

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Deutsches Jugendinstitut/Universität Hamburg (Hrsg.)

Gesundheit beginnt in der Familie – eine Handreichung

Evaluation innovativer Praxisprojekte zur Gesundheitsprävention für Kinder aus sozial benachteiligten Familien in großstädtischen Wohnquartieren



Ein Forschungsprojekt
in Kooperation des
Deutschen Jugendinstituts (DJI)
und der Universität Hamburg

Deutsches Jugendinstitut/Universität Hamburg (Hrsg.)
AutorInnen: Sibylle Friedrich/Claudia Liberona/
Kerstin Oldemeier/Verena Walter/Alexander Redlich/
Jennifer Höck/ Gunda Sandmeir/Elisabeth Helming

Gesundheit beginnt in der Familie – eine Handreichung

**Evaluation innovativer Praxisprojekte zur Gesundheitsprävention für Kinder
aus sozial benachteiligten Familien in großstädtischen Wohnquartieren.**





© 2010 Deutsches Jugendinstitut e.V.

Herausgeber:

DJI München

Deutsches Jugendinstitut e.V.

Nockherstr. 2

81541 München

Tel. 0 89/62306-0

Fax: 0 89/62306-162

Universität Hamburg

Arbeitsbereich Beratung und Training

Von-Melle-Park 5

20146 Hamburg

Tel.: 0 40/42838-5464

Fax: 0 40/42838-3767

Gestaltung: Stefanie Linnartz, Grafik&Design,
www.diefarbeblau.de

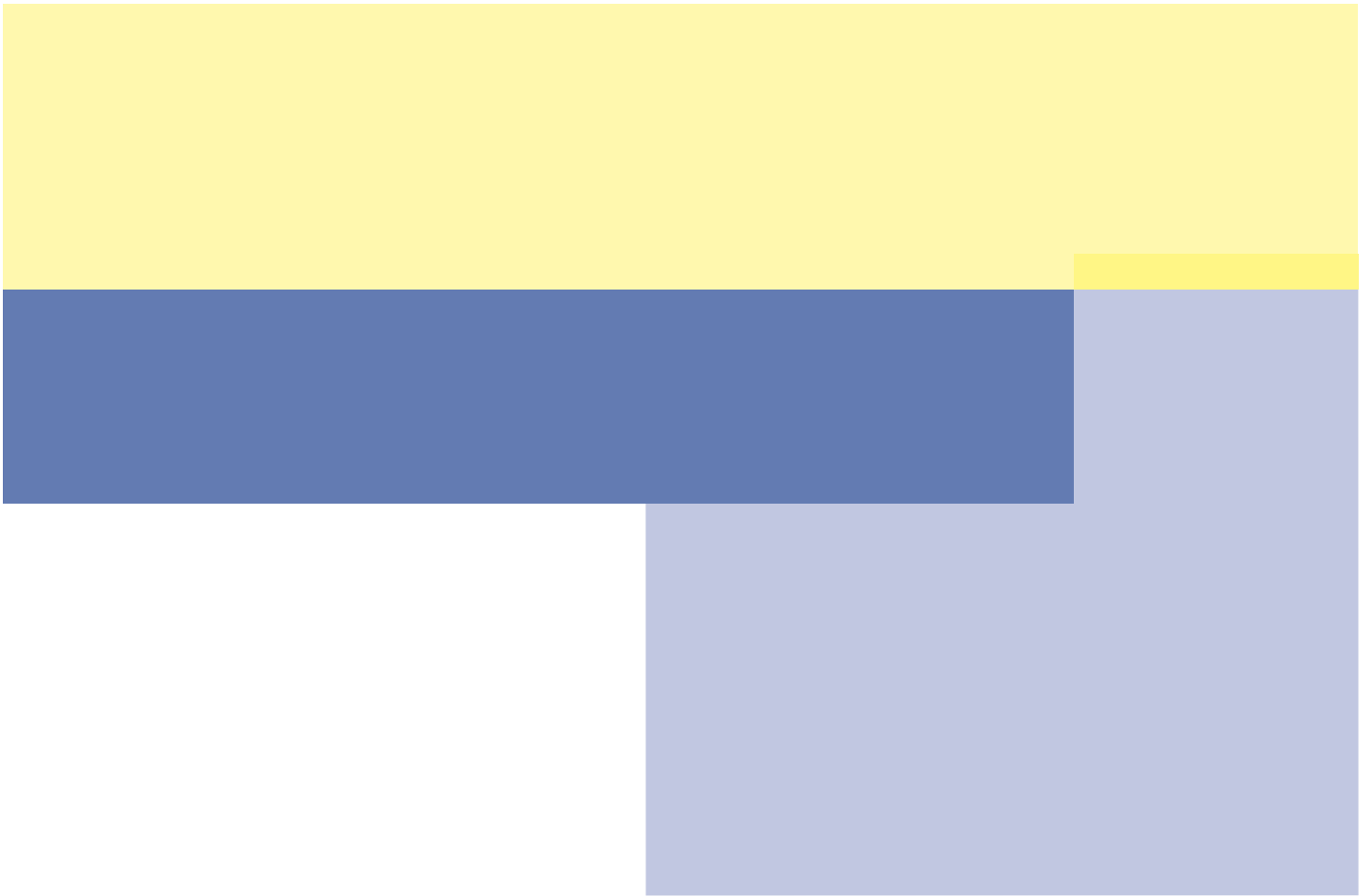
Druck: Universität Hamburg – Print und Mail

ISBN 978-3-935701-63-1

Stand: Februar 2010

Inhaltsverzeichnis:

1	Einleitung: Das Projekt „Gesundheit beginnt in der Familie“	6
2	Gesundheitsrelevantes Handeln fördern im Anknüpfen an die Alltagspraxis von Familien	10
3	Gesundheit und Lebensumstände	17
3.1	Empowerment im Stadtquartier – ein Nutzerinnenprofil	17
3.2	Differenzierte Problemlagen: Besondere Beratungsbedürfnisse von Frauen mit Migrationshintergrund	19
3.3	Gesundheit aus der Sicht von Kindern	24
4	Praxisprofile: Die beteiligten Einrichtungen und ihre Merkmale	30
4.1	Praxispartner Familientreffpunkt Kurmärkische Straße, Berlin Kultur im Kiez: Selbstbestimmtheit von MigrantInnen stärken	30
4.2	Praxispartner Alida Schmidt-Stiftung, Einrichtung Hamburg - Mädchen, Mütter, Kinder: ihren Lebensthemen auf der Spur	33
4.3	Praxispartner SOS-Kinderdorf e.V., SOS-Mütter- und Kinder- tageszentrum München, Mehrgenerationenhaus Neuaubing MüZe – Erste Anlaufstelle für Menschen mit Problemen	35
5	Praxispartner im Gespräch	38
5.1	Netzwerkarbeit auf dem Spielplatz: Obst regt an - Interview mit Kathrin Kumm, Mitarbeiterin der Alida-Schmidt- Stiftung	38
5.2	Väter als Partner: So werden Männer einbezogen – Gespräch mit Uta Behrend, Leiterin der Einrichtung Familientreffpunkt Kurmärkische Straße, Berlin	40
5.3	Laien arbeiten mit Laien: Raus aus der Isolation - Gespräch mit Erika Rupp, Einrichtungsleiterin des SOS-Mütterzentrums Neuaubing	42
6	Zentrale Haltungen in Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit	44
6.1	Ressourcenorientierung – für die Gesundheitsförderung kon- kretisieren!	44
6.2	Die salutogenetische Perspektive in der Gesundheitsförderung	50
7	Anregungen zur Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit	57
8	Workshop zur Initiierung von Prozessen der gesundheits- fördernden Arbeit in sozialen Einrichtungen: ein Vorschlag	58
9	Anhang: Reflexionen zur Praxisforschung im Bereich der Gesundheitsförderung	65
9.1	Kann Soziale Arbeit indirekt zentrale Aspekte der Gesundheit der Kinder fördern?	65
9.2	Neue Herausforderungen für die Praxisforschung	71



1. Einleitung: Das Projekt „Gesundheit beginnt in der Familie“

Die folgende Handreichung beruht auf Ergebnissen der Studie „Gesundheit beginnt in der Familie“, die im August 2006 als Kooperationsprojekt zwischen der Universität Hamburg und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) startete. Sie hatte eine Laufzeit von drei Jahren und wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Forschungsschwerpunktprogramms Präventionsforschung gefördert. Neben der Selbst- und Fremdeinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, des kindlichen Gesundheitsverhaltens und der elterlichen Gesundheits-Kontrollüberzeugung wurden auch die familialen Belastungen und Ressourcen erfragt.

Welche Überlegungen führten zu dem Projekt?

Sozial benachteiligte und mehrfach belastete Familien sind auch im gesundheitlichen Sinne benachteiligt. Insbesondere die Kinder und Jugendlichen in diesen Familien sind vielfältigen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Sie zeigen häufiger gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, wie selten oder nie stattfindendes Zähneputzen, ungesunde Ernährungsgewohnheiten, Substanzmissbrauch, zu wenig sportliche Betätigung und extensiven Medienkonsum. Aus Schuleingangsuntersuchungen sind ein überproportionales Auftreten von grobmotorischen Koordinations- und Sprachstörungen sowie ein erhöhter Frühförderbedarf bekannt. Zudem werden sowohl Früherkennungsuntersuchungen als auch Impfungen von Kindern in sozial benachteiligten Familien seltener wahrgenommen (Pott/Lehmann 2003: 50ff.). Den Ergebnissen des WHO-Jugendgesundheits surveys ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass sich – noch stärker als Armut – mangelndes soziales Kapital in einem schlechteren Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen niederschlägt. Das Konzept des sozialen Kapitals geht maßgeblich auf den Soziologen Pierre Bourdieu zurück. Im Wesentlichen ist damit gemeint, dass drei verschiedene Kapitalsorten (ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital) den Handlungsspielraum der Menschen bestimmen und ihnen ihre Position in der Sozialstruktur zuweist (vgl. Klocke 2008: 194). Als ungünstig stellt sich vor allem eine Kumulation vielfältiger Belastungen über einen längeren Zeitraum mit Beginn in der frühen Kindheit dar.

Familien können jedoch auch Schutzfaktoren gegen die Auswirkungen von Armut bilden: Ein gutes Familienklima und viele gemeinsame Aktivitäten bilden zunächst einen Puffer. Dieser verliert jedoch mit Dauer und Schwere der Belastungen an Kraft und erodiert auch selbst. Auch das Vorhandensein sozialer Netzwerke und sozialer Ressourcen vermag Gesundheitsrisiken von Kindern in sozial benachteiligten und mehrfach belasteten Familien abzumildern. Erschwerend wirkt sich jedoch aus, dass gerade diese gesellschaftliche Gruppe, die augenscheinlich den größten Bedarf an präventiven gesundheitsfördernden Maßnahmen hat, von solchen kaum erreicht wird. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hatte in diesem Zusammenhang bereits 2003 eine deutlichere gemeinsame Positionierung des Gesundheits-, Sozial- und Ju-

gendhilfereichs zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit gefordert – verbunden mit konkreten Kooperationsangeboten

Aufgabenstellung und methodischer Ansatz des Projekts

Das Forschungsinteresse richtet sich insbesondere darauf, zu klären, ob und inwieweit unterschiedliche psychosoziale beziehungsweise stadtteilorientierte Angebote zu verbessertem Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in ihren Familien führen. Ziel des Forschungsprojektes war es deshalb, drei Praxisprojekte in den Großstädten Hamburg, Berlin und München im Hinblick auf die Wirksamkeit ihrer Arbeit zu betrachten.

Ausgewählt wurden solche Einrichtungen, die auf innovative und verstärkt ressourcenorientierte Weise mit sozial benachteiligten Familien arbeiten. Das Konzept für diesen Zugang zum alltäglichen Lebens- und Sozialzusammenhang der Zielgruppen wird in der konzeptionellen Debatte zur Gesundheitsförderung „Setting-Ansatz“ genannt; damit können Betriebe, Schulen, Kindertagesstätten, Krankenhäuser oder auch Stadtteile gemeint sein. Eine Expertise von Thomas Altgeld (s. Lit.) hat an diesem Punkt allerdings noch großen Entwicklungsbedarf bei den Trägern von quartiersbezogenen Handlungskonzepten gezeigt. Diese seien zu wenig mit Akteuren aus dem Bereich Gesundheitsförderung vernetzt. Der Praxisansatz im Projekt von DJI und Uni Hamburg ist – trotz der Unterschiedlichkeit der Arbeitsprofile – bei allen drei Standorten dem Setting „Stadtteil“ zuzuordnen, mit einer wesentlichen Erweiterung: Als „aktives Gegenüber“, d.h. als Mit-Akteur und Gestalter eines eigenen Settings, werden sowohl die Eltern als auch die Kinder und Jugendlichen selbst, auf die die gesundheitsfördernden Maßnahmen zielen, mit einbezogen.

Diese familienbezogene Perspektive ist ein Handlungselement, das in fast allen unter der Überschrift „Setting-Ansatz“ beschriebenen Interventionslinien und auch in der Datenbank zu den bundesweit bisher entwickelten Projekten zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit wenig profiliert erscheint. Wie beim Thema Bildung, so gilt auch für die Verankerung gesundheitsförderlichen Verhaltens, dass Familien als gemeinsamer Erfahrungs- und Lernort wie Prägestempel wirken. Sie können Bewältigungsenergien freisetzen, aber auch blockieren. Als Instanzen zwischen den Individuen (Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen) und den Umgebungskontexten spielen sie eine Schlüsselrolle.

Die Perspektive der Kinder wurde im Projekt auf unterschiedliche Weise erhoben: Zum einen durch eine quantitative Erhebung, bei der verschiedene Aspekte wie Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsbewusstsein durch standardisierte Instrumente erfasst wurden. Zum anderen durch Gruppendiskussionen mit Kindern, die NutzerInnen der stadtteilbezogenen Angebote waren. Da ressourcenbedingt nur zwei Gruppendiskussionen stattfanden, haben die Daten nur exemplarische Aussagekraft. Sie erlangen ihre Bedeutung in der Zusammenschau mit den anderen Erhebungsdaten.

Die wichtigste Frage im Forschungsprojekt lautete: Inwieweit führt Soziale Arbeit zu einem verbesserten Gesundheitsbewusstsein, einem verbesserten Gesundheitsverhalten und einem verbesserten Gesundheitszustand bei solchen Kindern und Jugendlichen, die in sozial benachteiligten und mehrfach belasteten Familien leben und die an den Angeboten der drei zu evaluierenden Einrichtungen teilnehmen? Evaluation bedeutet in diesem Zusammenhang die Überprüfung der mit dieser Fragestellung verbundenen Annahme, dass Soziale Arbeit im Laufe von eineinhalb Jahren positive Wirkungen auf die drei genannten Aspekte der Gesundheit von Kindern hat, ohne dass sie explizit und systematisch auf die Förderung ihrer Gesundheit ausgerichtet ist. Zugleich sollten Kontextbedingungen, wie der Belastungsgrad einer Familie, interventive Einflussgrößen wie die Art der Angebote sowie Prozessvariablen, wie die subjektiv erlebte Ressourcennutzung einbezogen werden. Es handelt sich somit im Rahmen der quantitativen Evaluation des Projektes um Wirkungsforschung.

Die Resultate der Studie, die in den folgenden Kapiteln differenziert dargestellt werden, weisen daraufhin, dass die beiläufige und damit begrüßenswert niedrigschwellige Arbeit der Einrichtungen ergänzt werden muss um gezielte Angebote zu Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand.

Mehrfach belastete Eltern und auch Kinder verfügen offensichtlich über ein solides Gesundheitswissen, welches gute Anknüpfungspunkte für gesundheitsorientierte Konzepte Sozialer Arbeit bereit hält. Die zunehmenden Aktivitäten der Kindertagesstätten, Schulen und auch der Medien in diesem Bereich zeigen hier offenbar Wirkung. Jedoch können bei den Familienmitgliedern auch Diskrepanzen sowohl zwischen Selbsteinschätzung und Fremdwahrnehmung ihres Gesundheitszustandes als auch zwischen gesundheitsrelevantem Wissen und Handeln konstatiert werden.

Insbesondere können folgende *Aspekte* gesundheitsfördernder Impulse Sozialer Arbeit genannt werden:

- Familien, die die Angebote der von ihr besuchten Einrichtung als eine gute Balance zwischen Problem- und Ressourcenorientierung empfanden, profitierten auch in gesundheitlicher Hinsicht stärker von der Inanspruchnahme der Angebote.
- Ebenso konnte nachgewiesen werden, dass Familien, die eigene Kraftquellen zur Bewältigung ihrer Lebenssituation nennen konnten (Glaube, informelle Netzwerke), höhere Werte in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität erreichten.
- Bei Eltern mit Migrationshintergrund stieg während der Angebotsnutzung die Überzeugung an, dass sie die Gesundheit ihrer Kinder beeinflussen können.
- Die NutzerInnen haben sich positiv über die Arbeit der Einrichtung geäußert. Mehrere TeilnehmerInnen stellten nach der Intervention eine positive Veränderung in ihrem Leben fest, vor allem in Bezug auf ihr Selbstvertrauen und den Umgang mit Konflikten, was – wie die salutogenetische Forschung gezeigt hat – wiederum positive Auswirkungen auf die Gesundheit hat.

Inhalt und Aufbau der Handreichung

Neben grundlegenden Informationen zu einer gesundheitsfördernden Arbeit mit Familien soll anschaulich und alltagsnah die Arbeit in den am Projekt beteiligten Einrichtungen dargestellt werden. Mit Hilfe der Beschreibung der Zielgruppe sollen Möglichkeiten, Grenzen und Dilemmata gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit aufgezeigt werden. Gespräche mit Fachkräften aus der Praxis geben einen Einblick in das Vorgehen der Praxispartner an ihren jeweiligen Standorten. Ausführliche Einrichtungsprofile geben Gelegenheit, sich Anregungen für das eigene pädagogische Engagement zu holen, Arbeitsbedingungen zu vergleichen oder auch Kontakte zur gegenseitigen Unterstützung aufzubauen. Nicht zuletzt werden Fragen sowohl zur Methodik und Evaluation aufgegriffen als auch zur inneren Haltung derer, die in Einrichtungen Sozialer Arbeit tätig sind und wirken.

2. Gesundheitsrelevantes Handeln fördern im Anknüpfen an die Alltagspraxis von Familien¹

Claudia Liberona und Verena Walter

Entscheidend für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung ist, dass die Fachkräfte in den Einrichtungen ihre Möglichkeiten nutzen, über offene Angebote an die Lebenswelt der Familien anzuknüpfen.

Wissen und Alltagspraxis

Was NutzerInnen der Angebote (und auch Fachkräfte Sozialer Arbeit) über gesundheitsrelevantes Handeln wissen, und was sie tatsächlich tun – das ist zweierlei. Sie besitzen gesundheitsrelevante Informationen z. B. zur Vorbeugung von Karies, diese werden allerdings nicht unbedingt in konkrete präventive Handlungen im Alltag umgesetzt. Dazu kommt bei einigen Gruppen von NutzerInnen eine Fehleinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes bzw. das Nicht-Erkennen von bestimmten Auffälligkeiten, was eine Erklärung dafür sein

¹ Der folgende Text beruht auf qualitativen Daten im Projekt. Diese wurden sowohl durch Beobachtungen als auch durch Interviews mit MitarbeiterInnen, NutzerInnen und Kindern erhoben. In Leitfadentexten berichteten die MitarbeiterInnen über ihre Arbeitsziele, ihre Angebote und ihre Interventionsmethoden und hoben in diesem Kontext ihre gesundheitsfördernden Vorgehensweisen hervor. In den themenbezogenen Interviews mit Familien fragten wir nach der Nutzung der Einrichtung und nach ihrem Umgang mit Gesundheitsthemen. Das Datenmaterial setzt sich wie folgt zusammen:

- 30 Fachkräfteeinterviews (Berlin: 14; München 8; Hamburg 8)
- 24 NutzerInneninterviews (Berlin; 7; München 10; Hamburg, 7).
- 2 Gruppeninterviews mit Müttern (Berlin, München)
- 1 Gruppeninterview mit Vätern (Berlin)
- 2 Gruppeninterviews mit Kindern (Berlin, München)

könnte, warum einige Gruppen weniger von Gesundheitsförderungsmaßnahmen erreicht werden als andere.

Bei dem Vergleich der Fachkräfte- und NutzerInnen-Interviews wurde bspw. eine Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Nutzerinnen bzgl. ihres Gesundheitszustandes und der Fremdeinschätzung durch die Fachkräfte sichtbar. Daraus folgt, dass beide Gruppen ein unterschiedliches Gesundheitsverständnis besitzen, das auf unterschiedlichen Einschätzungen beruht. Diese führen dazu, dass die NutzerInnen sich „gesünder“ wahrnehmen, als die Fachkräfte es tun. Die Fachkräfte erkennen zum Beispiel Gesundheitsgefährdung durch mangelnde Bewegung und nicht förderliche Ernährung der Kinder und das damit verbundene erhöhte Risiko der Gewichtszunahme. Die einzelne Nutzerin selbst nimmt dies jedoch nicht unbedingt als Problem wahr.

Befragt man die NutzerInnen über ihre Beziehung zur Einrichtung und zu den Gründen, die sie dorthin geführt haben, ergibt sich ein anderes Bild. Sie berichten über unterschiedlichste Lebensprobleme, die sie zu bewältigen haben. Dazu gehören Verhaltensauffälligkeiten und Lernschwierigkeiten der Kinder, Erziehungsprobleme im Umgang mit Grenzen oder Pubertät, aber auch Arbeitslosigkeit und Geldmangel. In den Interviews wurde vor allem Hilflosigkeit gegenüber den Bewegungsbedürfnissen der Kinder und dem Setzen von Grenzen deutlich. Die Gruppeninterviews ergaben Hinweise auf quartiersbezogene Probleme. Dazu gehörten: Drogenstrich im Viertel, der die Nutzung der Spielplätze in der Umgebung erschwert, zu wenig Spielangebote für ältere Kinder, Alkoholkonsum im Einkaufszentrum mit der Konsequenz, dass Kinder sich dort nicht aufhalten dürfen. Thematisiert wurden auch Probleme, die die Mütter von sich aus nicht ansprachen, wie extensiver Fernsehkonsum, unzulängliche Ernährung, Isolation, mangelnde Sprachkompetenz, Übergewicht, usw. Die Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung sollen durch die folgenden zwei Zitate illustriert werden, die auch eine gewisse Normativität der Fachkräfte spiegeln. Eine Mutter formulierte folgendermaßen:

- *Ja, die Ärztin sagt zu meinem Kind, er ist krank und er hat eine Operation schon gehabt - und sie sagt zu meinem Sohn: ‚Ja, du bist dick. Das kommt, weil du dick bist‘. Das finde ich nicht in Ordnung. Und die Ärztin kommt und sagt. ‚Nur, weil du dick bist, ist das passiert‘. Es gibt andere Sachen zu bereden, aber so eine Art, das finde ich nicht schön.*

Eine Fachkraft einer Einrichtung sieht folgenden Zusammenhang zwischen körperlicher Verfassung und Armut:

- *Die Gepflegtheit siehst du einfach einem Kind an, allein, wenn du dir die Zähne und die Haare anschaust. Die Fingernägel – also es ist oft so, auch an der Kleidung siehst du eigentlich, wo das Kind herkommt. Und du siehst es, wie die Handführung beim Malen ist oder beim Schneiden – es ist oft – es ist so, dass solche Kinder aus besseren Verhältnissen stammen. Und bei den – ich möchte jetzt nicht sagen, Hartz IV – man kann das auch nicht verallgemeinern, weil bestimmt der eine oder andere dabei ist, bei dem das nicht zutrifft – aber der größere Prozentsatz ... an Kindern, die nicht so gepflegt sind, die von der Motorik sehr hinterher sind und auch von der Sprachentwicklung, das sind meistens die aus sozial benachteiligten Schichten. Also man erkennt das schon.*

Gesundheitsförderndes Handeln ist des Weiteren abhängig vom Lebensstil, davon, was jemand in seinem Leben für wichtig hält: Wenn bspw. Bewegung –

neben Ernährung und Pflege – nicht als ein natürliches Bedürfnis des Menschen empfunden und verstanden wird, wird Bewegung kaum zum Bestandteil einer bewussten Alltagsgestaltung werden. Wenn die Notwendigkeit eines gesunden Lebensstils nicht akzeptiert wird, weil er nicht zum eigenen Weltbild gehört, kann er nicht angestrebt und bei den Familienmitgliedern auch nicht gefördert werden. Das Wissen über gesunde Lebensstile reicht nicht aus, um es in Lebenspraxis umzuwandeln. Es lässt sich vielmehr die These aufstellen, dass die Übernahme eines gesunden Lebensstils die praktische Erfahrung eines entsprechenden Verhaltens voraussetzt. Für Fachkräfte in der sozialen Arbeit bedeutet dies: Neue und deshalb ungewohnte Verhaltensweisen müssen systematisch und längerfristig eingeübt werden, damit KlientInnen diese in ihre Erfahrungswelt integrieren können. In diesem Einübungsprozess kann sich dann auch die Unterscheidung zwischen gesundheitsschädlichem und gesundheitsförderndem Verhalten ausdifferenzieren.

Die Menschen heute sind gut darüber informiert, welche Aspekte der Ernährung und der Lebensführung sie beachtensollten, damit sie gesund bleiben und ihr Wohlbefinden steigern können. Die Medien und auch die Schule informieren ausführlich über die richtigen Ernährungsformen, über Krankheitsvorbeugung, Stärkung der Abwehrkräfte und Minderung von Stress. Nicht zuletzt ermahnen „Super Nanny“ & Co Mütter und Väter, wie wichtig es ist, dass Kinder draußen spielen, sich bewegen und dass sie nicht den ganzen Tag vor dem Fernseher sitzen. Diverse Sendungen prägen so – neben der Erziehung – auch das Selbstverständnis von Gesundheit.

So berichtete eine Nutzerin zum Beispiel:

- *Das ungesunde Essen macht dann auch manchen Kindern Probleme im Magen oder im Darm. ... Also manche bekommen dann vielleicht Verstopfung, weil die nicht ausreichend trinken ... Manche Sachen sind versteckt. Auch, wenn die sagen, da ist kein Zucker drin oder zuckerfrei, muss man auf zwei bestimmte Sachen achten, die in den Getränken oder bestimmten Nahrungsmitteln sind. Zucker ist Gift für die Zähne.*

Eine andere erzählt:

- *Ich kenne mich ja aus. Meine Tochter ist übergewichtig. Und ich auch – ich war auch mit ihr in der AOK gewesen wegen einer Berufsberatung damals, ich habe auch ungefähr sechs Monate so einen Unterricht genommen, einen Kurs, kann man so sagen – was ich kochen soll und sie auch. Aber ich kenne mich ja aus mit Übergewicht. Das liegt an der Werbung, da sieht man das ja auch, ich kann das ja beurteilen.*

Die Gesundheitsforschung weiß, dass die reine Informationsintervention (Stadler/ Oettingen/Gollwitzer 2008) nicht dazu führt, dass Menschen allein aufgrund ihres theoretischen Wissens ihr Verhalten und damit ihre Gewohnheiten ändern. Die befragten Familien bilden in diesem Bereich keine Ausnahme. Sie verfügen durchaus über Gesundheitswissen, schaffen es jedoch nicht grundsätzlich, dies in ihrem Alltag umzusetzen. Folgende typische Aussagen von zwei Müttern zu diesem Thema aus den Nutzerinneninterviews sollen diesen Aspekt veranschaulichen:

- *Sie weiß ganz genau – ich hab alles versucht. Ich hab alles in meiner Macht gemacht. Aber wenn sie (Tochter) versucht Diäten, sie hat 10 kg abgenommen, aber sie steht das nicht durch.*

- *...weil ich möchte halt nicht, dass sie irgendwie da auseinander gehen (ihre Kinder), weil die essen gerne und gut. S. isst auch gerne so Sachen – na ja, Mozzarella liebt sie und Bonbons und Gummiteile und J. isst gerne Chips. Ich will das ja auch dann nicht grundsätzlich verbieten, aber dann sollen sie eben auch schon mehr Bewegung haben.*

Gesundheitswissen wird also nicht unmittelbar in ein Verhalten umgesetzt, das den Gesundheitszustand von Kindern fördert. Nehmen wir hierfür das Beispiel Bewegung. Bewegung ist eine der wichtigsten gesundheitsfördernden Maßnahmen für die gesunde psycho-motorische Entwicklung von Kindern. Wir wissen jedoch, dass sich vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien zu wenig bewegen (KIGGS 2007). In den von uns geführten Interviews mit Kindern konnten wir beobachten, dass ein hoher Anteil der Kinder übergewichtig war. Die Gesundheitsförderung steht hier vor mehreren Fragen: Wie kann man Eltern motivieren, dass sie für mehr Bewegung im Alltag ihrer Kinder und auch für sich selbst sorgen? Wie können sie befähigt werden, dieser Anforderung nachzugehen? Wie können sie Wissen in Handeln umsetzen? Wie können Familien eine Praxis entwickeln, die kontinuierlich und nachhaltig zu einem besseren Gesundheitszustand ihrer Kinder führt? Welche Form von Angeboten brauchen Kinder und auch Eltern, damit sie diesen Mangel ausgleichen können?

Vom Wissen zum Handeln: Wie Einrichtungen gesundheitsbezogenes Handeln fördern können

In großstädtischen Wohnquartieren ist der Bewegungsradius vieler Familien eingeschränkt. Gerade für Familien mit Migrationshintergrund ist es zum Beispiel keineswegs selbstverständlich, mit den Kindern regelmäßig schwimmen zu gehen. Nicht zuletzt spielen die finanziellen Möglichkeiten, aber auch das eigene „know how“ und die Prioritäten im Familienleben eine große Rolle. Für viele Familien ist das Zusammenkommen mit FreundInnen und anderen Familien einer der wichtigsten Bestandteile der Freizeitgestaltung. Daran knüpfen die drei Einrichtungen, die im Rahmen von „Gesundheit beginnt in der Familie“ evaluiert wurden, mit ihren Konzepten an. Sie bieten von offenen Angeboten wie zum Beispiel Bauchtanz, offenes Café, internationales Kochen, Kochen mit Kindern etc. bis hin zur psychologischen Beratung und Erziehungsberatung ein breites Portfolio an. Diese Angebote tragen zum Wohlbefinden der einzelnen Familienmitglieder bei, sind aber nicht explizit auf Gesundheitsförderung ausgerichtet. Gerade durch die offenen Angebote wird eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut und damit den Familien die Möglichkeit geboten, sich informell auszutauschen und zu öffnen. So formuliert eine Mitarbeiterin:

- *Anfang ist in der Kaffeestube, (...) da können die Mütter ohne Anmeldung reinkommen, das ist ja auch was Wichtiges (...) Gerade Öffnungszeiten von früh bis abends ermöglichen ja den Eltern zu kommen, wann sie können.*

Dies erlaubt den NutzerInnen, auf scheinbar beiläufige Art über Sorgen oder private Lebensbereiche zu sprechen. Ein Leben in Armut verursacht – wie vielfältige Studien gezeigt haben – bei den Betroffenen psychische Belastungen. Sie sind von der Bewältigung mehrerer gleichzeitig auftretender Probleme überfordert. In vielen Fällen entsteht ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit und der Apathie. Die NutzerInnen beschreiben solche Momente in den Gesprächen.

Gleichzeitig nehmen sie auch positive Folgen durch die Begegnung mit der Einrichtung bzw. mit einigen Angeboten und den Fachkräften dort wahr und beschreiben die Folgen der Intervention auf ihr eigenes Leben und das ihrer Kinder.

- *Selbstsicher war ich nicht, sie hat meine Selbstsicherheit gestärkt, noch stärker gemacht. Ich kann jetzt „nein“ sagen – damals konnte ich nicht „nein“ sagen. Ich bin viel selbstbewusster geworden, auch damit, Grenzen zu machen, auch bei den Kindern, das habe ich vorher auch nicht gekonnt. Sie hat mir auch mit der Erziehung, mit den Kindern viel geholfen. Mir selber auch viel geholfen. Nicht warten, sondern tun – und Grenzen tun. Ich bin etwas Besonderes. Ich kann vieles machen. Und das hat mich gestärkt. Ich will jetzt etwas.*

Wir haben diese Aussagen als Hinweise für positive Wirkungen der Sozialen Arbeit auf das Wohlbefinden der Zielgruppe betrachtet. Damit ist gemeint, dass sich soziale Einrichtungen im Stadtviertel durch die Intervention, auch wenn sie nicht gesundheitsfördernd orientiert ist, positiv auf die Gesundheit der Menschen auswirkt, da die Interventionen Stress reduzieren und Ressourcen fördern. Die positive Wirkung auf das Wohlbefinden der NutzerInnen ist unter anderem auf eine Vielfalt der Angebote und deren unterschiedlichen Komplexitätsgrad zurückzuführen. Die Familie kann am gleichen Ort von unterschiedlichen Angeboten für verschiedene Familienmitglieder profitieren. Die Einrichtungen spielen in ihren jeweiligen Stadtvierteln eine Schlüsselrolle in der Erhaltung von Gesundheit und in der Verminderung von Risikolagen. Sie sind ein wichtiger Zufluchtsort für die Menschen in der Umgebung und werden von diesen in Lebenskrisen zu Rate gezogen.

Der Zugang, den die MitarbeiterInnen einer solchen Einrichtung haben, könnte durch explizite gesundheitsfördernde Maßnahmen verstärkt genutzt werden. Sie haben die Möglichkeit, NutzerInnen zu motivieren, zu begleiten und anzuleiten.

Die MitarbeiterInnen der Einrichtungen werden von den NutzerInnen als Fachkräfte für unterschiedliche Lebensfragen angesehen, als kompetente Akteure im Wohnquartier. Darin liegt ihr Potenzial für eine gezielte Gesundheitsförderungsarbeit.

So hat zum Beispiel die Mitarbeiterin einer Einrichtung Frauen aus dem Integrationskurs und sich selbst zu einem Fahrradkurs an der Volkshochschule angemeldet. Die bereits bestehende und vertrauensvolle Beziehung zu den NutzerInnen führte dazu, dass sich die Frauen auf ein solches für sie ungewöhnliches Angebot einlassen konnten. Mit dem Fahrradkurs öffneten sich für sie die Tür zu mehr körperlicher Bewegung in ihrem Leben und nicht zuletzt auch zu mehr Mobilität.

Im Rahmen unserer Arbeit im Projekt konnten wir erkennen, dass sich in der alltäglichen psychosozialen Praxis gute Ansatzpunkte für gezieltes gesundheitsförderndes Verhalten bieten und gesundheitsfördernde Themen ihren Platz finden. Diese stadtteilorientierten Einrichtungen sollten deshalb stärker in gesundheitsfördernde Maßnahmen eingebunden werden, aber auch selbst ihre Chancen für Gesundheitsförderung erkennen, mit den offenen Angeboten an die Lebenswelt der Familien anknüpfend. Dabei sollten sie eine Haltung einnehmen, die verhindert, dass sich die Betroffenen für ihre Lebensführung rechtfertigen müssen. Diese Haltung wiederum sollte von dem Wissen getragen werden, dass theoretische Informationen allein keine Verhaltensänderung bewirken.

MitarbeiterInnen als MultiplikatorInnen

MitarbeiterInnen in der sozialen Arbeit werden als ExpertInnen für unterschiedliche Lebensfragen angesehen. Genau darin liegt ihr Potenzial für eine gezielte Gesundheitsförderungsarbeit. Sie können in der Tradition der MultiplikatorInnenarbeit d.h. als „Vervielfältiger von Botschaften“ (BZgA 2003), als AkteurInnen der Gesundheitsförderung im Wohnquartier betrachtet werden. Gesundheitsförderung kann zwar nicht beiläufig initiiert werden, aber es können Angebote vorgehalten werden, durch deren Nutzung Gesundheitsförderung beiläufig geschehen kann. Um dies zu ermöglichen, sollten Einrichtungen folgendes leisten:

- Die Einrichtung sollte über mehrere unterschiedliche Angebote verfügen und diese so kombinieren, dass die NutzerInnen mehrere dieser Angebote wahrnehmen können, z. B. offenes Café, Kindergruppe, Beratung in der Muttersprache, Deutschkurs, Familienberatung und Nachhilfeunterricht.
- Das führt wiederum dazu, dass die NutzerInnen und ihre Familien die Einrichtung als eine Anlaufstelle für den Alltag wahrnehmen. Ist die Einrichtung zusätzlich noch mit weiteren Institutionen aus dem Stadtquartier wie Schulen oder Behörden gut vernetzt, ist eine zuverlässige Begleitung und Beratung in verschiedenen Lebenslagen möglich.
- Diese Form, die zum größten Teil am selben Ort geschieht, ermöglicht der Einrichtung, eine kontinuierliche und effiziente Intervention anzubieten, die sich entlastend auf das gesamte System Familie auswirkt. Die Intervention hilft der Familie, Stress und Belastung abzubauen; sie bildet ein Netz, das der Familie helfen kann, Probleme zu lösen oder diesen vorzubeugen.
- Mehrere Familienmitglieder werden über einen längeren Zeitraum begleitet. Dies wiederum ermöglicht Interventionsmaßnahmen zum geeigneten Zeitpunkt (Case Management).

Literatur zum Weiterlesen:

- 13. Kinder- und Jugendbericht** (2009): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (Hrsg. 2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hg.) (2003): Leitbegriff der Gesundheitsförderung. Fachverlag Petar Sabo, 4. Erweiterte Aufl. 2003
- Keupp, Heiner** (1997): Handlungsperspektiven der Gemeindepsychologie. Geschichte und Kernideen eines Projekts. In Keupp, Heiner: Ermutigung zum aufrechten Gang (S. 191-206). Tübingen, dgvt-Verlag.
- Keupp, Heiner** (2005): Psychologie. In Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid: Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim und Basel: Juventa Verlag.
- Kurth, Bärbel-Maria/Schaffrath Rosario, Angelika** (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 736–743
- Lampert, Thomas/Mensink, Gert B.M./Romahn, Natalie/Woll, Alexander** (2007): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, 634–642
- Lenz, Albert/Stark, Wolfgang** (Hrsg.) (2002). Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Norbert Herriger: Empowerment in der sozialen Arbeit. Kohlhammer:** 2002. Andreas Knuf/ Margret Osterfeld/ Ulrich Seibert: Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 5. überarb. Aufl. 2007
- Rappaport, Julian/Seidman, Edward** (Hrsg.) (2000): Handbook of community psychology. New York: Kluwer.
- Reinecker, Hans** (Hrsg.) (1999): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 1999, Tübingen: dgvt Verlag.
- Reinecker, Hans** (unter Mitarb. v. Michael Borg-Laufs, Ulrike Ehler, Dietmar Schulte, Hardo Sor-gatz): Lehrbuch der Verhaltenstherapie 1999
- Röhrle, Bernd/Sommer, Gert** (Hrsg.) (1995): Gemeindepsychologie: Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Stadler, Gertraud/Oettingen, Gabriele/Gollwitzer, Peter M.** (2008): Physical Activity in Women. In: American Journal of Preventive Medicine
- Trojan, Alf/Legewie, Heiner** (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung - Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt: VAS - Verlag für Akademische Schriften.
- Wright, Michael/Block, Martina/von Unger, Hella** (2007 Dez.): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Vortrag auf dem 13. Kongress Armut und Gesundheit in Berlin.

3. Gesundheit und Lebensumstände

Gesundheit bzw. Wohlergehen können nicht exklusiv betrachtet werden. Als Baustein im Kontext von Herkunft, Lebensumständen, persönlichen Ressourcen und sozialen Netzwerken hat Gesundheit ein eigenes Gewicht und entfaltet dort seine Wirksamkeit. Im Folgenden werden verschiedene Zielgruppen im Forschungsprojekt typisiert und ihre Lebenszusammenhänge sowie deren Bedeutung für Gesundheit beschrieben.

3.1 Empowerment² im Stadtquartier – ein Nutzerinnenprofil

Claudia Liberona, Kerstin Oldemeier, Verena Walter

Nicht nur die unterschiedlichen Arbeitsprofile und Angebote der Einrichtungen sind Grund dafür, dass auch innerhalb einzelner Einrichtungen die Spannweite unterschiedlicher Nutzungsprofile teilweise groß ist. Auf welche Weise die Mütter die Angebote der Einrichtungen nutzen und ob beziehungsweise wie sie in Arbeitsbündnisse involviert sind, ist eine Frage des wechselseitigen Verhältnisses von Selbstverständnis und Angebotprofile der Anbieter einerseits und den Bedürfnissen und persönlichen Möglichkeiten der Mütter andererseits. Gesundheit wiederum zeigt sich hier in der Balance aus Belastung und Ressourcenaktivierung. Im Folgenden soll diese Balance beispielhaft an Frau Lübcke vorgestellt werden.

Belastender Alltag: Frau Lübcke ist eine alleinerziehende Mutter eines Mädchens in der Grundschule. Der Vater des Mädchens, der eine eigene Familie hat, pflegt einen engen Kontakt zur Tochter. Frau Lübcke fühlt sich von ihrem Expartner unterstützt und bespricht mit ihm auch vertrauensvoll Erziehungsprobleme; beide sprechen sich solidarisch ab. Dass es den Eltern gelungen ist, ihre Beziehung zueinander und Wünsche aneinander so zu klären, dass alle Beteiligten sich damit gut arrangieren konnten oder auch wohl fühlen, trägt zum Selbstwertgefühl von Frau Lübcke bei. Als belastend erlebt sie dagegen ihre Arbeitslosigkeit, Geldmangel und die Erfahrung, als alleinerziehende Mutter – trotz Weiterqualifizierung – auf dem Arbeitsmarkt nicht gewollt zu sein. Das nagt an ihrem Selbstwertgefühl. Sie sehnt sich nach Erfolgserlebnissen („*nur hier rumsitzen, da kriege ich die Krise*“), sehnt sich nach Anerkennung, will „*sehen, was ich gemacht habe*“. Als bedrückend erlebt sie, dass auch die Aktivitäten ihrer Tochter (Hobby und Sport) von der finanziellen Einschränkung betroffen sind und gemeinsame Aktivitäten eingeschränkt werden.

Unsicherheiten und Ressourcen: Frau Lübcke sorgt sich, dass ihre Tochter unruhig sei und Lernschwierigkeiten habe. Sie erlebt sich selbst als „*Spätzünderin*“; hat lange ohne Ausbildung gejobbt, wurde während einer vermutlich

² Der Begriff Empowerment kommt aus der Gemeindepsychologie und wurde vom US-Wissenschaftler Rappaport in den 1960er Jahren konzipiert (BZgA 2003). Der Begriff beschreibt eine Form der Intervention, die darauf zielt, Menschen – insbesondere sozial Benachteiligte – durch die Stärkung der eigenen Fähigkeiten sowie durch die Entwicklung von neuen Handlungsstrategien zur Selbsttätigkeit und Selbstbestimmtheit zu befähigen.

positiv gestimmten, ausgelassenen Lebensführung mit Mitte Zwanzig alleinerziehende Mutter. Mit einem ausgeprägt strategischen Denken und Verhalten ist es ihr dann gelungen, durch systematische und zielorientierte berufliche Aus- und Fortbildungen sowie Praktika und geringfügig bezahlte Arbeitsverhältnisse den Abschluss eines Lehrberufs und eine weitere Qualifikation zu erwerben. Ihr Lebensgefühl sagt ihr, dass in ihrem Leben die wichtigen Übergänge ein bisschen später stattgefunden haben, dass sie dann alles selber organisieren musste und dass diese schwierigen Startbedingungen von ihr viel eigene Anstrengung gefordert haben.

Kompetenzen und Ressourcen: Frau Lübcke gehört zu den Müttern unter den Nutzerinnen der untersuchten Einrichtungen, die trotz ihrer prekären Lebenssituation und damit verbundener Probleme (Arbeitslosigkeit, Gefühl von Nutzlosigkeit, Geldknappheit, alleinerziehend, daraus folgende Verunsicherung in der Erziehung, mangelnde finanzielle und zeitliche Ressourcen zum Verfolgen eigener Interessen) vielfältige Kompetenzen besitzen. Sie haben die Kraft, aktiv die beschränkten Spielräume ihres Alltagslebens zu nutzen, um die Folgen für die Kinder abzumildern und Wege aus der aktuellen Misere zu suchen. Ihr großes Kapital sind ihre sozialen Kompetenzen: Frau Lübcke ist eine aktive Netzwerkerin, die für sich und ihren Tochter ein reichhaltiges und differenziertes Beziehungsnetz pflegt. Dazu gehört eine Familie, bei der sich die Tochter gerne aufhält, um mit den Kindern zu spielen und die es manchmal auch genießt, zum Essen am großen Familientisch eingeladen zu werden. Dazu gehören Mütter, die Frau Lübcke vor vielen Jahren in der Einrichtung kennen gelernt hat. Sie erzählt davon folgendermaßen: *„Und da gab es eben dieses Kinderzimmer und da hat sie mit Kindern gespielt. Ich habe dadurch auch Mütter kennengelernt, die mir sympathisch waren oder auch in ähnlicher Situation waren. (...) Und wenn wir irgendwas unternehmen, machen wir es auch gemeinsam, weil die Kinder dann auch einfach mehr Spaß haben, wenn die eben nicht mit der Mama alleine irgendwohin gehen.“*

Eine weitere wichtige Ressource von Frau Lübcke ist ihre Bereitschaft und Fähigkeit, sich gezielt Rat und geeignete Hilfe sowohl im privaten Umfeld – z.B. gegenseitige Kinderbetreuung im Bekanntenkreis – als auch bei professionellen BeraterInnen zu holen. So hat sie sich erfolgreich um therapeutische Gespräche für die Tochter bemüht, psychologische Beratung für sich selbst in Anspruch genommen sowie nach einigen beruflichen Absagen ein professionelles Bewerbungstraining begonnen.

Nutzung und Bedeutung der Einrichtung:

Frau Lübcke besuchte die Einrichtung zum ersten Mal, kurz nachdem ihre Tochter auf die Welt gekommen war. Seitdem nimmt sie an zahlreichen Angeboten teil.

- Kindergruppe: Anfangs schätzte sie vor allem das Kinderzimmer, in dem sich Mütter mit kleinen Kindern treffen können.
- Kontakte zu Müttern: Als alleinerziehende Frau war es ihr wichtig, andere Mütter kennen zu lernen, um Erfahrungen auszutauschen und gemeinsam etwas unternehmen zu können. Aus ihrer Sicht sind ähnliche Lebenssituationen noch wichtiger als enge Freundschaften.
- Beratung und Qualifizierung: Vor aktuellen Bewerbungen hat sie ihre Bewerbungsunterlagen durchsehen und sich vor den Bewerbungsgesprächen beraten lassen. Im Zusammenhang mit dem Verlust ihrer Arbeitsstelle hat

es eine Phase gegeben, während der sie eine kontinuierliche psychologische Beratung in der Einrichtung in Anspruch genommen hat.

Fazit

Die Bedürfnisse von Frau Lübcke und ihre persönliche Kompetenzen wurden hier exemplarisch ausführlich beschrieben, weil die Arbeitsweise und die konkreten Angebote dieser Einrichtung den Bedürfnissen und persönlichen Möglichkeiten von ihr und anderen Frauen mit diesem Nutzungsprofil besonders gut entgegen kommen. Die Angebote sind maßgeblich daran beteiligt, dass Frau Lübcke ihre tiefe persönliche Krise in Verbindung mit dem Verlust ihres Arbeitsplatzes überwunden hat, kompetent ihre Wiedereingliederung ins Erwerbsleben verfolgt und dass sie Unterstützung bei den Schulschwierigkeiten ihrer Tochter bekommt. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie auch wirkungsvoll dabei unterstützt wurde, ihre familialen Beziehungen auf eine für alle beteiligten Personen gute Weise klären und gestalten zu können. Das gelungene Arbeitsbündnis beruht auf Gegenseitigkeit: Frau Lübcke war ihrerseits auch motiviert und in der Lage, die vielfältigen Angebote der Einrichtung aktiv zu nutzen und durch ihr Engagement zur Realisierung des Empowerment-Konzepts beizutragen.

3.2 Differenzierte Problemlagen: Besondere Beratungsbedürfnisse von Frauen mit Migrationshintergrund

Claudia Liberona und Verena Walter

Kultur und der persönliche Hintergrund haben einen starken Einfluss auf die eigene Definition von Wohlfühlen und damit auch von „Gesundsein“. Dies erfordert eine kultursensible Haltung der Fachkräfte.

Die Unterscheidung zwischen Familien mit und ohne Migrationshintergrund war vom Forschungsdesign nicht angelegt. Im Laufe des Projektes ergab sich jedoch die Notwendigkeit, diese durch Armut und multiple Belastungssituationen außerordentlich benachteiligte Gruppe besonders in den Blick zu nehmen: Von den 82 Familien am Projekt beteiligten Familien hatte fast die Hälfte (40) einen Migrationshintergrund. Die Erfordernisse einer solchen Reflektion stützen sich sowohl auf das Datenmaterial, auf die Interviews mit Fachkräften und NutzerInnen der Einrichtungen, als auch auf die Sichtung der Fachliteratur. So sind nach den Daten des 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung Familien mit Migrationshintergrund zu 33,7% doppelt so häufig von Armutsrisiken betroffen wie deutsche Familien, bei denen das Risiko 18,3% beträgt. Zu den Familien mit Migrationshintergrund zählt das Bundesamt für Statistik alle Eltern-Kind-Gemeinschaften, bei denen mindestens ein Elternteil eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt oder die deutsche Staatsangehörigkeit durch Einbürgerung oder durch einbürgerungsgleiche Maßnahmen erhalten hat.

Die Definition von Armut wird (nach Maksim 2009) für eine Familie durch die folgenden zwei Kriterien festgelegt: relative Einkommensarmut und Bezug von sozialstaatlichen Grundsicherungsleistungen. Diese Kategorisierung werden wir im Folgenden berücksichtigen. Hinzugezogen wurden folgende strukturelle Aspekte: Familienstruktur, Erwerbsstatus der Eltern, Migrationsstatus, Region bzw. Bundesland, Großstadt versus Land, Armutsdauer.

Die neue Morbidität, d.h. die Veränderung von akuten zu chronischen Erkrankungen (DJI Bulletin 3/2009) wie z. B. Übergewicht oder Kreislaufstörungen sind stark mit dem Lebensstil jedes Einzelnen und der seiner Familie verbunden. Die Vorschläge für ein gesundes Leben betreffen in der Regel Bereiche der Ernährung und Bewegung und berühren damit in einem ganz besonderen Maße die Privatsphäre jeder Familie. Was wird gekocht? Wie viel wird gegessen? Was wird getrunken? Bewegt sich die Familie in der Freizeit oder sitzt sie vor dem Fernseher? Die Lebensrituale, die Gewohnheiten der Familien werden durch solche Fragen von der aufnehmenden Gesellschaft kritisch beäugt und bewertet.

Aber gerade weil die Kultur und unser persönlicher Hintergrund einen starken Einfluss auf die eigene Definition von Wohlfühlen und damit auch von „Gesundsein“ haben, ist Gesundheit in der psychosozialen Arbeit mit Migrantinnen und Migranten ein sensibles Thema, welches von BeraterInnen Feingefühl und Kultursensibilität verlangt. Was sollte also bei der Gesundheitsförderung von Migrantenfamilien besonders beachtet werden?

Folgende Aspekte haben sich nach Auskunft der Fachkräfte der befragten Einrichtungen in der Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund bewährt:

- *Angebotsvielfalt*: Offene Einzelberatung, interne und externe Vernetzung, Raum für Geselligkeit und Partizipation.
- *Offenes Haus*: Neuankömmlinge werden begrüßt und in einem informellen Gespräch über das Haus informiert. Sie werden individuell wahrgenommen, angesprochen und durch solche Gespräche in das Geschehen der Einrichtung integriert. Auf diese Art und Weise wird sehr schnell ein persönlicher Kontakt hergestellt und die Person kann danach beliebig wieder kommen. Es werden regelmäßig Aktivitäten angeboten wie Elterncafé oder ähnliches, die eine spontane und sporadische Teilnahme ermöglichen und in einer offenen Atmosphäre stattfinden.
- *Vertrauensvolle und wertschätzende Haltung*: Die Art und Weise des Miteinanders, d.h. wie dem Einzelnen von Anfang an in der Einrichtung begegnet wird, fördert das Entstehen von Vertrauen und Wohlbefinden. Insbesondere in der Anfangsphase wird eine Atmosphäre geschaffen, bei der die Personen sich akzeptiert und wertgeschätzt fühlen. Interesse für die Herkunftskultur zu zeigen und deren Gewohnheiten beim Anbieten von Mahlzeiten zu berücksichtigen spielt dabei eine wichtige Rolle.
- *„Beiläufigkeit“*: Als Beiläufigkeit wird diejenige Praxisform beschrieben, bei der das durchdachte informelle Miteinander, z.B. am Kaffeetisch, eine bewusste Interventionsform annimmt. Bei einem ungezwungenen Miteinander werden so lebensrelevante Themen wie Ernährung oder Kindererziehung angesprochen. Dies geschieht durchaus mit der Absicht, eine Reflektion über Verhalten anzuregen oder sukzessive eine Verhaltensmodifikation herbeizuführen.

- *Niedrigschwellige Beratung in der Muttersprache:* Die Möglichkeit, sich in der Muttersprache beim Ausfüllen von Formularen, bei Übersetzung von Behördenbriefen usw. durch Personen aus demselben Kulturkreis Unterstützung zu holen, erleichtert die Orientierung in der Gastkultur (IMIS-Beiträge 28/2006). Auch *Einzel- und Familienberatung in der Muttersprache*, also die Begleitung einer Familie durch eine Beraterin oder einen Berater desselben Kulturkreises ermöglicht, dass die Familienmitglieder offener über Schwierigkeiten berichten.
- *Deutschkursangebote:* Deutschkurse werden an die Lebensbedingungen der Zielgruppe angepasst, d.h. bei der Unterrichtsgestaltung wird die Bildung und Familiensituation der Kursbesucher berücksichtigt. So wird zum Beispiel parallel zu dem Sprachkurs eine Kinderbetreuung angeboten, damit auch Frauen mit kleinen Kindern am Unterricht teilnehmen können. Im Unterricht selbst werden lebenspraktische Sprachkompetenzen der Teilnehmer gefördert.
- *Familie in ihrer Bedürfniskomplexität betrachten:* Eine Familie ist durch mehrere Generationen und Geschlechter konstituiert, die Angebote einer Einrichtung sollten deshalb sowohl geschlechtsspezifisch als auch altersspezifisch konzipiert sein. Dazu gehören z.B. Gruppenangebote für Familien mit kleinen Kindern, Angebote für Grundschul Kinder mit Betreuung nach der Schule sowie Hausaufgabenhilfe, Treffen für Väter, Bewegungsangebote für Frauen, Mädchen und Jungen.
- *Raum für Geselligkeit:* Mit den Familien gemeinsam zu kochen, zu feiern und Ausflüge zu organisieren ist wichtiger Bestandteil der Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund. Die erlebte Geselligkeit verbindet und verleiht ihnen ein Zugehörigkeitsgefühl. Das Mitbringen von Essen sowie das Hören und Tanzen der eigenen Musik lässt eine neue Gemeinschaft entstehen, in der sich die unterschiedlichen Kulturen begegnen. Diese Begegnung bildet die Basis für jeglichen Dialog.
- *Vernetzung nach Innen:* Das Team sollte befähigt sein, die unterschiedlichen Bedürfnisse und Problemlagen der Familien aufzufangen. Ein Beispiel: Wenn eine Deutschkursteilnehmerin sich mit einem Problem an ihre Lehrerin wendet, sollte diese in der Lage sein, innerhalb des Hauses den richtigen Ansprechpartner zu erreichen und einen Kontakt herzustellen.
- *Vernetzung nach Außen:* Kontakte zu anderen Einrichtungen im Stadtteil, der direkte und unbürokratische Kontakt z.B. mit Kindergärten, Schulen, Bezirksamt, Jugendamt, Ärzten und anderen relevanten Einrichtungen erleichtern Wege und ermöglichen schnelle und effektive Lösungen. Außerdem werden zusätzlich nachbarschaftliche Hilfesysteme gestärkt und Ressourcen optimiert.
- *Raum für Partizipation und Selbstgestaltung:* Das Mitbestimmen von Angeboten oder die Möglichkeit, Angebote bzw. Veranstaltungen zu organisieren, steigert die Identifikation mit und das Engagement in der Einrichtung.

Wie könnte demnach Gesundheitsförderung im Stadtteil aussehen, damit sie insbesondere Familien mit Migrationshintergrund erreicht?

Die Einrichtungen, die seit mehreren Jahren in einem bestimmten Stadtquartier etabliert sind, können und sollten das Thema Gesundheitsförderung in ihr Interventionsdesign übernehmen. Ihre Arbeit ist bereits etabliert und konsolidiert und kann deswegen von den BewohnerInnen akzeptiert und angenommen werden. Vertrauen und die Glaubwürdigkeit der „Fachkräfte“ sind gerade bei der Gesundheitsförderung relevant. Dabei sollten folgende kulturelle und kontextbezogene Aspekte berücksichtigt werden:

- Die Intervention sollte an den Erfahrungen der Familien anknüpfen, betonte eine von uns befragte Expertin. Die meisten Frauen mit Migrationshintergrund können gut kochen. Sie kochen täglich, kochen frisch und verwerten viel Gemüse. Das Kochen und Essen ist ein wichtiger Bestandteil des Familienlebens, durch die Gerichte wird die Herkunftskultur weitervermittelt. Für diese Gruppe hat gesunde Ernährung eine spezifische Form, die vielleicht über Zubereitungen mit weniger Fett und Zucker gesundheitsbewusster werden kann, die jedoch keinesfalls die kulturelle Basis der familiären Ernährung verändern darf.
- Kulturelle und spezielle Bedeutung von Erziehungspraktiken sind ebenfalls relevant. In Armut lebende Familien wollen ihren Kindern etwas bieten können, dazu gehören Besuche von Fast-Foods-Restaurants ebenso wie der Konsum von Limonaden und Süßigkeiten. Natürlich können diese Praktiken zu Gesundheitsproblemen bei den Kindern führen, zu Karies und Übergewicht. BeraterInnen, die sich kultursensibel verhalten, können jedoch jenseits von Ermahnungen das Gespräch mit den Eltern suchen, um gemeinsam Handlungsalternativen zu erörtern.

Fazit

Gesundheitsförderung in Familien mit Migrationshintergrund kann erfolgreich sein, wenn die Fachkräfte den Lebensstil von Menschen anderer Kulturen kennen und ihm wertschätzend begegnen. Eine solche Wertschätzung kann bewirken, dass sich hier Fremde für das Neue und Unbekannte öffnen und somit bereit werden, ihre eigene Praxis in Frage zu stellen. Die Arbeitshypothese unserer Studie, dass soziale Arbeit bereits als solche gesundheitsfördernd ist, ließ sich durch die Erhebung quantitativer Daten nicht bestätigen. Die qualitativen Daten verweisen jedoch darauf, dass die NutzerInnen durch den Kontakt mit den Einrichtungen eine positive Veränderung in ihrem Leben wahrnehmen, die sich auf ihr Gesundheitsverhalten auswirken kann.

Literatur zum Weiterlesen:

Maksim, Hübenthal: Kinderarmut in Deutschland. Empirische Befunde, kinderpolitische Akteure und Gesellschaftspolitische Handlungsstrategien. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts. 2009 DJI

Bulletin Plus, 3/2009, Heft 87. Deutsches Jugendinstitut e.V.

Thiessen, Barbara/Michels, Inge: Wie erreicht Familienbildung und -beratung muslimische Familien? Eine Handreichung (2008). München. DJI

IMIS-Beiträge. Heft 28/2006. Integrationslotsen für Stadt und Landkreis Osnabrück. Grundlagen, Evaluation und Perspektiven eines kommunalen Modellprojekts

3.3 Gesundheit aus der Sicht von Kindern

Gunda Sandmeir

Kinder wünschen sich solche Angebote, die räumlich über die Einrichtung hinaus führen: Schwimmen gehen, Ausflüge machen. Dies bringen vor allem Mädchen ein, die durch Verbote in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt sind.

Das gesunde Aufwachsen von Kindern wird häufig unter der Gefährdungsprämisse thematisiert. Problematisches Ernährungsverhalten, zu wenig Bewegung, zu häufiger Medienkonsum sind oft genannte Parameter, welche die Diskussion bestimmen. Auch der 13. Kinder- und Jugendbericht setzt sich damit auseinander, wie Kindern und Jugendlichen bessere Chancen auf ein gesundes Aufwachsen geboten werden können (BMFSFJ 2009). Aus dem Bericht geht aber auch hervor, dass der Großteil der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen gesund ist und in gesundheitsförderlichen sozialen Rahmenbedingungen aufwächst. Dennoch zeigen immerhin 20 % der Heranwachsenden gesundheitliche Auffälligkeiten. Das sind vor allem Kinder aus benachteiligten Lebensverhältnissen und mit Migrationshintergrund (ebd.: 36). Da die Thematik meist aus der Erwachsenenperspektive betrachtet wird, war es uns im Projekt ein Anliegen, die Kinder selbst zu Wort kommen zu lassen.

Die Befragung der Kinder

In zwei von drei Einrichtungen fanden Gruppendiskussionen mit insgesamt acht Kindern im Alter von acht bis 14 Jahren statt, davon waren drei männlich und fünf weiblich. Alle Mädchen und Jungen hatten einen Migrationshintergrund. Um den Kindern den Einstieg in die Diskussion zu erleichtern, regten wir sie dazu an, mit einer Einwegkamera Fotos zum Thema „Gesundheit“ zu machen. Diese Aktion wurde von den Kindern sehr gerne aufgegriffen. Es entstand ein buntes Potpourri an Bildern: ein Gemüseladen, viele verschiedene Obstsorten, ein krankes Kind, ein Gemüsegarten bei den Großeltern in Kroatien, ein Fußballplatz, ein reichhaltig gedeckter Esstisch und vieles mehr. Die Interviews wurden anhand eines Leitfadens strukturiert, der in fünf Themenblöcke gegliedert war:

- Subjektive Gesundheitstheorien
- Familienalltag
- Förderung von Gesundheit
- Übersetzung des Gesundheitswissens auf die Handlungsebene
- Angebote der Einrichtung

Der Interviewleitfaden wurde sehr flexibel eingesetzt, um den Kindern eigenen Gestaltungsspielraum im Gespräch zu lassen. Eine Befragung in der Gruppe bot sich aus zweierlei Gründen an: Zum einen konnten mit geringem Einsatz von Ressourcen möglichst viele Kinder befragt werden. Zum anderen wirkt das Setting der natürlichen Gruppe (gemeinsame Teilnahme an Angeboten der Einrichtung) der Fremdheit der Forschungssituation entgegen und baut die Ängste der Kinder in der Befragung rasch ab. Die zahlenmäßige Überle-

genheit der Kinder wirkt einer generationenbedingten Dominanz der Erwachsenen entgegen (Heinzel 2000: 117-119).

Bei der Konzeption des Leitfadens beschäftigten wir uns zunächst damit, ob und wie man mit Kindern überhaupt über Gesundheit reden kann. Denn Gesundheit rückt häufig erst ins Zentrum, wenn sie nicht mehr selbstverständlich ist (Faltermeier 1998: 66). Da, wie schon erwähnt, die Mehrzahl der Kinder gesund ist, schlossen wir daraus, dass bei Kindern das Thema Gesundheit im Alltag nicht im Fokus des Interesses stehen würde. Dass man mit Kindern trotzdem über Gesundheit sprechen kann, zeigen einige Studien zu subjektiven Gesundheitstheorien von Kindern und Jugendlichen (Flick 1998, Schmidt 1998, Kolip 1998).

Warum sind subjektive Gesundheitstheorien für unsere Projektfragestellung überhaupt relevant? Nach Faltermeier (1998: 85) wird gesundheitsförderliches Handeln im Wesentlichen von impliziten und expliziten Vorstellungen über Gesundheit beeinflusst. Um Angebote der Gesundheitsförderung so gestalten zu können, dass sie von den Zielpersonen angenommen und auf der Handlungsebene umgesetzt werden, ist es notwendig, ihre subjektiven Vorstellungen von Gesundheit einzubeziehen. Bei der Interpretation der Daten ist zu bedenken, dass die Fähigkeit, abstrakte Begriffe wie Gesundheit zu definieren, alters- und entwicklungsabhängig ist. Danach beziehen sich Kinder in Ihren Definitionen eher auf Krankheit, Jugendliche dagegen zeichnen ein zunehmend komplexes und positives Gebilde (Kolip 1998).

Subjektive Gesundheitstheorien

Die befragten Kinder thematisierten Gesundheit auf verschiedene Weise: Gesundheit wird als Abwesenheit von Krankheit oder durch die Verknüpfung mit Krankheit definiert:

- *Also Gesundheit ist z.B., wenn ich jetzt nicht krank bin, dann bin ich jetzt gesund. Krank, also wenn ich huste oder wenn ich Schnupfen hab.*
- *Ich würde halt sagen, wenn du jetzt also draußen dich schlecht fühlst, am Hals und die ganze Zeit hustest, da weiß man ganz genau, dass man krank ist.*
- *Internet ist halt nicht gesund, wenn man zu oft daran sitzt, wird man süchtig.*
- *Mc Donalds habe ich fotografiert, weil es ungesund ist.*

Gesundheit muss man „herstellen“ durch angemessene Ernährung oder durch förderliches Verhalten (wie Sport treiben, Bewegung an frischer Luft):

- *Gesundheit ist: Man sollte etwas Gesundes essen, z.B. Salat, einen Apfel, eine Banane, Obst und Gemüse und nicht so süße Sachen. Und man sollte sich auch austoben, das gehört auch zur Gesundheit. Wenn man viel an der frischen Luft ist, wenn man Sport treibt, wenn man – was gibt's denn noch? Wenn man viel schläft. Wenn man zum Doktor geht.*
- *Ich glaube, man fühlt sich richtig, wenn man jetzt Sport gemacht hat und man kommt jetzt nach Hause und isst einen Apfel und dann ist der Apfel fertig und man sieht so, ja, ich habe jetzt gute Laune und hab mich sehr gut ernährt und ich bin gesund oder so.*

- *Ja, eigentlich trinken wir jeden Tag Tee. Eine Folter. Kroatischen Kamillentee, der ist ätzend, der schmeckt gar nicht. Da hat man bloß ein paar Blätter reingeworfen, Wasser dazu und fertig. Voll ätzend.*

Die Kinder beschreiben hier Gesundheit als etwas, was erarbeitet werden muss. Die Formulierung „man sollte“ kommt in den Diskussionen öfters vor. Dies weist darauf hin, dass es sich um Normen handelt, die nicht unbedingt den Vorstellungen der Kinder entsprechen. Diese können aber umgangen werden, wenn bestimmte Vorleistungen erfüllt sind:

- *Also mein Lieblingsgericht ist McDonalds, aber ich darf nur nach dem Teak-Won-Do. Weil da hab ich mich erstmal abtrainiert und dann kann man wieder essen.*

Gesundheit steht für sie durchaus in Verbindung mit „Sich- Wohlfühlen“:

- *Wenn mein Vater, wenn meine Eltern da sind, dann fühle ich mich gut. Wenn ich nur alleine bin, dann fühle ich mich schrecklich. Wenn ich keinen Streit habe und wenn meine Familie fröhlich ist und wenn meine Familie neben mir ist.*

Gesundes Verhalten wird beschrieben als „etwas Sinnvolles machen“ und „nicht immer nur zu Hause sitzen und Fernseh gucken, essen und so“, also in Verbindung gesetzt mit Alltagsgestaltung:

- *Ja, ich lebe sehr gesund. Also jeden Tag einmal austoben. Also jeden Tag muss ich mal draußen sein. Oder Taek-Won-Do oder so.*

Lebensmittel haben nicht nur eine ernährungsphysiologische Komponente, sondern beeinflussen auch das Wohlbefinden des Menschen. Die befragten Kinder bringen den Genussfaktor von sog. „ungesunden Lebensmitteln“ in die Diskussion ein. Ein Verzicht auf diese Dinge scheint schwer möglich und wird von den Kindern als Beeinträchtigung von Lebensqualität empfunden.

- *Also wir essen auch immer gesunde Sachen, aber man kauft auch mal zwischendurch so z. B. Gummibärchen oder Kaugummi, was auch immer, weil wir können doch nicht das ganz Leben lang ohne Kaugummi oder so leben.*
- *Ich glaube, dass Kuchen für die Gesundheit ist, ich glaube, wenn man es wieder isst, dann ist man doch wieder glücklich. Und das ist gesund.*

Insgesamt zeigen die subjektiven Gesundheitstheorien der befragten Kinder ein vielschichtiges Bild, wobei die Ernährung eine zentrale Rolle einnimmt. In der Zusammenschau fällt auf, dass die Vorstellung der Kinder von Gesundheit stark von sozialen Normen und Erwartungen geprägt ist.

Kinder lernen von ihren Eltern

In den Interviews wurde ein umfangliches, aber nicht immer fundiertes Wissen über Gesundheit erkennbar, das bei Nachfragen von den Kindern nicht immer begründet oder belegt werden konnte. Dass Wissensvermittlung alleine nicht ausreicht, wird daran erkennbar, dass die Kinder mehrmals betonen, dass man ein bestimmtes Verhalten zeigen sollte. Es wird eine Norm beschrieben, die aber nicht zwangsläufig zu entsprechendem Verhalten führt. Die befragten Kinder nennen vor allem ihre Mütter als Vermittlerinnen ihres Wissens über Gesundheit. Dies deckt sich mit einer Untersuchung von Lohaus (2006: 152), der die individuelle Gesundheitserziehung in der sozialen Umgebung verortet, und zwar durch Erziehungsmaßnahmen sowie Wissens- und Einstellungsvermittlung der Eltern. Dazu einige Zitate:

- *Meine Mama sagt uns, was gesund ist,....*
- *Ich hab' immer was Ungesundes genommen, da hat mir meine Mutter immer gesagt, nein, nein ... Da hab' ich es gelernt.*
- *Also meine Eltern haben es mir beigebracht, z.B. dass Fleisch und Obst gesund ist.*
- *Ich finde halt, Gesundheit hab' ich bei meiner Mutter gesehen und gelernt, und von meinem Vater und von meinen Schwestern, von meinen beiden und von der Türkei noch ein bisschen.*

Die Kinder lernen von ihren Müttern/Eltern aber nicht nur theoretisches Wissen über Gesundheit, sondern erleben auch diesbezügliche Handlungen. Im gemeinsamen Tun lernen die Kinder beiläufig das Alltagswissen, das sie als gesundheitsförderlich beschreiben, beispielsweise die Zubereitung von Nahrung. Es sind aber auch die Mütter, die den Zugang dazu verbauen können. Im Interview beschreibt ein Mädchen, dass es zu Hause nicht kochen darf, weil seine Mutter das nicht will:

- *Hm, na ja, meine Mutter mag nicht, dass ich in die Küche gehe, weil sie will immer alles so sauber haben und sie kennt sich da aus oder was, vielleicht nehme ich etwas Falsches oder so. Nein, meine Mutter mag das nicht so sehr, weil: Sie ekelt sich da.*

Nach Ansicht der befragten Kinder gehört zur Aufgabe der Eltern auch, die gesundheitsförderliche Entwicklung der Kinder im Auge zu behalten und schädigendes Verhalten zu verhindern:

- *Ich kenne eine Freundin, eine alte Freundin, die war, sag ich jetzt auch, so ein bisschen fett. Die Eltern haben nichts gesagt und sie hat immer draußen gegessen mit ihren Freundinnen. Und die Eltern haben nie auf sie aufgepasst.*

Neben dem Elternhaus kommt der Schule (vor allem der Grundschule) eine wichtige Rolle bei der Wissensvermittlung zu. Die Kinder erinnern sich vor allem an Wissen, das in projektformiger und partizipativer Arbeitsweise erworben wurde:

- *In der Schule. Da hat die Klasse vier Tage über Gesundheit geredet, was der Mensch essen soll und nicht so viel. Nicht Fastfood, draußen nicht so viel essen, das ist nicht so gut.*
- *Das weiß ich nicht, aber ich hab's von meiner Lehrerin gehört.*

Der Kinderarzt wird von den Kindern übereinstimmend als die maßgebliche Instanz für die Abklärung und Behandlung von Krankheiten angegeben. Ihm wird das nötige Wissen zugeschrieben, das erforderlich ist, um Krankheiten angemessen behandeln zu können:

- *Ich würde zum Kinderarzt gehen. Eigentlich ist es besser, wenn man zuerst mal zum Arzt geht, weil der sagt auch das Richtige.*

Ergänzend werden Hausmittel genannt, welche die Eltern verordnen:

- *Immer wenn ich krank bin, dann muss ich Tee trinken.*
- *Ja, ich musste immer Zwieback und Tee trinken, Pfefferminztee.*

Angebote der Gesundheitsförderung

Die Angebote der Einrichtung werden in beiden Gruppendiskussionen nicht mit Gesundheit und der Vermittlung von Gesundheitswissen in Verbindung gebracht. Die Kinder können keine Angebote zur Gesundheitsförderung an der Einrichtung benennen. Sie wünschen sich vor allem Erlebnisse, die außerhalb

der Einrichtung stattfinden: Schwimmen gehen, Ausflüge machen. Dies bringen vor allem die befragten Mädchen ein, die eine Einschränkung ihrer Bewegungsfreiheit durch elterliche Verbote thematisieren. Bei der Gestaltung war ihnen besonders wichtig, dass der Spaß nicht zu kurz kommt. Außerdem gaben einige Kinder an, dass sie etwas lernen möchten, um sich selbst helfen zu können.

Fazit

Die Gruppendiskussionen belegen, dass Gesundheit auch ein Thema für Kinder ist. Sie verfügen über spezifisches gesundheitsrelevantes Wissen, das jedoch erkennbar normativ geprägt ist – und damit auch möglicherweise Widerstand und/oder Beschämung hervorruft bei Nichteinhaltung. Die Interviews zeigen, dass – wie auch bei den Erwachsenen – das Wissen über Gesundheit nicht notwendigerweise in gesundheitsförderliches Verhalten mündet. Angebote müssen daraufhin reflektiert werden und Genuss und Spaß am gesundheitsfördernden Verhalten müssen im Mittelpunkt stehen. Ein kultursensibles Vorgehen versteht sich von selbst. Da Elternhaus und Schule zentrale Orte der Vermittlung sind, ist eine Zusammenarbeit mit ihnen besonders wichtig.

Literatur zum Weiterlesen:

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin
- Faltermaier, Toni/Kühnlein, Irene/Burda-Viering, Martina** (1998): Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa
- Flick, Uwe** (1998): Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: Flick, Uwe (Hrsg.); Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München: Juventa, 7-30
- Heinzel, Friederike** (2000): Kinder in Gruppendiskussionen und Kreisgesprächen. In: Heinzel Friederike (Hrsg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Weinheim und München: Juventa, 117-130
- Kolip, Petra** (1998): Aspekte gesundheitsbezogener Kognition. Ergebnisse einer quantitativen Befragung 12-16 jähriger Jugendlicher. In: Flick, Uwe (Hrsg.); Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München: Juventa, 45-55
- Lohaus, Arnold/ Ball, Juliane** (2006): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe
- Schmidt, Lothar R./Fröhling, Heike** (1998): Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen. In: Flick, Uwe (Hrsg.); Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München: Juventa, 33-44

4. Praxisprofile: Die beteiligten Einrichtungen und ihre Merkmale

Auf den folgenden Seiten werden die drei Einrichtungen porträtiert, die das Projekt „Gesundheit beginnt in der Familie“ als PraxispartnerInnen begleitet und unterstützt haben. Die Praxisprofile geben einen Einblick in Arbeitsweise und Arbeitsbedingungen. Alle drei Einrichtungen möchten dem Thema Gesundheit kurz- und mittelfristig ein stärkeres Gewicht geben; ihre Vorstellungen dazu sollen die Handreichung mit Anregungen bereichern.

4.1 Praxispartner Familientreffpunkt Kurmärkische Straße, Berlin Kultur im Kiez: Selbstbestimmtheit von MigrantInnen stärken

Kerstin Oldemeier

Im Vordergrund steht die Verbesserung der Bildungsmöglichkeiten, besonders die der Mütter. Denn: Von der guten Bildung der Mütter profitiert die gesamte Familie.

Der Familientreffpunkt, der im Februar 1999 seine Arbeit aufgenommen hat, ist ein Kooperationsprojekt des Pestalozzi-Fröbel-Hauses (PFH) mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) des Bezirks Tempelhof-Schöneberg. Im Einzugsgebiet des Familientreffpunktes leben überwiegend Migrantenfamilien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf. Die soziale Problematik im Schöneberger Norden resultiert aus der Kumulation mehrerer Faktoren: hohe Arbeitslosigkeit, Substanzmissbrauche, latentes Gewaltpotential, Zunahme von Straßenprostitution. Das Leben für die Familien ist dementsprechend problematisch und die Einrichtung hat sich zum Ziel gesetzt, einer Ausgrenzung dieser Familien entgegenzuwirken. Im Vordergrund steht dabei die Verbesserung ihrer Bildungsmöglichkeiten, besonders die der Mütter. Die MitarbeiterInnen wissen: Von den Bildungsanstrengungen der Mütter profitiert die gesamte Familie.

Für die Verwirklichung dieses Prozesses schafft der Familientreffpunkt nicht nur Kontakte unter den NachbarInnen, sondern vernetzt sich auch selbst mit den Einrichtungen des Stadtteils. Zu diesen gehören Kindertagesstätten, Schulen, Quartiersmanagement, Kirchengemeinden, Initiativen und Selbsthilfegruppen. Dadurch soll zusätzlich eine gegenseitige Beeinflussung von NutzerInnen und Einrichtungen bewirkt werden, die die Entwicklung nachbarschaftlicher Hilfesysteme im Stadtteil fördert und so einen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation im „Kiez“ leistet. Als Leitidee gilt dabei das Prinzip der kurzen Wege und der Niedrigschwelligkeit.

Das Netzwerk

Wichtiger Bestandteil der Arbeit der Einrichtung ist die intensiv angelegte Zusammenarbeit zwischen dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und dem Pestalozzi-Fröbel-Haus. Zwischen den MitarbeiterInnen finden regelmäßige Teamsitzungen zur Koordinierung der Angebote sowie zur inhaltlichen Entwicklung der Arbeit statt. Zu diesem Team gehören auf Seiten des PFH auch BeraterInnen der Familienberatung, deren Außenstelle sich im Familientreffpunkt befindet. Seit 2004 besteht außerdem eine enge Zusammenarbeit mit der Kindertagesstätte „Haus der Kinder“ Kurmärkische Straße des Trägers FIPP e.V.

Da der Familientreffpunkt seit 2008 ein Standort des Mehrgenerationenhauses Kiezoase (im PFH) ist, ist er auch in dieses Netzwerk mit zwei weiteren Standorten (Nachbarschafts- und Familienzentrum Barbarossastraße und Nachbarschaftstreff Steinmetzstraße) eingebunden. Es bestehen zudem Vernetzungen mit Grundschulen, weiteren Kindertagesstätten, Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen u.a. Dieses Netzwerk wird intensiv gepflegt, um sowohl schnelle und hindernisfreie Wege zu allen Angeboten zu realisieren, als auch personelle, finanzielle und räumliche Ressourcen zu bündeln.

Zu den Angebote der Familienbildung nach § 16 KJHG (Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie) gehören u. a.

- Das Elterncafé
- Elternberatung
- Intensive Lernhilfe für GrundschülerInnen

Integration und Bildung

- Deutschkurse für Frauen
- Vätergruppe
- Nähkurs für Frauen

Gesundheitliche Prävention

- Psychomotorik für Kinder durch das Gesundheitsamt
- Bauchtanz

Kulturelle Aktivitäten

- Die Kultur-AG
- Ausstellungen
- Feste im Familientreffpunkt
- Ausflüge und Exkursionen

Gruppen

Zu den regelmäßigen aber auch wechselnden Gruppenangeboten gehören Theaterprojekte, Schach-, Trommel- und Tanzkurse. Samstags wird in Eigenregie der Deutsch-Libanesischen Gemeinde e.V. über den ganzen Tag Arabisch für Kinder und Erwachsene in Kleingruppen angeboten.

Angebote für Kinder

- Förderung von Grundschülerinnen
- Hausaufgabenhilfe

Arbeit und Methoden des Teams

Für die Realisierung der genannten Ziele bildet ein multiprofessionelles und multikulturelles Team die Grundlage. Regelmäßig stellen sich die Team-Mit-

gliedert den BesucherInnen in den Kursen und Gruppen vor. Dadurch sollen besonders die Übergänge zwischen den Angeboten für die KlientInnen erleichtert werden. Bei den Gruppenangeboten stellt die Einrichtung soziale Aspekte, wie z.B. die Begegnung mit anderen, und das Kennenlernen und Erproben praktischer Fertigkeiten in den Vordergrund. Bei den Deutschkursen ist die Methode abgestimmt auf die Lern- und Lebenssituation der TeilnehmerInnen. Das heißt, dass ein erwachsenengerechtes Lernen angeboten wird. Es findet z.B. kein Frontalunterricht statt, sondern es wird häufig in Kleingruppen gearbeitet. Dazu gehört ebenso, dass keine Schulungsform gepflegt wird, z.B. muss nicht um Erlaubnis gebeten werden, den Raum zu verlassen. So soll die Lernmotivation erhalten und das zum Lernen notwendige Selbstbewusstsein entwickelt werden. Ein weiteres wichtiges methodisches Prinzip ist das aktivierende Lernen im Gegensatz zum passiven Konsumieren. Das heißt, die Frauen bringen Fragen aus dem Alltag mit in den Kurs, damit diese dann dort gemeinsam geklärt werden können.

Bei den **Angeboten für die Kinder** ist das methodische Vorgehen von drei Aspekten geprägt:

- Zunächst ist es wichtig, dass die Kinder nicht isoliert, sondern in ihren Lebenszusammenhängen gesehen werden.
- Der zweite Aspekt besteht darin, bei den Angeboten immer die Interessen der Kinder aufzuspüren und an einer gemeinsamen Realisierung zu arbeiten.
- Zuletzt wird bei der Hausaufgabenbetreuung pädagogisch strukturiert vorgegangen, z.B. durch Kleingruppenarbeit und klare Regeln.

Die **Raumübersicht** des Familientreffpunkts stellt sich wie folgt dar:

- Räume im Erdgeschoss: Empfang, Kinderspielraum, Gemeinschaftsraum/Café, Küche, 2 Büros (eines wird auch für Beratungen genutzt), 1 Schularbeitsraum, 2 Beratungsräume, Untersuchungsraum der Ärztin, Vorbereitungsraum der Arzthelferin
- Räume im 1. Obergeschoss: Unterrichtsraum, Bewegungsraum, Therapie-raum, Büro, 1 Schularbeitsraum als externe Beratungsstelle des Gesundheitsamtes, Teeküche, Arbeitsraum der Schneiderin (Nähstube und Nähkurs)
- Außerdem steht dem Familientreffpunkt das von der „Kiezoase“ hergerichtete Außengelände (Spielplatz, Garten, Terrasse) zur Verfügung, sowie ein Keller

Die **Finanzierung** setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen:

- Eigenmittel des Trägers PFH (Übernahme der Personalkosten: Leitung 100% Regelarbeitszeit (RAZ), Erzieherin 75% RAZ, 1 Sekretärin mit 75% RAZ, 3 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen 50%, 75%, 75% RAZ) und zusätzlich Sach- und Honorarmittel
- Zuwendungen der Abteilung Soziales des Bezirksamtes Tempelhof-Schöneberg. Davon werden hauptsächlich eine Sozialarbeiterin (75% RAZ) und eine Deutsch- und Integrationslehrerin (100% RAZ) sowie Sach- und Honorarmittel bestritten
- Personal- und Sachkosten aus Mitteln der Arbeitsagentur und des Sozialamtes
- Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen (jährlich 6-8 Personalstellen)

- Sondermittel für einmalige Personal -, Sach- und Investitionsausgaben aus Stiftungen, Quartiersfond und Spenden, Umfang stark schwankend

4.2 Praxispartner Alida Schmidt-Stiftung, Einrichtung Hamburg - Mädchen, Mütter, Kinder: ihren Lebensthemen auf der Spur

Kerstin Oldemeier

Das Ziel der Netzwerkaktivierung ist es, das soziale Netz der Familien zu stärken, zu stabilisieren und für die Familien nutzbar zu machen. Dazu dient die Arbeit mit Netzwerkkarten und speziellen Fragebögen.

Die Alida Schmidt-Stiftung wurde bereits 1874 gegründet und stellte ursprünglich „unbescholtenen Witwen und Jungfrauen“ Wohnraum und Feuerung zur Verfügung. Heute betreibt die Stiftung Einrichtungen der Jugendhilfe, Seniorenwohnanlagen, Pflegeheime und Suchthilfeeinrichtungen. Der Bereich Frauen, Kinder und Familien betreut weiterhin diese ehemalige Zielgruppe, nämlich Mädchen und Frauen. Außerdem werden Mädchen und junge Frauen in der psychiatrischen Nachsorge im trägereigenen Wohnraum betreut. Dieser Bereich ist eine Einrichtung der Jugendhilfe und der psychiatrischen Rehabilitation. Für die Felder „Sozialpädagogische Familienhilfe“, „Erziehungsbeistandschaft“ sowie „Mutter und Kind“ werden regionale Teams in Hamburg-Mitte und Hamburg-Nord eingesetzt, die aufsuchend arbeiten.

Die umfassenden Angebote lassen sich folgenden Bereichen zuordnen:

Unterstützung von Mädchen und Frauen im Alter von 14 bis 27 Jahren, die

- in Not geraten sind und Hilfe bei der Alltagsbewältigung und Entwicklung ihrer Lebensperspektive benötigen.
- traumatische Erlebnisse wie Gewalt- und Missbrauchs-, Prostitution- oder Drogenerfahrungen haben.

Angebote an Mütter und Väter, schwangere Frauen, aber auch allein erziehende Mütter und Väter von Säuglingen und Kleinkindern, die

- aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung oder ihres jungen Alters psychisch oder physisch mit der Mutter- oder Vaterrolle überfordert sind.

Familien, Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche in und außerhalb ihrer Familien werden beraten, unterstützt und betreut bei

- Überforderung mit der Erziehungsverantwortung,
- Krisen und Konflikten.

Besondere Projekte, Konzepte und Kooperationen (eine Auswahl):

Vorbereitung auf den externen Schulabschluss

Viermal in der Woche finden jeweils zwei bis drei Unterrichtsstunden im stationären Bereich statt. Die Inhalte und die Lernschritte werden durch eine Lernstandserhebung, eine Einstufung, eine entsprechende Lernplanung und

Zusammenstellung des individuellen Unterrichtsmaterials durch REBUS (Regionale Unterstützungs- und Beratungsstelle) festgelegt.

Familiennetzwerk Hamm

In Kooperation mit dem Caritasverband für Hamburg, mit „Das Rauhe Haus“, dem Internationalen Bund und dem Verband alleinerziehender Mütter und Väter (VAMV) macht die Alida Schmidt-Stiftung im Stadtteil Hamm ein Angebot für eine die Familien unterstützende, präventive Jugendhilfe. Bestandteile des Angebotes sind sowohl gruppenbezogene offene als auch verbindliche Familienförderangebote.

Einzelfallbezogene, zeitlich eng befristete Hilfeangebote für Eltern, insbesondere mit Säuglingen und Kleinkindern:

- Familienlotsen (Problembezogene Beratung, Anleitung und Begleitung im Umgang mit Behörden, Konfliktschlichtung, Unterstützung in akuten Problemlagen)
- „Rund um die Uhr-Sorglospaket“
- Frühe Hilfen (Videogestützte Beratung zur Förderung der Eltern-/Kind-Interaktionen)
- Elternberatung in der KITA Osterbrook
- Familienhebammen

Arbeit und Methoden des Teams

Die MitarbeiterInnen sind in systemischer, ganzheitlicher Arbeit geschult und damit in einem Arbeitsansatz, der sowohl die persönlichen Ressourcen als auch die individuellen, sozialen und institutionellen Netzwerke systemisch in die Arbeit mit einbezieht (nach Friedrich, 2008) Sie sind vertraut in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen im Stadtteil, kennen sich in der Mitarbeit in entsprechenden Arbeitsgemeinschaften aus und sind geübt in videogestützter Beratung. Diese Videoaufnahmen werden in Alltagssituationen im Umgang mit dem Kind gemacht und mit den Eltern ausgewertet. Durch gemeinsames Betrachten können Umgangsformen und Kommunikation reflektiert und Veränderungen in der Eltern-/Kindbeziehung eingeleitet werden. Insbesondere die Körpersprache und ihre Bedeutung für den Umgang mit Kleinkindern kann an Bildern gut verständlich gemacht werden. Der zugrunde liegende Ansatz heißt „Seeing is believing“ (SIB): Was ich sehen kann, kann ich auch glauben.

Die MitarbeiterInnen sind zudem geschult im Umgang mit sozialpädagogischen Diagnosen für Jugendliche. Ziel ist es, die subjektiven Sichtweisen, Lebensthemen und Probleminterpretationen der Jugendlichen und Familienmitglieder in das Hilfeverfahren einfließen zu lassen. Das Ziel der Netzwerkaktivierung als dem besonderen Kennzeichen der Arbeit der Stiftung wiederum ist es, das soziale Netz der Familien systematisch zu stärken, zu stabilisieren und für die Familien nutzbar zu machen. Dazu dienen die Arbeit mit Netzwerkkarten und speziellen Fragebögen sowie die systematische Einbeziehung der individuellen Ressourcen und Stärken der Familienmitglieder. Außerdem werden die Familienmitglieder darin angeleitet, sich von den von ihnen ausgesuchten Personen die benötigte Unterstützung organisieren zu können. Folgende Zielgruppen werden mit entsprechender Rechtsgrundlage und in entsprechenden **Räumlichkeiten** betreut:

Frauen im Alter von 14 - 27 Jahren:

- stationäre und ambulant betreute Wohngruppen
- ambulante Betreuung im eigenen Wohnraum, bei Partnern, Eltern etc.
- §§ 27/34, 27/30, 41/34, 41/30, 35a SGB VIII, §§ 53 und 68 SGB XII

Alleinerziehende Mütter mit ihren Kindern:

- stationär in der Bürgerweide 19 u. 23, in Hamm-Süd in der Steinbeker Str. 41 a und in trügereigenen Wohngemeinschaften
- § 19 SGB VIII (vorbehaltlich weiterer Klärung auch §§ 27/34 und 41/34 SGB VIII und 53 SGB XII)

im eigenen Wohnraum § 27/31 SGB VIII

- Familien mit ihren Kindern, § 27/31 SGB VIII
- Kinder in ihren Familien, gemeinsam mit ihren Familien, § 27/30 SGB VIII
- Junge Menschen in ihrer Herkunftsfamilie, § 27/30/41 SGB VIII

Finanzierung: Die Finanzierung der gemeinnützigen Stiftung ist pflegesatzorientiert. Personal-, Verwaltungs-, Betriebs- und Betreuungskosten werden aus den jährlich mit der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg verhandelten Pflegesätzen finanziert. Für die vielfältigen Projekte werden einzelne Zuwendungen der öffentlichen Hand beantragt und Spenden eingeworben.

4.3 Praxispartner SOS-Kinderdorf e.V., SOS-Mütter- und Kindertageszentrum München, Mehrgenerationenhaus Neuaubing MüZe – Erste Anlaufstelle für Menschen mit Problemen

Kerstin Oldemeier

Eine systematische Qualitätsüberprüfung gewährleistet, dass die fachlichen und sozialen Kompetenzen aller MitarbeiterInnen regelmäßig durch Praxisanleitung, Fortbildungen und Supervision gestärkt werden.

Das SOS-Mütterzentrum in München-Neuaubing (MüZe) wurde 1981 als Modellprojekt in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesfamilienministerium und dem Deutschen Jugendinstitut initiiert. Zentrales Anliegen der Einrichtung ist es, Mütter dabei zu unterstützen, sich für ein lebenswertes Umfeld für sich und ihre Familie einzusetzen. Dabei geht es darum, gemeinsam mit anderen Müttern nach phantasievollen und kreativen Möglichkeiten zu suchen, den Familienalltag und die Erziehungsarbeit zu meistern und dabei psychisch und physisch stabil zu bleiben. Außerdem ist es Ziel, die nachbarschaftliche Selbsthilfe vor allem für sozial benachteiligte Familien zu fördern. Das Mütterzentrum soll somit ein Ort der Begegnung für alle Menschen – gleich welchen Alters und Geschlechts, gleich welcher Nationalität oder Religion – und erste Anlaufstelle bei Problemen sein.

Fachliche Ausrichtung von Familien- und Mütterzentren

„Die Familien- und Mütterzentren setzen auf Selbstorganisation und Selbsthilfe. Sie sind als Folge der Kritik am Umgang von Institutionen mit Eltern und eines Mangels an adäquaten Angeboten entstanden. Die Konzeption der Familien- und Mütterzentren wurde maßgeblich am Deutschen Jugendinstitut entwickelt und ihre Entwicklung in der Praxis von dort aus unterstützt und gefördert. Die Mütter stehen im Zentrum der Unterstützungsangebote. Sie helfen sich gegenseitig und können sich auf gleichberechtigter Ebene über ihre Situation und ihre Erfahrungen austauschen. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt demnach auf der „Laien-mit-Laien-Arbeit“, bei der neue, bisher ungenutzte Ressourcen mobilisiert, zusammengeführt und neue Beziehungsnetzwerke geschaffen werden. Kinder sind jederzeit willkommen und können daher immer von den Eltern mitgebracht werden.“ (Pluto, Liane/Grager, Nicola/van Santen, Eric/Seckinger, Mike 2007: 193 f.)

Stichwort Qualitätssicherung im MüZe: Im Jahr 2006 wurde die systematische Qualitätsarbeit nach GAB (Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung) eingeführt. Hierdurch wird systematische Qualitätsüberprüfung der fachlichen und sozialen Kompetenzen aller MitarbeiterInnen regelmäßig durch Praxisanleitung, Fortbildungen und Supervision gestärkt und gewährleistet.

Die Angebote (hier eine Auswahl) lassen sich folgenden Bereichen zuordnen:

Beratung

- psychologische und familienrechtliche Beratung

Betreuung

- Krippenplätze und offene Kinderbetreuung

Haushaltsnahe Dienstleistungen

- Secondhand-Laden

Essen

- Mittagstisch für Alt und Jung
- Im Januar 2006 wurde das so genannte „Netzfrühstück“ in der Kita eingeführt. An diesem Tag wird das Frühstück von einem Elterndienst vorbereitet, immer unter dem Aspekt der gesunden Ernährung und sehr abwechslungsreich.

Lernen/Bildung/Fördern

- Fortbildungen für Familien, Mütter und ehrenamtliche MitarbeiterInnen
- Praktikumsplätze zur Berufsorientierung und für Berufswiedereinsteigerinnen
- Individuelle Lernförderung und Projekte
- Deutsch für ausländische Frauen
- Elterntalk: Eine Gastgeberin/ein Gastgeber lädt fünf bis sieben Eltern zu sich nach Hause oder zu einem anderen privaten Ort ein. Die Gesprächsrunde wird von Müttern oder Vätern begleitet, die auf ihre Aufgabe als ModeratorIn vorbereitet wurden. Eltern sind hier die Experten in eigener Sache. Sie tauschen ihre Erfahrungen und ihr Wissen in unterschiedlichen Bereichen wie Medien, Konsum oder Erziehung aus.
- Sprungbrett – ein Kooperationsprojekt zwischen der Hauptschule an der

Wiesentfeller Straße, Ehrenamtlichen und dem SOS-Kinderdorf e.V., um Jugendliche ab der achten Klasse zu unterstützen, einen guten Schulabschluss zu erreichen und um bei der Lehrstellensuche sowie dem Start in das Berufsleben zu helfen.

Offene Begegnung/Treffpunkt

- Generationsübergreifender, interkultureller offener Treffpunkt für den Stadtbezirk mit Infobörse

Ein besonderes Projekt

Im „Treffpunkt internationaler Garten“ können Familien und Einzelpersonen, Alt und Jung, sich selbst mit gesundem Obst und Gemüse versorgen. Auf einer zentral gelegenen Freifläche bepflanzt und pflegt jeder sein eigenes Beet (20qm) mit Blumen, Gemüse, Obst und Kräutern. Für Fragen rund um Schnecken und Quecken, um Kompost und Krümel gibt es fachliche Unterstützung. Pflanzenbörse und Erntedank wird gemeinsam gefeiert, die jährlichen Kosten sind gering.

Räumlichkeiten der Einrichtung:

Das SOS-Mütter- und Kindertageszentrum München befindet sich in fünf ehemaligen Ladengeschäften und mehreren Wohnungen eines Einkaufszentrums, die vom Träger angemietet wurden. Zwei Läden wurden durch Umbau verbunden. Darin befinden sich im Erdgeschoss:

- der offene Treffpunkt „Kaffeestube“ als Mittelpunkt der Einrichtung,
- ein Kinderzimmer sowie eine Küche;
- im Keller der Secondhandverkauf und Lagerräume.

Der Angebotsbereich ist durch eine Apotheke und einen Treppenaufgang von der „Kaffeestube“ getrennt. Darin befinden sich:

- ein Büro für stundenweise beschäftigte MitarbeiterInnen,
- ein teilbarer Raum als Multifunktionsraum (Kinderstube, Mutter-Kind-Gruppen); im Keller ein Werkraum, eine Teeküche, ein kleiner Raum für Brennofen und Werkstücke.

In einem weiteren, räumlich getrennten Laden im Erdgeschoss befinden sich drei Verwaltungsräume sowie im Keller ein Besprechungsraum. Im Einkaufszentrum befinden sich außerdem Kindertagesbetreuung mit Räumlichkeiten für zwei Gruppen im Erdgeschoss sowie ein Besprechungsraum und ein Lagerraum im Keller. Im ersten Stock befinden sich ein Seminarraum und ein Beratungszimmer, ebenso die Räume der Hortgruppe und der pädagogischen Mittagsbetreuung. Die gesamte Nutzfläche des SOS-Mütter- und Kindertageszentrums beträgt einschließlich aller Keller- und Nebenräume 1.195 m².

Finanzierung. Das SOS-Mütter- und Kindertageszentrum wird von der Landeshauptstadt München im Rahmen einer Betriebsdefizitfinanzierung bezuschusst. Zuschussgeber sind der Freistaat Bayern für das Mütterzentrum und die Aktion Jugendschutz für Elterntalk. Spezielle Angebote des Mehrgenerationenhauses werden vom Europäischen Sozialfond in Höhe von 40.000 Euro jährlich über das Bundesministerium gefördert. Diese Förderung wird insgesamt für fünf Jahre gewährt. Außerdem erhält das Mütterzentrum kommunale Mittel und Landesmittel für die pädagogische Mittagsbetreuung und einen Zuschuss vom Kulturreferat für das interkulturelle Sommerfest.

Als Einnahmen der Einrichtung zählen Elternbeiträge der Kindertagesbetreuung und der pädagogischen Mittagsbetreuung, Einnahmen aus weiteren Betreuungskosten, Kursgebühren, Flohmärkten, Sachspendenverwertung, dem Kommissionsverkauf des Secondhandladens, Einnahmen aus der „Kaffeestube“, Mittagstisch und aus dem Partyservice.

Alle Kosten, die nicht über Zuschussgeber, den oben genannten Einnahmen und über Betriebsdefizitfinanzierung abgegolten werden, übernimmt der SOS-Kinderdorf Verein durch den Einsatz von Spendenmitteln im Rahmen eines jährlich zu genehmigenden Etats.

5 Praxispartner im Gespräch

Stärker als abstrakte Inhalte beeinflusst das konkrete Handeln von Personen die Soziale Arbeit. Nicht selten sind sie und ihre Haltungen prägend für den Erfolg bzw.- die Wirkung eines Projektes. In den folgenden drei Interviews kommen deshalb Fachkräfte zu Wort, die in ihrer eigenen Art und Weise Tipps und Hinweise zur Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit geben.

5.1 Netzwerkarbeit auf dem Spielplatz: Obst regt an - Interview mit Kathrin Kumm, Mitarbeiterin der Alida-Schmidt-Stiftung

Was hat Sie bewogen, im Projekt „Gesundheit beginnt in der Familie“ mitzumachen?

Mit der Uni Hamburg fand über mehrere Jahre eine Kooperation statt, im Rahmen derer die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Alida Schmidt-Stiftung in der Methode der Netzwerkaktivierung fortgebildet und praxisbegleitend betreut wurden. Die Uni stellte uns auch dieses Projekt vor. Interesse wurde bei uns geweckt, weil Gesundheit in den von uns betreuten Familien ein zentrales Thema ist und insgesamt die Stiftung an Ideen und Verbesserungsvorschlägen, die sich durch das Projekt ergeben, sehr interessiert ist.

Wie haben Sie das Thema in Ihre tägliche Arbeit integriert?

Gesundheit in der Familie ist in der Arbeit als sozialpädagogische Familienhilfe immer ein Thema. Integriert wird es durch gemeinsames, gesundes Kochen, Aktivitäten an der frischen Luft, Sport und vieles mehr. Außerdem haben wir die Auflage durch das Jugendamt, die U-Hefte regelmäßig zu kontrollieren und dafür zu sorgen, dass die Eltern die Termine beim Kinderarzt wahrnehmen. Bei diesen Gesprächen mit den Eltern geht es zwangsläufig um viele Themen rund um Gesundheit.

Gab es ein besonderes Angebot, ein persönliches Erlebnis, eine unkonventionelle Idee?

Ich arbeite sozialraumorientiert in Finkenwerder, einem Stadtteil von Hamburg, der an ein großes Obstanbaugebiet angrenzt. Auf den Spielplätzen dort verteile ich ab und zu Äpfel oder anderes Obst. Ich stelle mich vor, sage ein paar wenige Sätze,

nicht mehr, und gehe dann wieder. Ich merke, dass die Familien, die dort sitzen, über das Obst ins Gespräch kommen. Das ist natürlich denkbar niederschwellig.

Welche Konsequenzen ziehen Sie aus dem Projekt für Ihre praktische Arbeit?

Die Alida Schmidt-Stiftung ist 2009 gemeinsam von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft zur Gesundheitsförderung als Good-Practice-Projekt ausgezeichnet worden, weil wir unsere Netzwerkarbeit in den Zusammenhang mit Gesundheitsförderung gestellt haben. Diese beiden Erfahrungen, also die Mitarbeit am Projekt „Gesundheit beginnt in der Familie“ und die Auszeichnung, bestärken uns, uns weiter intensiv mit dem Thema Gesundheitsförderung zu beschäftigen. Ob wir das eine oder andere vielleicht anders machen, entscheidet sich, wenn das Projekt ausgewertet worden ist.

Was würden Sie Kolleginnen und Kollegen empfehlen, die der Gesundheitsförderung in Familien mehr Aufmerksamkeit schenken möchten?

Einfach ansprechen, machen, sich trauen! In den Interviews, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Uni in den von mir betreuten Familien führten, waren die Familien zu meinem Erstaunen bereit, offen und ehrlich Auskünfte zum Thema Gesundheit zu geben. Sie zeigten z. B. ihre U-Hefte. Der zweite Schritt ist dann, am Thema ernsthaft zu arbeiten. Dabei geht es um Rauchen, Ernährung, Bewegung, usw. Das ist zwar für manchen ein neues Thema, aber aufzuklären und zu thematisieren ist ohne weiteres möglich.

Falls es danach in den Familien selbst nicht zu Veränderungen und zur aktiven Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen kommt, würde ich die Maßnahmen aus der Familie auslagern. Dann sollten die Kinder in der Schule essen, sich in der Ganztagschule oder im Sportverein bewegen. Bei der Kooperation mit den Eltern sollte dann mit klaren, aber wenigen Absprachen gearbeitet werden. Und noch ein Hinweis: Ich finde, Kinderärzte sollten Postkarten schicken, wann die nächste U-Untersuchung ansteht. Sie müssten dabei deutlich daraufhinweisen, dass die Eltern einen Termin machen sollen.

Welche Bedeutung haben aus Ihrer Sicht soziale Netzwerke, und wie wichtig ist damit auch Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung?

Wir unterscheiden zwischen institutioneller Vernetzung und den sozialen Netzwerken. Die Vernetzung der Einrichtungen im Stadtteil, also gemeinsame Planung von gesundheitsfördernden Maßnahmen unter Einbeziehung der Familien, Schulen, Kitas, Jugendhilfeeinrichtungen, Kinderärzte etc., ist aus meiner Sicht besonders sinnvoll und wertvoll. So werden stadtteilbezogene Werte geschaffen, die sich durch den dauerhaften Bestand in den Köpfen der Eltern und Kinder einprägen.

Die Aktivierung der sozialen Netzwerke von Familien schafft im Stadtteil eine Vernetzung von Familien, die zum Austausch von gesundheitsförderndem Handeln genutzt werden kann. Mütter, die sich auf dem Spielplatz treffen, anstatt alleine in der Wohnung zu sitzen, tauschen sich untereinander aus, erziehen sich gegenseitig und können einfacher erreicht werden. Diesen Sinn hat ja auch meine „Obst-Aktion“. Das ist ein Tipp, den ich gerne weitergeben möchte.

5.2 Väter als Partner: So werden Männer einbezogen – Gespräch mit Uta Behrend, Leiterin der Einrichtung Familientreffpunkt Kurmärkische Straße, Berlin

Was hat Sie bewogen, im Projekt „Gesundheit beginnt in der Familie“ mitzumachen?

Als wir uns um die Teilnahme am Projekt beworben haben, gab es den Familientreffpunkt seit ca. fünf Jahren. Die Einrichtung als inhaltliche und nicht nur räumliche Kooperation zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und freiem Träger ist in Berlin einzigartig. Leider gab es für den Aufbau der Einrichtung keine begleitende Evaluation. Deshalb war es unser Wunsch und unser Interesse, aus den im Projekt eingeholten feedbacks unserer Nutzerinnen und Nutzer Informationen über die Weiterentwicklung unserer Arbeit zu gewinnen.

Wie haben Sie das Thema Gesundheit in Ihre tägliche Arbeit integriert?

Gesundheit spielt bei all unseren Angeboten eine wichtige Rolle, ganz offenkundig wird dies durch die Beratung der Eltern durch die Kinderärztin vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst hier im Haus. Die Ärztin macht darüber hinaus in Abstimmung mit den betreffenden Eltern Reihenuntersuchungen in der mit uns kooperierenden Kita für Kinder, die zu den Vorsorgeuntersuchungen nicht beim Kinderarzt waren.

Ansonsten fließt der Gesundheitsaspekt auch in die nicht vordergründig gesundheitsbezogenen Angebote ein. So bieten wir Bauchtanz für Frauen, wobei sowohl die Geselligkeit als auch die Bewegung eine Rolle spielt. In der Betreuung der Grundschülerinnen gibt es einen gesunden Imbiss. Wenn mit den Mädchen gekocht wird, achten wir ebenfalls auf den Aspekt der gesunden Ernährung. Außerdem werden die Mädchen zu Bewegung, z. B. Ball spielen und Fahrradfahren, animiert. Im Café wird außer Kuchen auch Obst angeboten und gelegentlich gibt es auch herzhaftere, gesunde Snacks. Mit den kleinen Kindern und Müttern wird immer wieder das Thema Zahnpflege besprochen, zum Elterncafé wird z. B. eine „Zahnfee“ eingeladen. In den Deutschkursen gibt es jede Woche eine Doppelstunde zum Thema Bewegung und Körper.

Gab es ein besonderes Angebot, ein persönliches Erlebnis, eine unkonventionelle Idee?

Aus der Tatsache, dass wir bei den GrundschülerInnen eine Tendenz zur ungesunden Ernährung feststellten, hat sich ein schönes Projekt entwickelt. Auf die Idee einer unserer Handwerker hin haben die Mädchen mit ihm ein Hochbeet angelegt und dort selbst Kräuter und Gemüse gezogen. Natürlich kochen die Mädchen dann auch dieses Gemüse bzw. bereiten Salat aus dem Garten zu. Auch Erdbeeren konnten sie in diesem Jahr im Garten ernten. Hier kommen also die Aspekte gesunde Ernährung und Stärkung des Selbstwertgefühls sowie Umweltwissen, also wie sieht das Gemüse aus, wo kommt es her, wie wächst es, zum Tragen. Das Ganze wurde von den Mädchen selbst unter Anleitung einer Filmemacherin gefilmt.

Welche Konsequenzen ziehen Sie aus dem Projekt für Ihre praktische Arbeit?

Wir haben die letzten Ergebnisse noch nicht bekommen. Wir sind gespannt auf das feedback der BesucherInnen bezüglich des Gesundheitsaspektes in unserem Haus. Aus dem Prozess ziehe ich als Leiterin schon Schlüsse, die jetzt aber nur von mir persönlich kommen. Ich finde, wir sollten noch mehr auf Gesundheit in unserer Arbeit achten. Ich würde z.B. gern einen regelmäßigen Kurs zur gesunden Ernährung einführen. Dabei sollte es insbesondere auch um ein gesundes Frühstück für die Kinder und die Familien insgesamt gehen und um die Bedeutung von Getränken in der Ernährung. Ich würde auch gern mehr Bewegungsangebote machen.

Was würden Sie Kolleginnen und Kollegen empfehlen, die der Gesundheitsförderung in Familien mehr Aufmerksamkeit schenken möchten?

Ich finde es wichtig, die vorhandene Vertrauensbasis zu nutzen, um das Thema Gesundheit an die Familien zu bringen. Dabei kommt mir der Satz einer Familientherapeutin in den Sinn: „keine Erziehung ohne Beziehung“. Obwohl wir den Begriff Erziehung nicht in der Zusammenarbeit mit Eltern verwenden, geht es um den Grundgedanken. Wir müssen zuerst eine Vertrauensbasis haben. Dann können wir eigentlich alles mit den Familien besprechen. Und ich finde es auch wichtig, dass wir als Modell funktionieren. Wenn die Kollegin in der Schularbeitenhilfe mit einer Zigarette im Mund über Gesundheit mit den Kindern sprechen möchte, wird das sicher nicht funktionieren. Wir müssen also auch als Einrichtung mit gutem Beispiel vorausgehen.

Und schließlich sollte das Neue an die Erfahrungen der Familien anknüpfen. Z.B. können die Frauen überwiegend sehr gut kochen. Sie haben aber wenig Geld zur Verfügung. Wenn ich ihnen also nun „Bio und Vollkorn“ als das einzig Wahre predige, werde ich sie nicht erreichen. Aber wenn ich mit ihnen beim Kochen darüber spreche, wie sie etwas weniger Fett und Zucker verwenden können und es trotzdem lecker wird, funktioniert das gut.

Sie arbeiten hier ja nicht nur mit Frauen, sondern mit der ganzen Familie. Erzählen Sie doch bitte Näheres über die Väter- und Jungenarbeit in Ihrer Einrichtung und wie Sie diese Zielgruppe erreichen?

Die Arbeit mit den Vätern steckt auch bei uns noch in den Kinderschuhen.

Es wurde aber in der Arbeit deutlich, dass die Väter dringend Anlaufstellen benötigen, wo sie Beratung bekommen, wo sie etwas über die sozialen Angebote im Wohngebiet erfahren und sich mit anderen Vätern außerhalb von den Männer-Cafés austauschen können. Insofern kommt eine Einbeziehung der Väter auch einer Modernisierung unserer Arbeit mit Migranten gleich.

Wir erreichen die Väter, indem ein männlicher Kollege ihnen ein Angebot macht, wo sie sich vorerst locker treffen können, zum Tee trinken und reden. Da derselbe Kollege Sportangebote für Jungen macht, ist auch hier eine gute Möglichkeit für Kontaktaufnahme und gemeinsame Aktivitäten mit Vätern gegeben. So entstanden Fußballturniere, bei denen sich die Väter an der Organisation beteiligt haben. Demnächst wollen wir den Vätern zusätzlich zum abendlichen Treff ein Väterfrühstück anbieten, damit sie mehr in den Blick des Familientreffpunktes und auch der Mütter rücken. Sie sollen sich auch als Zielgruppe und Partner für uns in der pädagogischen Arbeit verstehen. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Einstellung eines männlichen Kollegen türkischer Herkunft in unserer Familienberatung.

Welche Besonderheiten gibt es bei der Arbeit mit Migrantenfamilien in Bezug auf die Gesundheitsförderung?

In der sozialen Arbeit, egal mit wem, sollten wir immer etwas über den Hintergrund der Familien wissen. Erst dann können sich die Menschen wertgeschätzt fühlen.

Insgesamt gibt es aber einige Besonderheiten in bestimmten Migrantengruppen. Z.B. sollten wir wissen, dass es für Flüchtlingsfamilien eine besondere Rolle spielt, was sie ihren Kindern „bieten“. Nachdem sie selbst in Flüchtlingslagern lange kaum das Nötigste zum Leben hatten, bedeutet es für viele Eltern Wohlstand, wenn sie den Kindern jetzt Coca Cola und Süßigkeiten kaufen können oder elektrische Autos. Wenn dann jemand mit einem hohen Bildungsstand kommt und einfach nur kritisiert, dass sich die Kinder nicht ausreichend bewegen oder schlecht ernährt werden, wird die gute Absicht der Eltern negiert.

Man sollte über die guten Ansätze ins Gespräch kommen. Fortschritte sollten immer bei jeder Person individuell betrachtet werden. Hinzu kommt, dass es unterschiedliche Konzepte von Selbstwirksamkeit gibt. Wenn die Gesundheit als von Gott gegeben betrachtet wird, hat man selbst wenig Einflussmöglichkeit. Da ist Fingerspitzengefühl gefragt. Am besten sollten hier Fachkräfte aus den entsprechenden Herkunftskulturen hinzu oder zu Rate gezogen werden. Diese gelten bei MigrantInnen natürlich eher als glaubhaft.

5.3 Laien arbeiten mit Laien: Raus aus der Isolation - Gespräch mit Erika Rupp, Einrichtungsleiterin des SOS-Mütterzentrums Neuaubing

Was hat Sie bewogen, im Projekt „Gesundheit beginnt in der Familie“ mitzumachen?

Ich habe mich riesig gefreut die Gelegenheit zu bekommen, am Projekt teilzunehmen. Meine Erwartung war dabei, von der wissenschaftlichen Seite zu erfahren, wie unsere Angebote wirken und wo wir noch besser ansetzen können, Menschen dabei zu unterstützen, physisch und psychisch gesund zu bleiben. In unserem Haus halten sich täglich vier Generationen auf. Wir möchten, dass die Erwachsenen ihre Kinder dabei unterstützen, ein ausgewogenes und gesundes Leben zu führen. Wir möchten Kinder und Erwachsenen Möglichkeiten bieten, die ihnen helfen, ihr Potential zu entfalten, und wir möchten sie bestärken, Eigeninitiative zu entwickeln.

Ich wollte durch das Projekt eine „Außenschau“ bekommen, um zu überprüfen, ob meine Einschätzung unserer Arbeit sich mit der des DJI deckt. Ich habe mich gefreut, Gelegenheit zu haben, mit WissenschaftlerInnen über die Arbeitspraxis ins Gespräch zu kommen, und ich war neugierig auf die Ergebnisse der beiden anderen Praxisstandorte in Hamburg und Berlin. Es ist mein Wunsch, im Rahmen des Wissenstransfers Praxiserfahrungen auszutauschen und die Erkenntnisse der Anderen für die eigene Arbeit zu nutzen.

Wie haben Sie das Thema Gesundheit in Ihre tägliche Arbeit integriert?

Durch gezielte Angebote, deren Wirkungen auch gesundheitsfördernd sind. Dabei geht es um Begegnung, die zu Entlastung führt, oder anders gesagt: Raus aus der Isolation. In Fortbildungen, u.a. zur Persönlichkeitsbildung und Weiterentwicklung, wurde Gesundheit ein Thema. In unseren Beratungen steht jetzt das Bewusstmachen

vom Wert gesunder Ernährung auf dem Stichwortzettel, und natürlich orientieren wir auch unsere Freizeitangebote daran.

Gab es ein besonderes Angebot, ein persönliches Erlebnis, eine unkonventionelle Idee?

Ja, unser Gartenprojekt ist eine solche Idee, die allerdings schon länger besteht. Seit Jahren stelle ich fest, dass Frauen aus unserer Einrichtung einen sehr geringen Aktionsradius haben. Viele bewegen sich fast das ganze Jahr über nur zwischen der eigenen Wohnung, Geschäften im Umkreis und dem Mütterzentrum. Ich erlebe Kinder, die es nicht gewohnt sind, sich in der Natur zu bewegen. Unser Ziel ist es deshalb, den Kindern die Freude am Aufenthalt in der Natur zu vermitteln. Wir möchten ihnen die Freude ermöglichen, selber anzubauen, zu ernten und das Geerntete selber zuzubereiten und gemeinsam zu verzehren. Kinder ekeln sich anfangs oft vor dem Umgang mit Erde und vor Tieren. Die meisten Familien unserer Einrichtung wohnen ja in den nahe gelegenen Hochhäusern. Manche Kinder haben keinen Bezug zur Natur, zu Pflanzen und Tieren, sie haben z.B. noch nie unterschiedliche Getreidesorten kennen gelernt oder eine Bohne wachsen gesehen.

Für die Eltern ist es gesundheitsfördernd, im Garten zu arbeiten und ein eigenes Beet zu bewirtschaften, es ist entspannend und dient dem Stressabbau. Darüber hinaus fördert das gemeinsame Tun die Gemeinschaft, denn etwas gemeinsam zu erleben und zu arbeiten schafft Beziehung und Kontakt und wirkt so der Isolation entgegen. Unser Gartenprojekt hat also viele verschiedene Funktionen, die letztendlich alle gesundheitlich relevant sind.

Was würden Sie Kolleginnen und Kollegen empfehlen, die der Gesundheitsförderung in Familien mehr Aufmerksamkeit schenken möchten?

Ich würde empfehlen, durch Interviews oder andere Methoden die Lebenswelt der Familien zu erforschen und Wege zur Beteiligung zu eröffnen. Wir sollten herausfinden, was die Familien brauchen und was auf welchem Weg umsetzbar ist. Außerdem spielen Netzwerke eine große Rolle. Netzwerke für Familien sollten deshalb erweitert und grundsätzlich unterstützt werden.

Welche Rolle spielen niedrigschwellige Angebote, und wie passt ihr Konzept „Laien arbeiten mit Laien“ dazu?

Alle Zugänge unserer Einrichtung sind besonders niedrigschwellig. Die Besucher haben die Möglichkeit, etwas auszuprobieren und müssen deshalb nicht sofort eine Verpflichtung eingehen. Sie können erforschen, was zu ihnen passt. Sie lassen sich von anderen Besuchern motivieren. „Laien arbeiten mit Laien“ ist insbesondere dann zu begrüßen, wenn trotzdem Fachkräfte in der Nähe bzw. leicht erreichbar sind, und wenn sie bei Themen, die schwieriger sind, unterstützend und beratend zur Verfügung stehen. Laien fassen manchmal schneller Vertrauen zu Menschen, die ihnen in ihrer Erlebniswelt näher stehen, sie fühlen sich besser verstanden. Das Prinzip der Offenheit ist meiner Meinung nach eher gegeben, wenn Laien den Zugang zur Einrichtung erleichtern.

6 Zentrale Haltungen in Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit

Gesundheitsförderung lässt sich nicht trennen von der professionellen Haltung derer, die in den Einrichtungen Sozialer Arbeit tätig sind. Die Beschreibung zentraler Haltungen und Einstellungen sowie ihrer Wirkungen ist Thema dieses Kapitels zu.

6.1 Ressourcenorientierung – für die Gesundheitsförderung konkretisieren!

Sibylle Friedrich und Alexander Redlich

Ressourcenorientierung ist harte Arbeit. Wir brauchen eine Schatzkiste, gefüllt mit verschiedenen Interventionsideen, wie Ressourcenorientierung in der Gesundheitsförderung konkretisiert werden kann.

Sollte Gesundheitsförderung ressourcenorientiert sein? Dafür sprechen vor allem die Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen vorhandenen Ressourcen und körperlicher wie psychischer Gesundheit: Menschen, die in hohem Maße über personale bzw. soziale Ressourcen verfügen, sind weniger gefährdet, an Körper und Seele zu erkranken; ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität ist höher. Die Stressforschung erklärt, warum das so ist: Ressourcen wirken demnach als Puffer gegen krankmachenden Stress – und das auf vielerlei Weisen. Das Social Support-Konzept von Gottlieb (1981/1983, nach Nestmann 1988: 30 ff.) beschreibt vier unterschiedliche Wirkungen von sozialen Ressourcen, die auch kombiniert auftreten können. Das Konzept geht dabei von einer Wechselwirkung zwischen sozialen und personalen Ressourcen aus.

1. Soziale Ressourcen können *direkt* gegen den Stress wirken, indem sie verhindern, dass eine Person einem bestimmten belastenden Ereignis (Stressor) überhaupt ausgesetzt ist, zum Beispiel durch „vorbeugendes Handeln“ der Eltern bei gefährlichen Situationen im Straßenverkehr (Jungbauer-Gans 2002: 68), bzw. indem ihr Vorhandensein dazu führt, dass der/die Betreffende die Belastung gar nicht als stressend bewertet. Umkehrschluss ist aber auch, dass allein das Nichtvorhandensein von sozialen Ressourcen zu mehr Stress führt, der dann wiederum weniger abgepuffert wird.

2. Soziale Ressourcen können ebenfalls *direkt* zur Gesunderhaltung beitragen, indem sie allgemeines Wohlbefinden und Zuversicht fördern, zum Beispiel durch soziale Einbindung und damit verbundene gemeinsame angenehme Aktivitäten (Vaux 1988, nach Jungbauer-Gans 2002: 67). Eine weitere Weise, auf die die sozialen Ressourcen eines Menschen direkt zu seiner Gesunderhaltung beitragen können, ist die Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens durch Andere. Darunter fallen beispielsweise die impliziten „Spielregeln“ einer Clique, auf Drogen zu verzichten (Jungbauer-Gans 2002: 59).

3. Soziale Ressourcen wirken – wenn bereits Belastungen aufgetreten sind – als *Puffer*, weil sie das Selbstwertgefühl und den Bewältigungsoptimismus des

Betreffenden erhöhen. Dies geschieht durch emotionale Unterstützung wie Trost und Bestätigung oder durch unterstützende Handlungen, die direkt dazu beitragen, den Stressor zu beseitigen (Vaux 1988; nach Jungbauer-Gans 2002: 68). Sie verhindern oder mildern darum die Stressreaktion.

4. Auch wenn bereits eine Stressreaktion eingetreten ist, können soziale Ressourcen ihren gesundheitlichen Schaden *abmildern*, indem sie den Betroffenen durch das Wissen darum, nicht allein zu sein, vor Verzweiflung und Depression schützen.

Menschen, vor allem Kinder, die in sozialen Benachteiligungslagen leben, deren Lebenswelt also von Armut und einem geringeren Zugang zu gesellschaftlichen, kulturellen und Bildungsressourcen geprägt ist, sind in aller Regel auch gesundheitlich benachteiligt (Mielck 2003; Pott/Lehmann 2003: 50 ff.). Studien konnten jedoch belegen, dass diese erhöhte Gefährdung keinen Automatismus darstellt. Insbesondere soziale Ressourcen sind offenbar in der Lage, den erhöhten Gesundheitsrisiken dieser Bevölkerungsgruppe entgegenzuwirken. Dort, wo die Betroffenen über ein unterstützendes soziales Netzwerk verfügten, tauchten weit weniger gesundheitliche Probleme auf als zu erwarten gewesen wären. Das Wohlbefinden und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen verbesserten sich in allen Soziallagen mit zunehmenden sozialen Ressourcen (Klocke 2004).

In unserer eigenen Studie haben wir zudem Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein von Kraft spendenden Lebenszielen sowie Kraft spendender religiöser Einbindung einerseits und einer höheren gesundheitsbezogenen Lebensqualität andererseits gefunden.

Theoretische Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein von Ressourcen und der eigenen Gesundheit lassen sich darüber hinaus auch für andere Ressourcenbereiche ableiten. So beansprucht beispielsweise die Ressource „Kohärenzgefühl“ (d. h. das Erleben von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit) einen festen Platz im Konzept der Salutogenese (s. Kap. 8.2).

Wenn den Ressourcen, über die Menschen verfügen, eine solche Relevanz als Mittler von Gesundheit zukommt, liegt es sehr nahe, diese im Rahmen der Gesundheitsförderung gezielt und konsequent zu erheben und zu aktivieren; gerade, wenn wir mit unseren Angeboten Menschen in prekären Lebenslagen erreichen wollen.

Doch das ist leichter gesagt als getan und keineswegs so selbstverständlich, wie es sich anhört. Denn wir alle, die wir im Sozial- oder Gesundheitsbereich tätig sind, sind zwar gute ProblemlöserInnen, aber in aller Regel wenig geübt darin, all jenes, was Menschen Kraft gibt, was ihnen zur Alltags- und Krisenbewältigung und auch darüber hinaus zur Verfügung steht, systematisch in die Arbeit einzubeziehen. Das hat mehrere Gründe: Zum einen sind die Problematiken und Belastungen, mit denen wir die KlientInnen und damit mittelbar auch uns konfrontiert sehen, oft schwerwiegend, und der Wunsch, die Betroffenen in ihrer Sorge ernst zu nehmen und hilfreich zu sein, verführt zur Übernahme von Verantwortung für Lebensaspekte, für die die KlientInnen eigentlich die Verantwortung haben sollten. Zum anderen sind die Betroffenen selbst oft schon einen langen Weg durch das Sozial- und Gesundheitssystem gegangen, bevor sie bei uns ankommen – sie sind folglich geübt darin, ihren Leidensweg zu schildern, weitaus weniger jedoch, ihre Kraftquellen zu benennen. Denn erst das Leiden legitimiert ja in staatlichen Hilfesystemen die Unterstützung. Ohne

explizite Aufforderung und professionelle Gesprächsführung werden sie uns das, was gut läuft und ihnen Kraft gibt, nicht nennen.

Ressourcenklärung passiert folglich nicht einfach. Sie muss vielmehr engagiert initiiert werden. Hinzu kommt, dass wir eine entsprechende Problemfokussierung als innere Haltung, als kognitive Präferenz entwickelt haben und spontan darauf achten, was alles schief läuft und von unseren (Mittelschichts-) Normen abweicht. Eine ressourcenorientierte Haltung erfordert deshalb professionelles Training und Selbstreflexionsarbeit.

Als Gegengewicht zur weit verbreiteten Problemorientierung in Psychologie und Psychotherapie, die oft im praktischen Vollzug zu einer Defizitfokussierung führt, hat sich in den letzten Jahren die Positive Psychologie entwickelt, die sich dagegen wehrt, dass es „wichtiger sei, das Schlimmste und das Schwächste von uns zu verstehen, statt das Beste und Mutigste“ (Maddux et al. 2004, nach Linley/Joseph 2006, nach Reddemann 2008: 217). Eingang gefunden hat sie beispielsweise in die Traumatherapie. Insbesondere der Zugang von Luise Reddemann versteht sich als konsequent ressourcenorientiert. In der Stabilisierungsphase, die breiten Raum einnimmt, werden innere Ressourcen (innere Helfer, Tresor, sicherer Ort etc.) mobilisiert und aufgebaut. Nur mit ihrer Hilfe kann eine Traumakonfrontation gewagt werden und letztendlich zu einer gelingenden Integration der traumatischen Inhalte in die eigene Biografie führen, nur dank ihres Vorhandenseins können abschließend Zukunftsvisionen erarbeitet werden (Reddemann 2008).

Was wir von den Erfahrungen aus der Traumatherapie lernen können, ist die Wichtigkeit einer guten Balance. Problem- und Ressourcenorientierung müssen auch in der Gesundheitsförderung ausbalanciert, also gleichsam vorhanden sein. Denn Ressourcenorientierung meint selbstverständlich nicht die „rosarote Brille“. Durch diese auf die größtenteils schwer belasteten KlientInnen zu schauen, wäre fatal und wenig hilfreich. Vielmehr muss es darum gehen, eine so genannte „Regenbogenqualität“ (Schulz von Thun 2009) zu entwickeln. Wie der Regenbogen erst dann entstehen kann, wenn Regen und Sonne gleichzeitig vorhanden sind, so brauchen auch wir eine völlig neue Qualität, die erst im gemeinsamen Vorhandensein scheinbar konträrer Qualitäten entsteht. Die beiden uns interessierenden Qualitäten in der Gesundheitsförderung sind die Problemlösungsorientierung und die Ressourcenorientierung.

Selbstverständlich behält in der Gesundheitsförderung eine Herangehensweise ihren Wert, die sich bemüht, gesundheitlichen Problemen, wie beispielsweise dem starken Anstieg von Adipositas bei Kindern in den letzten Jahren (Wabitsch 2004), auf den Grund zu gehen und mit Lösungsvorschlägen zu begegnen. Doch eine ausschließliche Orientierung an den Problemen birgt die Gefahr, quasi „in den Keller zu rutschen“ (vgl. Schulz von Thun 1996: 53) und zu einer Defizitfokussierung zu verkommen. Diese macht Professionelle und ihre KlientInnen blind für die vielfältigen, den Betroffenen aufgrund ihrer Ressourcen innewohnenden und damit individuellen und nachhaltigen Lösungswege. Den Professionellen droht gesundheitsgefährdender Zynismus bis hin zum Burnout, den KlientInnen Selbstwertverlust und erlernte Hilflosigkeit. So schlimm muss es nicht in jedem einzelnen Fall kommen, doch ist es wichtig, die Gefahr und die Notwendigkeit der damit verbundenen Entwicklungsrichtung zu kennen.

Eine ausschließliche Orientierung an den Stärken und Kraftquellen der Menschen unter Vernachlässigung ihrer gesundheitlichen Probleme wäre selbstverständlich genauso wenig Ziel führend. Die wissenschaftlich in ihrer Relevanz eindeutig belegbare Ressourcenorientierung (s.o.) würde damit zur „rosaroten Brille“ verkommen. Die folgende Grafik verdeutlicht das Ausgeführte.

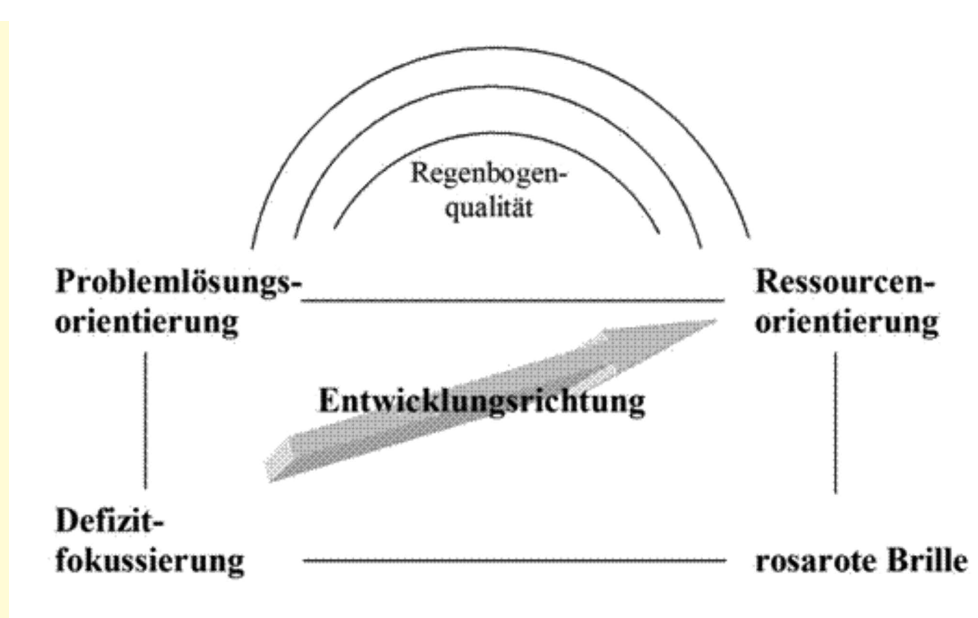


Abb. 1 Wertequadrat (in Anlehnung an Redlich 2000; Schulz von Thun 2009)

Die Entwicklungsrichtung hin zu mehr Ressourcenorientierung steht also für den Gedanken, im ausgeglichenen Betrachten von Belastungen und Ressourcen eine „Regenbogenqualität“ als Wert in der Gesundheitsförderung zu entwickeln. Dieser Gedanke findet Unterstützung in unseren quantitativen Projektergebnissen, nach denen Familien, die eine gute Balance zwischen Problem- und Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit ihrer Einrichtung erlebten, stärker gesundheitlich von den Angeboten, an denen sie teilnahmen, profitierten.

Wie aber kann das konkret aussehen? Wie kann ein ressourcenorientiertes Vorgehen mit den Zielen der Gesundheitsförderung verknüpft werden? Wir brauchen quasi eine Schatzkiste, gefüllt mit konkreten Interventionsideen, wie sich Ressourcenorientierung in der Gesundheitsförderung konkret zeigen kann. Ein paar Ideen möchten wir an dieser Stelle vorstellen. Weitere werden hinzukommen, wenn Sie die hier mitgeteilten Gedanken auf Ihren Arbeitsbereich übertragen.

- Ausgehend von den Interessen der teilnehmenden Kinder wurden diese in einer Ferien-Kochgruppe im Rahmen der ambulanten Kinder- und Jugendhilfe zunächst aufgefordert, eine Collage zu dem Thema „Was esse ich gern?“ zu gestalten. Beim Betrachten der entstandenen Bilder fiel auf, dass alle Kinder Kartoffeln mit aufgeführt hatten. Die Gruppe verabredete daraufhin, gemeinsam Kartoffeln mit Quark und Salat zuzubereiten. Die anfängliche Sorge der BetreuerInnen, dass es auf Fast Food hinauslaufen würde, wenn den Kindern die Entscheidung überlassen würde, erwies sich als unbegründet. Auf der Ressource „Kochen mit Spaß und frischen Zutaten“ konnte in der Einrichtung einer unserer Praxispartner aufgebaut wer-

den, indem in einer Gruppe von Müttern mit Migrationshintergrund Kenntnisse über den sparsameren Umgang mit Öl etc. vermittelt wurden.

- Zur Verknüpfung von sozialer Netzwerkarbeit und Gesundheitsförderung eignet sich nach Erstellung einer Netzwerkkarte, die die sozialen Bezüge eines Menschen visualisiert, die folgende Frage: „Wer aus meinem Netzwerk ist für mich oder meine Kinder gesundheitsrelevant?“. Wer also hat positiven oder negativen Einfluss auf mein Gesundheitsbewusstsein, mein Gesundheitsverhalten oder meinen Gesundheitszustand, und wie können diese formellen oder informellen Bezugspersonen als Unterstützer in gesundheitlichen Belangen gewonnen werden?
- Im Rahmen eines „Gesundheitscoachings“ lassen sich in der Gruppe genauso wie im Einzelkontakt mithilfe der Ressourcenorientierten Beratung (Friedrich, in Vorbereitung) Gesundheitsziele konkretisieren, um dann systematisch alle eigenen Stärken, wichtigen Menschen und sonstigen Kraftquellen zu identifizieren, die den Betroffenen zur Verfügung stehen, um ihre Ziele zu erreichen. Der Handlungsplan baut dann auf diesen Ressourcen auf.
- Unser Berliner Praxispartner bemüht sich in besonderer Weise darum, Interkulturalität als Ressource wertzuschätzen. In verschiedenen Projekten geht es immer wieder darum, der eigenen (kulturellen) Identität zum Ausdruck zu verhelfen. Es geht darum, den bereits gegangenen Weg von MigrantInnen ebenso zu thematisieren wie das hier „Angekommenensein“ und beides visuell, teilweise sogar künstlerisch, miteinander in Beziehung zu setzen. Gesellschaftliche Teilhabe als Vorbedingung für Gesundheit wird somit konsequent gefördert, das Selbstwernerleben der TeilnehmerInnen gestärkt. Interkulturalität als Ressource meint auch den gezielten Einsatz von biculturellen MultiplikatorInnen in der Gesundheitsförderung.

Diese skizzierten Interventionen stellen lediglich Ideen dar, die Ihnen helfen sollen, selbst konkret zu werden. Was wir jedoch bereits aus anderen Handlungsfeldern wissen, ist, dass man sich eine im Berufsalltag selbstverständlich gelebte Ressourcenorientierung hart erarbeiten muss. Es ist verführerisch, angesichts der Schwere der Probleme und Belastungen in eine Haltung zurück zu fallen, die die Suche nach Schwächen und Störungen bei den KlientInnen und den Versuch ihrer direkten Beseitigung in den Vordergrund stellt. Dies soll auf die Leitlinie verweisen, dass die dem Vorgehen zugrunde liegende Haltung entscheidender ist als die „Pfiffigkeit“ der ausgeklügelten Techniken und Methoden. Dies soll aber keinesfalls den Spaß daran verderben, kreativ zu werden. Es ist richtig und wichtig, dass eine ressourcenorientierte Haltung konkrete Interventionen braucht, die sie erfahrbar macht. Haltung und methodisches Instrumentarium gehören zusammen.

Literatur

- Friedrich, Sibylle (in Vorbereitung):** Arbeit mit Netzwerken. In: Ressourcenorientiert Arbeiten: Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer. Möbius, Thomas/Friedrich, Sibylle. (Hrsg.). VS-Verlag für Sozialwissenschaften
- Jungbauer-Gans, Monika** (2002): Ungleichheit Soziale Beziehungen und Gesundheit. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Klocke, Andreas** (2004): Soz. Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. In: Jungbauer-Gans, Monika: Soziale Benachteiligung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. S. 94, Wiesbaden: Verlag f. Sozialwissenschaften
- Mielck, Andreas** (2003): Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22. Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Köln: BZgA, 13 f.
- Nestmann, Frank** (1988): Die alltäglichen Helfer: Theorien sozialer Unterstützung. Berlin, New York: deGruyter
- Pott, Elisabeth/Lehmann, Frank** (2003): Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22. Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Köln: BzGA, 50ff.
- Reddemann, Luise** (2008): Psychodynamisch Imaginative Traumtherapie. PITT – Das Manual. Klett-Cotta
- Redlich, Alexander** (2000): Ressourcenorientierung? Bloß ein weiteres Konzept oder mehr? In: Vogt, Kathrin/Venezia, Birgit/Torres Mendes, Christina/Redlich, Alexander (Hrsg.), Die Erkundung von Kraftquellen im Leben der Menschen (Mat. 26), 4-12. Hamburg: Universität Hamburg, Materialien aus der Arbeitsgruppe Beratung & Training
- Schulz von Thun, Friedemann** (1996): Miteinander Reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Rororo
- Schulz von Thun, Friedemann** (2009): Rede zur Emeritierung am 23.10.2009 im Audimax der Universität Hamburg, verfügbar unter <http://life.epb.uni-hamburg.de/node/7528> (letzter Aufruf am 06.12.2009)
- Vogt, Kathrin/Venezia, Birgit/Torres Mendes, Christina/Redlich, Alexander** (Hrsg.): Die Erkundung von Kraftquellen im Leben der Menschen, Mat. 26. Universität Hamburg. Materialien aus der Arbeitsgruppe Beratung & Training
- Wabitsch, Martin** (2004): Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 47, 251-255

6.2 Die salutogenetische Perspektive in der Gesundheitsförderung

Elisabeth Helming

Gerade in der Förderung von Gesundheit oder Prävention finden wir viele normative Vorstellungen, was „gesundes“ Leben ist und wie dieses umzusetzen ist. Dies kann zu „Erziehungsphantasien“ der Professionellen führen, die aus den Vorstellungen von widerständigen, sich nicht funktional verhaltenden Individuen rekrutieren (vgl. Bude/Willich 2008). Deren Neigung, sich durch unmäßigen Konsum von Fett, Zucker, Weißmehl und Alkohol schnelle Befriedigung zu verschaffen, macht sie in den Augen der herrschenden Mehrheit zu einer problematischen Population. So wird ein zivilisatorischer Abstand zwischen einer Mehrheitsklasse, die sich den Mühen der Selbstdisziplinierung, der persönlichen Bildung und der individuellen Vorsorge unterwirft, und einer Klasse von „Überzähligen“ aufgebaut, die sich gehen lassen und sich im Zweifelsfall auf die Versorgung durch den Staat verlassen. Eine gesunde und auch disziplinierte Lebensweise mit „Body Shaping“ und Fitness sind zu einer neuen Form der sozialen Abgrenzung geworden.

„Es gibt auf der einen Seite die aufgeklärten ‚Gut-Menschen‘, die wissen, welche Ernährungsweise gut ist, und es gibt auf der anderen Seite die Menschen, die dieses nicht wissen und deshalb lernen müssen. Die Position der Gut-Menschen legitimiert wiederum zu Sanktionen.“ (Rose: 211 ff)

Die salutogenetische Perspektive

Der israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky hat nicht nur gefragt, warum Menschen krank werden, sondern vor allem, was sie gesund hält? Das ist die so genannte salutogenetische Frage: Warum bleiben Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bzw. werden wieder gesund? Und: Welche Bedingungen und Ressourcen sind dafür verantwortlich? Dabei hat er ein Konzept entwickelt, das man „Kohärenzgefühl“ nennt: Sinn für den persönlichen, sinnvollen Zusammenhang des eigenen Lebens. Sinn wird hier verstanden als Antworten finden auf die Fragen „Wer bin ich?“, „Wie erlebe ich mich?“ und „Wie erleben mich andere?“.

Der Begriff Kohärenz hat drei Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Verstehbarkeit bedeutet, dass man sich die Welt erklären können muss, dass man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnehmen kann, dass sie nicht chaotisch, ungeordnet im Sinne eines unerklärlichen Rauschens sind (was nichts darüber aussagt, ob sie erwünscht sind, aber man kann sie sich in gewissem Maß erklären). Handhabbarkeit bedeutet, dass man auch mit bedauerlichen Dingen umgehen kann, sie in einem gewissen Maße bewältigen kann. Bedeutsamkeit heißt, dass man dem eigenen Leben einen Sinn geben kann, dass es wenigstens einige Lebensbereiche gibt, die von subjektiver Bedeutung für die Person sind (vgl. dazu Antonovsky 1997; BZgA 2001).

Diese Begriffe helfen zu verstehen, warum unsere Vorstellung von Gesundheit dem Bemühen von Gesundheitsförderung unter Umständen entgegenlaufen kann. Es ist ja nicht so, dass Frauen nicht wüssten, was „gesundes Verhalten, gesunde Ernährung“ wären, wie die Ergebnisse aus unserem Forschungsprojekt zeigen. Der stressige Alltag mit den Kindern, der Mangel an Alternativen zur Bedürfnisbefriedigung in einer extrem konsumorientierten Gesellschaft – da liegen Alkohol, Süßigkeiten, Nikotin und Fernsehen nahe, um mit unbefriedigten Sehnsüchten umzugehen.

Aus der Demoralisierung entstehen Gefühlslagen wie:

- Gefühle der Nutzlosigkeit und Überflüssigkeit
- „Emotionale Taubheit“
- Häufig starkes Anklammern in Beziehungen
- Fehlen lebenspraktischer Kompetenz und Abwehr, sie zu erwerben (aus Angst, zu scheitern)
- Hartnäckiger Negativismus als letzte Bestätigungsbastion
- Verarmter / rigider innerer Dialog
- Große Fähigkeit, ähnliche Gefühle auch bei anderen auszulösen (Abwehr von Veränderung) (nach Nitsch 2006)

Mangelnde Anerkennung, Abwertung, Stigmatisierung ist ein Grundproblem der Frauen, die in gravierenden Unterversorgungslagen leben. Armut macht Menschen nicht unbedingt demütig, sondern eher aggressiv, sie kämpfen dann um Anerkennung. Zwischen Professionellen und KlientInnen können so sehr schnell destruktive Zirkel – Spiralen gegenseitiger Abwehr – entstehen: Schwieriges Verhalten löst Ärger bei Professionellen aus. Der wiederum verstärkt das schwierige Verhalten der KlientInnen, die sich in ihrer eigenen Abwertung wiederum bestätigt fühlen.

Empowerment als Haltung

Psychosoziale Dienstleistungen – so der amerikanische Gemeindepsychologe Julian Rappaport in seinem Konzept des Empowerment – tendieren gegenüber Menschen in schwierigen Lebenssituationen dazu, zwischen zwei Polen zu schwanken: zwischen wohlwollender Vernachlässigung und fürsorglicher Belagerung.

„*Wohlwollende Vernachlässigung*“ charakterisiert Rappaport (1985) als eine Haltung, die motiviert ist durch den großen Respekt vor dem individuellen Recht, nicht sozialisiert oder kontrolliert zu werden, solange man niemandem außer sich selbst Schaden zufügt. Diese Haltung ist oft verknüpft mit einer Ideologie der persönlichen Verantwortung, die auf neue Weise den Opfern die Schuld zuschreibt. Jemand ist also selber schuld, wenn er sich schadet. Vergessen wird dabei, dass die Biographien der KlientInnen meist durch Deprivationen in verschiedener Hinsicht geprägt sind, und dass aus diesem Grund die Mütter und Väter aus ihrer Geschichte heraus eine oft doch sehr eingeschränkte Sichtweise auf das haben, was ihnen möglich ist, wie sie sich verhalten könnten, was es für Alternativen gibt. Psychosoziale Dienste haben also die Aufgabe, mit für die Voraussetzungen von Selbstbestimmung zu sorgen.

Wenn man andererseits KlientInnen behandelt wie Kinder, die in Not geraten sind, denen deshalb auf eher bevormundende Art und Weise geholfen wird, dann – so Rappaport – kann das so etwas wie eine „*fürsorgliche Belagerung*“

nach sich ziehen, die vermutlich auf Abwehr stößt und KlientInnen langfristig eher noch hilfloser und inkompetenter macht. Soziale Unterstützung birgt hier die Gefahr, die Mütter und Väter weiterhin eher zu demotivieren, indem sie ihnen zu viel abnimmt. Positive Angebote können so zur Gefahr werden, wenn sie „des Guten zu viel“ offerieren, und sie können passiv machen.

Rappaport schlägt einen dritten Weg vor, den des Empowerment bzw. der Elternaktivierung. Dabei geht es letztlich um einen gemeinsamen Suchprozess: „Bei vielen sozialen Interventionen und Programmen versuchen wir als Professionelle, die Menschen davon zu überzeugen, in einen Prozess, den wir ihnen vorschlagen, ‚mit einzusteigen‘. Häufig gelingt uns das auch, weil wir in unserer Funktion eine mehr oder weniger große Überzeugungskraft besitzen. Wir übersehen dabei jedoch, dass wir meistens damit nur ein ‚Mitmachen‘ - die heute so oft geforderte ‚Akzeptanz‘ - erreichen. Wir übersehen, dass es im Grunde darum geht, unsere KlientInnen oder die NutzerInnen unserer Angebote zum Anfangen zu bringen - einen Prozess zu beginnen, der sie aus dem Festsitzen, in dem sie sich aktuell befinden, herauslöst und befreit. *Vielleicht müssen wir als Professionelle eher lernen, weit mehr Augenmerk auf das miteinander Anfangen als auf das Ziel zu richten.*“ (Stark 1996: 55, Hervorhebung d. Vf.)

Ausgangspunkt ist also die Frage, wie man Anderen zu ihren eigenen Bedingungen helfen kann, d.h., dass man professionelle Hilfen nicht von den Motiven, den Rechten und Stärken von KlientInnen abkoppelt – und dennoch die Voraussetzungen von Selbstbestimmung im Blick behält bzw. für sie sorgt. Das Ziel eines gemeinsamen Suchprozesses ist es, dass sich KlientInnen in ihrer Selbstwirksamkeit erfahren können, und dass diese gefördert wird. Wenn Eltern sich als selbstwirksam erfahren, ist dies ein großer Schutz der Kinder davor, von ihnen misshandelt zu werden. In einem Teilbereich der Forschung zur Entstehung von Kindesmisshandlung wurde beispielsweise nachgewiesen, dass elterliche Hilflosigkeit und das Gefühl, keinen positiven Einfluss auf das Kind ausüben zu können (Mangel an Selbstwirksamkeit), einen statistischen Risikofaktor für Kindesmisshandlung darstellen.

Wir haben inzwischen viele Erkenntnisse darüber, wie Menschen lernen. Der Hirnforscher Manfred Spitzer sagt dazu: „Für das Lernen ist wichtig: Gelernt wird immer dann, wenn positive Erfahrungen gemacht werden. Dieser Mechanismus ist wesentlich für das Lernen der verschiedensten Dinge, wobei klar sein muss, dass für die Menschen die positive Erfahrung schlechthin in positiven Sozialkontakten besteht. Plakatativ formuliert: Der lernende Mensch ist kein Nagetier, das reflexhaftes Verhalten produziert und umso mehr davon, je mehr Futterkügelchen es für ein bestimmtes Verhalten erhält. ... Menschliches Lernen vollzieht sich immer in der Gemeinschaft, und gemeinschaftliche Aktivitäten bzw. gemeinschaftliches Handeln ist wahrscheinlich der bedeutsamste ‚Verstärker‘.“ (Spitzer 2002: 181)

Eine Haltung des Empowerment hat folgende Ziele:

- ein aktives und positives Gefühl des ‚In der Welt-Seins‘ leben
- Fähigkeiten und Strategien ausbauen, um Ziele erreichen zu können
- Netzwerk entwickeln
- kritisch um die eigene Situation wissen
- sich in sozialen Austauschprozessen bewegen
- die Demoralisierung überwinden (nach Stark 1996:119)

Empowerment durch Respekt als Haltung

Empowerment ist keineswegs immer bequem, denn es wird dazu führen, dass die Fachkräfte etwas von ihrer „Macht“ abgeben und von ihren Prioritäten abrücken müssen oder sich gar mit Forderungen konfrontiert sehen, auf die sie nicht vorbereitet sind. Empowerment ist unberechenbar, denn der Ansatz erfordert auch ein „thinking outside the health box“ (Loss 2008). Empowerment ist langwierig und aufwändig. Aber die Debatten um soziale Ungleichheit und wachsende Armut, das weitgehende Versagen rein aufklärerischer und edukativer Methoden machen es notwendig, sich auf diesen Weg zu begeben.

Kernpunkt eines Unterstützungsprozesses in dem bisher beschriebenen Sinne ist Respekt. Respekt ist eine Haltung, die insbesondere in der Begleitung von sozial benachteiligten Müttern, Vätern und Kindern unbedingt erforderlich ist (vgl. dazu Sennett 2002; Ricoeur 2006). In vielen Interviews mit sozial benachteiligten Eltern brachten diese sehr deutlich zum Ausdruck, wie empfindsam sie nur den leisesten Ton von Abwertung wahrnehmen und mit Abwehr reagieren, da sie die Erfahrung von impliziter und oder gar expliziter Abwertung/sozialer Verachtung oft von Kindesbeinen an gemacht haben (vgl. dazu Helming 1999, 2002). Der wichtigste Aspekt ist dabei, dass man so etwas wie „Anbindung“ herstellt, dass psychosoziale und medizinische Fachkräfte sich mit den KlientInnen/PatientInnen auf eine Art und Weise verbinden, das diese u. U. auch Direktivität und Kontrollaspekte akzeptieren können.

Dazu ist es notwendig, die Sinn- und Bedeutungszuschreibungen der Anderen – d.h. für Fachkräfte der Familienzentren: die der Mütter, Väter und Kinder – herauszufinden. Wir wissen im Grunde nur sehr wenig darüber, was Andere wirklich denken und fühlen und warum sie in bestimmter Weise urteilen, obwohl wir – aus einer Identifikation heraus – oft denken, wir wüssten es. Das Grundprinzip einer respektvollen Haltung ist also in gewisser Weise das Zuhören und auch Fragenstellen, statt Behaupten und Beschreiben. Wirklich aufmerksam zu hören, was andere denken, wollen, warum sie handeln, wie sie es tun, dies auf der Basis von respektvoller Neugier – das ist entscheidend. Die Kunst dabei ist, die eigenen Bewertungen und Deutungen der Wirklichkeit erst mal hinten an zustellen. Denn wenn wir dem eigenen „Film“ zu sehr Aufmerksamkeit widmen, kann es sein, dass wir aufhören zuzuhören und z. B. gleich anfangen,

- eine Erklärung für das Verhalten zu geben: „Das ist doch klar. Wenn Du dich so verhältst, dann ...“
- zu trösten: „Das kann doch jedem passieren ...“
- zu beschwichtigen: „Morgen denkst Du schon nicht mehr dran ...“
- zu befragen: „Wie kommt das? Warum?“
- einen Ratschlag zu geben: Sofortlösung
- zu spiegeln: „Wenn ich Dich gut verstanden habe, meinst Du ...“
- die Reaktion des Gegenüber zu verurteilen: „Reg dich doch nicht darüber auf“ oder: „Das ist doch nicht so schlimm ...“, „Das bildest du Dir nur ein ...“
- die Reaktion verändern zu wollen: „Wenn Du etwas gelassener wärst ...“
- zu konkurrieren: „Also was ich neulich erlebt habe, ...“ u. a. m.

Andererseits erwarten Frauen ja auch von Fachkräften einen gewissen Überhang an Wissen und Erfahrung. Sie erwarten, dass Professionelle aktiv Informationen

geben, Vorschläge einbringen, Regeln definieren, Hintergründe, Beispiele und Möglichkeiten aufzeigen. Das jedoch beinhaltet die Gefahr, dass pädagogische Fachkräfte in der Beratung ihren „Überhang“ an Wissen in einem bestimmten Bereich als Definitionsmacht über die NutzerInnen von Beratung ausüben, was Hilflosigkeit eher verstärkt und nicht Selbstwirksamkeitserfahrungen fördert. Diese Balance herzustellen ist gerade mit Eltern, die sehr viel Hilflosigkeit ausstrahlen, eine große Herausforderung.

Der Beratungsprozess im Sinne von sozialer Unterstützung enthält

- emotionale Unterstützung: Ausdruck von Engagement, Wertschätzung und Respekt.
- informationelle Unterstützung: Hilfe bei der Sammlung von Informationen und dem Austarieren, Herausfinden von Möglichkeiten, damit man sich besser organisieren kann, oder wichtige Informationen für die Situation bereithalten, in der man sich befindet.
- instrumentelle Unterstützung: praktische Hilfe und Entlastung.

Sich selbst in Frage stellen: professionell und achtsam

Eine Haltung des Respekts erfordert auch, sich selbst Fragen zu stellen, sich wohlwollend sogar selbst in Frage zu stellen. Gerade im Zusammenhang mit sozial benachteiligten Müttern und Vätern, deren Alltag und Gesundheitsverhalten möglicherweise in hohem Maß nicht den in dieser Gesellschaft vorhandenen Idealbildern und Normen entspricht, ist es notwendig, mit Nüchternheit und ohne Moralisieren die eigene Einschätzung von Kindern, Müttern und Vätern und deren Verhalten, aber auch die eigenen Möglichkeiten und Grenzen kritisch zu überprüfen.

Fragen Sie sich zum Beispiel:

- Mit welcher Sprache charakterisiere ich KlientInnen/PatientInnen/mich selbst?
- Welche Aburteilungen/Verurteilungen enthalten diese Beschreibungen?
- Wie bin ich mit den eigenen Emotionen/Gefühlen, Zu- und Abneigungen in die Beziehung zum jeweiligen Kind/Jugendlichen bzw. dessen Eltern verstrickt?
- Welche Erwartungen habe ich an die Eltern und vor allem auch an mich selbst?
- Wie können Be-/Verurteilungen als Urteile sichtbar werden, damit sie nicht als „harte“ Fakten dastehen?

Es geht darum, eine klare Haltung zu entwickeln, um Empörung, Vorhaltungen, Tadel, moralische Urteile – sei es sich selbst oder anderen Beteiligten gegenüber – als solche wahrzunehmen und nicht unreflektiert in Handlungen zu übersetzen. Dazu braucht es Arbeitsstrukturen, in denen es möglich ist, reflexive Handlungsweisen zu leben, gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen. Es braucht Orte und Zeit für den Austausch von Erfahrungen der praktischen Arbeit, ab und zu unterstützt durch einen Blick von außen durch Supervision. Es beinhaltet eine behutsame und geduldige Kultur des Lernens, die es ermöglicht, ein Scheitern von Zusammenarbeit mit Eltern nicht nur auf die KlientInnen zu beziehen, die halt nicht „erreichbar“ sind, sondern genau und achtsam wahrzunehmen, ob Fachkräfte selbst möglicherweise beteiligt sind, ob z.B. das Angebot demotivierend formuliert war, Disziplinierungs-, Abwertungs- oder gar

unterschwellige Strafimpulse enthielt oder Gleichgültigkeit und Resignation usw.

Eine Haltung in diesem Sinn braucht folgende professionelle Fähigkeiten in der Zusammenarbeit mit KlientInnen/PatientInnen:

- Mit einer Balance aus freundlicher Anbindung und professioneller Distanz ein Arbeitsbündnis herstellen
- Selbstreflexiver Umgang mit den eigenen Gefühlen, Werten, Deutungsmustern, Strategien; Arbeit mit Hypothesenbildung: d.h. Fähigkeit zur Selbstevaluation
- Lösungsorientiertes, ressourcenorientiertes Denken
- Systemisches Wissen und Denken
- Kooperationsfähigkeit und Aushandlungskompetenzen

Die hier skizzierte respektvolle Haltung begründet zudem eine Struktur der Achtsamkeit gegenüber den Bedürfnissen von Frauen, den Anliegen der KollegInnen in der eigenen Einrichtung, den Erfordernissen der Arbeit und ebenso gegenüber sich selbst, insbesondere auch der eigenen Gesundheit in einem engeren und weiteren Sinn. Eine achtsame Haltung kann zwischen Wahrnehmung und Reaktion einen Moment des Innehaltens schieben. Dies geschieht in dem Bewusstsein, dass wir nicht alles im Griff haben, nicht alles Leiden werden verhindern können – und dass wir dennoch ausgesprochen hartnäckig am Ball bleiben in dem Bemühen, ein gutes Leben für alle zu ermöglichen.

Literatur zum Weiterlesen:

- Antonovsky, Aaron** (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Stuttgart: DGVT-Verlag
- Bude, Heinz/ Willisch, Andreas** (2008): Die Debatte über die „Überflüssigen“, Einleitung. In: Bude, Heinz/ Willisch, Andreas (Hrsg.). Exklusion. Die Debatte über die Überflüssigen. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 9-30
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hg.) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussion und Stellenwert. AutorInnen: Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard. Köln: BZgA
- Helming, Elisabeth** (2002): Die Eltern – Erfahrungen, Sichtweisen und Möglichkeiten. In: Bereitschaftspflege/Familiäre Bereitschaftsbetreuung. Empirische Ergebnisse und praktische Empfehlungen (BMFSFJ (Hrsg.) (2002). Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 231, 139 – 275; darin u.a.: Grundsätze und Methoden der Elternaktivierung, 254-275
- Helming, Elisabeth/Schattner, Heinz/Blüml, Herbert et al.** (1999): Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe. Hg. durch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer
- Loss, Julika** (2008): Der Empowerment-Ansatz: unscharf, unbequem, unberechenbar – und unentbehrlich. Gesundheitswesen 2008, Heft 70, 713-714
- Nitsch, Michael** (2006): Kinder, Eltern, Helfer – Von der Ambivalenz des Glaubens an die Hilfe. Vortrag auf dem Kinderschutzforum September 2006: Entmutigte Familien bewegen (sich). Entwicklungsmöglichkeiten in Risikosituationen. Online verfügbar unter: http://www.kinderschutzbundmuenchen.de/downloads/vortrag_nitsch_kifo2006.pdf
- Rappaport, Julian** (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 2/1985, 257 ff.
- Ricoeur, Paul** (2006): Wege der Anerkennung. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Rose, Lotte** (2009): Punktsiege beim Frühstück. Zur Rückkehr und Faszination normativer Pädagogik in der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. In: Forum Erziehungshilfen, 15. Jg. 2009, Heft 4, 211-216
- Sennett, Richard** (2002): Respekt im Zeitalter der Ungleichheit. Berlin: Berlin Verlag
- Spitzer, Manfred** (2002): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg/Berlin: Spektrum Akademischer Verlag
- Stark, Wolfgang** (1996): Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg: Lambertus

7 Anregungen zur Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit

Betrachten Sie den Charakter Ihrer Einrichtung und den Ihrer Angebote darauf hin,

- ob die Balance zwischen Problem- und Ressourcenorientierung stimmt,
- ob Familien mit ihren Kraftquellen wahrgenommen und diese gestärkt werden und
- ob insbesondere Familien mit Migrationshintergrund darin unterstützt werden, sich als selbstwirksam zu empfinden.

Die beiläufige und damit niedrighschwellige Praxis Sozialer Arbeit muss um gezielte Angebote ergänzt werden, wenn Gesundheitsförderung das Profil einer Einrichtung ergänzen und wirksam sein soll. Gesundheitsförderung kann nicht beiläufig geschehen. Es braucht jedoch Fachkräfte, die auf Gesundheit ausgerichtete Angebote als beiläufig empfinden lassen. Dabei ist darauf zu achten, dass in einer ersten Stufe solche Angebote in andere (beiläufige) Angebote bzw. Kommunikationsformen integriert werden. Eine zweite Stufe zielt dann auf explizite Angebote zur Gesundheitsförderung hin. Wichtig ist, dass das erwünschte Verhalten längerfristig und systematisch eingeübt wird, damit es zur Gewohnheit werden und positive Effekte erzielen kann.

Die Einrichtung sollte mehrere und in sich unterschiedliche Angebote bieten und diese miteinander vernetzen.

- Das führt dazu, dass die Einrichtung als Anlaufstelle für den Alltag wahrgenommen wird. Ist die Einrichtung zusätzlich mit weiteren Institutionen aus dem Stadtquartier gut vernetzt, ist eine zuverlässige Begleitung und Beratung durch die verschiedenen Lebenslagen möglich.
- Diese Interventionsform, die zum größten Teil am selben Ort geschieht, ermöglicht es, eine kontinuierliche und effiziente Intervention anzubieten, die sich auf das ganze System Familie auswirkt und zu einer Entlastung führt.

Verhindern Sie, dass sich Eltern für ihre Lebensführung rechtfertigen müssen. Ein Beratungsprozess in diesem Sinne enthält:

- emotionale Unterstützung: Ausdruck von Engagement, Wertschätzung und Respekt
- konkrete Unterstützung bei der Sammlung von Informationen und dem Herausfinden von Möglichkeiten, sich besser zu organisieren
- instrumentelle Unterstützung: praktische Hilfe und Entlastung

Eine Haltung des Respekts gegenüber anderen erfordert auch, sich wohlwollend selbst in Frage zu stellen. Fragen Sie sich zum Beispiel:

- Mit welcher Sprache charakterisiere ich KlientInnen/mich selbst?
- Welche Aburteilungen/Verurteilungen enthalten diese Beschreibungen?
- Wie bin ich mit den eigenen Emotionen/Gefühlen, Zu- und Abneigungen in die Beziehung zum jeweiligen Kind/Jugendlichen bzw. dessen Eltern verstrickt?
- Welche Erwartungen habe ich an die Eltern und vor allem auch an mich selbst?
- Wie können Be-/Verurteilungen als Urteile sichtbar werden, damit sie

nicht als „harte“ Fakten dastehen? Es geht darum, eine klare Haltung zu entwickeln, um Empörung, Tadel, moralische Urteile, sei es sich selbst oder Anderen gegenüber, als solche wahrzunehmen und nicht unreflektiert in Handlungen zu übersetzen. Dazu braucht es Arbeitsstrukturen, in denen es möglich ist, gemeinsam mit den KollegInnen reflexive Handlungsweisen zu leben.

Eine Haltung in diesem Sinn braucht folgende professionelle Kompetenzen in der Zusammenarbeit mit KlientInnen:

- Balance aus freundlicher Anbindung und professioneller Distanz, Arbeitsbündnis herstellen
- selbstreflexiver Umgang mit den eigenen Gefühlen, Werten, Deutungsmustern, Strategien; Fähigkeit zur Selbstevaluation
- Lösungsorientiertes, ressourcenorientiertes Denken
- Systemisches Wissen und Denken
- Kooperationsfähigkeit und Aushandlungskompetenzen

Folgende Aspekte haben sich in der Arbeit mit Migrantenfamilien bewährt:

- Angebotsvielfalt
- Offenes Haus, Raum für Geselligkeit
- „Beiläufigkeit“
- Niedrigschwellige Beratung in der Muttersprache
- Deutschkursangebote
- Vertrauensvolle und wertschätzende Haltung, Kultursensibilität
- Einzel- und Familienberatung in der Muttersprache
- Familie in ihrer Bedürfniskomplexität betrachten
- Vernetzung nach Innen und Außen
- Raum für Partizipation und Selbstgestaltung
- Interventionen sollten an die Erfahrungen der Familien anknüpfen.

Kinder profitieren von:

- Angeboten, die das Einüben von gesundheitsförderlichem Verhalten zum Ziel haben
- Projektförmigen und partizipativen Arbeitsweisen, wie z. B. Ausflügen
- der Zusammenarbeit mit Elternhaus und Schule; kultursensiblen Vorgehen

8 Workshop zur Initiierung von Prozessen der gesundheitsfördernden Arbeit in sozialen Einrichtungen: ein Vorschlag

Sibylle Friedrich, Jennifer Höck, Alexander Redlich

An dieser Stelle soll beispielhaft der Ablauf eines Workshop zur Gesundheitsförderung vorgestellt werden. Ein solcher Workshop eignet sich zur Initiierung von Prozessen der gesundheitsfördernden Arbeit in sozialen Einrichtungen und soll im Rahmen dieser Handreichung als Anregung für die eigene Berufspraxis verstanden werden.

Im Projekt wurden solche halbtägigen Workshops als Auftaktveranstaltungen mit den Fachkräften und Leitungskräften der am Forschungsprojekt beteiligten Einrichtungen durchgeführt. Sie wurden aufgefordert, den Begriff „Gesundheit“ zu operationalisieren. Die WorkshopteilnehmerInnen wurden gefragt, wie sie Gesundheit im Rahmen ihrer Arbeit definieren („What?“), welche Wirkungswege ihnen zur Verfügung stünden, um auf die Kindergesundheit einzuwirken („How?“) und welche Erfolgskriterien sie in diesem Zusammenhang anlegten („Why?“). Die Fragestellungen lehnen sich an die Vorgehensweise der Partizipativen Evaluation (Wright 2006b) sowie der Action Evaluation (Rothman 1997, Rothman u. Redlich 2007) an. Mithilfe der Zuordnung der Antworten zu Kategorien konnten Themenbereiche identifiziert werden, die für die befragten FeldFachkräfte stark mit dem Vorhandensein von Kindergesundheit verknüpft waren.

Im Folgenden wird ein Workshopablauf beschrieben. Zur Illustration werden exemplarisch die Ergebnisse eines der drei stattgefundenen Auftaktworkshops herangezogen.

Ablaufplan des Workshops (Zeitbedarf 4 Stunden):

- Einstieg ins Thema I: Cartoons (30 min.)
- Einstieg ins Thema II: Schlagzeilen (40 min.)
- Einstieg ins Thema III: persönlicher Bezug (25 min.)

Kaffeepause (15 min.)

- Gesundheit definieren (40 min.)
- Wirkungswege reflektieren (35 min.)

Kaffeepause (15 min.)

- Erfolgskriterien identifizieren (35 min.)
- Abschlussblitzlicht (5 min.)

Workshopmanual

Einstieg I

Die Begrüßungs- und Anwärmphase wird für einen ersten thematischen **Einstieg in das Thema „gesundheitsfördernde Arbeit“ genutzt. Dazu liegt** auf dem Fußboden eine Auswahl von Karikaturen aus, die sich alle auf das Thema Gesundheit beziehen. So wird etwa in einer Zeichnung die Behandlung von Privatpatienten versus Kassenpatienten karikiert.

30 Min.

Die Teilnehmenden des Workshops wählen jeweils eine dieser Karikaturen aus, die sie in irgendeiner Art und Weise anspricht. Anschließend begründet jede/r kurz im Plenum, wieso sie/er sich gerade für diese Karikatur entschieden hat.

Einstieg II

Es werden nun Stellwände in der Mitte des Raumes aufgestellt, auf denen verschiedene Schlagzeilen geschrieben stehen, die den gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit betreffen. Gleichzeitig werden die Teilnehmenden gebeten, eigene Gedanken dazu zu schreiben. Diese werden anschließend laut vorgelesen. Es folgt die Bitte an die Teilnehmenden, die ihrer Meinung nach wichtigsten Aussagen mit drei zur Verfügung stehenden Punkten zu markieren. Dabei können sowohl ganze Schlagzeilen als auch einzelne Kommentare ausgewählt werden, die drei Punkte können einer Aussage zugeordnet oder auf mehrere verteilt werden.

40 Min.

Die sieben Schlagzeilen lauten:

- Für Gesundheit ist das Gesundheitssystem zuständig.
- Jeder ist für seine Gesundheit selbst verantwortlich.
- Bemühen um Gesundheit ist anstrengend.
- Gesundheit muss man sich leisten können – Gesundheit ist nur für Reiche.
- Gesundheit ist keine Ware.
- Es gibt ein Recht auf Gesundheit.
- In jungen Jahren muss man sich über Gesundheit keine Gedanken machen.

25 Min.

Einstieg III

Jeweils zu zweit oder zu dritt wird sich nun 10 Minuten darüber ausgetauscht, was für jeden Einzelnen persönlich Gesundheit bedeutet bzw. was man damit verbindet. Die Ergebnisse aus dieser Gruppenarbeit werden dann ins Plenum getragen.

15 Min.

Der Einstieg in das Thema ist hiermit beendet. Es folgt eine erste Pause von 15 Minuten.

40 Min.

Gesundheit definieren

In der nun folgenden inhaltlichen Arbeit werden die Teilnehmenden in einem ersten Schritt aufgefordert, jede/r für sich auf Metaplankarten zu schreiben, was sie mit Klientengesundheit, speziell mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den von ihnen betreuten Familien verbinden, bzw. was für sie begrifflich alles dazugehört. Anschließend werden die Karten im Plenum vorgelesen und an eine Wand gepinnt. Thematisch ähnliche Inhalte werden in räumlicher Nähe zueinander platziert, so dass Definitionskategorien entstehen, für die Oberbegriffe gefunden werden.

Zur Veranschaulichung folgen exemplarisch die Kategorien und Inhalte eines Auftaktworkshops als Tabelle:

	Sprache
1	sich verständlich machen können
2	sprachliche Ausdrucks- und Verständigungsmöglichkeiten als Tor zu einem selbstbestimmten, freien Leben in Berlin
3	gute Sprachkenntnisse in Muttersprache und in Deutsch
	gesellschaftliche Teilhabe
4	Nachteilsausgleich
5	gesellschaftliche Teilhabe
6	Akzeptanz als Teil der Gesellschaft
	Schulbildung
7	gelingende Schulbildung und Ausbildungs- und Berufsperspektive
	Erziehungskompetenz, insbes. bikulturelle
8	Ankommen in der „neuen Heimat“; Wurzeln entwickeln
9	respektvoller Umgang
10	Fähigkeit, Hilfsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen (soziale, medizinische D
11	eine Erziehung ohne Angst, ohne Schläge...; Eltern, die sich öffnen können
12	Unterstützung der Kinder durch Eltern, sich zwischen Kulturen zu bewegen
13	eigene Kultur bewahren
14	mehr Sicherheit und Kompetenz in der Erziehung der Kinder in bikulturellem entwickeln
15	wenn Kinder/Jugendliche beide Kulturen in sich vereinen können und dürfen
16	Eltern, Mütter!!, die sich in unseren Strukturen auskennen und bewegen könne
17	Erziehungskompetenz der Eltern hier in unserer Gesellschaft
18	Recht auf kulturelle Zugehörigkeit
	psych., körperl. und geistiges Wohlbefinden und Entwicklung
19	psychisches und körperliches Wohlbefinden
20	körperliche und bewegungstechnische Möglichkeiten als Voraussetzung für die ihrer Welt
21	Bedeutung der Bewegung; körperliche und mentale und die Bedeutung des Spi
22	Bedeutung der gesunden Ernährung (Süßigkeiten)
23	„gesunde“ Entwicklung möglichst ungestört
24	gesunde Entwicklung
	Selbstwahrnehmung (Eltern/Kinder)
25	Selbstbewusstsein
26	Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse
27	sich spüren können
28	wenn Mütter psychische Entlastung erfahren/erleben
	Alltagsbewältigung
29	Strategien entwickeln, um ihre Alltagsprobleme besser zu bewältigen
	Vorbild & Verantwortung
30	wenn Eltern sich für die Bildung und Entwicklung der Kinder interessieren
31	wenn Eltern ihrem Leben einen Inhalt geben, um den Kindern eine Zukunft zu die lebenswert ist (wie Bildung, familiäre und freundschaftliche Beziehungen)
32	Eltern müssen sich bewusst sein, dass sie selbst gesund leben müssen, um ihren Vorbild zu sein.

Wirkungswege reflektieren

In der nun folgenden Kleingruppenphase reflektieren die Teilnehmenden, welche Möglichkeiten sie haben und nutzen, um auf die Klientengesundheit, insbesondere die der Kinder und Jugendlichen, einzuwirken. Die Ergebnisse werden auf einem Flip-Chart festgehalten, mit dessen Hilfe sie anschließend dem Plenum vorgestellt werden. Auch hier folgen zur Illustration die Kleingruppenergebnisse unseres Beispielworkshops:

Gruppe 1:

- gesundheitliche Einzelberatung und -betreuung: ärztliche Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Lernanfängeruntersuchungen, Überleitungen, Überweisungen
- sozialpädagogische Einzelberatung und -betreuung: in wirtschaftlichen Fragen, in psychosozialen Fragen, Krisenintervention
- Kita-Reihenuntersuchung
- Beratung von Erziehern, Lehrern etc.
- gesundheitsförderndes Angebot (z. B. Psychomotorik (Kitakinder), Logopädie)
- Deutschkurse; darin 1 x pro Woche 30 Minuten Übungen zur Körperwahrnehmung

Gruppe 2:

- Vernetzung von Unterstützungsangeboten
- Stärkung der Erziehungskompetenz im bikulturellen Kontext
- Wohlfühlatmosphäre im Haus schaffen
- Koordination von Hilfsangeboten für Familien
- Familientreffpunkt als Ort zum Üben deutscher Sprache
- Vermittlung sprachlicher, sozialer und kreativer Fähigkeiten für Kinder und Erziehungskompetenz für Eltern
- Entwicklung der interkulturellen Kompetenz im Team (über Ereignisse miteinander reden, Informationen untereinander austauschen, kompetente Experten „ranholen“)
- Entlastung und Stabilisierung der Mütter
- Stärkung der Eigeninitiative und der Alltagskompetenz (sich selbst entbehrllich machen)
- Raum für kulturellen Zauber und Spaß (siehe Feste, Ausstellungen)
- Unterstützung der schulischen Bildung (Schularbeitenhilfe, Zusammenarbeit mit LehrerInnen und anderen Stellen)

Gruppe 3:

- Sprache
- gemeinsam kochen (1 x die Woche; eigene Speisen werden gekocht unter Nutzung des Kräutergartens)
- sportliche Aktivitäten (z. B. Fußball)
- Toberaum bei schlechtem Wetter
- direkte Nachfrage nach Freizeitaktivitäten (dadurch Thematisierung; z.B. „Wie waren die Freizeitmöglichkeiten im Heimatland verglichen mit denen in Deutschland?“)
- Bewusstwerden der Lebensumstände
 - Was kann ich an den Wintertagen mit den Kindern unternehmen?
 - Gesellschaftsspiele mit Eltern und Kindern innerhalb der Beratungszeit
 - Regeln einhalten / Rituale wie z.B. gemeinsames Essen

- Hilfe zur Selbsthilfe
- durch Informationen (z.B. Flyer)
- durch Sprechstunden und Ersthausbesuche (bzw. Weitervermittlung)
- kostenlose Eltern-Kind-Angebote

Es folgt eine zweite Pause.

15 Min.

Erfolgskriterien identifizieren

Im letzten Teil des Workshops sollen im Brainstorming Erfolgskriterien identifiziert werden, an denen die Teilnehmenden konkret merken, dass sie im Sinne der Gesundheitsförderung (bei Kindern) erfolgreich waren bzw. sind.

35 Min.

In unserem Beispielworkshop wurden die folgenden Kriterien zusammengetragen:

- eine Mutter wird Elternvertreterin an der Schule ihres Kindes
- Veränderung in der Interaktion zwischen Eltern und Kind (nicht „ausrasen“, andere Umgangsweisen)
- Veränderung der Sichtweise → Kinder fühlen sich nicht mehr als Opfer, nehmen sich selbst wahr, spüren sich
- nicht entmutigen lassen; nicht aufgeben, wenn man „eins auf den Deckel“ bekommt
- Symptome (Einnässen etc.) werden besser → gesunde Entwicklung
- selber Kontakt suchen (z. B. medizinische Beratung in Anspruch nehmen)
- Kombination aus Bewusstsein und gezieltem Nutzen von Angeboten
- weniger Süßigkeiten
- SchülerInnen werden in ihren Schulleistungen besser (durch Nachhilfe)
- Kinder sprechen mehr (vor allem deutsch)
- putzen sich „gerne“ die Zähne
- strukturierter Alltag
- Zuverlässigkeit (abmelden, wenn man krank ist und deswegen nicht zum Deutschkurs kommen kann)
- Mütter fragen nach, wenn sie etwas nicht verstehen
- Mütter machen Fortschritte (sprachlich) und entlasten dadurch ihre Kinder
- Mütter bekommen Zugang zu den Anforderungen der Kinder (z.B. in der Schule)
- Bekanntheitsgrad wächst und Rückmeldung, dass Wohlfühlatmosphäre da ist
- interkulturelle Offenheit der BesucherInnen
- anderes Schuhwerk
- Erweiterung der Interessen
- Erschließung neuer Räume (z.B. Ausstellungen etc.) → Vorbildfunktion
- Mütter kaufen selber Spiele für zu Hause
- Rückmeldung über Freizeitaktivitäten der Kinder
- Eltern nehmen Ressourcen ihrer Kinder wahr

5 Min.

Der Workshop endet mit einem **Blitzlicht** zu der Frage: „Was nehmen Sie aus dieser Veranstaltung mit?“.

Literatur zum Weiterlesen:

Rothman, Jay (1997): Resolving Identity-based Conflict in Nations, Organizations, and Communities. San Francisco: Jossey Bass

Rothman, Jay/Redlich, Alexander (2007): Action Evaluation und Konfliktarbeit. In: Lange, Ralf/Kaeding, Peer/Lehmkuhl, Margit/Pfingsten-Wismer, Helge (Hrsg. 2007): Frischer Wind für Mediation. Frankfurt: Bundesverband für Mediation, 37-49

Wright, Michael (2006a): Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. In: Heinrich, Siegfried/Herrman, Markus (Hrsg.) Jahrbuch für kritische Medizin, 43. 55-73. Berlin: Argument

Wright, Michael (2006b, Dez.): Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Das Projekt, Erfahrungen nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern. Vortrag auf dem 12. Kongress Armut und Gesundheit in Berlin

9. Anhang: Reflexionen zur Praxisforschung im Bereich der Gesundheitsförderung

9.1 Kann Soziale Arbeit indirekt zentrale Aspekte der Gesundheit der Kinder fördern?

Sibylle Friedrich, Jennifer Höck, Alexander Redlich

Effektive Gesundheitsförderung passiert nicht nebenbei. Sie muss gezielt initiiert werden.

Ausgehend von der Annahme, Soziale Arbeit sei – auch ohne expliziten Fokus in ihren Programmen – gesundheitsfördernd und wirke sich als solche positiv auf die Gesundheit von Kindern aus, deren Eltern entsprechende Betreuungsangebote wahrnehmen, haben wir den quantitativen Teil unserer Studie folgendermaßen aufgebaut:

In einem ersten Schritt wurden exemplarisch drei sehr heterogene Einrichtungen in den drei bundesdeutschen Großstädten Hamburg, Berlin und München (Beschreibungen siehe Kapitel 3) für eine aktive Mitarbeit am Forschungsprozess gewonnen. In Auftaktworkshops (siehe Kapitel 8) sind dann die Fachkräfte der drei Einrichtungen zu Wort gekommen. Ihre Erfahrungen und Definitionsversuche mündeten in die Auswahl und Neukonzeption unterschiedlicher Instrumente, die gemeinsam in der Lage sein sollten, den komplexen Begriff der „Kindergesundheit“ zu erfassen.

Im Verlauf von 18 Monaten wurden die an den Angeboten der Einrichtungen partizipierenden Familien insgesamt dreimal im Abstand von jeweils 9 Monaten zur Gesundheit ihrer Kinder befragt. Gesundheit wurde dabei in die drei Aspekte *Gesundheitszustand*, *Gesundheitsbewusstsein* und *Gesundheitsverhalten* unterteilt. Da wir jedoch als SozialwissenschaftlerInnen keine medizinischen Daten erheben konnten – wir haben also weder Blutdruck gemessen noch die Kinder auf die Waage gestellt –, waren wir auf die Selbstaussagen der Betroffenen angewiesen. Wo immer es möglich war, wurden deshalb zumindest zwei Sichtweisen eingeholt, also zum Beispiel die der Eltern und die der Kinder oder die der KlientInnen und die der Fachkräfte. Der *Gesundheitszustand* der Kinder wurde über den KINDLR (Ravens-Sieberer/Bullinger 2000) erfasst, ein Fragebogen, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowohl aus Sicht der Kinder als auch aus Sicht ihrer Eltern einschätzen lässt. Der Bogen umfasst sechs Lebensbereiche (körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Funktionsfähigkeit im Alltag). Dieses weite Verständnis dessen, was Gesundheit ausmacht, entspricht sowohl den Erfahrungen „unserer“ Fachkräfte als auch dem Gesundheitsbegriff der WHO. Da uns der Aspekt ‚körperliche Gesundheit‘ zu kurz kam, haben wir zusätzlich noch die entsprechende Skala aus der *Child Behavior Checklist* (CBCL) eingesetzt. Für das *Gesundheitsverhalten* lag uns kein passendes Instrument vor, das alle relevanten Aspekte, die uns die Fachkräfte genannt hatten, enthielt. Wir haben uns darum entschieden, einen eigenen Fragebogen zu konzipieren.

Das *Gesundheitsbewusstsein* war noch schwieriger zu erfassen. Es ging uns hierbei um das Bewusstsein der Eltern, sich um die gesundheitlichen Belange ihrer Kinder zu kümmern. Bei der Beschäftigung mit dem Thema entwickelten wir die Annahme, dass dieses Bewusstsein stark damit zusammenhängt, ob Eltern glauben, dass sie die Gesundheit ihrer Kinder überhaupt durch ihr Verhalten, ihre Fürsorge und Erziehung beeinflussen können (Kontrollüberzeugung), und ob sie sich in diesem Sinne als selbstwirksam erleben. Oder weiter gefasst, inwieweit sich Gesundheit überhaupt beeinflussen lässt oder ob sie vielmehr vom Schicksal bestimmt ist und damit außerhalb elterlicher Macht liegt. Wir haben also Fragen entwickelt, die zu erfassen versuchten, ob bei den befragten Eltern – meist waren es die Mütter – eine positive oder negative gesundheitliche Kontrollüberzeugung vorherrscht. Die Fragen wurden in einer wertschätzenden Gesprächsatmosphäre gestellt.

Neben den gesundheitsbezogenen Daten hat uns noch interessiert, mit welchen Belastungen die Familien in die Betreuungsangebote kommen, welche Kraftquellen sie mitbringen und wie sie die professionelle Arbeit erleben. Nach der Erhebung wurden die so gewonnenen Daten mit Bezug auf die eingangs formulierte Annahme eines die Gesundheit der Kinder fördernden Effekts von Sozialer Arbeit ausgewertet und den Erkenntnissen aus den qualitativen Interviews gegenübergestellt. Insgesamt sind die Werte von über 100 Kindern und ihren Familien in die Auswertung eingegangen.

Ergebnisse zeigen Diskrepanzen auf

Die Auswertung der Daten versuchte in einem ersten Schritt Antworten auf die Frage zu geben, inwieweit sich unsere Ausgangshypothese bestätigen lässt. Erst danach wurden weitere Fragestellungen relevant. Was lässt sich also festhalten? Auffällig ist, dass „unsere“ Familien mit sehr hohen Ausgangswerten starteten. Danach unterschied sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder nicht von denen einer Referenzgruppe Hamburger Schulkinder – und das, obwohl zahlreiche aktuelle Studien (Mielck 2003: 13f.) festgestellt haben, dass sozial benachteiligte Familien auch im gesundheitlichen Sinne benachteiligt sind und insbesondere die Kinder aus diesen Familien mit überdurchschnittlich vielen gesundheitlichen Problemen belastet sind. Wie lässt sich diese Diskrepanz erklären?

Eine Vermutung wäre sicherlich, dass in den Gesprächen mit uns die Tendenz bestand, sich positiver darzustellen, als es der erlebten Wirklichkeit entsprach. Das Thema ‚Gesundheit‘ gilt in unserer Gesellschaft als privat, zudem ist es normativ belastet. Da aufgrund der vorhandenen Sprach- und Schreihürden auf den Einsatz anonymer Fragebögen verzichtet wurde und die Fragen darum im persönlichen Gespräch gestellt wurden, mag die Scheu, sich zu öffnen, besonders im Erstkontakt groß gewesen sein. Dieses Phänomen, das bei allen psychologischen Befragungen auftreten kann, wird mit dem Begriff „soziale Erwünschtheit“ bezeichnet. Hinzu kam möglicherweise eine verzerrte Wahrnehmung, was den Gesundheitszustand der eigenen Kinder betraf, also ein „blinder Fleck“. Beide Erklärungsversuche sind jedoch lediglich Vermutungen, belegen lässt sich das aus unseren Daten nicht.

Insgesamt zeichnen die Ergebnisse ein konsistentes, wenn auch nicht hypotesenkonformes Bild: Die Kindergesundheit hat sich über die drei Erhebungs-

zeitpunkte in der Gesamtgruppe nicht verbessert. Das gilt sowohl für den Aspekt ‚gesundheitsbezogene Lebensqualität‘ als auch für die ‚gesundheitsliche Kontrollüberzeugung‘ und das ‚Gesundheitsverhalten‘. Wir konnten in den quantitativen Daten also keine Belege für die eingangs genannte Hypothese finden, nach der Soziale Arbeit – auch ohne expliziten Fokus in ihren Programmen – gesundheitsfördernd sei und sich als solche positiv auf die Gesundheit von Kindern auswirke, deren Eltern Betreuungsangebote wahrnehmen.

Müssen wir daraus schließen, dass keine Veränderung in eine positive Richtung in Bezug auf die Gesundheit der teilnehmenden Kinder stattgefunden hat? Das ist nicht gesagt. Generell kann es immer vorkommen, dass die ausgewählten Messinstrumente eine tatsächliche positive Veränderung in den interessierenden Bereichen nicht genau genug abbilden können. Dazu kommt eine grundsätzliche Diskussion über die Angemessenheit und die Brauchbarkeit quantitativer Forschung in solch komplexen Arbeitsfeldern wie der Sozialen Arbeit. Wenn man allerdings davon ausgeht, dass die ausgewählten Instrumente nennenswerte Veränderungen wenigstens im Ansatz feststellen können, muss man in diesem Fall akzeptieren, dass solche deutlichen Effekte durchgängig nicht festgestellt werden konnten. Genauer: Weder in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und in der gesundheitslichen Kontrollüberzeugung noch im konkreten Gesundheitsverhalten, weder aus der Sicht der befragten Eltern, noch aus der Perspektive der Kinder zeigten sich für die Gesamtgruppe Veränderungen im Lauf der 18 Monate, auch nicht tendenzielle. Das heißt, bei der gegebenen Angebotsnutzung der befragten Gruppe konnte zumindest von quantitativer Seite keine indirekte Gesundheitsförderung festgestellt werden.

Die untersuchten Angebote daher per se als gesundheitsfördernd zu sehen und die quantitativen Projektergebnisse somit zu ignorieren wäre fatal. Vielmehr sollten die Resultate als Anstoß genutzt werden, sich intensiver als bisher mit dem Themenkomplex Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit zu befassen. Effektive Gesundheitsförderung passiert offenbar nicht nebenbei, sondern muss gezielt initiiert werden. Das war bzw. ist bisher nicht explizites Ziel der Sozialen Arbeit (wenn es auch Berührungspunkte gibt). Die qualitativen Projektergebnisse können jedoch erste Hinweise auf notwendige, aber offensichtlich noch nicht hinreichende Bedingungen für die Verankerung von Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit geben.

Verbesserungen bei jüngeren Kindern und MigrantInnen

Nach der Überprüfung unserer zentralen Annahme interessierten uns weitere Fragestellungen:

Profitierten manche Teilgruppen möglicherweise doch gesundheitlich von der Teilnahme an den sozialpädagogischen Angeboten, auch wenn die Gesamtgruppe sich gesundheitlich nicht verbesserte?

Zur Beantwortung dieser Frage haben wir zwischen Mädchen und Jungen, zwischen jüngeren und älteren Kindern sowie zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund differenziert. Dabei stellten wir fest, dass das Alter der Kinder tatsächlich eine Rolle spielte: Je jünger sie waren, umso mehr konnten sie gesundheitlich von der Einbindung ihrer Eltern in die Einrichtung profitieren, umso eher fand im beobachteten Zeitraum eine positive Veränderung im Bereich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität statt. Selbstverständlich

heißt das im Umkehrschluss – da sich ja die Ergebnisse in der Gesamtgruppe nicht verändert hatten – dass es auch Kinder geben muss, deren Lebensqualität sich in den 18 Monaten noch verschlechterte; und das waren vor allem ältere Kinder.

Der Migrationshintergrund wiederum wirkte sich in unserer Studie auf die gesundheitliche Kontrollüberzeugung aus: Familien mit Migrationshintergrund hatten bereits zu Beginn eine höhere Kontrollüberzeugung (Wert 3,43 auf einer fünfstufigen Skala) als Familien ohne Migrationshintergrund (2,96). Das ist ein statistisch signifikanter Unterschied mit einer sehr geringen, unter 1 Promille liegenden Irrtumswahrscheinlichkeit. Migrantenfamilien waren auch stärker in der Gruppe vertreten, die von der Angebotsnutzung besonders profitieren konnten: Ihre Überzeugung, die Kindergesundheit beeinflussen zu können, stieg während der Angebotsnutzung der Einrichtung an. Auch dieses Ergebnis beinhaltet auf der anderen Seite bei einer gleich bleibenden Gesamtgruppe wiederum, dass es auch Familien gegeben hat, deren Kontrollüberzeugung sich im Laufe der 18 Monate noch verringerte; dieses waren überwiegend Familien ohne Migrationshintergrund. Zwischen Mädchen und Jungen konnten hier keine Unterschiede gefunden werden.

Religion und gemeinsame Zeit stärkt Gesundheit

Schlussendlich konnten wir noch zwischen Familien, die an vielen verschiedenen Angeboten teilgenommen haben, und Familien, die sich auf ein Angebot oder wenige konzentrierten, differenzieren. Gesundheitlich profitieren konnten überraschender Weise eher die Kinder aus den „Wenignutzer“-Familien. Die gängige Alltagshypothese „viel hilft viel“ lässt sich demnach nicht aufrechterhalten. Eher trifft „viel Nutzung – wenig Nutzen“ zu. Oder spricht das Ergebnis vielleicht für die Kompetenz, sich sehr gezielt einzelne Angebote aus einem breiten Spektrum herauszusuchen, um dann in besonderer Weise davon zu profitieren? Darauf können wir heute noch keine Antworten geben.

Gibt es Zusammenhänge zwischen den familiären Ressourcen und Belastungen sowie den Charakteristika der Angebote und einer positiven Entwicklung der Kindergesundheit?

Ein Zusammenhang zwischen dem familiären Belastungsgrad und der Fähigkeit, von den untersuchten Angeboten gesundheitlich zu profitieren, konnte nicht festgestellt werden. Während der Belastungsgrad der Familien von den Fachkräften eingeschätzt wurde, wurden die Familien zu ihren Kraftquellen selbst befragt. Als wichtigstes Ergebnis lässt sich festhalten, dass gemeinsam verbrachte Familienzeit sich offenbar positiv auf die Kindergesundheit auswirkt, genauso wie eine in der Familie vorhandene und als stärkend erlebte religiöse Einbindung. Das Vorhandensein dieser Kraftquellen lässt Familien gesundheitlich offenbar stärker von den Angeboten profitieren. Sie konnten sich im gesundheitlichen Sinne im beobachteten Zeitraum eher dann positiv entwickeln, wenn sie diese familiären Kraftquellen mitbrachten. Der Gemeinschaft bzw. dem gemeinschaftlichen Tun kommt demnach eine Mediatorfunktion zu, die positive gesundheitliche Veränderungen wahrscheinlicher macht. Zu anderen Ressourcenbereichen wie Kraft spendenden Lebenszielen und informellen sozialen Netzwerken konnte diese Beziehung zwar nicht nachgewiesen werden, sie standen in unserer Studie jedoch klar in Zusammenhang mit einer besseren

gesundheitlichen Ausgangslage. Familien, die angaben, dass ihnen ihre informellen sozialen Netzwerke und ihre (Lebens)ziele viel Kraft geben, hatten bereits zum ersten Messzeitpunkt höhere Werte in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder als Familien, denen diese Kraftquellen nicht im gleichen Maße zur Verfügung standen.

Schaut man sich die Charakteristika der Angebote in den Einrichtungen an, gibt es Belege für die These, dass eine gute Balance zwischen Problem- und Ressourcenorientierung in der Arbeit mit Familien in prekären Lebenslagen wichtig ist (s. Kapitel 9). Familien, die diese Balance in der Sozialen Arbeit ihrer Einrichtung erlebten, profitierten stärker gesundheitlich von den Angeboten, an denen sie teilnahmen. Sie wiesen also eher eine positive Entwicklung auf, als Familien, die diese Balance so nicht wahrnehmen konnten.

Um das Erleben der Familien zu erheben, wurden diese gebeten, sich auf einem Zahlenstrahl zu verorten. Wer sowohl die Frage „Wie oft geht es in der Einrichtung um Ihre Probleme oder um die Probleme Ihrer Kinder?“ als auch die Frage „Wie oft geht es in der Einrichtung um Ihre Stärken bzw. um die Stärken Ihrer Kinder oder um das, was gut läuft?“ hoch bewertete, dem wurde zugeschrieben, eine ausbalancierte Ressourcenorientierung im Umgang der Einrichtung mit sich selbst wahrzunehmen. Und genau diese Wahrnehmung scheint sich günstig auf die Entwicklung der Kindergesundheit auszuwirken.

Literatur zum Weiterlesen:

Mielck, Andreas (2003): Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22. Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Köln: BZgA, 13 f.

Ravens-Sieberer, Ulrike/Bullinger, Monika (2000): KINDLR : Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: Robert-Koch-Institut RKI

9.2 Neue Herausforderungen für die Praxisforschung

Sibylle Friedrich, Jennifer Höck, Alexander Redlich

Gesundheitsförderung braucht eine Verständigung darüber, was mit „Gesundheit“ gemeint ist und nach welchen Kriterien der Erfolg von Gesundheitsförderung gemessen werden soll.

Innerhalb der sozialwissenschaftlichen Forschungslandschaft stehen sich zwei unterschiedliche Forschungsansätze weitgehend unversöhnlich gegenüber: Das quantitative Paradigma verweist auf seinen Anspruch auf Repräsentativität. Es fordert zur Sicherstellung der Generalisierbarkeit seiner Ergebnisse Objektivität (Unabhängigkeit von Methode oder BeobachterIn), Reliabilität (Zuverlässigkeit, Maß für formale Genauigkeit und Verlässlichkeit von Daten) und Validität (Gültigkeit; misst ein Instrument das, was es zu messen vorgibt, ist es valide). Das qualitative Paradigma kennt im Rahmen seiner zirkulären Forschungsstrategie ebenfalls Gütekriterien, bedient sich aber völlig anderer Eingangsvoraussetzungen und verbindet andere Ziele mit seinen Resultaten.

Bei der Durchführung verschiedener Praxisforschungsprojekte haben wir die Erfahrung gemacht, wie dringend notwendig die Entwicklung eines dritten Paradigmas erscheint. Bei diesem gilt es, Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden sowie insbesondere ihre Verzahnung sorgsam auf die Bedingungen der Praxis abzustimmen. Wir haben uns im Kooperationsprojekt „Gesundheit beginnt in der Familie“ für folgendes Vorgehen entschieden:

In einer frühen Phase des Forschungsprojektes wurden Kontakte und Gespräche mit den Fachkräften in den Einrichtungen zur Gewinnung von Entscheidungskriterien im Rahmen der quantitativen Testauswahl und -entwicklung sowie zur Entwicklung von kontextangemessenen qualitativen Erhebungsstrategien genutzt. Innerhalb von Workshops wurden Fachkräfte und Leitungskräfte der am Projekt beteiligten Einrichtungen aufgefordert, den Begriff „Gesundheit“ zu operationalisieren, also durch objektive Kriterien beschreibbar zu machen. Dazu wurden den WorkshopteilnehmerInnen, angelehnt an Wright (2006a) und Rothman (1997), Fragen gestellt, wie sie Gesundheit im Rahmen ihrer Arbeit definieren und welche Wirkungswege ihnen zur Verfügung stehen, um auf die Gesundheit der Kinder einzuwirken. Gefragt wurde außerdem, welche Erfolgskriterien sie in diesem Zusammenhang anlegen. Die Antworten der Fachkräfte und Leitungskräfte waren differenziert und gingen weit über ein körperliches Gesundheitsverständnis hinaus. Die Antworten wurden Kategorien zugeordnet. Dadurch konnten Themenbereiche identifiziert werden, die für die Befragten stark mit dem Vorhandensein von Kindergesundheit verknüpft waren, wie zum Beispiel die gesellschaftliche Teilhabe (weitere Kategorien siehe Kapitel 5).

Die parallel stattfindende Auseinandersetzung mit gängigen quantitativen Testverfahren mündete in der Erstellung einer Überblickstabelle zur vergleichenden Bewertung von Test- und Befragungsverfahren, die Kindergesundheit erfassen (Friedrich/Höck 2007). Mithilfe dieser Übersicht konnte nun eine Ent-

scheidung über den Einsatz derjenigen Instrumente getroffen werden, die die beste Passung zu den auf den Workshops erhobenen Daten aufzeigten. Kategorien, die sich nicht in bereits existierenden Messverfahren finden ließen, insbesondere zum konkreten Gesundheitsverhalten, flossen in die Entwicklung eines eigenständigen Fragebogens zur Kindergesundheit ein. Im qualitativen Teil der Studie wurde die Vielfalt der Sichtweisen auf Gesundheit weiter analysiert.

Methodisch muss dieses neu entwickelte Instrument – der Fragebogen – zwar auf den Nachweis der obligatorischen quantitativen Gütekriterien verzichten, es kann auf der anderen Seite aber von einer hohen Inhaltsvalidität ausgegangen werden: Mit der Einbeziehung der einrichtungsspezifischen Gesundheitsdefinitionen in das neu entwickelte Messverfahren ist gewährleistet, dass es tatsächlich das misst, was es zu messen vorgibt, nämlich Kindergesundheit, wie sie die Projektbeteiligten verstanden wissen möchten. Der Geltungsbereich reicht aber in der jetzigen Form nicht automatisch über das Projekt hinaus, weshalb wir uns für die Kombination standardisierter Verfahren und solcher im partizipativen Forschungsprozess entwickelten Instrumente entschieden haben.

Die konsequente Weiterführung dieser Vorgehensweise schließt auch die Erkundung der Klientenperspektive ein. Für Einrichtungen, die diesem Beispiel folgen und ihre Bemühungen um das Thema Gesundheit evaluieren möchten, bedeutet dies in ihrer praktischen Arbeit deshalb zuallererst eine Verständigung darüber, was mit „Gesundheit“ gemeint ist, um wessen Gesundheit es geht, auf welche Weise sich von Seiten der Einrichtung bemüht wird, darauf positiv einzuwirken und an welchen Kriterien der Erfolg gemessen wird. Einen Handlungsleitfaden hierfür finden Sie im Kapitel 7. Wenn diese Verständigung nicht nur kollegial, sondern zusätzlich gemeinsam mit den NutzerInnen bzw. KlientInnen erfolgt, kann die Partizipation selbst bereits ein gesundheitsförderndes Element darstellen, also zugleich Interventionscharakter haben. Das deckt sich mit den Qualitätskriterien der BZgA für Projekte der Gesundheitsförderung (Lehmann et al. 2008: 18ff.).

Literatur zum Weiterlesen:

- Friedrich, Sibylle/Höck, Jennifer** (2007): Tests zur Messung von Kindergesundheit im Vergleich. Werkstattbericht. Redlich, Alexander (Hrsg.). Materialien aus der Reihe Beratung & Training, Universität Hamburg
- Lehmann, Frank/Geene, Raimund/Kaba-Schönstein, Lotte/Kilian, Holger/Köster, Monika/ Brandes, Sven/Bartsch, Gabi** 2007: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen, Gesundheitsförderung Konkret 5. Köln: BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
- Rothman, Jay** (1997): Resolving Identity-based Conflict in Nations, Organizations, and Communities. San Francisco: Jossey Bass
- Wright, Michael T.** (2006a): Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten: Das Projekt, Erfahrungen nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern. Vortrag auf dem 12. Kongress Armut und Gesundheit in Berlin

Materialien und Links zum Thema „Gesundheitsförderung“

Altgeld, Thomas (o.J.-2004): Gesundheitsfördernde Settingsansätze in benachteiligten städtischen Quartieren - Expertise im Auftrag der Regiestelle E & C der Stiftung SPI: http://www.eundc.de/seiten/info/pub_ex.html

Bär, Gesine/Böhme, Christa/Reimann, Bettina (2009): Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Difu-Arbeitshilfe, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin, ISBN 978-3-88118-471-7

Vogt, Kathrin/Venezia, Birgit/Torres Mendes, Christine/Redlich, Alexander (Hrsg.): Die Erkundung von Kraftquellen im Leben der Menschen, Mat. 26. Universität Hamburg. Materialien aus der Arbeitsgruppe Beratung & Training
www.euro.who.int

Online-Portal der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa. (In der Suchfunktion „Kinder“ eingeben, dann erscheint eine Studie aus 2008 zur Verletzungsgefahr von Kindern in armen Familien.)
www.jugendhilfeportal.de

Tipp (Link Gesundheit): „Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“.
www.kiggs.de/

Online-Portal von KiGGS, der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.
www.kindergesundheit.de

Online-Portal der Stiftung Kinder Gesundheit. Die gemeinnützige und unabhängige Stiftung Kindergesundheit wurde zur Jahreswende 1997/1998 gegründet.
www.kindergesundheit-info.de/

Online-Portal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Förderung einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=0886ad87980647c5ad34645235634f8e&id=maina>

Online-Portal von der BZgA zu „Good Practice“ in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
www.rki.de

Online-Portal des Robert-Koch-Instituts. Hier kann der Gesundheitsbericht „Migration und Gesundheit“ (2008) gelesen und bestellt werden. Er ist in der Reihe Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes erschienen. In Kapitel 4 geht es um Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund.
www.stiftung-interkultur.de

Die Stiftung Interkultur ist die bundesweite Koordinierungsstelle des Netzwerks Interkulturelle Gärten. In interkulturellen Gartenprojekten begegnen sich unterschiedliche ethnisch-kulturelle Hintergründe und auch verschiedene soziale Milieus, Lebensformen und Altersgruppen.

** Der Text „Neue Herausforderungen für die Praxisforschung“ wurde in ähnlicher Form bereits publiziert: Friedrich, Sibylle/Redlich, Alexander/Höck, Jennifer/Jeschke, Karin (2008): Wie kann eine Praxis angemessene Forschung im Rahmen der Gesundheitsförderung aussehen? In: Impulse? Newsletter zur Gesundheitsförderung, 59/2008, 18-19*

Kontakt Daten der Praxisstandorte im Projekt

Familientreff Kurmärkische Straße

Kurmärkische Straße 1-3
10783 Berlin
Tel.: 0 30/25 79 75 38
Fax: 0 30/32 29 92 10
www.pfh-berlin.de

Alida Schmidt Stiftung

Hamburger Straße 152
22083 Hamburg
Tel.: 0 40/227 101-0
Fax: 0 40/227 101-19
www.alida.de

SOS-Mütter- und Kindertageszentrum München

Wiesentfeller Straße 68
81249 München
Tel.: 0 89/8713209-11
Fax: 0 89/8713209-20
www.sos-mz-neuaubing.de

AutorInnen der Handreichung

Kooperationspartner Deutsches Jugendinstitut (DJI):

Elisabeth Helming

Dipl. Soziologin, wissenschaftliche Referentin am DJI im Themenfeld „Hilfen für Familien in Risikolagen“
Kontakt: helming@dji.de

Claudia Liberona

Wissenschaftliche Referentin im Projekt „Gesundheit beginnt in der Familie“,
Abteilung Familie und Familienpolitik.
Kontakt: liberona@dji.de

Kerstin Oldemeier

Studentin der Soziologie an der Ludwig-Maximilians-Universität, München
Studentische Hilfskraft im Projekt
Kontakt: oldemeier@dji.de

Gunda Sandmeir

Diplom-Sozialpädagogin, Dozentin an der Hochschule München, Fakultät für
angewandte Sozialwissenschaften; bis Ende Juli 2009 wissenschaftliche Referentin im Projekt
Kontakt: gunda.sandmeir@hm.edu

Verena Walter

Studentin der Soziologie an der Ludwig-Maximilians-Universität, München
Studentische Hilfskraft im Projekt
Kontakt: vwalter@dji.de

Kooperationspartner Universität Hamburg:

Prof. Dr. Alexander Redlich

Arbeitsbereichsleiter „Beratung und Training“ der Pädagogischen Psychologie
am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg

Kontakt: redlich@uni-hamburg.de

Dr. Sibylle Friedrich

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Psychologie der Universität
Hamburg, Arbeitsbereich „Beratung und Training“

Kontakt: sibylle.friedrich@uni-hamburg.de

Jennifer Höck

Studentische Mitarbeiterin am Fachbereich Psychologie der Universität Ham-
burg, Arbeitsbereich „Beratung und Training“

Kontakt: jennifer.hoeck@studium.uni-hamburg.de

Externe Mitarbeit:

Inge Michels

Freie Fachjournalistin für familien- und bildungspolitische Themen, Bonn

Kontakt: michels@familiertext.de

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Deutsches Jugendinstitut e.V.
Nockherstr. 2
81541 München
Tel. +49(0)89/62306-0
Fax:+49(0)89/62306-162
www.dji.de