

Band 5

**GESUNDHEITSFÖRDERUNG KONKRET**

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

Ansatz – Beispiele –  
Weiterführende Informationen

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

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

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

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

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

## **Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen**

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

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

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

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

Gesundheitsförderung konkret, Band 5  
Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten  
Köln: BZgA, 2005

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: Schiffmann, Bergisch Gladbach

Auflage: 2500

Gedruckt auf Recyclingpapier.

ISBN 3-937707-21-2

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

Bestellnummer: 60 645 000

# Vorwort

Gesundheitsförderung soll vor allem sozial Benachteiligte erreichen und mitnehmen – jene Menschen also, die ein besonders hohes Risiko haben, schwer zu erkranken, einen Unfall zu erleiden oder Gewalt zu erfahren, und bei denen besonders gute Chancen bestehen, ihre Gesundheitspotenziale durch Gesundheitsförderung zu erhöhen.

Um hier zielgerichtet anzusetzen, ist eine übergreifende Zusammenarbeit auf Projekt- bzw. Maßnahmenebene über die Länder- bis zur Bundesebene notwendig. Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat sich als gelungenes Beispiel einer breiten Vernetzung für eine sozillagenbezogene Gesundheitsförderung erwiesen.

In dem Verbund ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zusammengeschlossen mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und – neu hinzugekommen – auch dem AOK-Bundesverband, der Bundesvereinigung für Gesundheit und den Landesvereinigungen, Landeszentralen und Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung. Dem Verbund gehören ferner die in den Ländern zuständigen Institutionen wie das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, das Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Frauen in Brandenburg und das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen an. Gemeinsam wurde hier eine *Datenbank* aufgebaut, in der gut 2700 Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten transparent werden. Mithilfe einer *Internetplattform* ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)) wird sichergestellt, dass diese Transparenz auch durch aktuelle Informationen und Diskussionen von einer breiteren Fachöffentlichkeit wahrgenommen und genutzt wird. Dadurch wird der jährlich stattfindende Kongress „Armut und Gesundheit“ – mit inzwischen 1500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der größte einschlägige Gesundheits(förderungs-)kongress in Deutschland – von einem laufend aktualisierten virtuellen Angebot begleitet.

Der Aufbau von *regionalen Knoten* in den Bundesländern ermöglicht ein zielorientiertes und abgestimmtes Vorgehen. Flankiert wird dies auf der *europäischen Ebene* durch das Projekt „Closing the Gap – Strategies to tackle Health Inequalities in Europe“, an dem in Koordination der BZgA 22 europäische Länder beteiligt sind.

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

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

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ verfolgt das Ziel, eine solide Grundstruktur zu schaffen, auf die im Rahmen einer Verstärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Bund und Ländern aufgebaut werden kann. Der gesetzlichen Krankenversicherung soll hiermit ein praktikabler Weg angeboten werden, die in § 20 SGB V vorgesehene Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit so weit zu erreichen, wie das Gesundheitswesen hier einen wirkungsvollen Beitrag leisten kann. Die selbstkritische Reflexion der eigenen Praxis, die selbstbewusste Artikulation der guten und schlechten Erfahrungen in der Qualitätsentwicklung und das Herausstellen guter Praxis in der Gesundheitsförderung sind wichtige Bausteine dieser Struktur.

Ein Kernstück dieser Veröffentlichung ist die beispielhafte Darstellung der Arbeit von 13 ausgewählten Angeboten der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Die Beispiele werden auf der Grundlage des Good-Practice-Kriterienkataloges beschrieben, sodass die jeweils besonderen Stärken deutlich werden und zur angepassten Übertragung anregen. Den überwiegenden

Teil der Beispiele identifizierten die Koordinatorinnen und Koordinatoren der regionalen Knoten auf Grundlage eines gemeinsamen Auswahlinstrumentes.

Mit der exemplarischen Vorstellung erster Good-Practice-Beispiele sammeln wir Erfahrungen, die in den kontinuierlich fortgeschriebenen Auswahlprozess eingehen. Kommentare und Anregungen sind willkommen, denn sie ermöglichen es, den Prozess so zu optimieren, dass die Ergebnisse für alle Beteiligten eine Unterstützung ihrer täglichen Arbeit sind. Alle aktuellen Informationen zur Auswahl und Beschreibung guter Beispiele finden sich auf der Internetplattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

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 der BZgA für die Erarbeitung der Kriterien guter Praxis, den Autorinnen und Autoren für die verständliche Aufbereitung des Themenfeldes, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der regionalen Knoten und der Good-Practice-Projekte für die Auswahl und anschauliche Beschreibung der Beispiele guter Praxis und der Bundesvereinigung für Gesundheit für die weiterführenden Anregungen zur Darstellung der Beispielprojekte.

Köln, November 2005

Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung





# Inhalt

<b>Vorwort</b>	3
<b>1. Einleitung</b>	9
<b>2. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten</b>	13
<b>3. Auswahl guter Praxis</b>	21
Die „Güte“-Kriterien für jedes Angebot klar benennen	22
Bundesweit einheitlich auswählen	22
Beispiele sichtbar machen	23
<b>4. Beispiele guter Praxis</b>	25
• 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	26
• Regionaler Knoten Baden-Württemberg mit Gesundheit Berlin e. V. Gesundheit und Miteinander ins Viertel! – Ein Projekt für Frauen mit und ohne Behinderung	35
• Regionaler Knoten Berlin mit Gesundheit Berlin e. V. Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergartenalter	42
• Regionaler Knoten Berlin mit Gesundheit Berlin e. V. Gesund essen mit Freude – Kultursensibler Ernährungskurs mit praktischen Kocheinheiten	49
• Regionaler Knoten Brandenburg Vorbeugen ist besser als heilen – Vorbeugen ist billiger als heilen	56

• Regionaler Knoten Hamburg <b>Familienprojekt ADEBAR</b>	62
• Regionaler Knoten Niedersachsen <b>Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule</b>	70
• Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen <b>BEAM – Berufliche Eingliederungs- und Arbeits- Maßnahme</b>	76
• Regionaler Knoten Sachsen-Anhalt <b>XXL – Gut drauf durch den Tag</b>	82
• Regionaler Knoten Schleswig-Holstein <b>Eutiner Babynetz – Das Netzwerk „ Rund um Schwangerschaft, Geburt und danach“</b>	89
• Regionaler Knoten Schleswig-Holstein mit Gesundheit Berlin e. V. <b>Schutzengel e. V. – Vernetzungsprojekt zur Förde- rung von Maßnahmen, die Familien mit jungen Kindern in einem sozialen Brennpunkt unterstützen</b>	94
• Regionaler Knoten Thüringen <b>Schulpädagogische Sozialarbeit und Schuljugend- arbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner Seelenbinder“ in Apolda</b>	102
• Regionaler Knoten Thüringen mit Gesundheit Berlin e. V. <b>Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“ – Aktive Medienarbeit zur Förderung des Nichtrau- chens</b>	107
<b>5. Weiterführende Informationen zum Thema</b>	115
Literatur	115
Ressourcen im Internet	118
<b>6. Glossar</b>	123
<b>7. Struktur des Verbundprojekts „Gesundheitsförde- rung bei sozial Benachteiligten“</b>	137

# 1. Einleitung

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

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

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

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

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

### **Praxisorientierung**

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

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

### **Nutzung von Transferpotenzialen**

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

### **Qualitätsorientierung**

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

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

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

### **Praxisbasierung der Forschung**

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

### **Transparenz der Bewertung**

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

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

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



# 2.

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

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

Mitglieder des beratenden Arbeitskreises der BZgA „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (Stand September 2004):

- Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit e. V. Niedersachsen
- Michael Bellwinkel, BKK-Bundesverband
- Udo Castedello, BBI Gesellschaft für Beratung, Bildung, Innovation GmbH, Berlin
- Dr. Raimund Geene, Gesundheit Berlin e. V.
- Andreas Hemme, Stiftung SPI, Regiestelle E & C
- Monika Hommes, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Prof. Dr. Lotte Kaba-Schönstein, Fachhochschule Esslingen, Hochschule für Sozialwesen
- Sylvia Kahle, Stiftung SPI, Quartiersmanagement Kottbusser Tor
- Holger Kilian, Gesundheit Berlin e. V.
- Dr. Frank Lehmann, MPH, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Helene Luig-Arlt, Büro für Stadtteilmanagement, Langballig
- Dr. Monika Meyer-Nürnberger, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Dr. Andreas Mielck, GSF Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen
- Klaus D. Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
- Uta Schröder, Agethur, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V.
- Dr. Volker Wanek, IKK-Bundesverband

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

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



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

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

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

- die nationale und internationale Forschung zum Bereich „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“<sup>1</sup>,
- die Good-Practice-Kriterien des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ des Deutschen Instituts für Urbanistik (Juni 2002),
- die Qualitätssicherungsinstrumente der BZgA in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf<sup>2</sup>,
- die Erfahrungen aus der Qualitätssicherungsentwicklung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und
- die Erfahrungen aus der direkten halbstandardisierten Befragung von Vertreterinnen und Vertretern von Praxisprojekten der Projektdatenbank.

---

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 in einem Glossar (siehe Seite 123) erläutert.

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

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

Es liegt eine Konzeption vor,

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

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

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

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

## 2. Zielgruppe

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

## 3. Innovation und Nachhaltigkeit

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

Sowohl der innovative Charakter („neue Problemlösungen“, „neues Lernen für andere“) als auch die Kontinuität (langfristige Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten) können Hinweise auf „Good Practice“ sein. Sie stehen manchmal jedoch in einem Spannungsverhältnis zueinander, da Innovatives eher in kurzfristigen Projekten entwickelt wird und Kontinuität sich eher in Regelangeboten beweist.

Beide Komponenten sind zu würdigen und es ist zu beurteilen, welche Aspekte für den Transfer auf andere Projekte besonders wichtig sind. Zu berücksichtigen sind sowohl befristete Projekte als auch kontinuierliche Angebote und Maßnahmen. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die → Nachhaltigkeit, sowohl hinsichtlich der Angebotsstrukturen als auch der Wirkungen bei den Zielgruppen.

## 4. Multiplikatorenkonzept

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

## 5. Arbeitsweise

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

## **6. Partizipation**

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

## **7. Empowerment**

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

## **8. Settingansatz**

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

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

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

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

## **10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung**

Im Projekt besteht ein → Qualitätsmanagement bzw. eine Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, das heißt Qua-

lität wird nicht als einmal geschaffener Wert betrachtet, sondern sie wird in allen Bereichen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) immer wieder überprüft, verbessert und entwickelt.

## 11. Dokumentation und Evaluation

Dokumentation und → Evaluation werden im Projekt zur Qualitätsentwicklung eingesetzt.

## 12. Kosten-Nutzen-Relation

Die Kosten stehen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.

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

### **Begründung für Good Practice**

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

### **Anmerkungen und Umsetzungshinweise**

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

Angestrebt wird im weiteren Verlauf des Verbundprojekts die Identifizierung von Prototypen, bei denen ein direkter Bezug zu Gesundheitsförderung und Prävention besteht, und die in dem jeweiligen Bereich als gute Beispiele für kurz- und langfristige Projekte und Maßnahmen dienen können. Wichtige Fragen können zum Beispiel sein: Wann ist eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme gesundheitsförderlich? Wann ist eine Sozialleistung gesundheitsför-

derlich? Was können diese Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen?

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

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

# 3.

## Auswahl guter Praxis

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

---

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

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

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

Dieser „bescheidene“ Ansatz hat zwei große Vorteile:

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

## Bundesweit einheitlich auswählen

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

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



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

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

Wer befragt die Angebote und wer wählt sie aus? Im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ sind erfahrene Akteure der Gesundheitsförderung zusammengeschlossen, u. a. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung und die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung. In zahlreichen Bundesländern wurden regionale Knoten als Koordinierungsstellen eingerichtet. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren der regionalen Knoten, ggf. auch weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kooperationsverbundes, werden die Befragungen durchführen und die guten Beispiele anhand des Auswahlverfahrens bestimmen.

## **Beispiele sichtbar machen**

Wenn die guten Beispiele ausgewählt wurden, sollen sie auch öffentlich sichtbar gemacht werden, damit ein Erfahrungstransfer in die Praxis möglich wird. Für eine schnelle und leicht zugängliche Veröffentlichung eignet sich besonders das Internet. Deshalb sollen alle Beispiele im Rahmen der Internetplattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)) vorgestellt werden. Es ist aber auch denkbar, dass dies ergänzend über die Veröffentlichung von Broschüren oder die Durchführung von Fachveranstaltungen auf Bundesebene und in den Bundesländern und Regionen geschieht.



# 4

## Beispiele guter Praxis

Im Folgenden werden 13 Beispielprojekte vorgestellt, die von den regionalen Knoten auf Länderebene sowie von Gesundheit Berlin e.V. als zentralen Koordinator ausgewählt wurden. Sie veranschaulichen, wie gute Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in jeweils drei Praxisbereichen, die unterschiedlichen Kriterien zugeordnet sind, konkret aussieht. Die Projekte selbst sind sehr unterschiedlichen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zuzuordnen. Dies vermittelt einen Eindruck von der Komplexität, aber auch der Vielfalt wirksamer Handlungsmöglichkeiten. Die Projekte und Maßnahmen werden alphabetisch gemäß dem auswählenden regionalen Knoten aufgeführt. Im Abstract wird der Gesundheitsbezug jeweils deutlich gemacht. Es folgen jeweils Hintergrundinformationen, Darstellung des Vorgehens und die Beschreibung der guten Praxisbereiche.

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

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

#### **Gute Praxisbereiche:**

Empowerment – Partizipation – Kontinuität/Nachhaltigkeit

#### **Abstract**

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

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

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

#### **Hintergrund**

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

Die Lebenssituation von Alleinerziehenden ist häufig gekennzeichnet durch

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

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

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

## Vorgehen

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

4 Siehe Kindergesundheitsbericht Baden-Württemberg. S. 24.

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

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

Die Aufgaben der Planungsgruppe waren und sind sehr vielfältig:

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

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

Das Projekt lässt sich in folgende Phasen einteilen:

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

#### *Schriftliche Befragung von Institutionen*

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

### *Schriftliche Befragung von Alleinerziehenden*

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

## **2. Auswertung der Erhebungen**

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

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

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

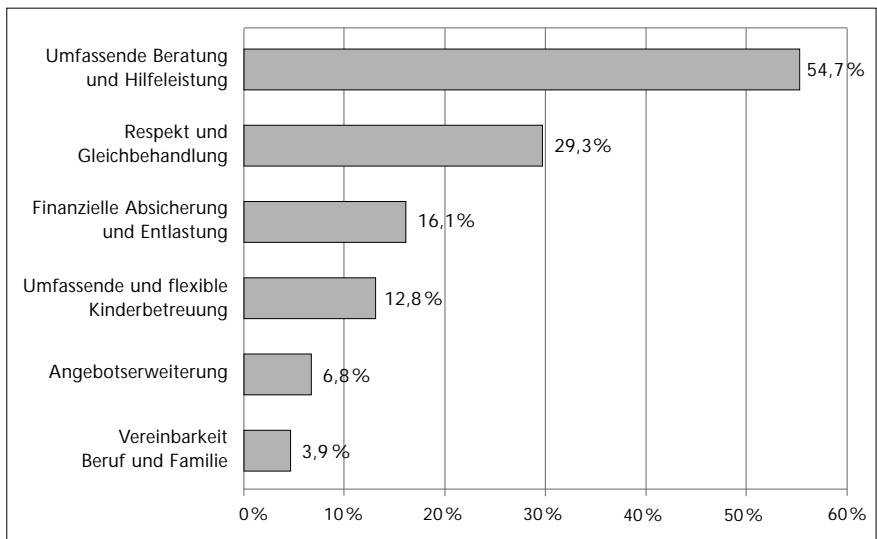


Abb. 1: Erwartungen an Institutionen und Dienste

gen ausgewertet. Die Rückmeldungen der Alleinerziehenden wurden in zentralen Ergebnissen zusammengefasst, welche sich in zwölf Themenbereichen widerspiegeln: von skeptischen Reaktionen der Umwelt (siehe Tabelle 1 auf Seite 29 und Abbildung 1 oben) bis hin zu formulierten Erwartungen und Bedarfen bezüglich Unterstützungsangeboten.

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

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

### 3. Entwicklung von Lösungsstrategien und Maßnahmen

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



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

### *Ausgangssituation*

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

### *„Lösungen für mehr Geld“*

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

### *Klare Worte*

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

### *Haushaltsführung/Selbstbewusstsein stärken*

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

### *Information: Verständlich und reichlich*

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

## 4. Umsetzung und Anwendung der Maßnahmen

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

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

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

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

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

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

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

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

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Kontinuität/Nachhaltigkeit“

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

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

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

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

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

### ▲ Weitere relevante gute Praxisbereiche

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

#### **Kontakt**

Karin M. Müller

Landratsamt Rems-Murr-Kreis

Geschäftsbereich Gesundheit Fachbereich Gesundheitsförderung

Bahnhofstr. 1

71328 Waiblingen

Bundesland: Baden-Württemberg

Telefon: 07151-501-619

Telefax: 07151-501-634

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

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

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

## **Gesundheit und Miteinander ins Viertel!**

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

#### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Setting

#### **Abstract**

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

#### **Hintergrund**

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

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

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

## Vorgehen

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

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

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

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

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

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

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

#### *Hilfe zur Selbsthilfe stärken*

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

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

Im Einzelnen heißt das:

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

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

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

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

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

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

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



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

### ▲ Guter Praxisbereich „Setting“

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Kontakt**

Hannelore Ernst

Stabsstelle für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern

Eberhardstr. 61, Eingang A, 7. Stock

70173 Stuttgart

Bundesland: Baden-Württemberg

Telefon: 0711-2166395

Telefax: 0711-2166945

E-Mail: hannelore.ernst@stuttgart.de

## **Fitness für Kids**

### **Frühprävention im Kindergartenalter**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Multiplikation – Nachhaltigkeit – Evaluation

#### **Abstract**

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

#### **Hintergrund**

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

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

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

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

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

## Vorgehen

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

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

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

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikation“

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





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



### ▲ Guter Praxisbereich „Nachhaltigkeit“

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

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



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

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Evaluation“

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

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

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

**Kontakt**

Dr. Kerstin Ketelhut

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

Barkenhof 14

14163 Berlin

Bundesland: Berlin

Telefon: 030-8039415

Telefax: 030-8039826

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

Websites: <http://www.sport-berlin.de/bgpr>

<http://www.fitness-fuer-kids.de>

## **Gesund essen mit Freude**

### **Kultursensibler Ernährungskurs mit praktischen Kocheinheiten**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Innovation – Setting – Partizipation

#### **Abstract**

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

#### **Hintergrund**

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

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

## Vorgehen

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

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

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

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

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

Insbesondere sollten

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

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

Der interkulturelle Kurs ging auf folgende Inhalte ein:

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

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



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

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

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



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

### ▲ Guter Praxisbereich „Innovation“

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

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

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

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Setting“

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

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

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





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

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

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

### **Kontakt**

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

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

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

### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Multiplikatorenkonzept – Settingansatz

### **Abstract**

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

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

### **Hintergrund**

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

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

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

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

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

## Vorgehen

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

Das Konzept der Primärprävention berücksichtigt die Bereiche:

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

Die Schulungen für die pädagogischen Fachkräfte erfolgten auf der Basis der Handreichung „Fit und stark fürs Leben“<sup>5</sup> und wurden durch einen Ernährungsbaustein und eine Kreativwerkstatt ergänzt. Die Anleitung erfolgte über das „Erfahren“ der einzelnen Bausteine durch die Teilnehmenden und hatte einen hohen Anteil an praktischen Übungen.

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

## *2. Umsetzung des Projekts in den Einrichtungen*

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

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

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

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

---

<sup>5</sup> *Aßhauer, M., Burow, F., Hanewinkel, R. (1999): Fit und stark fürs Leben. 3. und 4. Schuljahr. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression und Sucht. Ernst Klett Grundschulverlag, Leipzig.*



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

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

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

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

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





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

### **Kontakt**

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



## Familienprojekt ADEBAR

### Gute Praxisbereiche:

Niedrigschwelligkeit – Multiplikatorenkonzept – Empowerment

### Abstract

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

### Hintergrund

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



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

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

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

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

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

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

## Vorgehen

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

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



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

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

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



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

#### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwelligkeit“

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

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

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

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

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

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

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

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

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

### **Kontakt**

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

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

## Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule



### Gute Praxisbereiche:

Partizipation – Setting – Evaluation

### Abstract

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

### Hintergrund

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



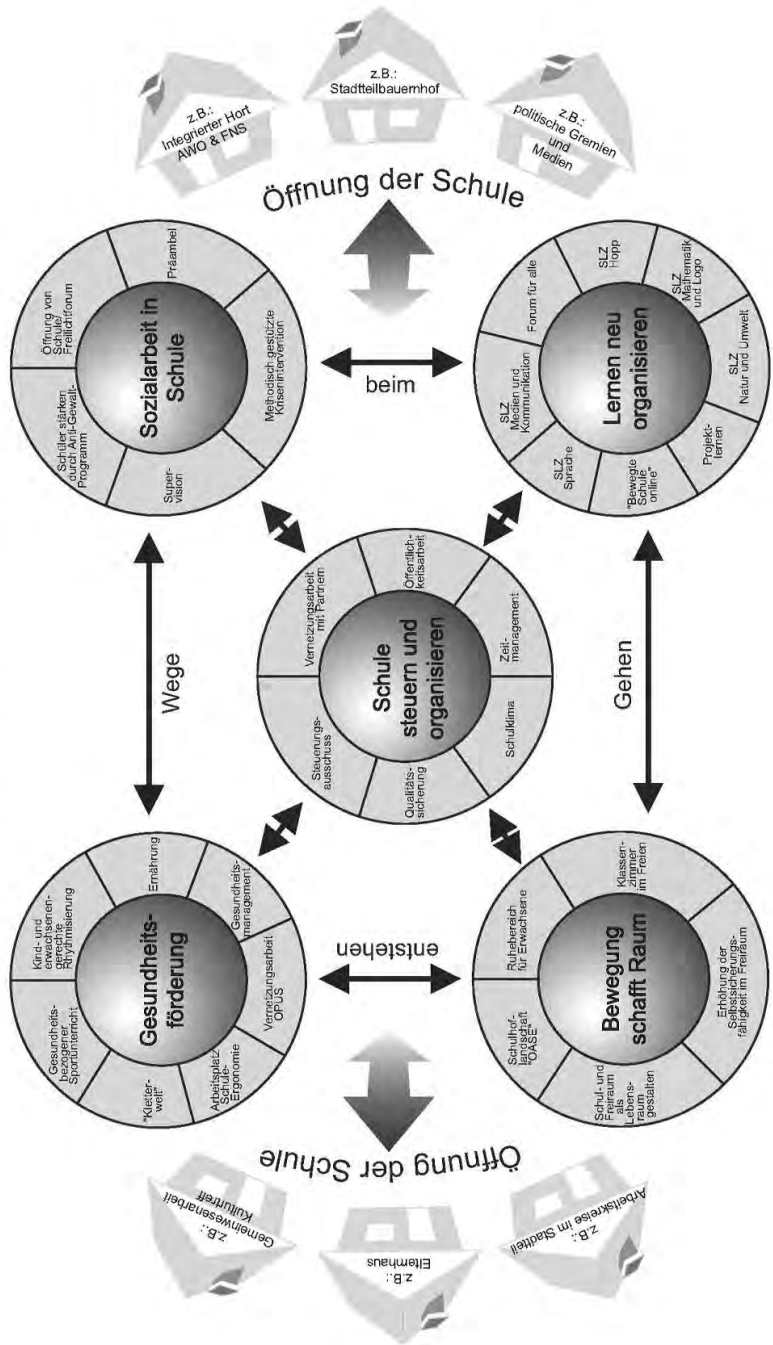
heitsmanagement). Zentrales Ziel ist die Anbahnung von lebenslangem, gesundheitsförderlichem, eigenverantwortlichem Lernen und Leben bei Lehrkräften sowie Schülerinnen und Schülern.

## Vorgehen

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

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

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



## ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

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

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

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

## ▲ Guter Praxisbereich „Setting“

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

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

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

## ▲ Guter Praxisbereich „Evaluation“

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

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

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

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

### **Kontakt**

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

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

### **Gute Praxisbereiche:**

Empowerment – Dokumentation und Evaluation – Settingansatz

### **Abstract**

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

### **Hintergrund**

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

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

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

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

## Vorgehen

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

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

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

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

#### *Beratungsmodule*

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

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

Im Mittelpunkt dieses zentralen Elementes standen die Themenkomplexe

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

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

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



### *Stressbewältigung*

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

### *Ernährung*

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

### *Wellnessmodule*

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

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

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

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

### ▲ Guter Praxisbereich „Dokumentation und Evaluation“

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

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

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

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

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

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

## ▲ Guter Praxisbereich „Settingansatz“

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

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

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

### **Kontakt**

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

## **XXL – Gut drauf durch den Tag**

### **Gute Praxisbereiche:**

Empowerment – Evaluation – Nachhaltigkeit

### **Abstract**

Die gesundheitlichen und sozialen Folgen durch Übergewicht sind bekannt. Das Projekt „XXL – Gut drauf durch den Tag“ richtet sich an übergewichtige und adipöse Kinder. XXL ist ein Kursangebot zur Stärkung eines positiven Selbstwertgefühls und zur Förderung einer gesunden Lebensweise. Es wird in den Kinder- und 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.

### **Hintergrund**

Immer mehr Menschen legen an Körpergewicht und Umfang zu. Auch immer mehr Kinder sind übergewichtig bis adipös. In Deutschland sind über 65 % der Männer und ca. 55 % der Frauen übergewichtig, bereits jedes fünfte Kind ist zu dick. In Sachsen-Anhalt sind ca. 54 % der Menschen betroffen, ihr BMI (Body Mass Index) liegt über 25. Gesund ist ein BMI bei Männern zwischen 20 und 25 und bei Frauen zwischen 19 bis 24.

Übergewicht hat erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge und vermindert die Lebensqualität und Lebenserwartung. Folgeerkrankungen treten nicht unmittelbar auf, sondern stellen sich schleichend ein. Nicht zu unterschätzen sind auch die psychosozialen Begleiterscheinungen: So gelten dicke Kinder schon in der Schule als unbeweglich, dumm und wenig belastbar. Viele adipöse Kinder leiden unter ihrem Aussehen. Meistens sind sie dem Hohn und Spott ihrer Alterskameradinnen und -kameraden – auch mancher

Lehrkräfte – ausgesetzt, die sie häufig ablehnen und ausgrenzen. Daraus folgt eine zunehmende soziale Isolation mit noch verstärkter Inaktivität. Nicht selten versuchen diese Kinder dann, die Frustration durch unkontrolliertes Essen zu kompensieren. Der Teufelskreis beginnt.

Überschüssige Pfunde behindern oft auch den Start ins Berufsleben. Dicke haben mehr Mühe, die Karriereleiter zu erklimmen. Auch bei der Partnersuche haben sie letztendlich schlechtere Karten als die schlankere Konkurrenz.

Vor diesem Hintergrund hat die AOK Sachsen-Anhalt einen Kurs initiiert, der die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und die Aneignung von Selbstverantwortungskompetenzen bei betroffenen Kindern und Jugendlichen fördert sowie zu sportlichen Aktivitäten und zur Ernährungsumstellung motivieren soll.

Als Hauptanliegen will das Angebot über die Kombination Ernährung, Bewegung und Verhalten eine Lebensstilveränderung bei den Kindern und Jugendlichen anregen. Bewegungstherapie und Selbstreflexion stehen dabei im Mittelpunkt. Erst wenn das Gelernte in die Alltagsroutinen von Kindern und Eltern einfließt, ist das Ziel dieses Kurses erreicht.

## Vorgehen

Der siebentägige Kurs wird seit Februar 2004 in den Kinder- und Jugendholungszentren Sachsen-Anhalts angeboten und richtet sich an Jungen und Mädchen im Alter von zehn bis 14 Jahren, die übergewichtig bis adipös sind und sich dieser Erkrankung bzw. diesem Problem stellen möchten.

Die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer werden über die Haus- und Kinderärztinnen bzw. -ärzte sowie über die Schulen gewonnen. Ein Informationsflyer der AOK mit zielgruppenspezifisch aufbereiteten Informationen zu Kursinhalten und organisatorischen Fragen dient der gezielten Ansprache von Eltern und Kindern. Maximal 20 Kinder und Jugendliche können an einem Kurs teilnehmen. Die Krankenkassenzugehörigkeit spielt keine Rolle. Die Kursleitungen sind befähigt worden, auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe einzugehen und das Programm entsprechend zu gestalten.

Neben einem ungezwungenen und natürlichen Umgang mit Nahrungsmitteln steht auch die Vermittlung gesundheitsorientierter und zielgruppenspezi-



fischer Sportarten im Vordergrund des Angebots. Der eigene Körper und die Körpersignale wie Appetit, Hunger und Sättigung sollen von der Zielgruppe wieder bewusst wahrgenommen werden. Dazu werden Entspannungs- und Atemübungen, Massagetechniken usw. unterstützend herangezogen.

Sinnliches Erleben von Nahrungsmitteln – Schmecken, Riechen, Fühlen – fördert die Genusserfahrung und hilft, die Produkte in ihrer Besonderheit zu entdecken.

Neben der Erläuterung von Zusammenhängen zwischen Ernährung, Verhalten und Gesundheit werden konkrete Veränderungsmöglichkeiten für den Alltag gemeinsam erarbeitet.

Gesundheitsaufklärung und -beratung erfolgt durch Informationen und Anregungen hinsichtlich verschiedener Bewältigungsstrategien. Dabei spielen die individuellen Handlungsmöglichkeiten und -alternativen und ihre gesundheitliche Wirkung eine wichtige Rolle.

Ein zentrales Kursmerkmal ist das Lernen durch praktische Erfahrungen. Die Vorstellung lokaler Sportangebote und Adipositas-Selbsthilfegruppen gehört

ebenfalls zu diesem Schwerpunkt. So sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass Kinder und Eltern ihren Alltag selber gesund gestalten können. Die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer lernen, angemessen auf psychische Belastungen und Anforderungen zu reagieren. Durch vielfältige emotionale und soziale Erfahrungen – zum Beispiel das Erleben von Spaß und Wohlbefinden in der Kursgemeinschaft, Kontakt zu „Leidensgefährten“ und neue Hoffnung auf Veränderung – sollen psychische und soziale Ressourcen gestärkt werden.

Zum Abschluss des Kurses – sowie vier Monate nach seiner Beendigung – werden Kinder und Eltern zur Akzeptanz und zur Nachhaltigkeit des Erlernenen befragt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Empowerment“

Ziel des Kurses ist die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und die Aneignung von Selbstverantwortungskompetenzen bei den von Übergewicht betroffenen Kindern und Jugendlichen. Dabei soll die Erkenntnis gefördert werden, dass nur sie selbst in der Lage sind, ihr Gewicht zu beeinflussen.

Durch eine gezielte Schulung der Körperwahrnehmung mithilfe von Entspannungs- und Atemübungen sowie durch die Anwendung von Massagetechniken werden Körpersignale wie Appetit, Hunger und Sättigung wieder bewusst wahrgenommen. Sinnesübungen helfen, Nahrungsmittel mit „anderen Augen“ zu sehen und machen den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern bewusst, dass es nicht auf die Menge des Essens, sondern auf den Genuss ankommt. Des Weiteren werden die Kinder und Jugendlichen über ihr Krankheitsbild sowie über Ursachen und Folgen aufgeklärt. Intensive Gespräche helfen, störende Verhältnisse im Lebensumfeld zu identifizieren, Stärken und Schwächen herauszuarbeiten und gemeinsam individuelle sowie auf alle Anwesenden übertragbare Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Dies fördert die Selbstakzeptanz der Betroffenen. Hierbei spielt die Einbeziehung der Eltern eine besondere Rolle.

Innerhalb des Kursangebots werden positive Erfahrungen durch Gruppenzusammenhalt und Selbsthilfe ermöglicht. Gegenseitige Motivation soll dazu beitragen, am Gelernten festzuhalten, die Ernährung umzustellen und Sportangebote wahrzunehmen. Die Kinder und Jugendlichen sollen nach dem Kurs gemeinsam mit ihren Eltern befähigt sein, ihre Lebensweisen, das heißt ihre

bisherigen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, zu überdenken und zu verändern und ihr weiteres Leben gesünder zu gestalten. Dazu tragen auch Exkursionen in Schwimmbäder oder Sportvereine bei.

Täglich müssen sich „Dicke“ Beleidigungen von Gleichaltrigen oder Erwachsenen anhören. Eine Konsequenz ist oft der soziale Rückzug. Durch die spielerische Konfrontation mit Alltagssituationen lernen die Kinder und Jugendlichen, mit Aussagen anderer zu ihrem Gewicht umzugehen und diesen durch ein gestärktes Selbstwertgefühl besser zu begegnen.

Besuche im Supermarkt, Erläuterungen zu „ungewöhnlichen“ Nahrungsmitteln (wie exotischen Früchten) und deren Inhaltsstoffen sowie die gemeinsame Zubereitung von Mahlzeiten wecken den Spaß am Kochen und Ausprobieren frischer Lebensmittel. Der Griff zu Fastfood und Fertiggerichten soll zumindest eingeschränkt werden.

Sinnesspiele, wie das langsame Lutschen eines Stückchens Schokolade, schulen die Genussfähigkeit. So werden neue Handlungskompetenzen erworben, die im häuslichen Alltag dazu beitragen können mit zu entscheiden, was eingekauft und gegessen wird.

### ▲ Guter Praxisbereich „Evaluation“

Die Projektevaluation basiert auf zwei Schwerpunkten: Zum einen werden sämtliche Informationen über das Angebot selbst systematisch gesammelt und ausgewertet, zum anderen werden die Erfolge der Teilnehmenden dokumentiert und bewertet. Dafür wurden spezielle Fragebogen entwickelt. Die Erstbefragung zielt auf die Bewertung des Gelernten und die Rahmenbedingungen des Kurses. Die Zweitbefragung liefert Erkenntnisse über die nachhaltige Anwendung des Gelernten im Familienalltag.

Der erste Fragebogen wird am letzten Tag von der Kursleitung an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verteilt. Die Inhalte der Fragestellungen konzentrieren sich auf folgende Schwerpunkte:

- persönliche Daten,
- Was habe ich mitbekommen?
- Welche Fragen sind noch offen?
- Welche Anregungen habe ich?
- Bewertung der Rolle der Kursleitung,



- Bewertung der Kursbedingungen vor Ort,
- Kommentare.

Die Ergebnisse der Befragung werden in einem ersten Treffen den Kursbeteiligten und Kooperationspartnern vorgestellt. Daraufhin wird über eine Fortsetzung des Kurses und ggf. eine Erweiterung der Kursinhalte beraten.

Etwa vier Monate nach Ende des Kurses wird ein weiterer Fragebogen an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und ihre Eltern versandt. Mit diesem Fragebogen soll das Hauptziel des Kurses überprüft werden: die Übernahme gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen – insbesondere in Bezug auf Bewegung, Ernährung und Selbstkompetenz – in den familiären Alltag. Die Fragen beziehen sich somit auf die gegenwärtige Mitarbeit in einer Sport- oder Selbsthilfegruppe, auf sportliche Aktivitäten sowie auf das aktuelle Wohlbefinden. Auch diese Ergebnisse werden innerhalb eines Erfahrungsaustausches allen Beteiligten vorgestellt und gemeinsam analysiert. Die Ergebnisse werden ebenfalls zur Kursoptimierung genutzt.

Aufgrund der ersten Auswertungen wurde ein Kurs für Kinder und Jugendliche konzipiert, an dem auch die Eltern teilnehmen durften. Bis dahin war der



Kurs für Eltern nicht zugänglich. Sie wurden nur zu Einzelgesprächen hinzugezogen.

Die neue Kursform befindet sich derzeit in der Erprobung. Sie soll auch den Eltern helfen, die Krankheit „Übergewicht“ besser zu verstehen und ihre Kinder auf dem Weg zu einer gesunden Lebensweise zu begleiten. Diese Berücksichtigung des sozialen Umfelds der Betroffenen soll einen weiteren Beitrag zur Nachhaltigkeit der Maßnahmen leisten.

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

Die Kurse werden regelmäßig und langfristig angeboten. Durch die Bemühungen, die Elternbeiträge zu senken bzw. einen Teil der Kursgebühren durch andere Institutionen übernehmen zu lassen, soll es vor allem auch sozial benachteiligten Familien ermöglicht werden, das Angebot zu nutzen.

Die starke Orientierung des Kurses auf das Sammeln positiver Erfahrungen, die Vermittlung einfacher praktikabler Übungen sowie die Unterstützung bei der Nutzung von Selbsthilfegruppen und Sportvereinen im familiären Umfeld erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer nachhaltigen Wirkung.

Die Befragung der bisherigen Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer nach vier Monaten zeigt, dass ca. 80 % der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern versuchen, das Gelernte im Alltag anzuwenden und ihre Lebensweise gesundheitsorientiert umzustellen. Es gibt Überlegungen, mit einer weiteren Befragung nach Ablauf eines Jahres die Ergebnisse erneut zu prüfen.

#### **Kontakt**

AOK Sachsen-Anhalt  
Lüneburger Str. 4  
39106 Magdeburg  
Bundesland: Sachsen-Anhalt  
Telefon: 0391-5804806  
Telefax: 0391-5804212  
E-Mail: kerstin.grasshoff@san.aok.de

## Eutiner Babynetz

### Das Netzwerk „Rund um Schwangerschaft, Geburt und danach“

#### **Gute Praxisbereiche:**

Niedrigschwelligkeit – Integriertes Handlungskonzept – Kosten-Nutzen-Relation

#### **Abstract**

Die Zeit der Schwangerschaft und Geburt ist als lebenskritische Phase anfällig für verschiedene soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen. Insbesondere bei sozial benachteiligten Familien kumulieren unterschiedliche Belastungsfaktoren. Die Palette der gesundheitsbezogenen Angebote vor Ort ist in der Regel wenig transparent und wird vor allem von bildungsfernen Familien nicht ausreichend in Anspruch genommen. Zielsetzung des Eutiner Babynetzes ist es, durch eine optimale Koordination von medizinischen, behördlichen und sozialen Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten – von der Schwangerschaft über die Entbindung bis ins Säuglingsalter – die gesundheitliche Situation von Schwangeren und jungen Familien zu verbessern. Mit relativ wenig Aufwand wird ein hoher Synergieeffekt erzeugt. Das Eutiner Babynetz ist ein nachahmenswertes Modell, das personelle Ressourcen sinnvoll nutzt und auf jede Region übertragbar ist.

#### **Hintergrund**

Die Zeit der Schwangerschaft und Geburt eines Kindes stellt für Eltern eine der bedeutsamsten Veränderungen in ihrem Leben dar. Als so genannte lebenskritische Phase ist diese zugleich anfällig für verschiedene soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen. Insbesondere bei sozial benachteiligten Familien kommen häufig mehrere Belastungssituationen zusammen: zum Beispiel mangelnde Wohnraumausstattung, finanzielle Notlage, keine abgeschlossene Berufsausbildung, fehlende soziale Netzwerke, fehlender Partner, kulturelle und sprachliche Verständigungsschwierigkeiten. Untersuchungen belegen, dass die gesundheitliche Situation bereits im frühen Kindesalter von

der sozialen Lage abhängig ist. Die Zahl der Frühgeborenen, deren Entwicklung stark verzögert ist, liegt bei Frauen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status signifikant höher als bei Frauen aus der Mittel- und Oberschicht. Die Notwendigkeit einer Frühförderung von sozial benachteiligten Kindern ist entsprechend fast doppelt so hoch.

Die Leistungspalette der gesundheitsbezogenen und psychosozialen Angebote in den einzelnen Regionen ist in der Regel wenig transparent und sehr spezialisiert. Dies erzeugt vor allem für bildungsferne Familien, die auf der Suche nach geeigneten Unterstützungsangeboten sind, viele Hürden und hat zur Folge, dass Leistungen nicht ausreichend in Anspruch genommen werden. Um sozial benachteiligte Familien effektiver zu erreichen, ist gemäß der nationalen Gesundheitsziele des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eine bessere Vernetzung der verschiedenen Hilfeangebote notwendig. Die nachgewiesene geringere Inanspruchnahme von Vorsorge- und Informationsdienstleistungen durch belastete Familien erfordert darüber hinaus, dass Zugangswege zum gesundheitlichen und sozialen Hilfesystem so niedrigschwellig wie möglich gestaltet werden.

## Vorgehen

Im Mai 2001 wurde das Netzwerk „Rund um Schwangerschaft, Geburt und danach“ mit Fachleuten aus dem Sozial-, Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungsbereich im Eutiner Raum gegründet. Zielsetzung ist es, die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Schwangeren und jungen Familien durch eine optimale Koordination von medizinischen, behördlichen sowie sozialen Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten – von der Schwangerschaft über die Entbindung bis hin ins Säuglingsalter – zu stabilisieren bzw. zu verbessern. Dieses vernetzte Hilfeangebot bietet vor allem für diejenigen eine effektive Unterstützung, die den größten Bedarf haben: sehr junge Mütter, Alleinerziehende, Familien mit Migrationshintergrund und Familien, die aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Erkrankung am Rande der Armutsgrenze leben.

Zu den am Netzwerk beteiligten Fachkräften und Institutionen gehören Behörden (Jugendamt, Sozialamt, Wohnungsamt), psychosoziale Beratungseinrichtungen, Beratungsstellen für Schwangere, die Klinik vor Ort, Praxen von Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, heilpädagogische Praxen, eine Familienbildungsstätte, der Migrationsfachdienst, das Mutter-Kind-Haus, Träger von Qualifizierungsmaßnahmen, der Verband allein erziehender Mütter und Väter

(VAMV), der Deutsche Kinderschutzbund und weitere Interessierte. Die Angebotspalette reicht von medizinischen und psychosozialen Beratungs- und Versorgungsangeboten über praktische Hilfen nach der Geburt sowie Angebote der Frühförderung, berufliche Qualifizierungsangebote für junge Mütter, (Selbsthilfe-)Gruppen für Alleinerziehende und für junge Mütter bis hin zu stationären Hilfen für Mütter mit Kindern.

Das Eutiner Babynetz wird koordiniert durch die Beratungsstelle für Familienplanung und Schwangerschaftskonflikte des Kreises Ostholstein und trifft sich einmal pro Quartal zum Informationsaustausch. Die Netzwerkpartnerinnen und -partner erhalten regelmäßig aktuelle Informationen zu fachspezifischen Fragestellungen. Im Rahmen der Netzwerktreffen wird neben dem Austausch auch Raum für Fachvorträge gegeben. Das Eutiner Babynetz hat kein starres Konzept, sondern ist offen und prozessorientiert. Dies bezieht sich sowohl auf die Teilnehmenden als auch auf Diskussionsinhalte und Ideen.

Um die Transparenz der Angebote in der Region zu verbessern und Frauen sowie werdende Familien darüber zu informieren, zu welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft welche Schritte zu unternehmen sind bzw. welche Form der Unterstützung wann in Anspruch genommen werden kann, wurden von Fachkräften des Eutiner Babynetzes folgende Materialien für die Zielgruppe erarbeitet:

- Wegweiser mit Adressen im Eutiner Raum „Rund um Schwangerschaft, Geburt und danach“,
- Checkliste „Schwanger? Was muss ich wann tun?“.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwelligkeit“

Das zentrale Anliegen des Eutiner Babynetzes ist eine schnelle und unbürokratische Unterstützung von Frauen und Familien in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und erstem Lebensjahr des Kindes durch eine koordinierte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Institutionen und entsprechende Weitervermittlung im Sinne einer fachkompetenten und bedarfsorientierten Hilfeplanung. Die Schwellen beim Zugang zu den einzelnen Unterstützungsangeboten des Netzwerks werden durch „kurze Dienstwege“ untereinander deutlich herabgesetzt: Wird beispielsweise im Rahmen einer Schwangerschaftsberatung bekannt, dass die Betroffene aufgrund der Trennung von ihrem Partner dringend eine neue Unterkunft benötigt, kann die Wohnraumbeschaffung durch die bestehende Kooperation mit dem Wohnungsamt der

Stadt Eutin beschleunigt werden. Wartezeiten und Anmeldeformalitäten lassen sich durch den engen Kontakt der Fachkräfte reduzieren bzw. zum Teil ausschalten. Die Motivation der Betroffenen, eine weitere Institution aufzusuchen, wird durch die Vermittlung und Abstimmung der weiteren Vorgehensweise mit der dortigen Ansprechpartnerin bzw. dem Ansprechpartner erfahrungsgemäß erhöht.

Sprachliche Schwierigkeiten beim Zugang zu Frauen und Familien mit Migrationshintergrund lassen sich durch die Zusammenarbeit mit dem Migrationsfachdienst des Kreises Ostholstein und dem dortigen Kontakt zu Sprachmittlern im Bedarfsfall überbrücken.

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

Vernetzung als Wesensmerkmal eines integrierten Handlungskonzepts ist zugleich das Herzstück des Eutiner Babynetzes. Durch die Verzahnung von verschiedenen Systemen und eine passgenaue Abstimmung des Bedarfs wird ein Optimum an Hilfeleistung im jeweiligen Einzelfall ermöglicht. Die Erfahrung zeigt, dass zum Beispiel am Netzwerk beteiligte Medizinerinnen und Mediziner durch die verstärkte Sensibilisierung für die besonderen Problemstellungen von sozial benachteiligten Müttern und jungen Familien, aber auch durch die Kenntnis der differenzierten Hilfeangebote vor Ort, verstärkt an Beratungsstellen oder Bildungseinrichtungen verweisen bzw. direkt mit Fachkräften Kontakt aufnehmen. Die allerorten eingeforderte interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht in der praktischen Umsetzung eine ganzheitliche Gesundheitsförderung im Sinne der WHO, nämlich das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden von Menschen zu stabilisieren. Dies ist aufgrund der Häufung von Belastungssituationen bei sozial benachteiligten Familien besonders angezeigt und hat sich bei der Arbeit des Eutiner Babynetzes als effektiv erwiesen. Zielsetzung auf kommunaler Ebene ist es, durch die Einbeziehung entsprechender Entscheidungsträger langfristig eine Verbesserung von Sozialplanung und Leistungen für die Zielgruppe zu erreichen.

### ▲ **Guter Praxisbereich „Kosten-Nutzen-Relation“**

Das Eutiner Babynetz erzeugt mit relativ wenig Aufwand einen hohen Synergieeffekt. Die Organisationen und Institutionen unterstützen das Babynetz durch Sachleistungen und personellen Einsatz. Es stehen keine gesonderten

Projektmittel zur Verfügung. Dies bedeutet zugleich, dass das Projekt unabhängig von einer zeitlich befristeten finanziellen Förderung ist. Die Finanzierung von Teilprojekten (zum Beispiel Wegweiser und Checkliste) erfolgt über geringe Spenden. Der Vorteil für die beteiligten Partnerinnen und Partner ist neben der Verbesserung der Leistungen für die Zielgruppe auch in einer kostengünstigen Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch den regelmäßigen Fachaustausch zu sehen. Insgesamt lässt sich eine ausgesprochen positive Kosten-Nutzen-Relation bilanzieren.

In Zeiten immer knapper werdender kommunaler Mittel ist dieses Netzwerk ein nachahmenswertes Modell, das personelle Ressourcen sinnvoll nutzt und grundsätzlich auf jede Region übertragbar ist.

### **Kontakt**

Angela Jagenow

Kreis Ostholstein, Fachbereich Jugend und Soziales

Beratungsstelle für Familienplanung und Schwangerschaftskonflikte

Lübecker Straße 41

23701 Eutin

Bundesland: Schleswig-Holstein

Telefon: 04521-788314

Telefax: 04521-788698

E-Mail: a.jagenow@kreis-oh.de

## **Schutzengel e. V.**

### **Vernetzungsprojekt zur Förderung von Maßnahmen, die Familien mit jungen Kindern in einem sozialen Brennpunkt unterstützen**

#### **Gute Praxisbereiche:**

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Niedrigschwelligkeit – Evaluation

#### **Abstract**

Zahlreiche Familien und Alleinerziehende befinden sich in schwierigen sozialen Lagen. Damit verbunden sind Mehrfachbelastungen und Überforderungen, die sich negativ auf die Gesundheit der Kinder auswirken. Zielsetzung des Projekts ist es, durch spezielle niedrigschwellige Angebote und Frühförderungsmaßnahmen Frühbegleitung (zum Beispiel Familienhebammen, Kinderbetreuungsangebote, Elterntreffpunkte) und Hilfestellungen in den Familien zu geben, um Entwicklungsstörungen und gesundheitliche Probleme bei Kindern zu verringern oder zu verhindern. Angesprochen werden Familien bzw. Mütter in schwierigen sozialen Lebenslagen mit Kindern im Alter von null bis drei Jahren. Über die interdisziplinäre Arbeitsweise und verstärkte Einbindung von Kooperationspartnerinnen und -partnern (Kliniken, Ämter, Kitas u. Ä.) erfolgt eine effektivere Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen vor Ort und es kann eine gezielte Unterstützung gegeben werden.

#### **Hintergrund**

Im Norden Flensburgs, an der Westseite der Förde, liegt die Neustadt – in der Zeit der Industrialisierung im 19. Jahrhundert ein Stadterweiterungsgebiet. In ihrem heutigen Erscheinungsbild spiegelt sich der wirtschaftliche Strukturwandel des ausgehenden Industriezeitalters wider: Brachgefallene Gewerbe- und Industrieflächen, industrieller großflächiger Einzelhandel, Gründerzeitwohnungen und schlichter Arbeiterwohnungsbau, verbunden mit gebietsbezogenem Einzelhandel und Kleingewerbe charakterisieren die Neustadt. Diese ist seit 1999 im Förderprogramm Soziale Stadt und gleichzeitig Sanierungsgebiet nach dem Baugesetzbuch.



Hier leben rund 4500 Menschen, unter ihnen überdurchschnittlich viele sozial Benachteiligte. Zahlreiche Familien und Alleinerziehende befinden sich in schwierigen sozialen Lebenslagen. Damit verbunden sind Überforderungen und Spannungen, die sich negativ auf die psychische und gesundheitliche Lage vor allem der Kinder auswirken.

Im gesundheitlichen Bereich wurden insbesondere für Kinder und Jugendliche Sprach- und Entwicklungsstörungen, Deprivation, Übergewicht, Karies, Verhaltensauffälligkeiten sowie erhöhte Asthma- und Infektionsanfälligkeit beschrieben.

## Vorgehen

Vor diesem Hintergrund ist das Modellvorhaben Schutzengel-Projekt entstanden. Es wurde vom Land Schleswig-Holstein gefördert. Schutzengel e. V. ist ein Zusammenschluss verschiedener im Gebiet ansässiger Träger, die sich zum Ziel gesetzt haben, Hilfsstrukturen für junge Familien in der Neustadt zu stärken, zu verbessern und auch zu entwickeln. Es geht von einem umfassenden



den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation aus und ist ein partizipatorisches Projekt zur Stützung von Eltern und Kindern. Durch Frühbegleitung soll Hilfestellung in den Familien gegeben werden, um Entwicklungsstörungen und Behinderungen körperlicher und seelischer Art bei Kindern zu verringern oder zu verhindern.

Dieses wird durch verschiedene Bausteine erreicht:

- Die Familienhebamme, die mit dem Diakonissenkrankenhaus zusammenarbeitet, unterstützt junge Familien während der Schwangerschaft und nach der Geburt weit über den Rahmen der üblichen, durch die Krankenkassen finanzierten Hilfen hinaus. Sie übt auch präventive Frühbetreuung aus. Sie hat „alle Zeit der Welt“, und die wird auch gebraucht bei vielen Familien, die häufig in ihrer Lebenssituation mehrfach belastet und überfordert sind. Alltagssorgen, Gesundheitsprobleme, Ratlosigkeit im Umgang mit einem Schreikind – dies sind Themen, die gemeinsam mit der Familienhebamme angegangen werden können.
- Die Kindergarten Adelby 1 GmbH ist für die wissenschaftliche Begleitung, die Koordination des Elterntreffcafés und die pädagogische Frühförderung der Kinder im Alter von null bis drei Jahren verantwortlich.
- Die Familienbegleiterin der Diakonie unterstützt junge Familien in Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde insbesondere bei der Bewältigung des Alltags.
- Dem Elterntreffpunkt kommt ganz entscheidende Bedeutung zu. Zwei Wohnungen baute der Flensburger Arbeiter Bauverein zum Teil mit Städtebauförderungsmitteln – Soziale Stadt – zum Elterntreffcafé um. Hier erhält jeder Gelegenheit, über die großen und kleinen Sorgen miteinander zu sprechen, erfährt Tipps zur Bewältigung des Alltags sowie zu Erziehungs- und Gesundheitsproblemen oder kann sich austauschen bzw. einfach „nur“ miteinander reden. In den Räumen des Elterncafés bietet die Hebamme eine Sprechstunde an. Der Kindergarten Adelby 1 ist dort zur Frühförderung der Kleinkinder beratend tätig. Um das Elterncafé zu betreiben, ist eine ehrenamtliche Mitarbeit notwendig und auch vorgesehen. Das Café soll langfristig zu einem Ort der Selbsthilfe werden; Eltern können dort Kompetenz erwerben und ihr Wissen weitergeben.

Schutzengel e.V. ermöglicht mit seinen unterschiedlichen konzeptionellen Bausteinen eine Begleitung und Beratung von Müttern in schwierigen Lebenslagen – von der Schwangerschaft über die Säuglingspflege bis hin zur Kindererziehung.

## ▲ Guter Praxisbereich „Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung“

Schutzengel e. V. basiert auf einer eigens entwickelten Netzwerkarbeitsweise, in deren Rahmen es zu einer übergreifenden Abstimmung des Handlungskonzepts mit den beteiligten Kooperationspartnerinnen und -partnern gekommen ist. Die Netzwerkbeteiligten haben teils durch Strukturänderungen im Abrechnungswesen sowie über Gestellungsverträge, personelle Verknüpfungen und finanzielle Beteiligungen neue Kooperationswege erprobt. Dazu gibt es folgende Beispiele:

- Die bis 2004 beim Kirchenkreis angestellte diakonische Familienbegleiterin arbeitete im Schutzengel-Projekt. Zur Zeit ist die Familienbegleiterin beim Förderverein Schutzengel e. V. angestellt.
- Die AOK Flensburg hat einen Teil des Abrechnungsverfahrens hausintern umstrukturiert.
- Die Wohnungsbaugenossenschaft (Flensburger Arbeiter Bauverein) konnte mit Städtebaufördermitteln zwei Wohnungen mietfrei zur Verfügung stellen.

Durch diese Netzwerkarbeitsweise entsteht eine Situation, von der der Stadtteil insgesamt profitiert. Wohnungen werden besser vermietet, die Menschen haben eine Anlaufstelle, in der sie sich ungezwungen treffen können und unbürokratisch Unterstützung erhalten.

Das vernetzte interdisziplinäre Arbeiten – eingebunden in ein integriertes Handlungskonzept – wird im Evaluationsbericht als „Win-win-Situation“ bewertet. Einzelne Institutionen wie Kliniken, Ämter, Kindertagesstätten und Kindergärten werden in ihren Aktivitäten entlastet, die Zusammenarbeit der Einrichtungen wird durch häufige Kontakte und Absprachen effektiver. Wohnungsmodernisierung und soziales Engagement der Wohnungswirtschaft beeinflussen positiv einerseits das soziale Klima und erreichen andererseits eine bessere Vermietung. Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Verbindung von baulichen, städtebaulichen und sozialen Maßnahmen im Rahmen des Projekts Synergieeffekte erzeugt.

Diese werden laut Evaluationsbericht insbesondere in folgenden Bereichen wirksam:

- Stabilisierung des Quartiers,
- Imagegewinn des Stadtteils,
- Imagegewinn der beteiligten Institutionen (Ämter, Wohnungsbaugesellschaft, Kirchengemeinde u. a.),

- Arbeitsentlastung der Institutionen,
- effektivere Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen.

Nach vereinzelt aufgetretenen Akzeptanz- und Kooperationsschwierigkeiten in der Anfangsphase des Projekts Schutzengel e. V., hat sich die Zusammenarbeit über den Projektzeitraum zunehmend positiv entwickelt und als effektive Arbeitsform gezeigt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Niedrigschwelligkeit“

Ein nachahmenswerter Praxisbereich des Schutzengel-Projekts zeigte sich in der besonderen Niedrigschwelligkeit des Konzeptansatzes, bezogen auf Prävention und Gesundheitsförderung. Das Projekt ist

- nicht amtsgebunden,
- gewährleistet den Betroffenen ein hohes Maß an Anonymität und
- ist aufsuchend durch die Familienhebamme und Familienbegleiterin.

Dadurch konnte auch die Akzeptanz des Projekts insbesondere bei der Zielgruppe Mütter bzw. Eltern in schwierigen sozialen Lagen mit Kindern von null bis zu drei Jahren gesteigert werden.

Die Evaluationsergebnisse bestätigen die Annahme, dass ein Zugang zu Familien bzw. Müttern in schwierigen Lebenslagen vor allem über die niedrigschwelligen Strukturen gewährleistet wird. Besondere Bedeutung kommt der direkten persönlichen Ansprache der Frauen vor allem zu Zeiten von Schwangerschaften, Geburt und frühkindlicher Betreuung zu. Die Vereinsstruktur erleichterte den Zugang zur Zielgruppe.

Der Evaluationsbericht beschreibt folgende begleitende Faktoren, unter denen eine erfolgreiche aufsuchende und nachgehende Arbeit durch die Mitarbeiterinnen von Schutzengel möglich wurde:

- Vertrauen,
- Diskretion,
- unbürokratische schnelle Hilfe,
- Präsenz vor Ort,
- Zwanglosigkeit,
- Transparenz des Handelns,
- Einbeziehung der Mutter in den Maßnahmenplan,
- Wertschätzung der Mutter.

## ▲ Guter Praxisbereich „Evaluation“

Die Projektziele von Schutzengel wurden nach Ablauf der dreijährigen Laufzeit umfassend hinsichtlich ihrer Umsetzung und Wirksamkeit extern geprüft. Dies erfolgte mittels qualitativer Forschungsmethoden. Es wurden leitfadensstrukturierte offene Interviews eingesetzt, mit denen die wesentlichen Perspektiven der beteiligten Akteure im Projekt erfasst wurden:

1. Vertreter und Vertreterinnen aus dem Netzwerk des Schutzengel-Projekts,
2. Mitarbeiterinnen des Schutzengel-Projekts,
3. Mütter, die als Zielgruppenvertreterinnen das Schutzengel-Projekt in Anspruch nehmen.

Im Rahmen der Interviewauswertung wurden die auf die Fragestellung bezogenen Aussagen der Akteure herausgearbeitet und einander gegenübergestellt. Diese vergleichende Zusammenführung der drei unterschiedlichen Perspektiven ermöglicht eine umfassende Bewertung des Projekts.

Im Mittelpunkt der Evaluierung standen die folgenden drei Themenfelder:

### *1. Akzeptanz des Projekts*

- Konnte die Zielgruppe „Familien bzw. Mütter in ‚schwierigen‘ Lebenslagen mit Kindern von null bis drei Jahren“ erreicht werden?
- Wird das Projekt von der Zielgruppe angenommen?



## 2. Prävention und Gesundheitsförderung

- Werden präventive und/oder salutogenetische Maßnahmen wirksam?

## 3. Kooperation des Netzwerks

- Konnten innovative Vernetzungsstrukturen entwickelt werden?
- Werden sie wirksam?

Positiv hervorzuheben ist, dass im Rahmen der qualitativ konzipierten Evaluation alle wesentlichen Beteiligten mit einbezogen wurden. Darüber hinaus zeigte die vergleichende Betrachtung der Ergebnisse eine weitgehende Übereinstimmung der drei Beteiligtenperspektiven.

Die Ergebnisse der Evaluation konnten deutliche Hinweise erbringen, dass das Projekt des Schutzens e. V. in den Bereichen Erreichbarkeit der definierten Zielgruppe, Prävention und Gesundheitsförderung sowie innovativer Kooperation effektiv arbeitet. Das Konzept wird von den Evaluierenden als übertragbare und zukunftsweisende Arbeitsform eingeschätzt. Die Evaluation konnte somit die „erfolgreiche Umsetzung des Konzepts ... als ein effektives Präventionsmodell für Familien in schwierigen Lebenslagen mit Kindern im Alter von bis zu drei Jahren“ belegen.<sup>6</sup> Darüber hinaus wurde durch die strukturierte Arbeitsweise im Vorgehen und durch die positiven Evaluationsergebnisse eine Außendarstellung ermöglicht, die der nachahmenswerten Projektqualität angemessen ist.

## Kontakt

Informationen zum Projekt: Volker Syring  
Förderverein Schutzens e. V.  
Lerchenstr. 4–6  
24939 Flensburg  
Bundesland: Schleswig-Holstein  
Telefon: 0461-9402850  
E-Mail: vsyring@adelby.de  
Website: <http://www.schutzens-flensburg.de>

---

<sup>6</sup> Luig-Arlt, H. L. (2004): Modellprojekt Schutzens e. V. Abschlussbericht – Evaluation, Flensburg. Erhältlich unter [www.schutzens-flensburg.de](http://www.schutzens-flensburg.de) in der Rubrik „Aktuell“.

Informationen zur Evaluation: Frau Helene L. Luig-Arlt  
Büro für Stadtteilmanagement  
Heuberg 5  
24977 Langballig  
Telefon: 04636-977858  
Telefax: 04636-977857  
E-Mail: luig-arlt@foni.net

## **Schulpädagogische Sozialarbeit und Schül- jugendarbeit an der Staatlichen Regelschule „Werner Seelenbinder“ in Apolda**

### **Gute Praxisbereiche:**

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung – Niedrigschwellige  
Arbeitsweise – Empowerment

### **Abstract**

Ausgangspunkt des Projekts ist die Wahrnehmung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Jugendclubs in einem sozialen Brennpunkt Apoldas (einer Kleinstadt in Thüringen), dass die Schülerinnen und Schüler der Regelschule dieses Stadtgebiets verstärkt Probleme aus der Schule und dem Elternhaus mit in den Jugendclub nehmen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendclubs riefen daraufhin gemeinsam mit der Regelschule ein Kooperationsprojekt ins Leben, das neben Schulsozialarbeit eine Frühstücksversorgung beinhaltet. Das Projekt wurde um unterschiedliche Interessengemeinschaften (zum Beispiel Bewegungsangebote, Hausaufgabenhilfe, Schülerzeitung, Schulumfeldgestaltung etc.) im Rahmen der Richtlinie Schuljugendarbeit des Thüringer Kultusministeriums erweitert, an denen die Schülerinnen und Schüler kostenfrei und auf freiwilliger Basis teilnehmen können. Aktuell wird das Projekt durch hauptsächlich gesundheitsförderliche Angebote ausgebaut (zum Beispiel Tabakprävention, gesunde Ernährung). Durch die gelungene Verbindung von Schul- und Freizeitbereich können gesundheitsförderliche Verhaltensweisen der Jugendlichen umfassend gestärkt werden.

### **Hintergrund**

Das Christliche Jugenddorfwerk Deutschland e. V. betreibt einen Jugendclub in Apolda-Nord, einem sozialen Brennpunkt. Das Stadtgebiet Apolda-Nord entstand in den 60er-Jahren in Plattenbauweise. Dem Stadtgebiet mangelt es heute an (der zu Vorwendezeiten hohen) Attraktivität sowie an erholsamer Umgebung. Es fehlen u. a. Raum und Platz zum Kommunizieren. Apolda ist



eine Kleinstadt in Thüringen mit ca. 27000 Einwohnern. Die Region ist von einer sehr hohen Arbeitslosigkeit geprägt (ca. 20 %, Stand Dezember 2004), wobei knapp die Hälfte der betroffenen Personen als langzeitarbeitslos gemeldet waren. Die Sozialhilfequote lag bei 4,6 % (Stand Dezember 2004) und somit weit über dem Thüringer Durchschnitt von 2,5 %.

Den Jugendclub besuchen unter anderem Schülerinnen und Schüler der Staatlichen Regelschule „Werner Seelenbinder“, die ca. zehn Minuten vom Jugendclub entfernt liegt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendclubs nahmen in den vergangenen Jahren zunehmend Probleme der Kinder und Jugendlichen in der Schule und im Elternhaus wahr. Hierauf konnten sie jedoch zum Teil nur mit Hilflosigkeit reagieren und wenig Hilfestellung leisten, da sie die spezifischen Probleme im Kontext der Schule nicht kannten. Um den Kindern und Jugendlichen auch auf diesem Gebiet Unterstützung anbieten zu können, wurde eine Kooperation zwischen der Schule und dem Jugendclub angeregt. Gegenstand der Zusammenarbeit sollte primär soziale Arbeit sein, da im Club bereits Freizeitarbeit geleistet wird. Darüber hinaus nahmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendclubs verstärkt wahr, dass die Kinder und Jugendlichen nicht ausreichend mit Nahrungsmitteln und Getränken versorgt wurden und hungrig in die Einrichtung kamen. Diese Wahrnehmung bestätigte sich auch in der Schule. Etwa ein Drittel der Schülerinnen und Schüler kam ohne gefrühstückt zu haben oder ohne „Pausenbrot“ etc. in die Schule, sodass die Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit dieser Kinder und Jugendlichen herabgesetzt war und das Aggressionspotenzial anstieg. Das Projekt „Schulpädagogische Sozialarbeit und Schuljugendarbeit“ wurde im Jahr 2000 initiiert und beinhaltete zu Beginn zwei Schwerpunkte: Schulsozialarbeit und eine Frühstücksversorgung der Schülerinnen und Schüler.

## Vorgehen

Am Projektbeginn stand die Ausrichtung der Sozialarbeit auf Schüler und Schülerinnen, die durch Verhaltensauffälligkeiten sich selbst und andere beeinträchtigten, sowie auf Schülerinnen und Schüler, die den Unterricht störten, schlechte schulische Leistungen zeigten bzw. unregelmäßig die Schule besuchten. Die Arbeit mit den Schülerinnen und Schülern beinhaltete gleichzeitig eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern und Lehrkräften. Diese Zusammenarbeit verlief anfangs nicht reibungslos. Die Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendclubs in der Schule fand jedoch

zunehmend Akzeptanz und wird heute von Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrkräften getragen. Für die Frühstücksversorgung wurde in der Schule ein spezieller Raum im Eingangsbereich der Schule eingerichtet.

Mithilfe der Förderrichtlinie des Thüringer Kultusministeriums zur Schuljugendarbeit wurde das Projekt ausgebaut und um eine Vielzahl von Angeboten ergänzt. Es wurde ein Café für Schülerinnen und Schüler eingerichtet, das als Treffpunkt in den Pausen und nach dem Unterricht genutzt wird. Angeschlossen an das Café ist ein Spielbereich, der mit Gesellschaftsspielen und einigen PCs ausgestattet ist. Hier können sich die Schülerinnen und Schüler frei beschäftigen. Ein Sozialarbeiter steht darüber hinaus für Gespräche zur Verfügung. Am Nachmittag bieten unterschiedliche Interessengemeinschaften eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung an, u. a. das Erstellen einer Schülerzeitung, Freizeitsport, Tischtennis, Skaten, Blumen- und Pflanzenzucht, kreativ-dekoratives Gestalten, Naturkosmetik, Meditation, diverse Tanzgruppen, Grafik am PC, Mädchenarbeit und ein Streitschlichterprojekt. Ein weiteres zentrales Element der Schuljugendarbeit ist die Hausaufgabenzeit. In der Weiterentwicklung des Projekts steht der Übergang von der Grundschule in die Regelschule im Mittelpunkt. Hier wird intensiv mit den „neuen“ 5. Klassen und im 2. Schulhalbjahr mit den 4. Klassen der Grundschule gearbeitet. Gesundheitsförderliche Themen finden immer mehr Berücksichtigung im Gesamtprojekt. Ein Projekt zur Tabakprävention wurde in der Regelschule initiiert, und die Frühstücksversorgung optimierte man vor dem Hintergrund einer gesunden Ernährung.

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

Um alle vorhandenen Mittel im Projekt noch effektiver nutzen zu können, wurde eine enge Vernetzung der Schuljugendarbeit und der Arbeit im Jugendclub entwickelt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendclubs sind ehrenamtlich in der Schuljugendarbeit tätig. Zwischen den Schülerinnen und Schülern sowie den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern baute sich ein Vertrauensverhältnis auf. Von diesem wechselseitigen Vertrauen profitierte auch die Arbeit im Jugendclub. Die Kinder und Jugendlichen wurden – und werden – in der erzieherischen Arbeit von der Schuljugendarbeit in den Jugendclub begleitet. Eingeleitete Maßnahmen können dort fortgesetzt werden. Diese intensive Zusammenarbeit führte unter anderem dazu, dass die Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Regelschule, die den Club besuchen, um

ein Vielfaches zugenommen hat. Zwei Drittel der Schülerinnen und Schüler der Regelschule nehmen die Angebote der Schuljugendarbeit regelmäßig bzw. sporadisch in Anspruch. Den Jugendclub besuchen täglich zwischen 80 und 100 Schülerinnen und Schüler. Viele Kinder und Jugendliche bringen jüngere Geschwister mit in den Club. Durch die Vernetzung zwischen Schule und Jugendclub konnten auch dessen Angebote erweitert werden. Die Schülerinnen und Schüler erhalten Hilfestellung bei der Anfertigung der Hausaufgaben und der Lehrstellensuche. Es werden unterschiedliche Sportangebote offeriert. Die Integration der Angebote beider Einrichtungen wurde durch die Bereitschaft der Schule und Schulleitung ermöglicht, ihre Schule in den Stadtteil hinein zu öffnen und zu einer sinnvollen und gesundheitsförderlichen Freizeitgestaltung beizutragen.

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

Das Projekt bietet offene Räume (Frühstücksversorgung, Schülercafé) für Kinder und Jugendliche als Orte für Kommunikation und gemeinsame Freizeitgestaltung oder einfach nur zum ungestörten „Abhängen“. Gleichzeitig stehen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen zur Verfügung, auf die die Heranwachsenden zugehen können und die ihrerseits auch aktiv auf die Schülerinnen und Schüler zugehen. Das Ziel des Projekts besteht darin, den Kindern und Jugendlichen zu vermitteln, ihre Schule nicht nur als einen Ort des Lernens zu betrachten, der nach dem Unterricht möglichst schnell wieder verlassen wird. Die Regelschule sollte sich im Projektverlauf vielmehr zu einem Lebensraum entwickeln, der auch nach der Unterrichtszeit von den Schülerinnen und Schülern intensiv genutzt wird. Die Teilnahme an den Interessengemeinschaften erfolgt auf freiwilliger Basis und ist kostenfrei. Den Schülerinnen und Schülern wird hiermit Gelegenheit gegeben, unterschiedliche Interessen auszuprobieren. Durch eine Verknüpfung mit den Angeboten des Jugendclubs wird die Akzeptanz der Angebote der Schuljugendarbeit erhöht, wie auch die Annahme der Möglichkeit, in der Schule die Freizeit zu gestalten.

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

Das Schülercafé wird von Schülerinnen und Schülern sowie von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern gemeinsam geführt. In den unterschiedlichen Interessengemeinschaften lernen die Kinder und Jugendlichen, ihre Lern-

bedingungen – den Lebensraum Schule – aktiv auch unter gesundheitsfördernden Aspekten selbstbestimmt und als soziale Gruppe zu gestalten. Sie übernehmen Verantwortung für unterschiedliche Lebensbereiche (zum Beispiel Essen und Trinken, Gestaltung des Schulhauses und des Schulumfeldes, soziales Miteinander). In die Planung und Ausgestaltung der einzelnen Interessengemeinschaften sind sie aktiv einbezogen. Die Schülerinnen und Schüler lernen, sich aktiv für ihre Belange einzusetzen und gestalten u. a. ihr eigenes Sprachrohr selbst (Schülerzeitung). Durch das Angebot der Streitschlichterausbildung übernehmen Gleichaltrige eine entscheidende Rolle in der Bewältigung von Konflikten untereinander und tragen somit zur Gewaltprävention in der Schule und deren Umfeld bei. Alle Angebote der Schuljugendarbeit wurden vor dem Hintergrund entwickelt, die Wahrnehmung persönlicher Stärken und Schwächen bei den Schülerinnen und Schülern zu erhöhen, einen geschützten Raum zur Entwicklung anzubieten sowie die Selbstsicherheit der Kinder und Jugendlichen zu stärken. Das Lernen erfolgt in einer ungezwungenen Atmosphäre. Die Lernbereitschaft und Eigeninitiative der Schülerinnen und Schüler wird erhöht. Alle Angebote finden in der Gruppe statt, sodass sie darüber hinaus auch einen Beitrag zur Förderung der Teamfähigkeit leisten.

### **Kontakt**

Lothar Regling

Staatliche Regelschule „Werner Seelenbinder“

Werner-Seelenbinder-Str. 6

99510 Apolda

Bundesland: Thüringen

Telefon: 03644-555556

Telefax: 03644-555558

E-Mail: [rs\\_wss\\_ap@gmx.de](mailto:rs_wss_ap@gmx.de)

Website: [www.th.schule.de/ap/wss](http://www.th.schule.de/ap/wss)

# **Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“**

## **Aktive Medienarbeit zur Förderung des Nichtrauchens**

### **Gute Praxisbereiche:**

Partizipation – Multiplikatorenkonzept – Integriertes Handlungskonzept/  
Vernetzung

### **Abstract**

Die gesundheitlichen Folgen des Rauchens sind bekannt. Sowohl beim Rauchbeginn als auch beim Übergang vom ersten Probieren zum regelmäßigen Rauchen stellt Zigarettenwerbung einen der Schlüsselreize dar. Das Projekt zur Förderung des Nichtrauchens setzt in Schulen in sozialen Brennpunkten bzw. sozial benachteiligten Quartieren in Thüringen an, da Kinder aus diesen Quartieren besonders gefährdet sind, früh mit dem Rauchen zu beginnen. Zielsetzung ist es, die Tricks der Zigarettenwerbung für Schülerinnen und Schüler anhand praktischer Beispiele und aktiver Medienarbeit (zum Beispiel Produzieren eigener Spots zum Thema) durchschaubar und die Werbemechanismen verständlich zu machen.

Das Projekt ergänzt und stärkt Aktivitäten zur Förderung des Nichtrauchens in der Kommune und in den Schulen (Synergieeffekte). Es leistet hiermit einen Beitrag zur frühzeitigen Prävention von Abhängigkeit und körperlichen Folgeschäden.

### **Hintergrund**

Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird in der heutigen Informationsgesellschaft zunehmend durch Medien beeinflusst. Ein übermäßiger und unselektierter Medienkonsum kann im Kindes- und Jugendalter die geistige, sprachliche, emotionale und soziale Entwicklung beeinträchtigen und verzögern. Ein die Entwicklung fördernder Umgang mit den Massenmedien wird als Medienkompetenz bezeichnet.

Die Auseinandersetzung der Heranwachsenden mit den in der Phase der Adoleszenz an sie gestellten jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben bedeutet einen wesentlichen Schritt zum gesunden Erwachsenwerden. Der Lebensstil und die Persönlichkeitsentwicklung der heranwachsenden Generation wird vermehrt durch Massenmedien, insbesondere durch Werbung beeinflusst. Somit steht der Konsum von Genuss- und Suchtmitteln, der eine Form der Auseinandersetzung von Kindern und Jugendlichen mit den an sie gestellten Aufgaben darstellen kann, in einem engen Kontext mit der Wahrnehmung von Werbung für diese Produkte.

Tabakwaren zählen zu den meistbeworbenen Produkten. Zigarettenwerbung stellt einen Schlüsselreiz für das Rauchverhalten Heranwachsender dar, da sie ein wesentlicher Einflussfaktor sowohl beim Rauchbeginn als auch beim Übergang vom ersten Probieren hin zum regelmäßigen Rauchen ist. Die Markenpräferenzen der rauchenden Kinder und Jugendlichen werden entscheidend durch Zigarettenwerbung geprägt. Die Zigarettenindustrie orientiert sich in ihren Kampagnen verstärkt an den Bedürfnissen, Interessen und dem Lebensstil Heranwachsender.

Die immer raffinierter gestaltete Werbung kann jedoch gezielt genutzt werden, um die Medien- und Werbekompetenz Heranwachsender zu schulen.



Eine kritische und praktische Auseinandersetzung mit der Werbung kann die der Werbung zugrunde liegenden Motive aufdecken und ihre manipulativen Elemente enttarnen. Kritik ist ein Prozess, der dem Wesen und den Bedürfnissen der jungen Generation entspricht und in einem nicht zu vernachlässigenden Anteil durch die Sozialisation durch Medien gefördert wird. Werbung spricht die Konsumentinnen und Konsumenten ganzheitlich an. In diesem Sinne muss auch die Auseinandersetzung mit der Werbung ganzheitlich erfolgen. Durch ein Ausprobieren der technischen Möglichkeiten, deren sich die Werbung bedient, können die Motive und Absichten der Werbung zutage befördert werden. Die selbstständige Auseinandersetzung mit den Elementen und Gestaltungsmöglichkeiten der Werbung entspricht ihrem Wunsch nach Unabhängigkeit und Selbstkontrolle. Werbung wird in diesem Zusammenhang nicht verteufelt, sondern ihr gesellschaftlicher Wert und ihre Funktion werden für eigene Ziele genutzt.

Das Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“ wird seit dem Jahr 2000 von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR in Kooperation mit dem Landesfilmdienst Thüringen e. V. bzw. anderen medienpädagogisch tätigen Einrichtungen in Thüringen umgesetzt. Es setzt bereits im Grundschulalter an, da das Risiko von körperlichen Folgeschäden und einer Abhängigkeit umso höher ist, je früher mit dem Rauchen begonnen wird. Als Interventionssetting werden in der modellhaften Umsetzung durch die AGETHUR Schulen in sozialen Brennpunktgebieten bzw. benachteiligten Quartieren ausgewählt, da das Rauchverhalten eine zum Teil stark ausgeprägte soziale Polarisierung aufweist. Es wurden bisher Erfahrungen in Grund- und Regelschulen sowie Förderzentren gesammelt. Die Umsetzung des Medienprojekts erfolgt mit großzügiger Unterstützung der AOK-Thüringen.

## Vorgehen

Ziel des Medienprojekts „Wir lassen uns nicht manipulieren“ ist es, Werbung und insbesondere Werbung für Zigaretten für Kinder und Jugendliche verstehbar und durchschaubar zu machen. Fragen wie zum Beispiel „Wer macht wie und warum Tabakwerbung?“ stehen dabei vor dem Hintergrund einer Diskussion des eigenen Lebensstils, der eigenen Wünsche und Bedürfnisse im Mittelpunkt. Heranwachsende erfahren, mit welchen Tricks versucht wird, sie zu ködern und wie sie damit umgehen können.

Zusammenhänge lassen sich am einfachsten verstehen, wenn man sie selbst praktisch ausprobiert. Um den Schülerinnen und Schülern Werbemechanismen verständlich darzustellen, gründen sie im Projektverlauf eigene Werbeagenturen und erhalten den Auftrag, einen Nichtraucherwerbespot zu produzieren. Eine Woche lang konkurrieren zwei Gruppen von Schülerinnen und Schülern spielerisch, um Marktmechanismen zu verdeutlichen. Mit Unterstützung des Landesfilmdienstes Thüringen e. V. werden sie zu Werbefachleuten, Drehbuchautorinnen und -autoren, Schauspielerinnen und Schauspielern, Kameraleuten sowie Spezialistinnen und Spezialisten aus den Bereichen Schnitt-, Licht- und Tontechnik. Der Fantasie der Jugendlichen sind (fast) keine Grenzen gesetzt. Am Ende des Projekts präsentieren beide Schülergruppen ihre Arbeitsergebnisse und Werbespots vor Mitschülerinnen und Mitschülern, Lehrerinnen und Lehrern sowie Eltern ihrer Schule. Die Werbespots werden von den Schülerinnen und Schülern sowie von einer Jury prämiert. Es finden begleitende Elternabende statt.

### ▲ Guter Praxisbereich „Partizipation“

In die Planung, Umsetzung und Präsentation des Projekts sind die beteiligten Schulen und vor allem die teilnehmenden Kinder intensiv einbezogen. Heranwachsende sind in Sachen Medien als kompetente Partner zu sehen. Durch aktive Medienarbeit können sich Kinder und Jugendliche die Wirklichkeit aneignen und sie verarbeiten. Das Lernen in Zusammenhängen – unter Einbeziehung aller Sinne und Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen – wird geschult. Heranwachsende werden befähigt, Medien selbstverantwortlich zu nutzen (→ „Empowerment“). Zentrales Anliegen des Projekts ist die Ver- und Bearbeitung von Fragen, Erfahrungen und Problemen rund um das Rauchen resp. Nichtrauchen, die die jeweils teilnehmende Kindergruppe bereits gesammelt hat. Das Projekt startet mit einer Ideenbörse. Gemeinsam werden alle angesprochenen Themen diskutiert und es wird eine Idee ausgewählt, die im Rahmen der Erstellung des Medienprodukts verarbeitet wird. In den nächsten Schritten verteilt die Kindergruppe alle für eine Filmproduktion notwendigen Aufgaben. Zum Abschluss des Projekts entscheiden auch wieder die Kinder, in welcher Form sie die Projektergebnisse vor dem Schulpersonal, den Eltern sowie Schülerinnen und Schülern anderer Klassenstufen präsentieren. Der Zugangsweg „Aktive Medienarbeit“ ermöglicht die Bearbeitung des Themas Nichtrauchen auf eine andere und für den schulischen Alltag ungewöhnliche Art und Weise.



## ▲ Guter Praxisbereich „Multiplikatorenkonzept“

Die kontinuierlich durchgeführte Eigenevaluation des Projekts belegt die erfolgreiche modellhafte Umsetzung durch die AGETHUR in den Projekt-schulen. Ob und inwieweit diese Ergebnisse verstetigt werden können, hängt nicht nur von der weiteren und kontinuierlichen Auseinandersetzung der Schülerinnen und Schüler mit dem Thema ab. Schulen, Freizeiteinrichtungen und das Elternhaus müssen als direktes soziales Umfeld der Heranwachsenden Rahmenbedingungen gewährleisten und gestalten, die das Nichtrauchen fördern. Vor diesem Hintergrund entstand ein Handmaterial zum Projekt. Ziel ist es, eine möglichst vielfältige und eigenständige Umsetzung des Projekts im schulischen Bereich und in der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit zu erreichen (→ „Nachhaltigkeit“). In diesem Sinne richtet sich das Handmaterial an Lehrerinnen und Lehrer, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie weitere Berufsgruppen der Kinder- und Jugendarbeit. Das Projekt kann im Rahmen von Schulprojektwochen, außerschulischen Projekten, als Thema einer Klassenfahrt etc. umgesetzt werden. Grundsätzlich soll die inhaltliche und methodische Aufbereitung des Themas als Anregung dienen, eigene Projekte mit einem suchtpräventiven bzw. gesundheitsförderlichen



Hintergrund zu entwickeln und durchzuführen. Die aktive Medienarbeit dient hierbei als Zugangsweg zu Kindern und Jugendlichen. Die praktische Medienarbeit kann in vielfältigen Medienprodukten münden (Werbeplakate, Schülerzeitung, Nichtraucherwerbespot, Rundfunkwerbung/Hörspiel, Internetseite oder Trickfilm). Das Handmaterial dient auch als Leitfaden für die Projektschulen, die Inhalte des Projekts kontinuierlich aufzugreifen und weiterzuarbeiten.

Aufbauend auf dem Handmaterial werden Fortbildungen für Lehrerinnen und Lehrer über das Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (ThILLM) angeboten. Eine besondere Zielgruppe in diesem Prozess sind die Fachberaterinnen und Fachberater Heimat- und Sachkunde aus dem Grundschulbereich an den Thüringer Schulämtern. Perspektivisch sind Workshops zum Thema „Medienarbeit in der Gesundheitsförderung“ in Kooperation mit dem Landesfilmdienst Thüringen e. V. geplant.

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

Die modellhafte Umsetzung des Projekts durch die AGETHUR erfolgt in enger Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Die für Gesundheitsförderung und Prävention zuständigen Stellen an den Landratsämtern und in den Stadtverwaltungen nehmen Kontakt mit interessierten Schulen auf. Diese Akteure sind zum Teil selbst in Schulen tätig bzw. vermitteln gesundheitsfördernde Angebote an die Schulen. Sie begleiten das Projekt in allen Phasen seiner Umsetzung und stellen das Bindeglied zwischen der AGETHUR, dem Landesfilmdienst Thüringen e. V., den beteiligten Schulen sowie Akteuren der Gesundheitsförderung/Suchtprävention in der Region dar. Den Schulen steht zur Verstärkung des Themas ein regionaler Ansprechpartner zur Verfügung. Über die Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes kann das Projekt in die Region getragen werden. Das Projekt stellt einen Baustein in einem ganzheitlichen schulischen Konzept zur Tabakprävention dar. Es kann bestehende Aktivitäten ergänzen bzw. einen ersten Schritt der Auseinandersetzung einer Schule mit dem Thema bedeuten. An folgendem Beispiel können diese Entwicklungen verdeutlicht werden.

Eine Grundschule in einem Plattenbaugebiet entwickelte sich in den vergangenen Jahren zu einer „rauchfreien Schule“ und strebt nunmehr ein Schulprofil „Gesundheit“ im Rahmen eines systematischen Schulentwicklungspro-



zesses an. Das Projekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“ soll neben der Umsetzung eines jahrgangsübergreifenden Lebenskompetenzprogramms und anderer gesundheitsförderlicher Aktivitäten zu einem festen Baustein in diesem Prozess werden. Diese Entwicklung nimmt gleichzeitig Einfluss auf die sich im Haus befindliche Regelschule.

Darüber hinaus werden die Eltern in die Projektarbeit eingebunden, und zwar über Elternabende, die Teilnahme an der Präsentation der entstandenen Medienprojekte und die Schulkonferenz. Ziel ist es, auch die Familien für das Thema Tabakprävention zu sensibilisieren, damit die Auseinandersetzung mit den Inhalten des Projekts auch im Elternhaus weitergeführt wird.

Neben der bereits gut funktionierenden Vernetzung auf kommunaler Ebene (zum Beispiel mit dem ÖGD und anderen Angeboten und Projekten in den beteiligten Schulen) soll es perspektivisch das Ziel sein, die Umsetzung und Multiplizierung des Projekts mit landesweiten Aktivitäten zur Förderung des Nichtrauchens stärker zu verzahnen (zum Beispiel „Be smart – Don’t start“, „Rauchfreie Schule“, „Klasse2000“) bzw. mit den Präventionsinhalten anderer Träger zu kombinieren.

**Kontakt**

Uta Schröder

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGETHUR

Carl-August-Allee 1

99423 Weimar

Bundesland: Thüringen

Telefon: 03643-59223

Telefax: 03643-501899

E-Mail: [info@agethur.de](mailto:info@agethur.de)

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

# 5. Weiterführende Informationen zum Thema

## Literatur

Good Practice ist ein Thema, das in der Literatur zur Gesundheitsförderung noch nicht hinreichend berücksichtigt wurde. Wir möchten Ihnen deshalb mit dieser Liste zunächst einen Überblick über hilfreiche Literatur aus den angrenzenden Bereichen Evaluation, Qualitätssicherung sowie Evidenzbasierung bieten.

## **Gesundheitsförderung**

- *Trojan, A., Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Verlag für akademische Schriften, Frankfurt am Main.*

Liefert eine umfassende Gesamtdarstellung der Gesundheitsförderungsbewegung und erläutert dabei ihre Leitkonzepte und zentralen Begrifflichkeiten.

## **Evaluation**

- *Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (1997): Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation. Bern. Dokument zum Download (PDF).*

Dieser übersichtlich strukturierte Leitfaden bietet praktische Hilfestellung bei der Planung einer Projekt- bzw. Programmevaluation sowie der Aushandlung entsprechender Mandate an externe Partner. Zum Download: <http://www.bag.admin.ch/cce/publikationen/leitfaden/d/leitfaden.pdf>

- *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. Dokument zum Download.*

Dieses Buchkapitel stellt einen konzeptionellen wie praktischen Rahmen vor, der konkrete Hilfestellung bei der Umsetzung von Evaluationsvorhaben im Bereich der Gesundheitsförderung bieten soll. Zum Download: [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_43](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_43)

## **Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung**

- *Altgeld, T., Bunzendahl, I., Kiene, H., Prümel-Philippson, U. (1997): Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen – Leitfragen zur Umsetzung. Bundesvereinigung für Gesundheit e. V., Bonn.*

Ein Reader, der Leitfragen für die Qualitätsentwicklung für verschiedene Zusammenhänge der Gesundheitsförderung formuliert. Zum Download: <http://www.bvgesundheit.de/pdf/qm.pdf>

- *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.) (2002): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention (Band 15). Köln.

Ein Buch, das verschiedene Aspekte, Ansätze und Entwicklungen des Qualitätsmanagements aufzeigt und diese mit einer Sammlung von Praxisbeispielen belegt. Zum Download: [http://www.bzga.de/bzga\\_stat/pdf/60615000.pdf](http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/60615000.pdf)

- *Cloetta, B., Spencer, B., Spörri, A., Ruckstuhl, B., Broesskamp, U., Ackermann, G.* (2004): Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. *Prävention*, 03, S. 67–72.

In diesem Artikel wird ein Modell zur Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsmaßnahmen vorgestellt. Es soll in der Projektplanungs- sowie der Auswertungsphase einsetzbar sein.

- *Grossmann, R., Scala, K.* (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Ein Leitfaden für das Projektmanagement, der das Konzept der Gesundheitsförderung mit einer Theorie der Organisationsentwicklung verknüpft. Angelunkte und Stolpersteine in der Projektdurchführung werden herausgearbeitet.

- *Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.* (Hrsg.) (1998): Qualität(en) in der Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte, Ansätze und Perspektiven. TK, Hannover.

Ein Manuskript, das verschiedene Ansätze der Qualitätssicherung aus den Bereichen betriebliche und schulische Gesundheitsförderung sowie der Erwachsenenbildung dokumentiert.

- *Luber, E., Geene, R.* (Hrsg.) (2004): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.

Dieser Sammelband führt Qualitätskriterien aus verschiedenen Blickwinkeln von Wissenschaft und Praxis zusammen. Dabei werden grundlegende Begrif-

fe erklärt sowie ihre praktische Anwendung diskutiert. Zum Download: [http://www.gesundheitberlin.de/download/Evidenzbasierung\\_in\\_der\\_Gesundheitsförderung.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Evidenzbasierung_in_der_Gesundheitsförderung.pdf)

- *Nutbeam, D.* (1998): Evaluating Health Promotion – Progress, Problems and Solutions. Health Promotion International, 13 (1), pp. 27–44.

Ein Artikel, der auf die Schwierigkeiten der Evaluation gesundheitsförderlicher Interventionen eingeht. Anhand eines Modells werden verschiedene Outcomes von Interventionen und Stadien von Evaluationen definiert. Darüber hinaus werden alternative Evaluationsansätze für bevölkerungsbezogene Interventionen diskutiert.

## Ressourcen im Internet

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

Internetplattform des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Hier finden sich Informationen rund um die Thematik, eine bundesweite Praxisdatenbank und aktuelle Informationen zum Auswahlprozess von Good Practice.

### **[www.deutscher-praeventionspreis.de](http://www.deutscher-praeventionspreis.de)**

Der deutsche Präventionspreis wird jährlich auf einem ausgewählten Teilgebiet der Prävention vergeben. Neben dem Ausschreibungstext und den Teilnahmebedingungen werden auf der Seite Beispiele guter Praxispreisträgerinnen und -träger sowie nominierte Projekte vorgestellt. Zu den Beurteilungskriterien gehören:

- eindeutige, messbare Zielsetzung
- aktives Beteiligen der Zielgruppen in Maßnahmenplanung und -durchführung
- nachgewiesene Wirksamkeit
- Dauerhaftigkeit durch Ressourcensicherstellung
- Modellhaftigkeit
- Vernetzung relevanter Beteiligter
- Nachweis über Nachhaltigkeit der Interventionen

### **[www.healthorg.ch](http://www.healthorg.ch)**

*Datenbank für Akteurinnen und Akteure aus Gesundheitsförderung und Prävention.*



Healthorg ist eine nationale, von Gesundheitsförderung Schweiz und den kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung getragene Internetdatenbank. Sie bietet Informationen über die Akteurinnen und Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention sowie über ihre Aktivitäten und Angebote.

Akteure, die sich in die Datenbank eintragen lassen wollen, müssen in bestimmte, auf der Website veröffentlichte Kategorien einzuordnen sein. Die Grundanforderungen orientieren sich an der Definition von Gesundheitsförderung der WHO. Die Aufnahmekategorien für die Datenbank sind auf der Homepage unter „Hilfe“ einzusehen.

### **www.quint-essenz.ch**

Die Website wird von „Gesundheitsförderung Schweiz“ betreut. Sie richtet sich an alle Personen und Institutionen, die sich mit der Planung und Durchführung von Projekten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Sie enthält Elemente aus dem Projekt- und Qualitätsmanagement sowie der Gesundheitsförderung und bietet Instrumente für die Planung und Umsetzung von Projekten.

Die Seite bietet Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention Unterstützung durch ein gut ausgearbeitetes und übersichtliches System von Hilfsmitteln wie zum Beispiel Begriffsdefinitionen, erläuterte Qualitätskriterien sowie Checklisten für Projektplanung, -durchführung und -evaluation.

### **www.fgoe.org**

*Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)*

Die Arbeit des FGÖ basiert auf dem Gesundheitsförderungsgesetz 1998. Die Aufgaben des FGÖ reichen von der settingorientierten Gesundheitsförderung über Maßnahmen primärer Verhaltens- und Verhältnisprävention bis hin zur gesundheitlichen Information und Aufklärung. Hierbei sollen im Austausch mit Praktikerinnen und Praktikern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Gesundheitsförderung u. a. zielführende Methoden, Strategien und Models of Good Practice der Gesundheitsförderung entwickelt und identifiziert werden. Auf der Internetseite befinden sich Jahresberichte, Arbeitsprogramme und Evaluationen. Ferner sind dort Arbeitsgrundsätze und Förderkriterien zu finden, die sich an den Leitlinien der WHO (Ottawa-Charta) orientieren, ferner Arbeitsschwerpunkte und Aktivitäten sowie Informationen zu Kampagnen und der Gesundheitsförderungskonferenz.

**<http://www.publichealth.nice.org.uk/>**

*Public health excellence at NICE (National Institute for Clinical Excellence) (Großbritannien)*

NICE arbeitet mit staatlichen Institutionen (Department of Health) und Nicht-Regierungsorganisationen sowie Forschungsinstituten zusammen. Ein Arbeitsschwerpunkt liegt in der Erforschung, welche Interventionen und Maßnahmen wirksam sind, um Gesundheit zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Ziel ist es, Evidenzbasierung in die Praxis einzubringen und politische Entscheidungsträgerinnen und -träger, Fachleute sowie Praktikerinnen und Praktiker zu beraten.

NICE bietet verschiedene Menüpunkte an, von denen für das Thema Evidenzbasierung folgende zwei Seiten besonders interessant sind:

- „Evidence Base“ schafft Zugang zu englischsprachig verfügbaren Informationen bezüglich Evidenzbasierung und gesundheitlicher Ungleichheit. Zielgruppe sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Praktikerinnen und Praktiker im Bereich Public Health.
- „HealthPromis“ ist die nationale Gesundheitsförderungsdatenbank für England. Sie enthält Links zu offiziellen Publikationen, Studien, Büchern, Forschungsvorhaben, Websites, Zeitschriften und anderen Quellen.

**<http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWeb/home.aspx/>**

*Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre Information (Eppi-Centre) (Großbritannien)*

Das Eppi-Centre ist Teil der Social Science Research Unit (SSRU) des Institute of Education der Universität von London. Das Institut wurde 1993 gegründet und beschäftigt sich mit der Untersuchung evidenzbasierter Arbeit bei sozialen Interventionen. Das Centre ist der formale Partner der Campbell Collaboration. Es hat drei miteinander verbundene Arbeitsschwerpunkte:

- Gesundheitsförderung: Gründliche Bewertung der Forschung, die Gesundheitsförderung evaluiert.
- Sammlung von Forschungsergebnissen zu Evidenz im Erziehungsbereich: Bereitstellung einer zentralen Ressource für diejenigen, die zur Verfügung stehende Forschungsarbeiten selbst begutachten wollen und für diejenigen, die Übersichten nutzen wollen, um Politik und Praxis kompetent zu beraten.
- Perspektiven und Partizipation: Das Eppi-Centre entwickelt Methoden und bietet Unterstützung für die Stärkung der Rolle von Laien bei der Durchführung von Forschungsarbeiten im Gesundheitsbereich und bei der Nutzung von Forschungsergebnissen, um kompetente Entscheidungen zu treffen.

### **www.EuroHealthNet.org**

*The European Network of Health Promotion Agencies*

EuroHealthNet ist eine Organisation, die sich zum Ziel gesetzt hat, zu einem gesünderen Europa mit größerer gesundheitlicher Chancengleichheit innerhalb und zwischen den europäischen Ländern beizutragen. Hinsichtlich „Good Practice“ sind vor allem die Projektbereiche der Organisation interessant: Social Inclusion (soziale Einbeziehung), Health Inequalities (gesundheitliche Ungleichheit), Getting Evidence into Practice (praxisorientierte Evidenzbasierung), Healthy Ageing (gesundes Altern) und Health Impact Assessment (Gesundheitsfolgenabschätzung).

### **www.nigz.nl/getting evidence/**

Das europäische Projekt „Getting Evidence into Practice“ wird vom Netherlands Institute for Healthpromotion and Disease Prevention (NIGZ) koordiniert. Das Projekt möchte die europäische Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung stärken und in einer gemeinsamen Anstrengung Instrumente zur Entwicklung, Erzeugung und Implementierung von Evidenz erarbeiten. Hierzu sollen Prinzipien zusammengestellt werden.

### **www.iuhpe.org**

Die International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) möchte weltweit dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheit zwischen den verschiedenen Ländern und innerhalb der Länder abzubauen. Sie verfolgt vier Ziele:

- das Eintreten für gesundheitsfördernde Aktivitäten in der ganzen Welt,
- die Entwicklung von Wissensgrundlagen für eine effektive Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung,
- die Verbesserung der Qualität und Effektivität von Politik und Praxis in den Bereichen Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung,
- die Förderung von Capacity-Building in Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung.

Hinsichtlich der Thematik „Good Practice“ ist besonders das Projekt „Global Programme on Health Promotion Effectiveness“ (GPHPE) interessant.

### **www.bestpractices-healthpromotion.com**

Diese Seite beschreibt ein Konzept, das sich „Interactive Domain Model of Best Practice in Health Promotion“ (IDM) nennt. Neben einem Manual enthält die Seite auch praktische Anwendungsbeispiele und verschiedene Hilfsmittel zur Identifizierung von „Best Practice“ in der Gesundheitsförderung.

derung. „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/overview/recs-to-date.pdf>**

**<http://www.thecommunityguide.org/>**

Das Center of Disease Control CDC (USA) bietet einen Überblick über systematische Reviews für bevölkerungsbezogene und klinische Präventionsinterventionen.

# 6. Glossar

Die Definitionen der folgenden Begriffe basieren auf dem Verständnis des beratenden Arbeitskreises des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Die Begriffe reflektieren die Meinung seiner Mitglieder unter Berücksichtigung der nationalen und internationalen Fachliteratur.

## Benchmarking

Benchmarking bezeichnet den Prozess des Vergleichens und Messens von institutionsinternen Produkten, Dienstleistungen und Prozessen mit denen der besten oder anerkannten Konkurrentinnen und Konkurrenten bzw. Vergleichspartnerinnen und -partner. Der Vergleich mit den Besten soll die eigene Leistungsfähigkeit erhöhen.

## Capacity-Building

Der Begriff Capacity-Building wird in der Gesundheitsförderungsliteratur unterschiedlich verwandt. Er bezeichnet:

- die Fähigkeit, auf bestimmte Gesundheitsprobleme mit entsprechenden Programmen und → Maßnahmen zu reagieren, das heißt der Begriff bezieht sich auf die Entwicklung von Strukturen, Organisation, Kenntnissen und Ressourcen (*Health Infrastructure or Service Development*),
- die Fähigkeit, ein Programm oder eine Maßnahme dauerhaft vorzuhalten, entweder durch den gleichen Träger oder durch die Übernahme des Konzepts durch einen anderen Akteur bzw. eine andere Akteurin und/oder durch die Einbindung in Netzwerkstrukturen. Programmschwerpunkte können dabei auch ausgeweitet werden (*Program Maintenance and Sustainability*),
- die Entwicklung der Problemlösungsfähigkeit von Organisationen, Gemeinden, Zielgruppen hinsichtlich der Identifizierung von Gesundheitsproblemen und der Möglichkeiten, sie zu lösen (lernende Organisationen). Dies geschieht durch den Erwerb von Fertigkeiten und Erfahrungen, die in einem Programm vermittelt wurden und die über die ursprüngliche Intervention hinaus Effekte auch in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen zeigen (*Problem-Solving Capability of Organisations and Communities*).

## Empowerment

Empowerment in der → Gesundheitsförderung ist die Befähigung und Stärkung der Menschen zur gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen.

→ Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit → Gesundheit und Krankheit. Sie hilft den Menschen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und ermöglicht ihnen zugleich, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer → Gesundheit zugute kommen. Durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktion sollen diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden.

Empowerment trägt dazu bei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, die verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuelle chronische Erkrankungen und Behinderungen angemessen zu bewältigen. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen als auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Öffentliche Körperschaften, Privatwirtschaft und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die traditionellen Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen.

## **Evaluation**

Unter Evaluation versteht man das systematische Sammeln, Analysieren und Bewerten von Informationen über Aktivitäten, Eigenschaften und Ergebnisse von → Projekten, Personen und Produkten. Durch Evaluation werden wichtige Kenntnisse über Stärken und Schwächen eines Projekts oder einer → Maßnahme gewonnen. Dadurch verbessern sich die Grundlagen für projektbezogene Entscheidungen und es wird eine Basis für die Erhöhung der Effektivität und Effizienz geschaffen. Es können sowohl Strukturen (Strukturevaluation), Prozesse (Prozessevaluation) als auch Ergebnisse und Wirkungen der Maßnahmen (Ergebnisevaluation) evaluiert werden. Während Evaluation den Aspekt der Bewertung und Forschung betont, steht beim Qualitätsmanagement die Nutzung für die Praxis im Vordergrund.

Evaluation in der → Gesundheitsförderung kann sehr unterschiedlichen Zwecken dienen:

- Entscheidungshilfe bezüglich der Weiterführung von Projekten,
- Verbesserung von Strategien und Maßnahmen,
- Projektsteuerung,
- Legitimation bei der Verwendung öffentlicher Gelder oder gegenüber Zielgruppen und Fachöffentlichkeit,
- Untersuchung wissenschaftlicher Fragestellungen.

Die jeweilige Zielsetzung bedingt unterschiedliche Vorgehensweisen und Methoden. Je nach Zweck der Evaluation ist die Anwendung unterschiedlicher Evaluationsformen (Selbst- oder Fremdevaluation) und Evaluations-typen (Planungs-, Prozess- oder Ergebnisevaluation) sinnvoll.

Bei Evaluationen gesundheitsfördernder Projekte sollten folgende Punkte untersucht werden:

- Machbarkeits- oder Feasibilitystudien berücksichtigen die Plausibilität einer Intervention, die Akzeptanz für die verschiedenen Interessengruppen

(Stakeholder) sowie die technische Durchführbarkeit eines Projekts oder einer Maßnahme in ihrem spezifischen sozialen Kontext.

- Monitoring und Prozessevaluationen untersuchen die Qualität der Implementierung einer Maßnahme.
- Ergebnisevaluationen untersuchen die Effektivität, die → Nachhaltigkeit und die Effizienz (Impact, Outcome) eines Projekts oder einer Maßnahme.

Zusammenfassend kann man Evaluation beschreiben als kritische, analytische Interpretation durch systematische Erhebung gewonnener (nicht routinemäßig verfügbarer) Informationen, das Ableiten von Schlussfolgerungen daraus und letztlich die Beurteilung und/oder Bewertung eines Projekts oder einer Maßnahme mit dem Ziel, sie zu verbessern.

## **Evidenz**

Evidenz und evidenzbasierte Praxis sind Begriffe, die sich in neuerer Zeit, vor allem in der Medizin und teilweise auch im Public-Health-Bereich, durchgesetzt haben. In der → Gesundheitsförderung hat das Thema einer evidenzbasierten Praxis erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und zu einer breiteren Diskussion geführt. In der Medizin wird Evidenz als ein wissenschaftlich fundiertes, beweiskräftiges Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Interventionen bezeichnet. Es ist Basis für die Entwicklung von Qualitätsstandards bzw. Leitlinien für die medizinische Praxis. Dabei wird von einer „Evidenzhierarchie“ ausgegangen. Die randomisierte kontrollierte Studie (RCT) steht auf der obersten Stufe und wird als „Goldstandard“ betrachtet. Für die → Gesundheitsförderung besteht bislang noch kein Konsens, was Evidenz bedeutet, welche Art von Evidenz für ihren komplexen Ansatz angemessen ist, wie die Ergebnisse/Wirkungen in der Gesundheitsförderung aussehen und wie diese gemessen werden können.

Ein Evidenzbegriff, wie er in der Medizin gebraucht wird, ist für die → Gesundheitsförderung fragwürdig. Die RCT gilt dort als unangemessen, ja sogar kontraproduktiv. Entsprechend wird vorgeschlagen, Evidenz in der Gesundheitsförderung als umfassendes, plausibles Wissen über die Wirksamkeit komplexer gesundheitsfördernder Aktivitäten in komplexen sozialen Systemen oder Lebenswelten zu begreifen.

## **Gesundheit**

Es gibt viele unterschiedliche Definitionen von Gesundheit. Sie beeinflussen die Sichtweise auf die einzusetzenden Mittel zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten und Förderung von Gesundheit. Sie entscheiden auch



darüber, in welchem Maße den Menschen Selbstverantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übertragen werden kann oder soll.

In den letzten Jahrzehnten gab es zwei Ansätze, die in besonderer Weise die heutige Sicht von Gesundheit und Krankheit geprägt haben: die Internationale Konferenz von Alma Ata 1978 und das salutogenetische Konzept von Aaron Antonovsky.

1978 wurde auf der Internationalen Konferenz von Alma Ata eine Erklärung verabschiedet, die richtungweisend für Basisgesundheitsversorgung und → Gesundheitsförderung wurde und noch heute die Diskussion bestimmt. In ihrem ersten Paragraphen wird Gesundheit folgendermaßen definiert:

„§ 1. Die Konferenz bekräftigt, dass Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur Abwesenheit von Krankheit ist und dass sie ein fundamentales Menschenrecht darstellt. Das Erreichen des höchsten Niveaus von Gesundheit ist eines der wichtigsten sozialen Ziele weltweit, dessen Realisierung den Einsatz von vielen anderen sozialen und wirtschaftlichen Sektoren zusätzlich zum Gesundheitswesen erfordert.“

Antonovsky betont gegenüber der starken Ausrichtung der Medizin auf Risikofaktoren die Stärkung der Gesundheitsressourcen eines Menschen. Im salutogenetischen Konzept interessiert vor allem, warum Menschen gesund bleiben und nicht so sehr, warum sie krank werden. Während man in der westlichen Medizin im Allgemeinen davon ausgeht, dass sich Gesundheit und Krankheit ausschließen, stellt Antonovsky dieser Sichtweise die Vorstellung eines Kontinuums gegenüber, auf dem Menschen als mehr oder weniger krank, bzw. mehr oder weniger gesund eingestuft werden. Dabei existiert kein strenges zeitliches Nacheinander von Gesundheit und Krankheit, sondern ein gleichzeitiges Nebeneinander von verschiedenen Zuständen objektiven und subjektiven Wohlbefindens.

## **Gesundheitliche Ungleichheit**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert verschiedene Ebenen der Ungleichheit, deren gesundheitliche Folgen bekämpft werden sollen:

- die Kluft zwischen besser gestellten und schlechter gestellten sozialen Schichten innerhalb einzelner Gesellschaften, hierbei insbesondere der ungleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung,
- die Kluft zwischen ärmeren und reicheren Ländern

sowie als weitere Querschnittsthemen:

- die Chancenungleichheit zwischen den Generationen, die durch die Verursachung von Umweltrisiken und deren gesundheitliche Folgen bedingt wird,
- die Chancenungleichheit zwischen den Geschlechtern in der gesundheitlichen Versorgung.

Für diese Formen der Ungleichheit bedeutet Chancengleichheit die Herstellung gleicher Möglichkeiten, gesund zu sein und gesund zu bleiben, unabhängig vom sozialen Status, nationaler Zugehörigkeit, Ethnie, Generation, Alter und Geschlecht. Einer der wesentlichen Ansätze zur Förderung von Chancengleichheit in der → Gesundheit ist der → Settingansatz.

## **Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Sie zielt darauf, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre → Gesundheit beeinflussen (Gesundheitsdeterminanten), zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz und umfasst ausdrücklich sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen (Gesundheitshandeln) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Verhältnisse/Strukturen/Kontexte).

## **Good Practice**

Als Good Practices in der → Gesundheitsförderung werden diejenigen → Maßnahmen und Aktivitäten bezeichnet, die mit den Werten und Theorien der Gesundheitsförderung übereinstimmen, deren Wirksamkeit belegt ist und die geeignet sind, die Ziele der Gesundheitsförderung in einer gegebenen Situation zu erreichen. Im Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wird der Begriff „Good Practice“ statt des weitergehenden Begriffs „Best Practice“ verwendet, da die zahlreichen → Projekte und Maßnahmen nicht ausgeschlossen werden sollen, die gute und vorbildliche, aber nicht in allen Bereichen „beste“ Arbeit leisten. Ihre Expertise soll nicht verloren gehen, sondern anderen Projekten und Interessierten zugänglich gemacht werden.

## **Indikator**

Indikatoren sind Merkmale, deren Größe bzw. Ausprägung messbar oder konkret überprüfbar ist. Ein Indikator dient als Ersatzmaß für die Erhebung von

Informationen über bzw. die Messung von Phänomenen, die selbst nicht direkt gemessen werden können. So ist zum Beispiel der pro Kopf in einem Land während eines Jahres insgesamt konsumierte Alkohol indikativ für das Ausmaß des Alkoholabusus. Mit Indikatoren lassen sich Veränderungen von Situationen anzeigen. Sie reduzieren vielschichtige Sachverhalte und Problemlagen auf eine konkrete Dimension.

### **Innovativer Charakter**

In → Gesundheitsförderung und → Prävention sind diejenigen → Projekte und → Maßnahmen innovativ, die durch Anwendung neuer Ideen, Techniken und Methoden neuartige Lösungen für bestimmte Probleme und Herausforderungen praktizieren. Angestrebt wird die Umsetzung bisher nicht realisierter Möglichkeiten und damit eine Optimierung der Zielerreichung.

Es ist jedoch zu bedenken, dass eine Idee, die an einem Ort zu einem bestimmten Zeitpunkt innovativ ist, anderswo Standard sein kann. Der innovative Charakter von Projekten muss je nach den Rahmenbedingungen unterschiedlich eingeschätzt werden, denn verschiedene Sozialräume verfügen über verschiedene Voraussetzungen.

Kontinuierlich arbeitende Maßnahmen oder Regelangebote müssen gegenüber kurzfristigen Projekten, die häufiger mit Innovation assoziiert werden, nicht im Nachteil sein, wenn sie bereit sind, auf gesellschaftliche Entwicklungen zu reagieren und fähig sind, sich zu verändern. Innovation ist somit auch ein Balanceakt im Spannungsfeld von Bewahren und Verändern, zwischen Kreativität und Zuverlässigkeit und zwischen Risikobereitschaft und Qualitätsgewährleistung.

### **Integriertes Handlungskonzept**

Ein integriertes Handlungskonzept liegt dann vor, wenn bei der Realisierung eines → Projekts oder Vorhabens alle zur Planung und Umsetzung notwendigen Akteurinnen und Akteure, zum Beispiel aus Politik, Verwaltung oder Praxis, einbezogen sind. Dies schließt auch die Zielgruppen der Projekte ein, die möglichst bereits an der Konzeptentwicklung beteiligt werden sollten. Integrierte Handlungskonzepte sind gegenüber Einzelmaßnahmen wesentlich komplexer und stoßen sowohl Kommunikations- und Koordinationsprozesse als auch Lernprozesse zwischen den Akteurinnen und Akteuren an. Sie sind gekennzeichnet durch ergebnisoffene Prozesse, in denen Ziele, Maßnahmen zur Problemlösung und Organisationsformen sowie Verfahrensweisen gemeinsam formuliert und festgelegt werden. Ein integriertes Handlungskon-

zept strebt eine effektive Zusammenarbeit und eine Ressourcenoptimierung an. Besonders im Quartiersmanagement haben sich integrierte Handlungskonzepte bewährt.

### **Maßnahme**

Eine Maßnahme ist eine konkrete Handlung oder ein Set konkreter Handlungen mit festgelegten Terminen und Verantwortlichkeiten. Sie wird ergriffen, um ein Ziel oder Zwischenziel zu erreichen. Im Gegensatz zu → Projekten sind hier in der Regel zeitlich unbefristete Regelangebote gemeint.

### **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren**

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der → Gesundheitsförderung sind alle Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich auf Gesundheitsförderung und → Prävention bei den Zielgruppen hinwirken (zum Beispiel aus den Bereichen Familienberatung, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Gesundheitsförderung sowie bei Lehrerinnen und Lehrern, Ärztinnen und Ärzten etc.). Eine besondere Gruppe bilden Politikerinnen und Politiker, die Verhältnisse und Strukturen mitbestimmen und damit → Gesundheit entscheidend beeinflussen.

Angebote können sich direkt an Personengruppen wenden, von denen angenommen wird, dass sie einen hohen Multiplikationseffekt haben, wie die oben genannten Berufsgruppen (zum Beispiel Fortbildungsveranstaltungen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Lehrkräfte zum Thema Suchtprävention). Es kann jedoch auch das Ziel eines → Projekts sein, Betroffene, in diesem Fall sozial Benachteiligte, im Laufe der Projektdurchführung zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu machen und in diesem Sinne zu schulen (Beispiele: „Ex-User“ beraten Drogenabhängige; jugendliche Besucher eines Jugendzentrums werden zu „Peers“).

### **Nachhaltigkeit**

Nachhaltigkeit in gesundheitsfördernden → Projekten besteht dann, wenn die intendierten Wirkungen eines Angebots nach dessen Ablauf weiterhin bestehen bzw. ein Projekt Wirkungen über seine begrenzte Dauer hinaus erzeugt. Eine besondere Bedeutung für die Nachhaltigkeit hat die Kontinuität eines Projekts, das heißt wenn eine dauerhafte Fortführung gesichert und selbsttragende Strukturen entwickelt werden.

### **Niedrigschwelligkeit**

Niedrigschwellige → Projekte versuchen das Problem anzugehen, dass sozial benachteiligte Zielgruppen herkömmliche Beratungsangebote mit so genann-

ter „Kommstruktur“ nicht in Anspruch nehmen. Selbst die Initiative zu ergreifen, sich in ein unbekanntes Umfeld zu begeben und mit sozial meist höher gestellten Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern zu sprechen, stellt oft eine zu hohe Schwelle dar, als dass diese Angebote wahrgenommen würden. Daher werden oft diejenigen Personen, die besonders dringend Unterstützung und Hilfestellungen benötigen, nicht erreicht und es besteht die Gefahr, dass sich ihre ohnehin heikle Lage noch verschlechtert.

Niedrigschwellige Projekte dagegen warten nicht, bis Menschen Kontakt zu ihnen aufnehmen, sondern gehen unmittelbar auf die Zielgruppen ihrer Arbeit zu, um sie zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt erreichen zu können. Dies gelingt am besten durch das Aufsuchen und Begleiten der Zielgruppe in ihrer Lebenswelt (→ Settingansatz), zum Beispiel

- Schülerinnen und Schüler/Jugendliche in der Schule oder in Freizeiteinrichtungen,
- Kinder im Vorschulalter in Kindertagesstätten,
- Wohnungslose und Drogenabhängige auf der Straße/in Szenetreffs durch Streetwork,
- Beschäftigte in Betrieben,
- allein erziehende Mütter im Stadtteil.

Darüber hinaus soll die Erreichbarkeit der Zielgruppen durch unkomplizierte Terminabsprachen und zielgruppenorientierte Öffnungszeiten von Einrichtungen gefördert werden. Offene Angebote tragen dazu bei, Kontakte zu erleichtern.

## **Partizipation**

Partizipation in der → Gesundheitsförderung kann unterschiedliche Ausprägungen annehmen. Je nach Art des → Projekts bzw. des Angebots, der Zusammensetzung und Motivation der Zielgruppen, wie auch bezüglich des Umfangs des Projekts können unterschiedliche Beteiligungsformen förderlich und notwendig oder auch überfordernd und hemmend sein. Partizipation umfasst die Formulierung von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen, die Beteiligung an Regelerstellungen sowie die aktive Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluierung der Angebote.

Wenn die Fähigkeiten der Zielgruppe für die Durchführung von Entscheidungsfindungsprozessen nicht ausreichend sind, sollten die notwendigen Kompetenzen geschult werden, um darauf aufbauend auch zu einer Beteili-

gung der Zielgruppe zu gelangen. Partizipation kann erleichtert und ermöglicht werden durch:

- Förderung von Wahrnehmung persönlicher Kompetenzen/Stärkung des Selbstwertgefühls,
- Förderung von Eigeninitiative,
- Förderung von Lernbereitschaft,
- Förderung der Gruppenfähigkeit,
- Aktivierung zur Äußerung von Wünschen und Bedürfnissen,
- Förderung des Verantwortungsgefühls (→ Empowerment, → Settingansatz).

## **Prävention**

Prävention ist die Verhütung von Krankheiten durch vorbeugende → Maßnahmen zur Ausschaltung von Krankheitsursachen und -risiken, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit.

In der Regel wird nach dem Zeitpunkt des Eingreifens unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention:

- Primärprävention trägt durch Ressourcenstärkung und Belastungssenkung zur Verhinderung von Krankheit bei.
- Sekundärprävention zielt darauf ab, durch Früherkennung und adäquate Frühbehandlung in den Entstehungsprozess einer Krankheit einzugreifen und damit den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen.
- Durch Tertiärprävention sollen bei Kranken Rückfälle und Chronifizierung verhindert werden. Nach dem Ansatzpunkt wird auch unterschieden in Verhaltens- und Verhältnisprävention.

## **Projekt**

Projekte sind komplexe, räumlich, zeitlich und finanziell begrenzte Vorhaben, die auf bestimmte Ziele ausgerichtet sind und bestimmte Resultate hervorbringen sollen.

## **Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung**

Qualität im Gesundheitswesen bezeichnet das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen. In der Qualitätsdiskussion wird nach Donabedian unterschieden zwischen:

- Strukturqualität: Ausstattung eines → Projekts oder Leistungserbringers mit Finanzmitteln, Räumen, Arbeitsmitteln, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern etc.,

- Prozessqualität: die Art und Weise der Projektdurchführung oder Leistungserbringung,
- Ergebnisqualität: die erreichten Effekte eines Projekts oder einer → Maßnahme.

Seit Beginn der Qualitätsdiskussion hat es entscheidende Veränderungen im Verständnis von Qualität und der Art und Weise, wie man sie am besten sichert, gegeben. Bezog sich der Begriff Qualität anfangs nur auf ein gefertigtes Produkt, so wurden mit der Zeit immer weitere Qualitätsdimensionen in das Konzept der Qualitätssicherung mit einbezogen. Das Qualitätsverständnis wurde zuerst auf die Kundenzufriedenheit, in einem weiteren Schritt auf alle Arbeitsabläufe, Dienstleistungen und auch die vorhandenen Strukturen ausgedehnt.

Mehr und mehr traten die Arbeitsprozesse einer Organisation in den Vordergrund des Interesses. Qualität betraf nun alle Bereiche, alle Aufgaben und alle Personen in einem Betrieb oder einer Organisation. Der Begriff „Qualitätssicherung“ wurde durch den Begriff „Qualitätsmanagement“ abgelöst. Der damit einhergehende Paradigmenwechsel setzte in Deutschland erst in den 80er-Jahren ein. Qualität soll nicht mehr kontrolliert oder gesichert werden, Qualität soll produziert und kontinuierlich verbessert werden. Auf diesem Verständnis basiert das moderne Qualitätsmanagement. Da dieses nun nicht mehr an ein Produkt gebunden ist, kann es in Organisationen jeglicher Art angewendet werden.

Für viele Einrichtungen der → Gesundheitsförderung ist dies jedoch schwierig, da es schwer fällt, so umfassende Ziele wie → Gesundheit, Verbesserung der Lebensqualität oder Initiierung von Innovationen in überprüfbare Nahziele zu transformieren. Projekte der Gesundheitsförderung können jedoch auch in ihrem Arbeitsfeld zur Verbesserung der Qualität beitragen, indem sie versuchen, die zentralen Elemente wie das Denken in Regelkreisen und Qualität als Arbeitsprinzip praxisnah umzusetzen und damit Qualität zu entwickeln.

### **Settingansatz**

Der Begriff „Setting“ bezeichnet ein überschaubares sozial-räumliches System (wie Betrieb, Schule, Krankenhaus, Stadtteil etc.), in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen. Settingorientierte Interventionen richten sich an die strukturellen Bedingungen des Settings und an die involvierten Personengruppen.

Ein Setting kann in einem umfassenden Sinn verstanden werden als ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gleiche Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter und zumindest ansatzweise verbindlicher Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von → Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf alle Formen der Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können.

Der Settingansatz wurde in den späten 80er-Jahren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Er gilt als Instrument der Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta in die Praxis (→ Gesundheitsförderung). Seine besondere Bedeutung für die Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten erhält er dadurch, dass er einen gleichermaßen verhaltens- und verhältnisorientierten Ansatz der Gesundheitsförderung darstellt.

Mit niedrigschwelligen (→ Niedrigschwelligkeit) Interventionen, die in den Lebenswelten der Zielgruppen ansetzen – zum Beispiel Schule, Betrieb, Stadtteil, Familie –, vermeiden → Projekte, die mit dem Settingansatz arbeiten, eine einseitige Ausrichtung auf Mittelschichtangehörige und eine Stigmatisierung der benachteiligten Zielgruppen. Interventionen im Setting verstehen ihre Zielgruppe als aktiv Handelnde, die an der Planung und Durchführung der → Maßnahmen beteiligt werden (→ Partizipation). Sie zielen darauf ab, Lebenskompetenzen zu vermitteln und dadurch die Betroffenen in der Wahrnehmung ihrer eigenen gesundheitsbezogenen Interessen zu stärken (→ Empowerment).

## **Soziale Benachteiligung**

Soziale Benachteiligung entsteht besonders dort, wo die Ausgangsbedingungen der persönlichen und sozialen Entwicklung beeinträchtigt sind. Dies führt dazu, dass Personen nicht vollständig an den gesellschaftlichen Prozessen teilhaben. → Indikatoren für soziale Benachteiligung sind u. a. niedriges Einkommen, niedriger beruflicher Status, niedrige Schulbildung und schwierige Lebenslagen der Betroffenen.

Die Defizite der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen führen zur Benachteiligung ganzer Gruppen – zum Beispiel Milieus mit nur eingeschränkter familiärer Sozialisation, mit schlechten oder mangelnden Sprachkenntnissen und Kulturtechniken und/oder unvollständigen oder fehlenden Qualifikationen in schulischem und beruflichem Kontext.



Soziale Benachteiligung ist abhängig von der gegebenen gesellschaftlichen Situation und den damit verbundenen individuellen Möglichkeiten. Unter Benachteiligung ist zu verstehen, dass die Chancen von Einzelnen, ein bestimmtes Ziel zu erreichen aufgrund von Faktoren, die sie selbst nicht oder kaum beeinflussen können, stark gemindert werden.

Der Zusammenhang von sozialem Status und → Gesundheit bzw. Krankheit ist durch viele internationale sozialepidemiologische Studien erwiesen. Das Ausmaß an gesundheitlichen Ungleichheiten wird an folgenden Beispielen aus Deutschland deutlich:

- *Lebenserwartung*: Eine Studie aus dem Jahr 2000 zeigt, dass Männer aus den obersten 25 % der Einkommensverteilung eine um zehn Jahre höhere Lebenserwartung haben als Männer aus den untersten 25 % (82 bzw. 72 Jahre). Bei Frauen ist der Unterschied geringer, beträgt aber immer noch fünf Jahre (86 bzw. 81 Jahre).<sup>7</sup>
- *Koronare Herzerkrankungen*: Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Gutachten 2000/2001 fest, dass in Deutschland alle kardiovaskulären Erkrankungen zusammengenommen für etwa die Hälfte der Todesursachen verantwortlich sind. Eine Auswertung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie ergibt, dass die Häufigkeit von Herzinfarkt und Schlaganfall mit abnehmendem Einkommen schrittweise zunimmt. Das Risiko der untersten Einkommensgruppe, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, ist 1,6-mal so groß wie das der obersten Einkommensgruppe.
- *Kinder- und Jugendgesundheit*: Bei Schuleingangsuntersuchungen schnitten die Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status wesentlich schlechter ab als die Kinder aus Familien mit einem mittleren oder hohen sozialen Status. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede hinsichtlich der Sprachentwicklung sowie der intellektuellen und psychomotorischen Entwicklung. Auch die Befunde Übergewicht (Adipositas) und kinderpsychiatrische Störungen traten bei Kindern aus Elternhäusern mit einem niedrigen sozialen Status häufiger auf.

Auch bei Schülern und Schülerinnen spielt der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilien eine wichtige Rolle. Bei der Selbsteinschätzung des

---

<sup>7</sup> Reil-Held, A. (2000): Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Nr. 580-00. Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Universität Mannheim.

Gesundheitszustandes bewerten arme Schüler und Schülerinnen ihren Gesundheitsstatus schlechter als die aus reicheren Elternhäusern. Dieser Unterschied wird besonders deutlich, wenn man das Fünftel aus der untersten Wohlstandsschicht mit dem des reichsten Fünftels vergleicht.

### **Zielgruppe**

Eine Zielgruppe sind diejenigen Gruppen oder Personen, auf die eine → Maßnahme, ein → Projekt oder eine Strategie etc. abzielt. Die Projekte und Maßnahmen im Rahmen der Projektdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (→ Gesundheitsförderung) richten sich an zwei unterschiedliche Zielgruppen:

- Sozial Benachteiligte sind Menschen mit niedrigem Einkommen, niedrigem beruflichen Status, niedriger Schulbildung, Menschen in schwierigen Lebenslagen; sie sind diejenigen, um „deren → Gesundheit es geht“ (einschließlich ihrer Angehörigen, Freundinnen, Freunde und Bekannten) (→ Soziale Benachteiligung).
- Projekte und Maßnahmen können sich auch an → Multiplikatorinnen und Multiplikatoren richten.

### **Hinweis**

Erläuterungen zu zahlreichen weiteren wichtigen Begriffen der Gesundheitsförderung finden sich in:

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 6. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

# 7 Struktur des Verbundprojekts „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“



Ein Verbundprojekt von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheit Berlin e.V. und BKK-Bundesverband im Rahmen der Kooperation mit allen Landesvereinigungen und Landeszentralen für Gesundheit und der Bundesvereinigung für Gesundheit

Das bundesweite Kooperationsprojekt wurde 2001 von der BZgA initiiert und wird getragen aus einer Kooperation zwischen BZgA, allen Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung für Gesundheit sowie dem BKK-Bundesverband. Weitere Kooperationspartnerinnen und -partner sind das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen sowie die Landesstelle gegen Suchtgefahren Brandenburg, das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen, das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, die AOK Sachsen sowie die AOK Thüringen. Es wird begleitet durch einen Arbeitskreis aus nationalen und internationalen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Praktikerinnen und Praktikern sowie Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitsförderungs- und Wohlfahrtsbereich.

*Das zentrale Ziel ist die Stärkung guter Praxis in Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.*

Hierzu wurde im Auftrag der BZgA durch die Landesvereinigung Gesundheit Berlin e. V. eine bundesweite Erhebung von Projekten und Maßnahmen (über 10 000 Aussendungen an Gesundheits- und Wohlfahrtsverbände auf Bundes-, Landes- und Kreisebene) durchgeführt. Rund 2700 Projekte sind auf der Internetplattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) zur Zeit recherchierbar, auf der sich weitere aktuelle Informationen, Veranstaltungshinweise und Forschungsergebnisse zum Themenbereich befinden.

(Eine ausführliche Darstellung findet sich in Fachheft 22 der Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung und Vernetzung der Akteure.)

Im Jahr 2004 wurden zehn so genannte regionale Knoten auf Bundeslandebene aufgebaut, die die landesbezogenen Strukturen (z. B. Landesgesundheitskonferenzen) nutzen sollen oder neue Arbeitskreise mit Landes- und kommunalen Akteurinnen und Akteuren aufbauen, um Good Practice-Projekte zu identifizieren und zu fördern. Sie verwenden hierzu die im beratenden Arbeitskreis der BZgA entwickelten Kriterien (z. B. niedrighschwelliges Angebot, Empowerment usw.). In den einzelnen Bundesländern werden zunächst für ausgewählte Zielgruppen (z. B. Alleinerziehende oder Kinder und Jugendliche) praktische Qualitätssicherungsverfahren entwickelt und in einem partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess mit den Projektträgerinnen und -trägern realisiert.

In folgenden Ländern gibt es bereits einen regionalen Knoten:

Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen und Schleswig-Holstein.

*Steuerungskreis:* BZgA, BKK-Bundesverband, Gesundheit Berlin e. V.

*Zentrale Koordinierung:* Gesundheit Berlin e. V.  
Dr. Raimund Geene  
Friedrichstr. 231  
10969 Berlin

Bei Redaktionsschluss haben die folgenden Verbände und Institutionen eine Zusage zur zukünftigen Kooperation für den 27. 10. 2005 in Aussicht gestellt: AOK-Bundesverband, GEK Gmünder Ersatzkasse, IKK-Bundesverband, Verband der Angestelltenkrankenkassen und Arbeiter Ersatzkassen (VdAK/AEV), Bundesverband der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Diakonisches Werk, Nationale Armutskonferenz, Sozialpädagogisches Institut Berlin/Stiftung SPI und Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) Forschungsgruppe Public Health.

Die nationale Kooperation findet ihre internationale Entsprechung im europäischen Netzwerk „Closing the GAP – Strategies to tackle Health Inequalities in Europe“, in das 22 nationale Partner aus den EU-Mitgliedsstaaten eingebunden sind und in dessen Rahmen nationale Strategien zur Vermeidung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen dokumentiert und weiterentwickelt werden.

Aktuelle Informationen sind zu finden unter: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).