstaltungen erfolgte monatlich gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bezugnehmend auf ihre Wünsche und Bedürfnisse jeweils in Abstimmung mit der Gruppe. In den bewusst sehr unterschiedlich und breit angelegten Themenbereichen der Workshops sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr über ihre Stärken und Schwächen erfahren, neue Interessen herausfinden, aber auch ihre persönlichen Grenzen mit dem zentralen Ziel der Selbststärkung kennen lernen. Wissensvermittlung und praktisches Ausprobieren wurden durch reflektierende Diskussionen begleitet. Mit dem Herausfinden der individuellen Kompetenzen und Stärken der jungen Heranwachsenden war eine Förderung der Lern- und Leistungsbereitschaft verbunden. Das Projekt bot den Rahmen, sich selbst auszuprobieren und Erfahrungen zu machen, die aufgrund der sozialen und gesundheitlichen Benachteiligungen ohne Unterstützung der Teilnehmenden (organisatorischer Rahmen, finanzielle Förderung etc.) nicht möglich wären. Neben dem Gruppenangebot bestand für die jungen Männer und Frauen immer die Möglichkeit, individuelle Beratung und Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation und Nachhaltigkeit“

Das Projekt verknüpft in besonderer Weise den Ansatz der Gesundheitsförderung mit einer beschäftigungsfördernden Maßnahme. Die Wahrung und Stärkung der persönlichen Gesundheitsressourcen wird immer mehr zu einem Essential in der Berufs- und Beschäftigungsfähigkeit.

Die Projektträger, der Verein Gesundheitsförderung e.V. Jena, die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Sektion Thüringen, und die Thüringer Sozialakademie setzten das Projekt über das Förderprogramm „LOKAST – Lokales Kapital für soziale Zwecke in Thüringen“ gemeinsam mit der Gesellschaft für Arbeits- und Wirtschaftsförderung (GfAW) im Auftrag des Freistaates Thüringen aus Mitteln der Europäischen Sozialfonds um. Ziel von LOKAST ist es, kleine soziale Initiativen zu fördern, die benachteiligte Menschen wieder in Arbeit bringen bzw. auf den ersten und zweiten Arbeitsmarkt vorbereiten. Das Programm zielt auf eine Reduktion von Jugend- und Langzeitarbeitslosigkeit ab. Hauptsächlich sollen mit LOKAST-Projekten arbeitslose Jugendliche und alleinerziehende Mütter, Migrantinnen und Migranten, Behinderte und langzeitarbeitslose Empfänger des ALG-II integriert werden. Die Durchführung eines gesundheitsfördernden Projekts im Rahmen einer beschäftigungsfördernden Maßnahme wurde vor folgendem Hintergrund möglich: die Fähigkeit zu einem konstruktiven Umgang mit Veränderungs- und Wandlungsprozessen wächst nicht selbstständig, sondern muss gefördert werden. Dies ist auch Aufgabe der Gesundheitsförderung. Eine mangelnde Kompetenz im Umgang mit Veränderungen kann zu gesundheitlichen Störungen und Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit führen. Arbeitnehmerinnen und -nehmer müssen über fachliche, methodische und personale Kompetenz verfügen, gesundheitsbewusst beruflich zu handeln; berufliche Kompetenz schließt auch die Fähigkeit zur Prävention ein. Benachteiligte Jugendliche weisen ein geringes verfügbares Handlungsrepertoire auf, mit dem sie ihre persönlichen, beruflichen und privaten Ziele finden, ernsthaft verfolgen und erreichen können.

Nach dem Förderzeitraum im Rahmen des Programms LOKAST soll das Projekt weitergeführt werden.

### **Kontakt**

Petra Hartung, Kathrin Schönherr  
Gesundheitsförderung e. V.,  
Gesundheitszentrum Jena-Vital  
Ernst-Abbe-Platz 3–4  
07743 Jena  
Bundesland: Thüringen  
Telefon: 03641-574555  
Telefax: 03641-574547  
E-Mail: [epost@gz-jena.de](mailto:epost@gz-jena.de)



## **refugio thüringen e.V. – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (PsZF)**

### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Integriertes Handlungskonzept/  
Vernetzung – Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

### **Abstract**

Als Antwort auf die Therapie- und Behandlungsbedürftigkeit von Flüchtlingen, die unter psychischen Störungen leiden und posttraumatische Belastungsreaktionen entwickelt haben, wurde in Thüringen vom Verein „refugio thüringen e.V.“ ein Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (PsZF) aufgebaut, um sich dem Personenkreis der Flüchtlinge und Folteropfer mit therapeutischen und psychosozialen Angeboten zuzuwenden. Kernelement der Arbeit von REFUGIO Thüringen ist neben der Traumatherapie die psychosoziale Versorgung und Stabilisierung der Betroffenen. Es wird derzeit ein Dolmetscherpool aufgebaut. Die Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler werden speziell für die Arbeit im Zentrum geschult. Die Arbeit mit den Flüchtlingen wird durch Netzwerkarbeit mit allen relevanten Akteurinnen und Akteuren (aus der Migrations- und Flüchtlingsarbeit, Therapeutinnen/Therapeuten, Ärztinnen/Ärzte, Politikerinnen/Politiker etc.) in Thüringen, aber auch auf Bundesebene vorbereitet, nachbereitet und begleitet.

### **Hintergrund**

Laut Ausländerzentralregister (AZR) zum 31.12.2005 hielten sich in Thüringen insgesamt ca. 33 400 Migrantinnen und Migranten nichtdeutscher Staatsangehörigkeit auf. Dies stellt einen Anteil von 1,4 %, gemessen an der Thüringer Bevölkerung, dar. Aus einer Bedarfserhebung zur Einrichtung eines psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge in Thüringen ging hervor, dass 32 % der Klientinnen und Klienten aus Einrichtungen der Flüchtlingsarbeit schwere Symptome von Angst, Schlaflosigkeit, Suizidgedanken und aufdrängenden Erinnerungen belastender Erlebnisse aufweisen, die in Verbindung mit einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere

innerhalb der letzten sechs Monate zusammenhängen. Der Auswertungsbericht einer im Jahr 2002 durch den Flüchtlingsrat Thüringen e.V. durchgeführten schriftlichen Befragung verschiedener in der Flüchtlingsarbeit tätiger Organisationen, Initiativen und Personen weißt auf Folgendes hin: „... die Erfahrungen in der Flüchtlingsarbeit haben gezeigt, dass es in Thüringen schwierig ist, Flüchtlinge mit traumatischen Erlebnissen professionell und umfassend unterstützen zu können, da es landesweit kein entsprechendes psychosoziales Zentrum gibt ...“. Weiterhin gaben im Rahmen dieser Untersuchung auf die Frage der Bedarfssituation für ein Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (PsZF) im Freistaat zehn von insgesamt elf teilnehmenden Einrichtungen an, dass sie ein Psychosoziales Zentrum in Thüringen in Anspruch nehmen würden, wenn es ein solches gäbe. Diesem Defizit in der psychosozialen Versorgung von traumatisierten und anderweitig psychisch erkrankten Flüchtlingen soll durch den Aufbau des Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge durch „refugio thüringen e.V.“ begegnet werden. Flüchtlinge mit psychosozialen Störungen und/oder einer Traumatisierung sollen hier ein ganzheitliches Behandlungsangebot finden, das durch Psychologen und Psychologinnen bzw. Psychotherapeuten und -therapeutinnen sowie Beratungsdienste in Thüringen in der Regel nicht abgedeckt wird bzw. nicht abgedeckt werden kann.

## Vorgehen

Das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge REFUGIO Thüringen ist das erste Angebot in Thüringen, was die Grundidee eines Zentrums, die Kopplung von psychosozialer Beratung und Traumatherapie in einem ganzheitlichen Angebot am Klienten bzw. an der Klientin orientiert, umsetzt. Die Ursprünge für REFUGIO Thüringen liegen in einem Projekt zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung von Flüchtlingen des Diakonieverbundes Gera e.V., das vor Jahren in Gera durchgeführt wurde. Die Konzeption für ein PsZF wurde auf Grundlage einer Bedarfsanalyse für ein solches Zentrum in Thüringen im Rahmen einer Diplomarbeit im Jahr 2003 durchgeführt. Für die umfangreiche Erhebung wurden Akteurinnen und Akteure aus den verschiedensten Bereichen (Flüchtlings- und Migrationsarbeit, Sozialpsychiatrische Dienste, Ausländerbeauftragte, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Sozialämtern, Ausländerbehörden, Gesundheitsämtern, u. a.) befragt.

Im Jahr 2004 gründete sich aus der Arbeitsgruppe „Psychosoziales Zentrum Thüringen“ der Verein „refugio thüringen e.V.“ Mit Ende des Jahres 2005

konnte in Jena mit dem Aufbau des Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge REFUGIO Thüringen begonnen werden. Das Zentrum arbeitet landesweit, nicht wie viele Zentren in den Großstädten der alten Bundesländer städtebezogen, und muss somit in seiner Arbeit die Charakteristika eines Flächenlandes berücksichtigen. Zielgruppe sind in Thüringen lebende Flüchtlinge unabhängig ihres Aufenthaltsstatus, die Verfolgung, Folter, Kriegsgewalt, die Ermordung naher Familienangehöriger und vieles mehr erleben mussten. In Ausnahmefällen ist das Zentrum auch für Flüchtlinge aus Sachsen und Sachsen-Anhalt offen. Bei den im PsZF betreuten Flüchtlingen handelt es sich vorwiegend um Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung. Ziel der Arbeit ist die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen durch Therapieangebote, Gutachtenerstellung in asylrechtlichen und sozialen Fragen sowie ganzheitliche (psychosoziale) Beratung. In Zukunft soll ein besonderes Augenmerk auf Flüchtlingskinder und jugendliche Flüchtlinge gelegt werden, die sowohl durch ihre eigenen traumatischen Erfahrungen als auch durch eine Erkrankung der Eltern eine hohe Vulnerabilität gegenüber psychischen Erkrankungen aufweisen. Die Arbeit erfolgt in einem interdisziplinären Team. Das PsZF ist darüber hinaus Ansprechpartner für andere Migrantengruppen im Bereich der Vermittlung und Koordination von Hilfsangeboten. Diesbezüglich will REFUGIO Thüringen Strukturen schaffen, die eine bessere Integration und Gesundheitsversorgung aller in Thüringen lebender Flüchtlinge ermöglicht, wie zum Beispiel durch den Aufbau eines Pools für Kultur- und Sprachmittler und Vermittlung von Dolmetschern bzw. Dolmetscherinnen, Weiterbildungen und Seminare für Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen und Institutionen, die Kontakt zu Flüchtlingen und Migrantinnen und Migranten haben, Vermittlung an Psychologen bzw. Psychologinnen und Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwellige Arbeitsweise“

Der Kontakt zur Zielgruppe wird vor allem durch Vermittlung über Dritte erreicht. Flüchtlinge, die zunächst bei anderen Einrichtungen Kontakt suchen und Beratung in Anspruch nehmen, werden über Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in den Beratungseinrichtungen, Ausländerbeauftragte, Ärztinnen/Ärzte bzw. Psychologinnen/Psychologen an das Zentrum vermittelt. Diese Netzwerkstrukturen wurden im Vorfeld durch Öffentlichkeitsarbeit aufgebaut. Mithilfe eines Fragebogens stellt der Vermittler bzw. die Vermittlerin – zum Beispiel die Sozialpädagogin bzw. -pädagoginnen in einer Beratungsstelle – Eckdaten zur Person sowie eine Symptombeschreibung des Klienten

bzw. der Klientin zusammen und leitet diese an REFUGIO Thüringen weiter. Anhand des Fragebogens kann auch geklärt werden, ob und welche Dolmetscherdienste in Anspruch genommen werden müssen. Das Erstgespräch wird im Idealfall bereits mit einem Dolmetscher bzw. einer Dolmetscherin durchgeführt. Neben der psychosozialen Anamnese und einer sozialen Stabilisierung erfolgt hier bereits eine therapeutische Anamnese. Im Mittelpunkt des 2. Gesprächs stehen die Diagnostik und die Festlegung des Therapiemodus. Flüchtlinge behalten ihren regionalen Ansprechpartner, der zwischen dem Zentrum und dem Flüchtling vermittelt, wenn der Betroffene dies wünscht. Die Arbeit mit den Flüchtlingen erfolgt nach der Priorität ihrer Situation. Die Leistungen des REFUGIO Thüringen werden für die Betroffenen kostenlos angeboten. Bereits zu Beginn der Arbeit des PsZF sind Wartezeiten für die Klientinnen und Klienten hinsichtlich der therapeutischen Behandlung unumgänglich. Dies ist bedingt durch den großen Bedarf sowie die derzeitige personelle Besetzung. Eine Aufstockung der Finanzen und somit auch der Ressourcen ist geplant.

Die Erreichbarkeit des Angebots orientiert sich am individuellen Bedarf der Betroffenen. Um therapeutische Arbeit zu gewährleisten, müssen Telefon- und Öffnungszeiten eingerichtet werden. Das PsZF arbeitet thüringenweit. Fahrtkosten zum Zentrum sowie die Dolmetscherkosten werden für Flüchtlinge getragen.

Um den Betroffenen frühzeitige und bedarfsgerechte Hilfen zukommen lassen zu können, sollen Angebote in der Landesaufnahmestelle (LAST) Thüringens und in den Gemeinschaftsunterkünften vor Ort offeriert werden. Hierdurch wird das Angebot des PsZF bekannt gemacht und es werden Zugangsbarrieren abgebaut. Angebote vor Ort bieten zudem Gelegenheiten, einer Zuspitzung psychosozialer Symptomlagen – wie zum Beispiel der Verstärkung depressiver Phasen aufgrund der Wohnsituation oder einer Chronifizierung des PTSD – durch unmittelbare Beratungs- und Behandlungsangebote entgegenzuwirken.

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

Eine Vernetzung des PsZF auf regionaler Ebene mit beispielsweise bereits bestehenden Migrations- und Flüchtlingssozialberatungsstellen, Ausländerbeauftragten der Kommunen und Kirchen ist von gegenseitigem Nutzen, um

einerseits Kontakte für bzw. zu Klientinnen und Klienten herzustellen und andererseits aufenthaltsrechtliche und soziale Beratung weiterhin vor Ort zu leisten. Als konkretes Werkzeug für die Arbeit mit Klientinnen und Klienten dient die Kooperation mit (externen) Psychologen bzw. Psychologinnen und Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen sowie Flüchtlingssozialarbeiterinnen und -arbeitern, Rechtsanwältinnen und -anwälten etc. Ein Pool von durch das PsZF speziell ausgebildeten Kultur- und Sprachmittlern, die im Bedarfsfall auch von anderen Institutionen genutzt werden können, ist unabdingbar für die Arbeit mit Flüchtlingen und anderen Migrantinnen und Migranten im therapeutischen und psychosozialen Kontext. Über Fortbildungsveranstaltungen will REFUGIO Thüringen Ausländerbeauftragte, Sachbearbeiter von Sozialämtern und Ausländerbehörden sowie Mitarbeiter in Gemeinschaftsunterkünften informieren und somit den Grundstein für eine Zusammenarbeit legen.

REFUGIO Thüringen strebt eine Aufnahme im Diakonischen Werk an. Auf Bundesebene erfolgt eine Zusammenarbeit mit der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAFF) sowie anderen Psychosozialen Zentren. Die räumliche Nähe zum Institut für Psychologie der Universität Jena/Fachgebiet Klinische Diagnostik/Intervention und Klinische Psychologie ist fachlich von großer Bedeutung. Hier sind zukünftig eine gemeinsame Evaluation der Arbeit des PsZF sowie eine Kooperation im Sinne eines Therapeuten-Netzwerks angestrebt. Auch die Verbindung zu den beiden Fachhochschulen für Soziale Arbeit in Erfurt und Jena können effektiv genutzt werden, um die Bereiche der Interkulturalität und Arbeit mit Traumatisierten, Flüchtlingen, Migrantinnen/Migranten praxisnah in die Lehre der jeweiligen Studiengänge zur umfassenden Ausbildung der Studierenden einfließen zu lassen.

Die Abstimmung und Weiterentwicklung der auf der thüringenweiten Bedarfserhebung aufbauenden Konzeption erfolgt im methodischen Hinblick mit den Netzwerkpartnern in Thüringen. Sie orientiert sich an den rückgemeldeten und auftretenden Bedarfen in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Netzwerkarbeit wird aktuell in der Aufbauphase als ein essentielles Element der Arbeit beschrieben. REFUGIO Thüringen befindet sich auf der Suche nach neuen Netzwerkpartnern, um die Erreichbarkeit ihres Angebots über unterschiedliche Zugänge zu erweitern.

## ▲ Guter Praxisbereich „Qualitätsmanagement/ Qualitätsentwicklung“

Qualitätsentwicklung ist fest in der Konzeption von REFUGIO Thüringen verankert. Im Rahmen der Strukturqualität werden neben der räumlichen Ausstattung und Standortfaktoren Standards für die Arbeit der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie für die Arbeit der Dolmetscher und Dolmetscherinnen festgelegt. Bezüglich der Prozessqualität wird zwischen dem eigentlichen Leistungsgeschehen des Zentrums, der Arbeit mit den Flüchtlingen, und Vernetzungstätigkeit sowie Öffentlichkeitsarbeit unterschieden. Mit einer Statistik der Klientinnen und Klienten steht eine umfangreiche Datensammlung (Herkunftsland, Geschlecht, Aufenthalt, Unterkunft in Deutschland, psychosoziale Rahmenbedingungen, Diagnose, Therapieverlauf) zur Verfügung, die entsprechend aufbereitet und genutzt wird. Zur Reflektion der Arbeitsprozesse sowie zur Gewährleistung von Professionalität im Handeln werden Teamsitzungen und kollegiale Beratung angewendet. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bilden sich regelmäßig fort (Fortbildungen zu den Themen Trauma/gesetzliche Grundlagen/Fundraising etc.) bzw. qualifizieren sich zusätzlich (Traumatherapie/Traumapädagogik).

Das Zentrum führt regelmäßig Selbstevaluationen durch. Im Zusammenhang mit der Gewinnung von neuen Forschungsergebnissen, Erkenntnissen während der laufenden Arbeit und aktuellen Anforderungen erfolgen Konzeptionsfortschreibungen. Eine externe Organisationsberatung unterstützt die Aufbauphase. Schwerpunkt der Unterstützung liegt auf der Entwicklung der Organisationsstruktur, der internen Kommunikation sowie eines Fundraisingkonzepts. Bezogen auf die Ergebnisqualität ist eine deutliche Verringerung oder, idealtypisch, Beseitigung der Symptome und damit die Verbesserung des individuellen psychischen und physischen Wohlbefindens sowie der sozialen Situation der Klientinnen und Klienten des PsZF angestrebt.

Die Ergebnisqualität ist jedoch beeinflusst durch verschiedene strukturelle Faktoren, so zum Beispiel durch das beengte Wohnen von Asylsuchenden und Flüchtlingen in den Gemeinschaftsunterkünften, die insbesondere auf Traumatisierte zusätzlich starken psychischen Druck ausüben. Ein ungeklärter Aufenthaltsstatus erzeugt Angst und hemmt das Sich-Einlassen auf die Therapiesituation. Abschiebeandrohungen oder tatsächliche Abschiebungen können zudem Ursache für die Auslösung eines Traumas sein bzw. zu einer Retraumatisierung führen.

Um mögliche Hemmnisse weitestgehend abzubauen, werden die Verstetigung von Netzwerkstrukturen mit den regional zuständigen Ämtern und Behörden sowie Ansprechpartnerinnen und -partner in den Heimen als Rahmenbedingungen für eine Erfolg versprechende Behandlung betrachtet. Weitere Indikatoren zur Beurteilung der Angebotsqualität sind die Inanspruchnahme der Zentrumsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter als Referentinnen und Referenten zum Thema.

### **Kontakt**

Gesa Busche  
REFUGIO Thüringen  
Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge  
Wagnergasse 25  
07743 Jena  
Telefon: 03641-226281  
Telefax: 03641-238198  
E-Mail: [refugio-thr@web.de](mailto:refugio-thr@web.de)  
[epost@gz-jena.de](mailto:epost@gz-jena.de)

## 4.2 Kurzfassungen von Good-Practice-Beispielen

Die vollständigen Angebotsbeschreibungen zu den folgenden 33 in Kurzform dargestellten Good-Practice-Angeboten sind in der 2. Auflage des Fachheftes „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ sowie in der Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) recherchierbar.

*Regionaler Knoten Baden-Württemberg*

### „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 – Innovation und 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.

### **Kontakt**

Karin M. Müller  
Landratsamt Rems-Murr-Kreis, Gesundheitsamt  
Bahnhofstr. 1  
71332 Waiblingen  
Bundesland: Baden-Württemberg  
Telefon: 07151-5011-1619  
Telefax: 07151-5011-1634  
E-Mail: ka.mueller@rems-murr-kreis.de  
Website: www.rems-murr-kreis.de

*Regionaler Knoten Baden-Württemberg*

## **Gesundheit und Miteinander ins Viertel!**

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

#### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Settingansatz

### **Abstract**

Frauen mit Behinderungen haben in bestimmten Lebensbereichen behinderungsbedingt häufig Probleme (zum Beispiel mangelnde Eingliederung in den Beruf, Armutsrisiko, erschwelter 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 besonde-

rem 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.

### **Kontakt**

Hannelore Ernst  
Gleichstellungsstelle Landeshauptstadt Stuttgart  
Eberhardstr. 61  
70173 Stuttgart  
Bundesland: Baden-Württemberg  
Telefon: 0711-216-6395  
Telefax: 0711-216-6945  
E-Mail: hannelore.ernst@stuttgart.de

*Regionaler Knoten Baden-Württemberg*

## **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 Idel (Integration durch Elternbildung Ludwigsburg) 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 Empfängern staatlicher Transferleistungen sowie einen überdurchschnittlichen Ausländeranteil. Einschulungsuntersuchungen zeigen einen deutlich höheren Anteil übergewichtiger Kinder aus Migrantenfamilien. Zudem sind Impfstä-

tus 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 Idel 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.

### **Kontakt**

Eva Belzner  
Kreis-Gesundheitsamt Ludwigsburg  
Hindenburgstr. 20/1  
71638 Ludwigsburg  
Bundesland: Baden-Württemberg  
Telefon: 07141-1441338  
Telefax: 07141-1441340  
E-Mail: [eva.belzner@landkreis-ludwigsburg.de](mailto:eva.belzner@landkreis-ludwigsburg.de)

*Regionaler Knoten Berlin*

## **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. Ca. 15–20 % der Bevölkerung leiden im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen Depression mit teilweise tiefgreifenden 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. 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 den Mittelpunkt ihrer Arbeit gestellt, die einen hohen Anteil an türkischen Bewohnern und Bewohnerinnen 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 englischer Herkunft bereitgestellt.

## Kontakt

Dr. med. Meryam Schouler-Ocak  
Psychiatrische Universitätsklinik der Charité  
im St. Hedwig-Krankenhaus

Große Hamburger Str. 5–11  
10115 Berlin  
Bundesland: Berlin  
Telefon: 030-2311-2120  
Telefax: 030-2311-2790  
E-Mail: kontakt@berlinerbuendnisgegendepression.de  
Website: www.berlinerbuendnisgegendepression.de

*Regionaler Knoten Berlin*

## **Fitness für Kids**

### **Frühprävention im Kindergartenalter**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Multiplikatorenkonzept – Innovation und Nachhaltigkeit –  
Dokumentation und 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, deren motorische Leistungsfähigkeit anfänglich deutlich schlechter im Vergleich zu anderen Kindern war, haben diese Defizite durch diese gezielte Bewegungsförderung aufgeholt. Aufgrund dieser Erkenntnis wird das Projekt inzwischen vorrangig in sozialen Brennpunkten Berlins durchgeführt. Da sich das Projekt durch die Multiplikatoren-schulung sehr schnell fortsetzt und damit zugleich seine Nachhaltigkeit

sichergestellt ist, wird es inzwischen in über 150 Kindergärten in Berlin, Leipzig und Chemnitz umgesetzt. Des Weiteren ist das Projekt auch in 30 Berliner Grundschulen in entsprechend modifizierter Form implementiert, damit sich die im Kindergarten aufgebauten Strukturen weiter fortsetzen können. Darüber hinaus wird noch in diesem Jahr mit einer gezielten Einbeziehung der Eltern im Rahmen dieser Maßnahme begonnen, damit sich ein gesunder, aktiver Lebensstil auch im Elternhaus der Kinder fortsetzt.

### **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)

*Regionaler Knoten Berlin*

## **Gesund essen mit Freude**

### **Kultursensibler Ernährungskurs mit praktischen Kocheinheiten**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Innovation und Nachhaltigkeit – Settingansatz – 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.

### **Kontakt**

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

*Regionaler Knoten Berlin*

## **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 Drogen-

bericht 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, unter anderem 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 unschätzbare Hilfe, da viele (substituierte) Drogenabhängige Besitzer bzw. Besitzerinnen 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 Qualifizierungsangebot. Wie die große Nachfrage bei „IdeFix“ zeigt, besitzt das Projekt eine hohe Akzeptanz in der Drogenszene.

### **Kontakt**

Sören Sörensen  
Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen e. V.  
Dresdener Str. 20  
10999 Berlin  
Bundesland: Berlin  
Telefon: 030-69565881  
Telefax: 030-69565883  
E-Mail: [idefix@fixpunkt.org](mailto:idefix@fixpunkt.org)  
Website: [www.idefixpunkt.org](http://www.idefixpunkt.org)



## **Kiezdetective**

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

#### **Gute Praxisbereiche:**

Multiplikatorenkonzept – Partizipation – Settingansatz

#### **Abstract**

Friedrichshain-Kreuzberg – als kleinster (20,2 km<sup>2</sup>) und am dichtesten besiedelter Bezirk Berlins mit knapp 245 000 Einwohnern, der geringsten Grünfläche je Einwohner von 7 m<sup>2</sup> (Treptow-Köpenick 388 m<sup>2</sup>) und den größten sozialen und gesundheitlichen Belastungen – hat sich zum Ziel gesetzt, durch die Aktivitäten des Gesunde-Städte-Netzwerks, der Lokalen Agenda 21 und der Sozialen Stadtentwicklung, die Lebensqualität im Bezirk zu verbessern.

Trotz des niedrigsten Sozialindex Berlins, höchster Arbeitslosenrate, zweithöchstem Anteil an Sozialhilfeempfängerinnen bzw. -empfängern und Migrantinnen bzw. Migranten, Wohnungen mit hoher Belegungsdichte und den daraus resultierenden Problemen verfügt der Bezirk über viele wertvolle Ressourcen. Hierzu zählen die reiche Projektlandschaft, die Vielfalt der Kulturen, das hohe Potenzial an Selbsthilfe, nachbarschaftliche Kiezstrukturen, gute Modelle von Stadtplanung und -entwicklung und eine lange Tradition der Bürgerbeteiligung.

Hier setzt auch das Projekt zur Kinderbeteiligung „Kiezdetective“ an – eine Idee, die vom Kinder- und Jugendbüro Marzahn entwickelt wurde. In enger Kooperation zwischen Gesunde-Städte-Netzwerk und Lokaler Agenda 21 wurde 1999 begonnen, Kinder als Experten in eigener Sache in Planungs- und Entscheidungsprozesse zur nachhaltigen gesunden Stadtentwicklung und -gestaltung einzubinden.

Kinder zwischen sechs und 14 Jahren erkunden als Kiezdetective ihr Lebens- und Wohnumfeld, ermitteln Probleme, aber auch „Schätze“, dokumentieren diese in Form einer Ausstellung und präsentieren die Ergebnisse auf einer Kinderversammlung den verantwortlichen Politikerinnen und Politikern, die mit ihren Verwaltungen, freien Trägern und gemeinsam mit den Kindern auf-

gefordert sind, die Probleme zu bearbeiten. Nach ca. sechs Monaten werden auf einer Folgeversammlung die Umsetzungsergebnisse nachgefragt.

Die Kinderbeteiligung ist als langfristiges Projekt angelegt. Die Kiezerkundungen, die Kinderversammlung und die Ergebniskontrolle sollen als nachhaltige Planungs- und Kooperationsstruktur in bezirkliche Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

In dem Projekt sollen Kinder befähigt werden, ihre Lebensumwelt selbstständig zu erforschen, sie zu verstehen und zu hinterfragen. Sie sollen lernen, dass es auch auf sie ankommt – dass sie aktiv ihre Umwelt mitgestalten und verändern können (Empowerment, Ressourcenstärkung). Die Kinder werden an die Politik herangeführt und für gesundheits- und umweltbezogene Fragestellungen sensibilisiert. Sie erfahren dadurch, dass gesunde Wohnbedingungen und ein gesundes Wohnumfeld wichtige Voraussetzungen für das persönliche Wohlbefinden sind. Die Erkenntnis, selbst Einfluss zu nehmen und Veränderungen herbeiführen zu können, stärkt das Selbstbewusstsein der Kinder und ihre Fähigkeit, eigenverantwortlich zu handeln. Das Projekt „Kiezdetektive“ zielt somit auf das Erleben demokratischen Handelns ab und stellt demzufolge einen umfassenden Ansatz zur Gesundheitsförderung dar. Insbesondere in problembelasteten Stadtgebieten – oft mit hohem Migrantenanteil – können durch dieses Projekt Kinder erreicht sowie für gesundheitliche und soziale Belange aktiviert werden. Bisher waren ca. 600 Kinder aus Schulen, Kitas und Freizeiteinrichtungen an den Kiezerkundungen beteiligt.

Als Ergebnisse des Projekts konnten unter anderem 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 und 2007 den Anerkennungspreis des Deutschen Präventionspreises.

### **Kontakt**

Ingrid Papies-Winkler  
(Koordinatorin Gesunde-Städte-Netzwerk)  
Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin,  
Plan- und Leitstelle Gesundheit  
Müllenhoffstr. 17

10967 Berlin  
Bundesland: Berlin  
Telefon: 030-747559-72  
Telefax: 030-747559-70  
E-Mail: Ingrid.Papies-Winkler@ba-fk.verwalt-berlin.de

*Regionaler Knoten Brandenburg*

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

### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Multiplikatorenkonzept – Settingansatz

### **Abstract**

Das Projekt „Vorbeugen ist besser als heilen – Vorbeugen ist billiger als heilen“ ist ein regionales und überregionales Projekt der vernetzten Suchtprävention. Es leistet einen Beitrag zur primären Prävention durch gesundheitsfördernde 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 seit 2005.

### **Kontakt**

DM Gudrun Sommer  
Landkreis Oder-Spree

Glashüttenstr. 10  
15890 Eisenhüttenstadt  
Bundesland: Brandenburg  
Telefon: 03364-5054366  
Telefax: 03364-5054399  
E-Mail: gudrun.sommer@l-os.de  
Website: www.landkreis-oder-spree.de

*Regionaler Knoten Brandenburg*

## **Pfiffikus durch Bewegungsfluss**

### **Gute Praxisbereiche:**

Dokumentation und Evaluation – Innovation und Nachhaltigkeit –  
Settingansatz

### **Abstract**

Die zunehmende Tendenz verminderter Gesundheit bei gleichzeitiger Abnahme der motorischen und geistigen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen, die in den letzten Jahren festzustellen war, steht oftmals 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 Uni 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 nicht geförderten Kontrollgruppen. Beispielsweise erreichen die Kinder der Projektkindergärten deutlich bessere Ergebnisse beim Motoriktest (KTK).

### **Kontakt**

*Projekt Kita „Märchenland“*

Helga Gellert, Nadine Mehl

Kita „Märchenland“

Paul-Wegener-Str. 2–4

11480 Potsdam

Bundesland: Brandenburg

Telefon: 0331-624197

*Projekt Kita „Storchennest“*

Irene Braun, Kerstin Hendler

Kita „Storchennest“

Günther-Simon-Str. 2–4

14480 Potsdam

Bundesland: Brandenburg

Telefon: 0331-600601-70

Telefax: 0331-600601-71

### **Projektpartner**

Norman Radeiski, Janine Wolf

Universität Potsdam,

Institut für Sportmedizin und Prävention

Am Neuen Palais 10

14469 Potsdam

Bundesland: Brandenburg

Telefon: 0331-977-1160-1768

Telefax: 0331-977-1296

E-Mail: [Norman.Radeiski@gmx.de](mailto:Norman.Radeiski@gmx.de)

Website: [www.pfiffikusdurchbewegungsfluss.de](http://www.pfiffikusdurchbewegungsfluss.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 bzw. Betreuerinnen. Das Wald-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 Erziehern bzw. Erzieherinnen.

Besondere Erfolge sind die Integration der Eltern in das Projekt, das 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 „Waldameisen-Gruppe“ vorgesehen.

### Kontakt

Diana Richter, Bärbel Neumann

Kita „Storchennest“

Schopenhauerstr. 91, 03048 Cottbus  
Bundesland: Brandenburg  
Telefon: 0355-4786118 oder 0355-523749  
Telefax: 0355-4786117  
E-Mail: [kita@jugendhilfe-cottbus.de](mailto:kita@jugendhilfe-cottbus.de)  
Website: [www.jugendhilfe-cottbus.de](http://www.jugendhilfe-cottbus.de)

*Regionaler Knoten Hamburg*

## **Familienprojekt ADEBAR**

### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – 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.

## **Kontakt**

Mirjam Hartmann, Birgit Schulze  
GWA St. Pauli-Süd e. V./Kolibri  
Lange Str. 9  
20359 Hamburg  
Bundesland: Hamburg  
Telefon: 040-3179 8166 oder 040-300 89 688  
Telefax: 040-3179 8167  
E-Mail: kontakt@adebar-hamburgaltona.de  
Website: www.adebar-st-pauli.de

*Regionaler Knoten Hamburg*

## **Connect**

### **Hilfe für Kinder aus suchtblasteten Familien**

#### **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 sie 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 Kinderta-



gesstätten ebenso wie Hebammen, Erziehungsberatungsstellen oder auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und viele andere.

Die Bedarfe der Professionellen werden erhoben, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden qualifiziert, und mithilfe 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 Netzwerks. 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 Kooperationsvertrages 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.

### **Kontakt**

Irene Ehmke  
Büro für Suchtprävention der Hamburgischen  
Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.  
Repsoldstr. 4  
20097 Hamburg  
Bundesland: Hamburg  
Telefon: 040-2849918  
Telefax: 040-2849918-19  
E-Mail: ehmke@suchthh.de  
Website: 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 beispielsweise bei den Kindern im Sprachverhalten erkennbar.

Das Benennen einzelner Obst und Gemüsesorten und das eigenständige Durchführen von Vorbereitungsaktivitäten 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 (zum Beispiel bezüglich der Gerätenutzung) durchführen und einhalten; das Sozial- und Konfliktverhalten der Kinder hat sich deutlich verbessert. Einige Eltern interessierten sich für die Rezepte und kochten sie zu Hause mit ihren Kindern nach.

### **Kontakt**

Dr. Hannelore Fischer,  
Kindertagesstätte „Sehpferdchen“  
Nobléestr. 38  
21075 Hamburg  
Bundesland: Hamburg  
Telefon: 040-76750605  
Telefax: 040-7676063  
E-Mail: [kita-sehpferdchen@asb-hamburg.de](mailto:kita-sehpferdchen@asb-hamburg.de)

*Regionaler Knoten Niedersachsen*

## **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 alleinstehende Männer, Punks 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.

### Kontakt

Sabine Vetterlein-Janschek  
Diakonisches Werk, Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt  
des Ev. luth. Stadtkirchenverbandes Hannover  
Schaufelder Str. 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. Folge für die Betroffenen ist ein schlechter körperlicher Allgemeinzustand bis hin zur Verelendung. Um diesem Prozess entgegenzuwirken, kombiniert der Kontaktladen „Mecki“ die Methoden und Hilfestellungen von sozialer Arbeit mit verschiedenen Angeboten zur gesundheitlichen Grundversorgung in einer im Lebensraum der Zielgruppe angesiedelten Anlaufstelle. Wohnungslosen, Durchreisenden und Trebegängerinnen bzw. 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 Verstetigung 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.

### **Kontakt**

Ulla Neubacher, Franziska Walter  
Diakonisches Werk e. V., Zentrale Beratungsstelle  
für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten  
Raschplatz 8 c  
30161 Hannover  
Bundesland: Niedersachsen  
Telefon: 0511-3480264  
Telefax: 0511-3888454  
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 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 Einrichtungen 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.

### **Kontakt**

Corinna Genz  
Diakonisches Werk der Ev.-luth.  
Landeskirche Hannovers e. V.  
Güntherstr. 7  
30519 Hannover  
Bundesland: Niedersachsen  
Telefon: 0511-838-7320  
Telefax: 0511-838-7324  
E-Mail: [die.kurve@zbs-hannover.de](mailto:die.kurve@zbs-hannover.de)

*Regionaler Knoten Niedersachsen*

## **MIMI**

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

#### **Gute Praxisbereiche:**

Multiplikatorenkonzept – Innovation und Nachhaltigkeit –  
Dokumentation und Evaluation

### **Abstract**

In Deutschland hat ca. jede bzw. jeder 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 es, 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.

### **Kontakt**

Ramazan Salman, Björn Menkhaus (MPH)  
Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.  
Königstraße 6  
30175 Hannover  
Bundesland: Niedersachsen  
Telefon: 0511-16841020-62  
Telefax: 0511-457215  
E-Mail: [ethno@onlinehome.de](mailto:ethno@onlinehome.de)  
Website: [www.ethno-medizinisches-zentrum.de](http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de)

*Regionaler Knoten Niedersachsen*

## **Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule**

### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Settingansatz – Dokumentation und Evaluation



## **Abstract**

In der Fridtjof-Nansen-Schule, im sozialen Brennpunkt Hannover-Vahrenheide, wird Gesundheitsförderung umfassend in den schulischen Alltag der Schülerinnen und Schüler sowie Lehrkräfte 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 Schullalltags, 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.

## **Kontakt**

Hermann Städtler (Schulleiter)

Fridtjof-Nansen-Schule

30179 Hannover

Bundesland: Niedersachsen

Telefon: 0511-16845540

Telefax: 0511-371849

E-Mail: [fns@nibis.ni.schule.de](mailto:fns@nibis.ni.schule.de)

Website: [www.fns-online.de](http://www.fns-online.de)

*Regionaler Knoten Niedersachsen*

## **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 (zum Beispiel 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 das ein breites Angebot begünstigt, werden Integrationsleistungen erbracht und Zugangswege zu sozial Benachteiligten eröffnet, die auch von Anbietern des Gesundheitssystems genutzt werden. Die Finanzierung der Einrichtung und der Angebote erfolgt über den städtischen Träger, über Spenden und Projektmittel der „Sozialen Stadt“.

## Kontakt

Nico Heinemann  
Treffpunkt Gemeinwesenarbeit Bloherfelde/Eversten  
Bloherfelder Straße 173  
26129 Oldenburg  
Bundesland: Niedersachsen  
Telefon: 0441-5601165  
Telefax: 0441-5601165  
E-Mail: kennedyviertel@stadt-oldenburg.de  
Website: www.kennedyviertel.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 (**B**erufliche **E**ingliederungs- und **A**rbeits**M**aßnahme) 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.

Aufbauend auf dem Projekt BEAM werden derzeit die Projekte GLEISE – Wege ins Leben (als Grundstufe) und BEAM + Alfa – Berufliche Eingliederungs- und Arbeitsmaßnahme in alkoholfreier Arbeitsumgebung (als Aufbaustufe) durchgeführt.

### **Kontakt**

Ulrike Kopf  
Theresia-Albers-Stiftung in Hattingen  
Hackstückstr. 37, 45527 Hattingen

Bundesland: Nordrhein-Westfalen  
Telefon: 02324-5988250  
Telefax: 02324-5988222  
E-Mail: [ulrike.kopf@t-a-s.net](mailto:ulrike.kopf@t-a-s.net)  
Website: [www.wir-sind-fuer-sie-da.de](http://www.wir-sind-fuer-sie-da.de)

*Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen*

## **„Gesundheitsförderung für MigrantInnen“**

**Ein Projekt der pro familia Beratungsstelle in Bonn**

### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Empowerment – Multiplikatorenkonzept

### **Abstract**

Hintergrund des Angebots ist u. a. die Feststellung, dass die eher präventiv orientierten Angebote von pro familia von bestimmten Migrantengruppen vergleichsweise wenig genutzt werden.

Das Angebot richtet sich überwiegend an Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund, und zwar insbesondere diejenigen, die durch die bestehenden Angebote im medizinischen und psychosozialen Bereich kaum oder gar nicht erreicht werden. Zielsetzung ist es, bei ihnen selbstbestimmtes Handeln im Bereich der sexuellen Gesundheit zu fördern. Implizit geht es auch um die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften und die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten inklusive HIV/Aids. Wesentlich für eine Zielerreichung ist der aufsuchende (Setting)Ansatz in enger Kooperation mit Organisationen/Institutionen, die im interkulturellen Bereich tätig sind. Verschiedene Strategien dienen dem Empowerment der Mädchen und Frauen. So werden beispielsweise im Erwachsenenbereich wichtige Vokabeln (Körper der Frau, Krankheitssymptome, Arztbesuch, Schwangerschaft, Geburt) vermittelt, damit sie unabhängig von anderen Personen Dienstleistungen in Anspruch nehmen können. Davon ausgehend erhalten sie tiefergehende Informationen zu einzelnen Themen (zum Beispiel Körper, Familienplanung, sexuelle und Geschlechtsrollenerziehung der eigenen Kinder „zwischen den Kulturen“ etc.)

sowie zu den Strukturen des psychosozialen und gesundheitlichen Systems in Deutschland. Persönliche Beratung ist im Anschluss an die Veranstaltung und unabhängig davon möglich. Einige Hinweise zeigen den Erfolg des Projekts. Besonders eindrücklich sind die unmittelbaren Reaktionen der Frauen während und nach den Veranstaltungen. Einbezogen werden auch spätere Rückmeldungen über die Betreuer bzw. Betreuerinnen; 2002/2003 fand eine Fragebogenevaluation mit diesen statt. Des Weiteren belegt die Nutzung der pro familia Angebote durch ehemalige Veranstaltungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, dass Hemmschwellen durchaus abbaubar sind.

### **Kontakt**

Stéphanie Berrut, pro familia Bonn

Poppelsdorfer Allee 15

53115 Bonn

Bundesland: Nordrhein-Westfalen

Telefon: 0228-2422243

Telefax: 0228-2422245

E-Mail: [stephanie.berrut@profamilia.de](mailto:stephanie.berrut@profamilia.de)

Website: [www.profamilia.de/outputdb/31Angebot/31/511?file=bslvprojekte&id=8](http://www.profamilia.de/outputdb/31Angebot/31/511?file=bslvprojekte&id=8)

*Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen*

## **„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 und die Problematik suchtkranker Eltern sind ein landesweites Problem und haben auch in Herford dazu geführt, sich die-

ser 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, Kliniken, Kinderärztinnen bzw. -ärzten und anderen 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 und 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 konzeptionellen Vorbereitungen und Recherchen wurden daraufhin 2004 die anderen „steps“ entwickelt und in die Angebotslandschaft integriert.

#### **Kontakt**

Heidi Pahmeyer, Stadtjugendamt Herford  
Auf der Freiheit 23  
32052 Herford  
Bundesland: Nordrhein-Westfalen  
Telefon: 05221-189731  
Telefax: 05221-189625  
E-Mail: heidi.pahmeyer@herford.de

*Regionaler Knoten Sachsen*

## **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

## **Kontakt**

Susanne Neupert  
AOK Sachsen – Die Gesundheitskasse  
Flachspinnereistr. 5  
02788 Hirschfelde  
Bundesland: Sachsen  
Telefon: 035843-27629  
Telefax: 035843-27623  
E-Mail: [BZ.Hirschfelde@internationaler-bund.de](mailto:BZ.Hirschfelde@internationaler-bund.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 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 betroffenen 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%, der Masern-Mumps-Röteln-Impfung von 78,4% auf 83,5% und der Keuchhusten-Impfung von 95,9% auf 97,9% angehoben werden.

### **Kontakt**

Birgit Ferner

Landesvereinigung für Gesundheit

Sachsen-Anhalt e. V., BKK Landesverband Ost

Badestr. 2, 39114 Magdeburg

Bundesland: Sachsen-Anhalt

Telefon: 0391-8364111

Telefax: 0391-8364110

E-Mail: [birgit.ferner@lvg-lsa.de](mailto:birgit.ferner@lvg-lsa.de)

Website: [www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de](http://www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de)

*Regionaler Knoten Sachsen-Anhalt*

## **S – XXL – Gut drauf durch den Tag**

### **Gute Praxisbereiche:**

Empowerment – Dokumentation und Evaluation – Innovation und Nachhaltigkeit

### **Abstract**

Die gesundheitlichen und sozialen Folgen durch Übergewicht sind bekannt. Das Projekt „S – XXL – Gut drauf durch den Tag“ richtet sich an übergewichtige und adipöse Kinder und ihre Freunde, die durchaus nicht übergewichtig sein müssen. „S – XXL“ ist ein Kursangebot zur Stärkung eines positiven Selbstwertgefühls und zur Förderung einer gesunden Lebensweise. Es wird in den Kinder- und Jugenderholungszentren 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.

### **Kontakt**

Dorita Tangelmann  
AOK Sachsen-Anhalt „Die Gesundheitskasse“  
Lüneburger Str. 4, 39106 Magdeburg  
Bundesland: Sachsen-Anhalt  
E-Mail: dorita.tangelmann@san.aok.de

*Regionaler Knoten Schleswig-Holstein*

## **Eutiner Babynetz**

### **Das Netzwerk „Rund um Schwangerschaft, Geburt und danach“**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Integriertes Handlungskonzept/  
Vernetzung – 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 hin ins Säuglingsalter die gesundheitliche Situation von Schwangeren und jungen Familien zu verbessern. Mit relativ wenig Aufwand wird ein hoher Synergieeffekt erzeugt. Das Eutiner Babynetz ist ein nachahmenswertes Modell, das personelle Ressourcen sinnvoll nutzt und das auf jede Region übertragbar ist. Das „Eutiner Babynetz“ ist

aktiv im Rahmen von „Schutzengel für Ostholstein“, das an das landesweite Projekt „Schutzengel für Schleswig-Holstein“ angebunden ist.

## **Kontakt**

Angela Jagenow  
„Eutiner Babynetz“ c/o Kreis Ostholstein  
Lübecker Str. 41, 23701 Eutin  
Bundesland: Schleswig-Holstein  
Telefon: 04521-788314  
Telefax: 04521-78896314  
E-Mail: a.jagenow@kreis-oh.de

*Regionaler Knoten Schleswig-Holstein*

## **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 Stoerstroms 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 Schulkantinenverbessert. Gesundheitsbezogene Kursangebote konnten etabliert werden. Beispielhaft ist auch das integrierte Handlungskonzept, das Gesunden-Städte-Mitglieder aus Schleswig-Holstein und Dänemark sowie zahlreiche weitere Partner mit einbezieht.

### **Kontakt**

Dr. Michael Hamschmidt  
Gesundheitsamt Lübeck  
Sophienstr. 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)

*Regionaler Knoten Schleswig-Holstein*

## **Schutzengel e.V.**

**Vernetzungsprojekt zur Förderung von Maßnahmen,  
die Familien mit jungen Kindern in einem sozialen  
Brennpunkt unterstützen**

### **Gute Praxisbereiche:**

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Niedrigschwellige  
Arbeitsweise – Dokumentation und 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 und Frühbegleitung (zum Beispiel Familienhebammen, Kinderbetreuungsangebote, Elterntreffpunkte) 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 von null bis drei Jahren. Über die interdisziplinäre Arbeitsweise und verstärkte Einbindung von Kooperationspartnern (zum Beispiel Kliniken, Ämter, Kitas) erfolgt eine effektivere Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen vor Ort und es kann eine gezielte Unterstützung gegeben werden.

Seit Herbst 2006 wird „Schutzengel“ mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Senioren Schleswig-Holstein in allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes umgesetzt. Die Landesvereinigung für Gesundheit Schleswig-Holstein begleitet diesen zunächst auf drei Jahre angelegten Prozess.

### Kontakt

Volker Syring  
Förderverein Schutzengel e. V.  
Lerchenstr. 4–6  
24939 Flensburg  
Bundesland: Schleswig-Holstein  
Telefon: 0461-9402850  
E-Mail: [vsyring@adelby.de](mailto:vsyring@adelby.de)  
Website: [www.schutzengel-flensburg.de](http://www.schutzengel-flensburg.de)

### *Information zur Evaluation:*

Helene L. Luig-Arlt  
Büro für Stadtteilmanagement  
Heuberg 5  
24977 Langballig

Telefon: 04636-977858  
Telefax: 04636-977857  
E-Mail: luig-arl@foni.net

*Regionaler Knoten Schleswig-Holstein*

## **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“ 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 (zum Beispiel Kiel und Rendsburg) liegt der Anteil sogar bei 70–90 %.

### **Kontakt**

Klaus Michael Pötzke  
Landessportverband Schleswig-Holstein  
Winterbeker Weg 49

24114 Kiel  
Bundesland: Schleswig-Holstein  
Telefon: 0431-6486137  
Telefax: 0431-6486190  
E-Mail: sport.gegen.gewalt@lsv-sh.de  
Website: www.lsv-sh.de/fairandfun

*Regionaler Knoten Thüringen*

## **Ernährung, Umwelt und Zahngesundheit in Kindertagesstätten**

### **Gute Praxisbereiche:**

Innovation und Nachhaltigkeit – Niedrigschwellige Arbeitsweise –  
Settingansatz

### **Abstract**

Dem Projekt „Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit und Bewegung in Kindertagesstätten“ liegt die Beobachtung eines sich verschlechternden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in vielen Familien zugrunde. Das Projekt wurde um den Abschnitt Bewegung im Jahr 2004 erweitert. 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 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 erfolgt durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 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. Ergänzend zum Projekt können in Räumlichkeiten der Kitas Kochkurse für junge Mütter mit geringen Zubereitungskenntnissen im Blockangebot umgesetzt werden. Kochkurse sind insbesondere für Mütter in schwieriger sozialer Lage gedacht (Food Literacy). Dieses Begleitprojekt trägt den Namen „Die Genussfamilie“.

Darüber hinaus werden ergänzend sogenannte Milchpartys in Kitas durchgeführt. Veranstalter sind die DGE-Sektion Thüringen, Studenten der Ernährungswissenschaften der Uni-Jena (STEP) und Beratungskräfte in den Regionen. In Kooperation mit der AGETHUR e. V. in Weimar und der Landesvereinigung der Jugendzahnärzte Thüringen e. V. wird in zweijährigen Zeitabständen ein Kita-Kongress für Leiterinnen und Leiter sowie Erzieherinnen und Erzieher offeriert. Das Gesamtangebot versucht, die Lebensverhältnisse der Betroffenen zu verbessern und die Lebensqualität zu steigern. Damit ist die Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften positiven Verhaltensänderung im präventiven Sinne gesteigert.

### **Kontakt**

Witold Maichrowitz  
Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.,  
Sektion Thüringen  
Dornburger Str. 29  
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**

Bei dem Projekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“ handelt es sich um ein Angebot zur Förderung des Nichtrauchens bei Heranwachsenden. Über den Zugangsweg der aktiven Medienarbeit sollen die allgemeinen Lebenskompetenzen und die Medienkompetenz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gestärkt werden.

In dem Prozess der eigenständigen Entwicklung von Medienprodukten (zum Beispiel eines Nichtraucherwerbepots etc.) setzten die Kinder und Jugendlichen sich mit Werbung für Tabakwaren und den dahinter stehenden Motiven der Tabakindustrie auseinander und enttarnen deren manipulativen Elemente. Sie werden hierbei medienpädagogisch begleitet.

### **Kontakt**

Uta Maercker  
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V.  
Carl-August-Allee 1  
99423 Weimar  
Bundesland: Thüringen  
Telefon: 03643-59223  
Telefax: 03643-501899  
E-Mail: maercker@agethur.de  
Website: 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 Mitarbeitern bzw. Mitarbeiterinnen eines Jugendclubs in einem sozialen Brennpunkt Apoldas, einer Kleinstadt in Thüringen, dass die Schülerinnen und Schüler der Regelschule dieses Stadtgebietes 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 Frühstückversorgung 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).

### Kontakt

Staatliche Regelschule  
Staatliches Schulamt Weimar  
Werner-Seelenbinder-Str. 6  
99510 Apolda  
Bundesland: Thüringen  
Telefon: 03644-555556  
Telefax: 03644-555558  
E-Mail: rs\_wss\_ap@gmx.de  
Website: [www.th.schule.de/ap/wss](http://www.th.schule.de/ap/wss)



# 5. Struktur des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“



Der bundesweite Kooperationsverbund wurde 2001 von der BZgA initiiert und wird getragen aus einer Kooperation zwischen BZgA, allen Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, dem BKK-Bundesverband sowie dem VdAK/AEV. Weiterhin gehören der Kooperation fast alle Spitzenverbände der Krankenkassen, weitere Krankenkassen, Bundesverbände der Ärzteschaft, fünf Wohlfahrtsverbände, zwei Landesministerien und weitere Institutionen an. Insgesamt sind 46 Partnerorganisationen im Kooperationsverbund vertreten (siehe Tabelle 1 auf Seite 332).

AOK-Bundesverband  
 Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.  
 Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ)  
 Barmer Ersatzkasse  
 BKK Bundesverband  
 Bundesarbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit  
 Bundesärztekammer  
 Bundesverband der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst  
 Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen  
 Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes  
 Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V.  
 Bundeszahnärztekammer  
 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung  
 Deutscher Caritasverband e.V.  
 Deutscher Olympischer Sportbund  
 Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
 Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)  
 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  
 Internationaler Bund (IB)  
 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.  
 Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz von Berlin  
 Stiftung SPI  
 Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband  
 VdAK/AEV  
 Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health

Tab. 1: Die 46 Partnerorganisationen des Kooperationsverbundes (Stand: August 2007)

Die Arbeit des Kooperationsverbundes wird begleitet durch einen beratenden Arbeitskreis bei der BZgA, von Experten und Expertinnen aus Wissenschaft und Praxis sowie Akteuren aus dem Gesundheitsförderungs- und Wohlfahrtsbereich.

Das zentrale Ziel ist die Stärkung guter Praxis in Angeboten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Hierzu wurde erstmals 2002 im Auftrag der BZgA durch die Landesvereinigung Gesundheit Berlin e. V. eine bundesweite Erhebung von Angeboten (über 10 000 Aussendungen an Gesundheits- und Wohlfahrtsverbände auf Bundes-, Landes- und Kreisebene) durchgeführt. Nach einem umfassenden Relaunch der Datenbank im Sommer 2007 ist die bundesweit umfassendste Übersicht über die Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung auf der Internetplattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) recherchierbar. Unter dieser Adresse finden sich weitere aktuelle Informationen, Veranstaltungshinweise und Forschungsergebnisse zum Thema.

### **Regionale Knoten in den Bundesländern**

In Deutschland werden viele Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung auf Länderebene gesetzt. Neben einem bundesweiten Austausch ist daher gerade auf Landesebene eine Koordination sinnvoll. Für diese Aufgabe gibt es im Kooperationsverbund die „Regionalen Knoten“. Zu ihren zentralen Arbeitsbereichen gehört die Identifizierung und Beschreibung von Good-Practice-Beispielen auf Grundlage der im beratenden Arbeitskreis der BZgA entwickelten Kriterien und des im Kapitel 3 dargestellten standardisierten Auswahlverfahrens.

Die ersten zehn Regionalen Knoten entstanden im Jahr 2004, seit Januar 2007 ist das Netzwerk komplett. Um an bestehende Strukturen anzuknüpfen, sind die Regionalen Knoten bei den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (LVG) angebunden. In Bundesländern ohne LVG übernehmen vergleichbare Einrichtungen diese Funktion. Die Regionalen Knoten fördern eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Bundes- und Landesebene, verbessern den Informationstransfer zwischen den gesundheitsfördernden Angeboten und tragen so zur Stärkung des Themas wie auch zur Weiterentwicklung der Praxis bei.

### **Regionale Knoten**

- sind Kontakt- und Koordinationsstellen für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten auf Landesebene,



Abb. 4: Regionale Knoten im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, Stand: August 2007

- vernetzen Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitsbereich und anderen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern (zum Beispiel Bildung, Umwelt und Soziales, Stadtentwicklung),
- identifizieren Good-Practice-Projekte,
- setzen eigene inhaltliche Schwerpunkte landesweiter Arbeit, zum Beispiel zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit im frühen Kindesalter,
- führen Fachveranstaltungen und Koordinierungstreffen durch,

- leisten Öffentlichkeitsarbeit,
  - initiieren Pilotprojekte bzw. sind bei der Entwicklung und Umsetzung beteiligt.
- 
- ◆ Nehmen Sie Kontakt auf mit dem Regionalen Knoten in Ihrem Bundesland.
  - ◆ Regen Sie Kontaktaufnahmen von Untergliederungen Ihrer Organisation mit den Regionalen Knoten an.
  - ◆ Einen Überblick aktueller Aktivitäten der Regionalen Knoten finden Sie unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:regionale-knoten](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:regionale-knoten).

Zentrale Koordinierung:  
Gesundheit Berlin e. V.  
Friedrichstr. 231  
10969 Berlin





# 6. Weiterführende Informationen zum Thema

Good Practice ist ein Thema, das in der Literatur zur Gesundheitsförderung noch relativ jung ist. Wir möchten Ihnen deshalb mit dieser Liste zunächst einen Überblick über hilfreiche Literatur aus den angrenzenden Bereichen Gesundheitsförderung und soziale Ungleichheit, Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätssicherung sowie Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung bieten.

# 6.1 Literatur

## Gesundheitsförderung und soziale Ungleichheit

- *Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. VS-Verlag, Wiesbaden.*

Der Soziologe und Gesundheitswissenschaftler Bauer stellt Möglichkeiten und Grenzen außercurricularer schulischer Kompetenzförderung dar. Dabei steht die Verbindung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im Zentrum des Forschungsinteresses.

- *Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung, In: Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (S. 181–189). Urban & Fischer Verlag, München, Jena.*

Dieser Artikel stellt zusammenfassend die Gesundheitsförderung als Public-Health-Komponente dar. Dazu werden die Strategien, Methoden und politische Relevanz der Gesundheitsförderung vertieft.

- *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.*

Dieses Buch liefert eine umfassende Gesamtdarstellung der Gesundheitsförderungsbewegung und erläutert dabei ihre Leitkonzepte und zentralen Begrifflichkeiten.

- *Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.*
- *Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.*

Der Medizinsoziologe behandelt in diesen Büchern die gesundheitliche Ungleichheit. Dabei stützt er sich im Wesentlichen auf die Indikatoren Bildung, Berufsstatus, Einkommen und stellt neben empirischen Ergebnissen ausführliche Erklärungsansätze dar.

- *Naidoo, J. Wills, J. (2003):* Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg.

Dieses Lehrbuch ist eine deutsche Übersetzung der Originalausgabe „Health Promotion – Foundations for Practice“ und bietet einen umfassenden Überblick über die Grundlagen und zeigt strategische und methodische Aspekte der Gesundheitsförderung auf. Damit dient es als wesentlicher Handlungsleitfaden für die praktische Durchführung der Arbeit der Gesundheitsförderung.

- *Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006):* Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Der Sammelband bietet eine aktuelle gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Ungleichheit, bietet Grundlagen und skizziert Lösungsstrategien.

### **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 unter <http://www.bag.admin.ch/evaluation/02357/02362>.

- *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. Darü-

ber hinaus werden alternative Evaluationsansätze für bevölkerungsbezogene Interventionen diskutiert.

- *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).

- *Schwartz, F. W., Bitzer, E. M., Döring, H., Walter, U.* (1998): Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, In: *Hurrelmann, K., Laaser, U.* (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, Weinheim, München, S. 823–849.

Ein Artikel, der auf Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eingeht und dabei grundlegende Definitionen, Relevanz und Methoden erläutert.

### **Evidenzbasierung und Qualitätssicherung**

- *Bödeker, W., Kreis, J.* (Hrsg.) (2006): Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention. Wirtschaftsverlag NW, BKK-Bundesverband Essen.

Der Sammelband stellt die Beiträge einer Expertentagung zur Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung des BKK-Bundesverbandes zusammen und vermittelt damit Praktikern Grundlagen zur Gestaltung evidenzbasierter Maßnahmen.

- *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)

- *Pigeot, I., Ahrens, W., Foraita, R., Jahn, I., Pohlabeln, H. (2006): Ausgewählte methodische Probleme evidenzbasierter Prävention, In: Prävention und Gesundheitsförderung 1, S. 240–247.*

Dieser Artikel befasst sich mit der theoretischen und praktischen Umsetzung von evidenzbasierter Prävention. Er verbindet Aspekte der Evaluation und der Zielgruppendefinition mit dem Settingansatz.

#### **Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung**

- *Altgeld, T., Bunzendahl, I., Kiene, H., Prümel-Philippsen, 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.bvgesundheit.de/pdf/qm.pdf>

- *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2002): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention (Band 15). Köln.*

Eine Publikation, die verschiedene Aspekte, Ansätze und Entwicklungen des Qualitätsmanagements aufzeigt und diese mit einer Sammlung von Praxisbeispielen belegt.

- *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. Angelpunkte und Stolpersteine in der Projektdurchführung werden herausgearbeitet.

## 6.2 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 wurde in den Jahren 2004 bis 2007 in ausgewählten Teilgebieten der Prävention vergeben. Neben dem Ausschreibungstext und den Teilnahmebedingungen werden auf der Seite Preisträgerinnen und Preisträger 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.

Akteurinnen und 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.

#### **<http://www.health-inequalities.eu>**

Ziel des von 2004 bis 2007 gemeinsam mit 22 europäischen Partnerländern durchgeführten europaweiten Projekts „Closing the Gap – Strategies for Action to tackle Health Inequalities“ ist es, effektive Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten zu identifizieren und zu entwickeln. Im Rahmen der Website ermöglicht eine europaweite Datenbank die Recherche nach vorbildlichen Initiativen und Projekten zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten auf unterschiedlichen Ebenen (national, regional, kommunal).

#### **[www.quint-essenz.ch](http://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.at](http://www.fgoe.at)**

*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 Wissen-



schaftlern 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.

**[www.nice.org.uk](http://www.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.

**<http://eppi.ioe.ac.uk/>**

*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.eu](http://www.eurohealthnet.eu)**

#### *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).

### **<http://tinyurl.com/ywqcfg>**

Das europäische Projekt „Getting Evidence into Practice“ wurde von Februar 2004 bis Juli 2005 durch das „Netherlands Institute for Healthpromotion and Disease Prevention“ (NIGZ) koordiniert. Es basierte auf der Zusammenarbeit von nationalen Vertreterinnen und Vertretern sowie internationalen Netzwerken der Gesundheitsförderung im Rahmen des „European Evidence Consortium“ und fokussierte Gesundheitsförderung, Public Health und Präventionsmaßnahmen.

### **[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:

- Eintreten für gesundheitsfördernde Aktivitäten in der ganzen Welt,
- Entwicklung von Wissensgrundlagen für eine effektive Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung,
- Verbesserung der Qualität und Effektivität von Politik und Praxis in den Bereichen Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung,
- 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 Gesundheitsförde-

„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 und die in einer gegebenen Situation am wahrscheinlichsten die Ziele der Gesundheitsförderung erreichen.

**<http://www.thecommunityguide.org>**

Das Center of Disease Control CDC (USA) bietet einen Überblick über systematische Reviews für bevölkerungsbezogene und klinische Präventionsinterventionen. Zum Download: <http://www.thecommunityguide.org/overview/recs-to-date.pdf>.

# 7. Glossar

Die Definitionen der folgenden Begriffe basieren auf dem Verständnis des beratenden Arbeitskreises der BZgA zum Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Die Begriffe reflektieren die fachliche Perspektive seiner Mitglieder unter Berücksichtigung der nationalen und internationalen Fachliteratur.

## **Benchmarking**

Benchmarking bezeichnet den Prozess des Vergleichens und Messens von Produkten, Dienstleistungen und Prozessen mit denen der besten 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 (→ Gesundheit) mit entsprechenden Programmen und Angeboten zu reagieren, das heißt, der Begriff bezieht sich auf die Entwicklung von Strukturen, Organisationen, Kenntnissen und Ressourcen (Health Infrastructure or Service Development),
- die Fähigkeit, ein Programm oder ein Angebot 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 Angeboten, Personen und Produkten. Durch Evaluation werden wichtige Kenntnisse über Stärken und Schwächen eines Angebots gewonnen. Dadurch verbessern sich die Grundlagen für angebotsbezogene 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 Angebote (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 Angeboten,
- Verbesserung von Strategien und Angeboten,
- Angebotssteuerung,
- 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 Evaluationstypen (Planungs-, Prozess- oder Ergebnisevaluation) sinnvoll. Bei Evaluationen gesundheitsfördernder Angebote 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 Angebots in ihrem spezifischen sozialen Kontext.

- Monitoring und Prozessevaluationen untersuchen die Qualität der Implementierung eines Angebots.
- Ergebnisevaluationen untersuchen die Effektivität, die → Nachhaltigkeit und die Effizienz (Impact, Outcome) eines Angebots.

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 Angebots mit dem Ziel, es 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 seit Ende der 90er-Jahre 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 darüber, 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:

- Kluft zwischen besser gestellten und schlechter gestellten sozialen Schichten innerhalb einzelner Gesellschaften, hierbei insbesondere der ungleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung (→ Gesundheit),
- Kluft zwischen ärmeren und reicheren Ländern sowie als weitere Querschnittsthemen:
- Chancenungleichheit zwischen den Generationen, die durch die Verursachung von Umweltrisiken und deren gesundheitliche Folgen bedingt wird,



- Chancengleichheit 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 Angebote 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 Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wird der Begriff „Good Practice“ statt des weitergehenden Begriffs „Best Practice“ verwendet, da die zahlreichen Angebote nicht ausgeschlossen werden sollen, die gute und vorbildliche, aber nicht in allen Bereichen „beste“ Arbeit leisten. Ihre Expertise soll nicht verloren gehen, sondern anderen Angeboten und Interessierten zugänglich gemacht werden.

## **Indikator**

Indikatoren sind Merkmale, deren Größe bzw. Ausprägung messbar oder konkret überprüfbar sind. 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 Alkoholmissbrauchs. 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 Angebote 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 Angeboten muss je nach den Rahmenbedingungen unterschiedlich eingeschätzt werden, denn verschiedene Sozialräume verfügen über verschiedene Voraussetzungen.

Kontinuierlich arbeitende Angebote müssen gegenüber kurzfristigen Angeboten, 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 Angebots 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 Angebote ein, die möglichst bereits an der Konzeptentwicklung beteiligt werden sollten. Integrierte Handlungskonzepte sind gegenüber Einzelangeboten wesentlich komplexer und stoßen sowohl Kommunikations- und Koordinationsprozesse als auch Lernprozesse zwischen den Akteurinnen und Akteuren an. Sie sind gekennzeichnet durch eine ganzheitliche Herangehensweise zur Lösung komplexer Probleme, das heißt ergebnisoffene Prozesse, in denen Ziele, Problemlösungen und Organisationsformen sowie Verfahrensweisen gemeinsam formuliert und festgelegt werden. Ein integriertes Handlungskonzept strebt eine effektive Zusammenarbeit und eine Ressourcenoptimierung an, zum Beispiel durch die Verknüpfung von Bildungs- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen (→ Gesundheitsförderung). 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 (→ Gesundheit) 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 Angeboten 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 eines Angebots 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 eines gesundheitsbezogenen Angebots in gesundheitsökonomischen Evaluationen zu berücksichtigen. Dabei werden die nicht in monetären Einheiten bewertbaren Komponenten in natürlichen Einheiten gemessen. Die Beurteilung des Erfolgs eines Angebots geschieht dabei anhand von Größen (angebotsspezifischen 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 des Angebots 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.

## **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 Angebots sein, Betroffene – in diesem Fall sozial Benachteiligte – im Laufe der Angebotsdurchführung 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 Angeboten besteht dann, wenn die intendierten Wirkungen eines Angebots nach dessen Ablauf weiterhin bestehen bzw. ein Angebot Wirkungen über seine begrenzte Dauer hinaus erzeugt. Eine besondere Bedeutung für die Nachhaltigkeit hat die Kontinuität, das heißt, wenn eine dauerhafte Fortführung gesichert und selbsttragende Strukturen entwickelt werden.

## **Niedrigschwelligkeit**

Niedrigschwellige Angebote versuchen das Problem anzugehen, dass sozial benachteiligte Zielgruppen herkömmliche Beratungsangebote mit sogenannter „Kommstruktur“ nicht in Anspruch nehmen. Selbst die Initiative zu ergreifen, sich in ein unbekanntes Umfeld zu begeben und mit sozial meist höher gestellten Mitarbeiterinnen 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 Angebote 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,
- sozial Benachteiligte,
- alleinerziehende 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 Angebots, der Zusammensetzung und Motivation der Zielgruppen, wie auch bezüglich des Umfangs des Angebots, 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.

## Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

Qualität im Gesundheitswesen bezeichnet das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen. In der Qualitätsdiskussion wird nach Donabedian unterschieden zwischen:

- *Strukturqualität*: Ausstattung eines Angebots oder Leistungserbringers mit Finanzmitteln, Räumen, Arbeitsmitteln, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern etc.,
- *Prozessqualität*: die Art und Weise der Angebotsdurchführung oder Leistungserbringung,
- *Ergebnisqualität*: die erreichten Effekte eines Angebots.

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 es schwierig, so umfassende Ziele wie → Gesundheit, Verbesserung der Lebensqualität oder Initiierung von Innovationen in überprüfbare Nahziele zu transformieren. Angebote der Gesundheitsförderung können jedoch auch in ihrem Arbeitsfeld zur Verbesserung der Qualität beitragen, indem sie zentrale Elemente wie das Denken in Regelkreisen als Arbeitsprinzip praxisnah umsetzen und damit Qualität 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 (Lebenswelt), 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 – beispielsweise Schule, Betrieb, Stadtteil oder Familie –, vermeiden Angebote, 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 des Angebots 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.

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 nationale und internationale sozialepidemiologische Studien erwiesen. Das Ausmaß an gesundheitlichen Ungleichheiten wird an folgenden Beispielen aus Deutschland deutlich:

- *Lebenserwartung*: im Zeitraum von 1995 bis 2005 betrug der Unterschied in der mittleren Lebenserwartung zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe bei Männern 10,8 Jahre und bei Frauen 8,4 Jahre. Der Unterschied in der gesunden Lebenserwartung betrug zu Ungunsten der niedrigsten Einkommensgruppe sogar 14 (Männer) bzw. zehn (Frauen) Jahre.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Lampert, T., Knoll, L. E., Dunkelberg, A. (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte – Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“, 42/2007, S. 11–18.



- *Koronare Herzerkrankungen:* der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Gutachten 2000/2001 fest, dass in Deutschland alle kardiovaskulären Erkrankungen zusammengekommen 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:* nach den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts sind die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken in der heranwachsenden Generation sehr ungleich verteilt. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weisen einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf; sie zeigen häufiger psychische Auffälligkeiten sowie Verhaltensauffälligkeiten und sind zu einem höheren Anteil übergewichtig oder sogar adipös. Außerdem treiben sie weniger Sport, ernähren sich ungesünder und rauchen häufiger. Dass Kinder aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen durch die vorhandenen Präventionsmaßnahmen schlechter erreicht werden, wird in der Studie für die Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder (U-Untersuchungen) belegt.

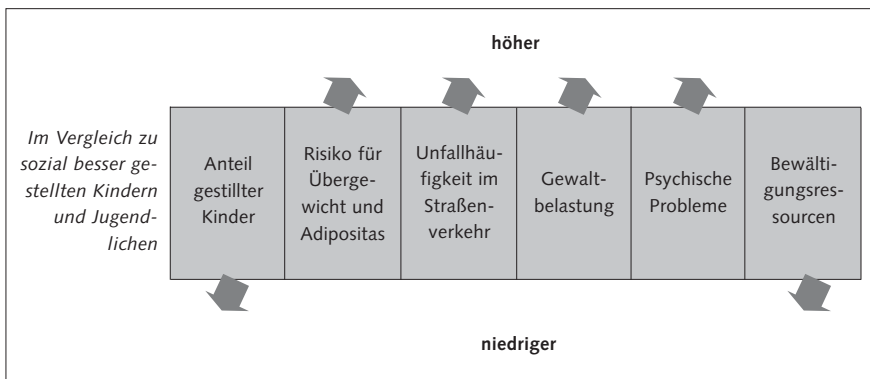


Abb. 5: Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel der Lage von Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus. (Quelle: Robert Koch-Institut 2007: Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KIGGS – Zusammenfassung von Beiträgen im Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Mai/Juni 2007 vom 04.05.2007)

## Zielgruppe

Eine Zielgruppe sind diejenigen Gruppen oder Personen auf die ein Angebot oder eine Strategie abzielen. Die Angebote im Rahmen der Datenbank „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).
- Angebote 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.



# 8.

## Anhang: Good-Practice-Checkliste

## Checkliste zu Bereichen guter Praxis in Ihrem Angebot der Gesundheitsförderung/ Prävention

Gesundheitsförderung ist das Ziel, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen (Gesundheitsrisiken) zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern.

**Warum diese Checkliste?** Diese Checkliste ist ein Angebot<sup>1</sup> aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und ist als Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entstanden. Ziel ist es, Ihnen einen Überblick über die verschiedenen Bereiche Ihres Angebots zu geben und Ihnen dabei zu helfen, in welchen Bereichen Ihre Arbeit nachholungsbedürftig sein könnte. Mit dieser Checkliste sollen diese Schritte zunächst durchdacht werden, im Anschluss besteht die Möglichkeit, dass wir Sie für noch mehr vertiefende Fragen zu Ihrer Arbeit helfen werden. Wozu wir Sie vorab informieren? Dieses Checklistenverfahren wurde gewählt, um es wenig Ihrer Sichtbarkeit in Anspruch zu nehmen.

### Bitte lesen Sie zunächst die Hinweise zum Ausfüllen der Checkliste:

1. Bitte geben Sie zunächst alle Kontaktdaten Ihres Angebots an.
2. Im Folgenden sind eine Reihe von Aussagen gemacht. Bitte prüfen Sie, wie weit die Aussagen auf Ihr Angebot zutreffen, und markieren Sie entsprechend ein Kreuz.
3. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Aussage.
4. Bitte lassen Sie keine Fragen aus. Wenn Sie zu einer Aussage keine Angabe machen möchten, ändern Sie für Ihr Angebot die Antwort auf „nicht relevant“, machen Sie in diesem Fall keine Angabe.
5. Nicht nur die Aussagen, sondern auch die Aussagen selbst sind überprüfbar, das ist das Prinzip, über das wir uns Gedanken gemacht haben. Sie sind über das Internet, das Internetradio, das Fernsehen, die Angebote in allen Bundesländern, Websites etc. Das Ziel der Fragebogenreihe ist, die Bereiche in Ihrem Angebot zu identifizieren.
6. Bitte verändern Sie nichts und versuchen Sie, das Angebot nicht im Sinne einer „guten Meinung“ zu bewerten, sondern nur die Aussagen zu bewerten.
7. Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Eine Veränderung der Inhalte ist nicht möglich. Ihre Angaben dürfen nur für die statistische Auswertung und die folgenden Schritte (z.B. die Zusammenfassung der Ergebnisse) genutzt werden. Ihre Angaben sind im Text nicht namentlich gekennzeichnet.

<b>Name:</b>
<b>Name des Projektes:</b>
<b>Angabedatenummer:</b>
<b>Name des/der Kontaktierenden:</b>
<b>Telefon- und Rufnummern:</b>
<b>E-Mailadresse:</b>

<sup>1</sup> Ein „Bewertungsangebot“ ist ein Angebot, das „guten“ oder „schlechten“ Praxisbeispielen zugeordnet ist. Ein „Bewertungsangebot“ ist ein Angebot, das „guten“ oder „schlechten“ Praxisbeispielen zugeordnet ist.



Hilfsgeschwellige Arbeitsweise	0-1 2-3 4-5 6-7	8-9 10-11 12-13 14-15	16-17 18-19 20-21 22-23	24-25 26-27 28-29 30-31	32-33 34-35 36-37 38-39	40-41 42-43 44-45 46-47
8. Das Angebot wurde bei der Zielgruppen-Analyse (in einem Leitfaden) auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Das Angebot ist flexibel und kann bei Änderungen bei den Zielen oder bei Änderungen erweitert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Das Angebot wurde so angelegt, dass es aufwändig bedienbar ist (kein Zugang zur Zielgruppe) ist (Migratorische Zugänge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Das Zielgruppen-Angebot wurde in einem Leitfaden (z.B. Zielgruppen-Analyse) festgehalten (Kriterien, Werkzeuge, Ansatzmöglichkeiten, Sozialkontakte).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gestaltung der Lebenswelten   Setting-Ansatz</b>	0-1 2-3 4-5 6-7	8-9 10-11 12-13 14-15	16-17 18-19 20-21 22-23	24-25 26-27 28-29 30-31	32-33 34-35 36-37 38-39	40-41 42-43 44-45 46-47
13. Das Angebot entspricht den Lebensbedingungen, unter denen die Zielgruppen leben, lernen, arbeiten und existieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Aktivitäten des Angebotes sind auf ein soziales System (z.B. Organisation, bzw. ein soziales Netzwerk von Organisationen (z.B. Schule, Beruf, Krankenhaus, Stadtteil) und nicht nur auf die Befriedigung der Handlung von Einzelpersonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Das Gestalten des Angebotes wird in einem Kommunikationsnetzwerk, einschließlich der Regeln und Regeln im System zu beinhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Die Aktivitäten des Angebotes, das die soziale Interaktion zwischen den Zielgruppen, wie z.B. die Handlungswelt, enthalten, die soziale Interaktion ermöglichen (z.B. Einbindung von Mitarbeitern in die Gruppe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Das Angebot ist auf die Umsetzung aller Ziele abgestimmt (z.B. "Empowerment" oder "Sozialkompetenz" (z.B. "Kommunikation", "soziale Kompetenz").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Empowerment</b>	0-1 2-3 4-5 6-7	8-9 10-11 12-13 14-15	16-17 18-19 20-21 22-23	24-25 26-27 28-29 30-31	32-33 34-35 36-37 38-39	40-41 42-43 44-45 46-47
18. Die Zielgruppen des Angebotes werden durch das Angebot in die Lage versetzt, ihre Bedürfnisse zu erkennen und sie selbstbestimmt zu verfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Angebotsmaßnahmen sind so an den Ressourcen, in denen sie durchgeführt werden, angepasst, dass sie gemeinsam mit den Angebots-Teilnehmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Die Zielgruppen des Angebotes werden zur Entwicklung eigener Handlungsstrategien befähigt (z.B. "Empowerment", "Kommunikation", "soziale Kompetenz").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Das Angebot ist so gestaltet, dass es die Ressourcen der Zielgruppen (z.B. "Empowerment", "Kommunikation", "soziale Kompetenz") einbezieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Die kontinuierliche Stärkung und Weiterentwicklung von Ressourcen (z.B. "Empowerment", "Kommunikation", "soziale Kompetenz") ist ein zentrales Ziel des Angebotes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Durch das Angebot werden die Zielgruppen in die Lage versetzt, gesellschaftliche und gesellschaftliche Ressourcen zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## GOOD PRACTICE

© 2011 Good Practice Institute. Alle Rechte vorbehalten.

	0-1 20% nicht erfüllt		50% 50% erfüllt	80% 80% erfüllt	100% 100% erfüllt
<b>Partizipation</b>					
24. Das Angebot wird von allen von Betroffenen selbst initiiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Partner: a) nicht in Kooperation mit von Zielgruppe und ein Grundprinzip der Angebotsgestaltung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Das Angebot zielt darauf, die Zielgruppe auf in Aktivitäten einzuführen und Entscheidungsbefugnisse zu übertragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Zur Förderung von Aktivitäten und Entscheidungsprozessen werden spezielle entwickelte Methoden angewandt (z.B. Socialwerkstatt, Eingruppierung, Z. Kunstwerkstatt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Die Zielgruppe oder Vertreter:innen und Vertreter:innen der Zielgruppen werden während und schon in der Planungphase aktiv in die Gestaltung einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ein Ziel der Angebote ist es, den Zielgruppen spezifische eigene Initiativen als Mitarbeiter:innen zu ermöglichen zu lassen (z.B. Kunstaktionen und/oder Workshops zur Vermittlung, Vermittlung und Anwesenheit von Bürger:innen und Bürger:innen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Multiplizieren</b>					
30. Das Angebot wird mit großen kommunikativen, Gruppen und/oder Individualen in verschiedenen Anwesenheitsformen zusammen, um die Reichweite der Aktionen zu vergrößern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Das Angebot wird mit verschiedenen Zielgruppen, z.B. mit verschiedenen Personen, von der Zielgruppe in Multiplizieren, Multiplizieren der Aktionen und Einbindung von Zielgruppen verbunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. In Rahmen des Angebotes wird eine Multiplizieren, Qualifizierung und/oder Begleitung von Multiplizieren/Multiplizieren durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Die Funktionen des Angebotes werden durch ausgewählte Personen (z.B. Mitarbeiter:innen) in die Lebenswelt der Adressat:innen und Adressaten vermittelt und übergeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nachhaltigkeit</b>					
34. Der Inhalt der Angebote ist langfristig gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ein Ziel der Angebote ist, Initiativen zu ermöglichen, die über die Dauer des Angebotes hinaus bestehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ein Ziel der Angebote ist, die Zielgruppe mit Fähigkeiten der Umsetzung konkreter Initiativen auszustatten zu ermöglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Das Angebot versucht die ursprünglichen Vorgesetzten der Initiativen auf Mitarbeiter:innen und Mitarbeiter:innen der Zielgruppen zu übertragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Innovator	1-11 2011 2012 2013	1-11 2011 2012 2013	1-11 2011 2012 2013	1-11 2011 2012 2013
20. Das Angebot umfasst einen Weg zur Überwindung einer Aufgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Das Angebot beinhaltet die Möglichkeit, sich Unterstützung von anderen Unternehmen zu beschaffen, was die Zusammenarbeit (z.B. über die Datenintegration) fördert. Geschäftsbeziehungen sind langfristig angelegt (z.B. über die Datenintegration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Das Angebot beinhaltet die Möglichkeit, sich Unterstützung von anderen Unternehmen anzubieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Integriertes Handlungskonzept Vernetzung	1-11 2011 2012 2013	1-11 2011 2012 2013	1-11 2011 2012 2013	1-11 2011 2012 2013
23. Das Angebot umfasst Beziehungen und Kooperationszuordnungen die nach Geschäftsbeziehungen angeordnet sind, um sich für die Beziehung und Effizienz zu bemühen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Das Angebot umfasst Beziehungen und Kooperationszuordnungen die nach dem Datenverhaltensmerkmal angeordnet sind, um die Beziehung und Effizienz zu bemühen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Es ist die über die Nutzung des Angebotes werden werden, jedoch Umfassende schwierigen Abwesenheit, was die Verantwortung überträgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. In Bezug auf die Beziehungen und Kooperationszuordnungen Kooperationszuordnungen und Kooperationszuordnungen der Abwesenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. In Bezug auf die Beziehungen und Kooperationszuordnungen Kooperationszuordnungen und Kooperationszuordnungen der Abwesenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsmanagement Qualitätsentwicklung	1-11 2011 2012 2013	1-11 2011 2012 2013	1-11 2011 2012 2013	1-11 2011 2012 2013
28. Es erfolgt eine systematische und konstruktive Überprüfung und Verbesserung der Struktur (Prozesse, Pläne, Managementsystem) des Angebotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Es erfolgt eine systematische und konstruktive Überprüfung und Verbesserung der Prozesse (Vollständige Abgrenzung) des Angebotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Es erfolgt eine systematische und konstruktive Überprüfung und Verbesserung der Ergebnisse (positive emotionale Effekte des Angebotes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Diese Überprüfungen und Verbesserungen erfolgen nicht nur periodisch, sondern sind in die Alltagsarbeit der Anbieter integriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GOOD PRACTICE

Einführung in den Arbeitsvertrag

Dokumentation: Evolution	VRS 0/1/2/3 4/5		VRS 0/1/2/3 4/5		Länge 0/1/2/3/4/5 5/6/7/8/9/10	
20. Es enthält alle Dokumenten der Struktur, Prozesse und Ergebnisse der Anwerbe durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und/oder Teilnehmerinnen und Teilnehmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Es enthält alle Dokumenten der Struktur, Prozesse und Ergebnisse der Anwerbe durch: <b>Externe</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Durch das Angebot zuweisen, Änderungen in der Umwelt, Lebenswert der Zielgruppe werden dokumentiert (z.B. Lebensveränderungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Durch das Angebot wesentliche Veränderungen des <b>Marktes, der Einstellung und anderer</b> Verhaltens der Zielgruppen werden dokumentiert (z.B. Veränderung der Nachfrage oder Gewerkschaftswachstum).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Es erfolgt eine Bewertung der Ergebnisse durch Gegenüberstellung von Zielen und Erfolgen des Angebotes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Auf Grundlage der Parameter werden Ablauf und Ziele des Angebotes regelmäßig überprüft und optimiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten/Nutzen/Relation	VRS 0/1/2/3 4/5		VRS 0/1/2/3 4/5		Länge 0/1/2/3/4/5 Kosten/Nutzen	
26. Es enthält alle Messen einer Bewertung des Anwerbeaufwands.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wenn Ja: Es enthält eine Gegenüberstellung der Kosten- und des (Gegenwärtigen) Nutzens des Angebotes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Wenn Ja: Diese Gegenüberstellung enthält nur Anwerbeleistungen (Wahlberechtigte, Beschäftigte, Kinder/Jugendliche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Existiert bereits die Eintrag zu Ihrem Angebot in der Datenbank Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten? Falls nicht, tragen Sie bitte Ihr Angebot unter

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

Ein solcher Eintrag ist Voraussetzung für die Auswahl und Veröffentlichung als Beispiel guter Praxis, in deren Rahmen Ihr Angebot bundesweit ausständig vorgestellt wird. Hierzu bieten wir gerne unsere Unterstützung an.

Haben Sie Anmerkungen/ Verbesserungsvorschläge zu diesem Fragebogen, z.B. zu einzelnen Formulierungen? Vielen Dank für Ihre Hinweise im Voraus.

Anwalt:

Wir bedanken uns herzlich bei Ihnen für Ihre Mühe und Teilnahme an unserem Good Practice Auswahlverfahren. Bitte senden Sie die Checkliste zur Auswertung an die zuständige Person zurück, von der Sie das Dokument erhalten haben. Darüber hinaus helfen Sie uns, wenn Sie uns weitere Material zu Ihrem Angebot (z.B. Konzept, Evaluationbericht, Material für die Aufbereitung) zur Verfügung stellen.



## Fachheftreihe „Gesundheitsförderung konkret“

- Band 1: *Bewegungsförderung im Kindergarten · Kommentierte Medienübersicht*  
Von Renate Zimmer unter Mitarbeit von Ursula Licher-Rüschchen und Janet Mandler  
Best.-Nr. 60641000
- Band 2: *Raucherentwöhnung in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht*  
Von Christoph Kröger unter Mitarbeit von H. Sonntag und R. Shaw (IFT Inst. für  
Therapieforschung, München)  
Best.-Nr. 60642000
- Band 3: *Stillen und Muttermilch – Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen (neue, erweiterte  
und überarbeitete Auflage)*  
Best.-Nr. 60643000
- Band 4: *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und  
Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*  
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Thomas Böhler, Martin Wabitsch u. a.  
Best.-Nr. 60644000
- Band 5: *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansatz –  
Beispiele – Weiterführende Informationen*  
Von Frank Lehmann, Raimund Geene, Lotte Kaba-Schönstein u. a.  
Best.-Nr. 60645000 (1. Auflage 2005 sowie 2. erweiterte und überarbeitete Auflage 2006  
nur als PDF-Datei verfügbar)
- Band 6: *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland – Grundlagen  
und kommentierte Übersicht*  
Von Anneke Bühler und Kathrin Heppekausen, IFT Inst. für Therapieforschung, München  
Best.-Nr. 60646000 (1. Auflage nur als PDF-Datei verfügbar, 2. Auflage als Broschüre  
bestellbar)
- Band 7: *Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe*  
Von Elisabeth Wienemann und Günter Schumann  
Best.-Nr. 60647000
- Band 8: *Versorgungsstudie Übergewicht und Adipositas – Projektbericht und Auswertung der  
Versorgungslage von Therapieangeboten für übergewichtige und adipöse Kinder und  
Jugendliche im Zeitraum 2004–2005*  
Von Dipl.-Pol. Dipl.-Psych. Thomas Kliche und Prof. Dr. Dr. Uwe Koch  
Best.-Nr. 60648000

### **Englische Ausgaben:**

- Vol. 4: *Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children  
and adolescents – Quality grid for preventative measures / Consensus paper*  
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Rose Shaw, Thomas Böhler, Martin Wabitsch,  
Ute Winkler  
Best.-Nr. 60644070

Mit der steigenden Zahl der Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung gewinnen zunehmend auch Kriterien und Beispiele guter Praxis sowie Qualitätsentwicklung an Bedeutung. Hier hat der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ eine Liste von Good-Practice-Kriterien entwickelt, anhand derer Projektbeispiele einer gelingenden und motivierenden Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten identifiziert und verbreitet werden können.

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 Prävention und Gesundheitsförderung, dem BKK-Bundesverband sowie dem Verband der Ersatzkassen VdAK/AEV. Der Kooperation gehören fast alle Spitzenverbände der Krankenkassen, weitere Krankenkassen, Bundesverbände der Ärzteschaft, fünf Wohlfahrtsverbände, zwei Länderministerien sowie wissenschaftliche Zentren an. Insgesamt sind 46 Partnerorganisationen im Kooperationsverbund vertreten.

Kernstück dieses Fachheftes ist die Darstellung der Arbeit von 31 ausgewählten Angeboten der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung in 14 Bundesländern. Die Beispiele werden auf der Grundlage des Good-Practice-Kriterienkatalogs beschrieben, sodass die jeweils besonderen Stärken deutlich werden und zur angepassten Übertragung anregen. Hinzu kommen 33 Kurzfassungen von Angeboten, die bereits in der 2. Auflage dieses Fachheftes vorgestellt wurden. Ein kommentiertes Literaturverzeichnis, Hinweise auf Ressourcen im Internet sowie ein Glossar mit Definitionen wichtiger Fachbegriffe komplettieren die Publikation.



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**