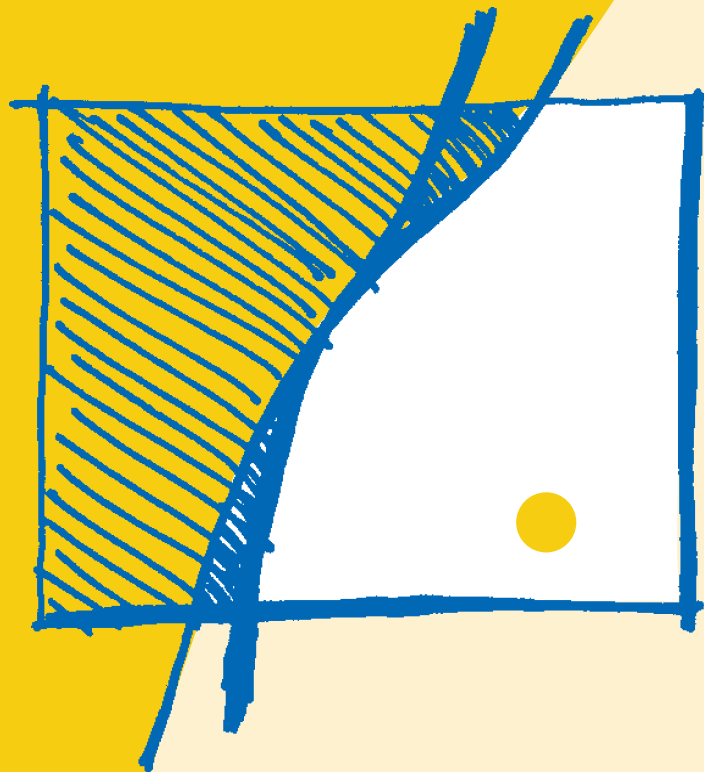




Landesvereinigung  
für  
Gesundheitsförderung  
Thüringen e.V.



# “Gesundheitliche Chancengleichheit in Thüringen. Potentiale und Perspektiven”



**Dokumentation der Fachtagung  
am 29.06.2004**



## Impressum

Herausgeber: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.

– AGETHUR –

Redaktion: Uta Schröder

Auflage: 300

Druck: COLOR-DRUCK ZWICKAU GmbH & Co. KG

Weimar, November 2004

**Die Durchführung der Veranstaltung sowie der Druck der Broschüre wurden maßgeblich von der AOK-Thüringen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördert.**

***„Gesundheitliche Chancengleichheit in  
Thüringen. Potentiale und Perspektiven“***

**Dokumentation der Fachtagung  
am 29.06.2004**

**im Augustinerkloster Erfurt**

**der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.  
- AGETHUR -**

in Kooperation mit der  
**AOK-Thüringen**

und dem  
**Regionalen Knoten „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“**

## Inhaltsverzeichnis

Dr. Eva-Maria Hähnel , Geschäftsführerin der AGETHUR.....	4
Heinz F. Benner, <i>Staatssekretär im Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit</i> .....	7
Wolfgang Läer, <i>Abteilungsleiter Rehabilitation in der AOK-Thüringen</i> .....	10
Prof. Dr. Eva Luber, <i>Hochschule Magdeburg-Stendal</i> Gesundheitsförderung durch Vernetzung - Gesundheitsförderung im Setting .....	11
Uta Schröder, <i>Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR –</i> , Kooperation, Koordination und Vernetzung als nachhaltige Strategien zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit .....	13
<b>Workshop A, Gesundheitsförderung als Stadt(teil)strategie .....</b>	<b>19</b>
Angelika Stiemer, <i>Jugendamt Rostock</i> „Pilotprojekt Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil – ein Beispiel für stadtteilorientierte Gesundheitsförderung“ .....	19
Dr. Holger Koch, <i>Kontakt in Krisen e.V</i> Die medizinisch-soziale Kontaktstelle „Pflaster“ des Vereins KiK e.V.: Grenzen und Handlungsmöglichkeiten psychosozialer Hilfen für nicht „wartezimmer-taugliche“ Klienten .....	21
Zusammenfassung der Workshop - Ergebnisse für die Podiumsdiskussion.....	23
<b>Workshop B: Schnittstelle Jugendhilfe - Gesundheitsförderung.....</b>	<b>24</b>
Birgit Vogt, <i>Kontakt in Krisen e. V.</i> Drogengebrauch und Problemeinsicht – ein Fall für die Jugendhilfe? .....	24
Gerald Böhm, <i>Kompass gGmbH, Suchtberatung Eisenach</i> Integratives Angebot mit Jugendlichen aus Russland und sozial benachteiligten Kindern aus der Gemeinde Wutha-Farnrode .....	28
Gianna Hennig, <i>Drudel 11 e.V.</i> “Keimzeit – ein Training für Jugendliche zur Stärkung sozialer Kompetenzen” .....	29
Zusammenfassung der Workshop - Ergebnisse für die Podiumsdiskussion.....	32
<b>Workshop C: Setting Schule / Bildungseinrichtungen .....</b>	<b>35</b>
Witold Maichrowitz, <i>Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Sektion Thüringen</i> Integration von benachteiligten Kindern und Jugendlichen im Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung .....	35
Christine Morgenstern, <i>Gesundheitsamt Gera</i> Gesundheitsprojekte an Förderzentren .....	36

Lothar Regling, <i>Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands e. V.</i> Das Konzept der Schuljugendarbeit am Beispiel der Werner-Seelenbinder-Schule in Apolda .....	39
Zusammenfassung der Workshop - Ergebnisse für die Podiumsdiskussion.....	41
<b>Workshop D: Setting Kindertagesstätte.....</b>	<b>43</b>
Heike Schippel, <i>Staatl. Grundschule „Johannes Falk“</i> Das Projekt „Gesunde Kindertagesstätte - erleben und gestalten“ der AGETHUR.....	43
Burkhild Kalbe, <i>Diakonieverbund Gera e. V.</i> Gesundheit von Flüchtlingskindern und deren Familien – Erfahrungen aus der täglichen Arbeit im Flüchtlingskindergarten Gera .....	45
Zusammenfassung der Workshop - Ergebnisse für die Podiumsdiskussion.....	48
<b>Workshop E: Setting Familie .....</b>	<b>49</b>
Sandra Goldschmidt, <i>Familienzentrum „Düne“ e. V. Sondershausen</i> Angebote eines Familienzentrums für Körper und Geist.....	49
Kathrin Nordhaus, <i>Frauenzentrum Weimar e. V.</i> Sabine Guntau, <i>Thüringer Koordinierungsstelle „Gewaltprävention“ der Landesregierung</i> Häusliche Gewalt.....	51
Zusammenfassung der Workshop - Ergebnisse für die Podiumsdiskussion.....	56
Verzeichnis der Moderatoren und Referenten der Fachtagung.....	57

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wurde im Text ausschließlich die männliche Schreibweise verwendet.

Im Text verwendete Literatur ist beim jeweiligen Autoren erhältlich.

**Dr. Eva-Maria Hähnel**  
*Geschäftsführerin der AGETHUR*

## **Eröffnung**

Sehr geehrter Herr Staatssekretär Benner,  
sehr geehrte Frau Abgeordnete Bechthum,  
sehr geehrter Herr Lärer als Repräsentant der AOK,  
sehr geehrter Herr Funk als Repräsentant des TMSFG,  
meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich, Sie zu unserer heutigen Fachtagung „Gesundheitliche Chancengleichheit in Thüringen – Potentiale und Perspektiven“ für Multiplikatoren des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesens, der Stadtentwicklung und der Gemeinwesenarbeit im altehrwürdigen und geschichtsträchtigen Gemäuer des Augustinerklosters recht herzlich begrüßen zu dürfen. Wir freuen uns, dass politische Entscheidungsträger der kommunalen und der Landes-Ebene unserer Einladung gefolgt sind und sich aktiv in den Prozess der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter einbringen.

Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. beschäftigt sich seit zweieinhalb Jahren intensiv mit der Thematik „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“. Initialzündung war der Start des durch die AOK – Die Gesundheitskasse in Thüringen geförderten Projektes „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen im Setting“ im Januar 2002 in der AGETHUR. Die erste Förderphase dieses Projektes endete im Dezember letzten Jahres. Dankenswerterweise weitete die AOK-Thüringen die Projektförderung auch auf das Jahr 2004 auf der Basis des § 20 SGB V Abs. 1 und 2 aus. Dafür ein herzliches Dankeschön. In dem Paragraphen wird gefordert, dass die Krankenkassen – Zitat: „in ihrer Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, (...) Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ – Zitatende. Dass Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden sollen, darüber herrscht in Deutschland erfreulicherweise ein breiter Konsens. Bereits im Oktober 2003 hatte der Deutsche Bundestag in einem gemeinsamen Antrag der Bundestagsfraktionen der SPD, Bündnis 90/Die Grünen und der CDU die Bundesregierung aufgefordert „innerhalb eines Jahres den Entwurf eines Präventionsgesetzes vorzulegen“. Der Bundesrat hat im November letzten Jahres ebenso das Präventionsgesetz eingefordert und eine Verstärkung des Engagements aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung in der Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung für dringlich erachtet. Prävention und Gesundheitsförderung wird ein gleichrangiger Stellenwert neben Kuration, Rehabilitation und Pflege zugewiesen. Auf der 77. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 17. und 18. Juni 2004 wurde einstimmig be-

schlossen, dass der bisherige § 20 SGB V in eine für die Gesetzliche Krankenversicherung verbindliche Rechtsgrundlage umzugestalten ist. Drei Handlungsebenen für Prävention und Gesundheitsförderung werden identifiziert:

1. der Bund mit spezifischen Aufgaben von bundesweiter Relevanz
2. die Länder mit landes-, und regionalspezifischen Maßnahmen im Konsens mit den Kostenträgern und
3. die Sozialversicherungsträger, primär die Gesetzliche Krankenversicherung mit eigenständigen Maßnahmen auch im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander.

Damit möglichst viele Bürgerinnen und Bürger erreicht werden, müssen Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz in den Lebenswelten verankert werden. Lebenswelten sind zum Beispiel Kindergärten, Schulen, Betriebe, Senioreneinrichtungen und benachteiligte Stadtteile. Dass sozial benachteiligte Personen ungünstige Gesundheitschancen aufweisen, ist inzwischen unbestritten. Die Morbidität und Mortalität eines Großteils der chronisch-degenerativen Erkrankungen im Erwachsenenalter weisen einen sozialen Gradienten auf. Eine schlechte Gesundheit wird als Voraussetzung, Bestandteil und Ergebnis von Armut angesehen. Im Mittelpunkt steht hier die relative soziale Benachteiligung und nicht die absolute materielle Verelendung. Soziale Ungleichheit zieht sich als Gefälle durch alle sozio-ökonomischen Schichten und ist nicht nur ein Unterschied zwischen arm und reich. Dieser Blick auf soziale Ausgrenzung trifft sich mit dem von der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung vorgeschlagenen Gesundheitsbegriff. Zitat „Gesundheit wird im Kontext des alltäglichen Lebens hergestellt, (dort) wo Menschen leben, arbeiten, spielen, lieben... . Gesundheitsförderung als Programmansatz will nicht nur individuelle Lebens- und Handlungsfähigkeiten von Menschen, die der Gesunderhaltung dienen, fördern, sondern auch ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren, die Einfluss auf Gesundheit nehmen, verbessern.“  
– Zitatende

Bei dem Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und dem Gesundheitszustand rücken inzwischen Interventionsmöglichkeiten zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit immer mehr in das Blickfeld. In den ersten beiden Jahren unseres Projektes diente eine Bestandserhebung und Analyse gesundheitsbezogener Angebote für sozial Benachteiligte dazu, den Ist-Stand in Thüringen darzustellen. Die Ergebnisse der Untersuchung in Form eines durch die AGETHUR erarbeiteten Projektreaders spiegeln eine sehr vielfältige Angebotslandschaft in Thüringen wider. Ausgewählte gesundheitsfördernde Angebote sind im Reader ebenfalls detailliert vorgestellt. Auf die Bestandserhebung und ihre Ergebnisse wird Frau Schröder in ihrem Beitrag näher eingehen.

Im Rahmen einer im November 2003 eingegangenen Kooperation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung für Gesundheit, der Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung sowie weiterer Träger von Koordinierungsaufgaben auf Landesebene wurden bis Juni 2004 für einen Zeitraum von zwei Jahren als Pilot-Projekt 10 Regionale Knoten zur nachhaltigen Stärkung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bundesweit eingerichtet. Die Ansiedelung eines Regionalen Knotens in Thüringen ermöglicht den Auf- und Ausbau von Netzwerkstrukturen zur nachhaltigen Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Thüringen. Durch den Transfer der Erfahrungen und Ergebnisse auf Bundesebene und den Austausch mit anderen Regionalen Knoten kann dieser Prozess gefördert werden. Mit Hilfe dieser 10 Regionalen Knoten soll der Kommunikations- und Vernetzungsprozess gesundheitsfördernder Angebote für sozial Benachteiligte fortgesetzt werden. Im Aufgabenprofil dieser Knoten ist auch der Aufbau von Arbeitskreisen „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ vorgesehen. Und mit der Gründung eines solchen Thüringenweiten Arbeitskreises im Februar 2004 wurde ein interdisziplinäres Gremium geschaffen, das die geplanten Maßnahmen der AGETHUR begleitet bzw. neue Anregungen gibt. Ein derartiger Arbeitskreis wird von uns als ein Instrument angesehen, mit dessen Hilfe intersektorale Kooperation und Vernetzung als Handlungsstrategie der Gesundheitsförderung erleichtert wird. Und mit der Übernahme des Regionalen Knotens durch die AGETHUR erhält das sich im Aufbau befindliche Thüringenweite Netzwerk zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte gleichzeitig die Chance, sich aktiv an einem bundesweiten Netzwerk zu beteiligen. Wir können somit in einen wechselseitigen Erfahrungsaustausch mit anderen Netzwerken zum Thema treten und Ergebnisse, Erfahrungen und Initiativen aus Thüringen wiederum in einen bundesweiten Diskussionsprozess zum Thema hineinragen.

Mit der heute stattfindenden Fachtagung möchten wir Ihnen Zahlen zur sozialen Lage und zur Gesundheit in Thüringen vorstellen und die Rolle der Gesundheitsförderung zur Verminderung sozial ungleicher Gesundheitschancen deutlich machen. Es werden am heutigen Tag viele existierende Angebote zur Förderung der Gesundheit sozial benachteiligter Menschen die Gelegenheit haben, sich vorzustellen, miteinander auszutauschen und gegenseitig Impulse zu geben. Danken möchte ich für die finanzielle Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung der Tagung der AOK Thüringen – Die Gesundheitskasse, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Gesundheit Berlin e.V.. Dadurch war es möglich, mit einem verträglichen Teilnehmerbeitrag die Finanzierung der Tagung abzusichern. Ein Dankeschön gilt auch dem Jugendförderkreis Erfurt, der für das leibliche Wohl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sorgt. Dem heutigen Tagungsverlauf wünsche ich gutes Gelingen und uns allen Freude, interessante Gespräche, neue Kontakte und Impulse für Ihre wichtige Arbeit.

Vielen Dank!



**Heinz F. Benner**

*Staatssekretär im Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit*

**Grußwort**

Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
es freut mich, dass sich AGETHUR und AOK zusammengetan haben, um ein sehr wichtiges Thema öffentlich zur Sprache zu bringen. Es geht um gesundheitliche Chancengleichheit in Thüringen. Chancengleichheit ist ein hohes Gut. Gerade in Zeiten, in denen viel über soziale Gerechtigkeit diskutiert wird, handelt es sich um ein hochaktuelles Thema. Und das gilt ganz besonders dann, wenn es um die Gesundheit geht. Der Philosoph Arthur Schopenhauer hat einmal geschrieben: „Die Gesundheit überwiegt alle äußeren Güter so sehr, dass wahrscheinlich ein gesunder Bettler glücklicher ist als ein kranker König.“ Ich glaube, Schopenhauer hat recht. Was er vielleicht nicht bedacht hat: Sind die Chancen eines Königs, gesund zu bleiben, nicht generell besser als die eines Bettlers? Es wäre voreilig, einen verkürzten Schluss zu ziehen. Wir alle wissen um die so genannten Zivilisationskrankheiten. Unter ihnen leiden gerade die Wohlhabenden. Andererseits ist es nicht von der Hand zu weisen, dass sozialer Status, Einkommen und Bildungsniveau Einfluss auf die Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge haben.

**Krankheitsbehandlung ist für alle gewährleistet**

Was die Behandlung einmal entstandener Krankheiten angeht, möchte ich einen solchen Zusammenhang zwar bestreiten. Denn unser Gesundheitssystem steht jedem offen, egal welchen sozialen Hintergrund er hat. Und das muss auch so bleiben. Eine Zwei-Klassen-Medizin darf es in Deutschland und in Thüringen nicht geben. Auch die jüngste Gesundheitsreform wird nicht dazu führen. Denn sie sieht wirksame Mechanismen vor, die vor finanzieller Überforderung schützen. Ich nenne nur die Obergrenze für Zuzahlungen bei Arzneimitteln.

**Gesundheitsvorsorge ist sozial bedingt**

Anders sieht es bei der Prävention aus. Ein Zusammenhang zwischen der Gesundheit und der sozialen Lage der Bevölkerung ist vielfach belegt. So nehmen Kinder aus Familien in sozialen Brennpunkten seltener an Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen teil. Auch nehmen sie weniger Präventionsangebote wahr. Sie tragen ein höheres Risiko, Depressionen, Aggressionen, Süchte und körperliche Beschwerden zu entwickeln. Weitere Anzeichen sind eine schlechtere Durchimpfungsrate, schlechtere Zahngesundheit, häufiger auftretendes Übergewicht, weniger sportliche Betätigung. Und: sie rauchen mehr und haben ein höheres Unfallrisiko. Die soziale Benachteiligung wirkt sich also nachhaltig auf die physische und psychische Gesundheit und Entwicklung dieser Kinder und Jugendlichen aus. Viele Eltern und Erziehungsberechtigte sind nicht mehr in der Lage, für sich und für ihre Kinder gesundheitsfördernde Ziele in ausreichendem Maße zu verfolgen. Deshalb müssen sich gesundheitsfördernde Maßnahmen

verstärkt auf diese Zielgruppen ausrichten. Sie stehen im Mittelpunkt der heutigen Veranstaltung.

### **Prävention als Schwerpunkt der Tagung**

Ich freue mich, dass mit der heutigen Fachtagung eine gute Gelegenheit gegeben ist, über Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung und Prävention ins Gespräch zu kommen. Wir müssen darüber reden, wie die Gesundheit insbesondere derjenigen Menschen gestärkt werden kann, die sich in schwierigen sozialen Situationen befinden. Mein Dank gilt in diesem Zusammenhang der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung für die Initiative und die Vorbereitung der heutigen Tagung. Ich danke auch ganz herzlich der AOK Thüringen und allen anderen Beteiligten. Sie decken bei dieser Veranstaltung ein breites Spektrum von Themen ab.

Ich nenne nur

- gesundheitsbezogene Angebote für sozial Benachteiligte in Thüringen und
- die Schaffung von ressortübergreifenden Synergieeffekten zur Gesundheitsförderung in unserem Freistaat.

Die verschiedenen Projekte, Maßnahmen und Forschungsansätze, die im Rahmen dieser Konferenz vorgestellt werden, machen deutlich dass wir in Thüringen auf dem richtigen Weg sind. Aber dieser Weg muss konsequent weitergegangen werden. Die Probleme sozialer Benachteiligung machen eine Umorientierung im Gesundheitswesen und anderen gesellschaftlichen Bereichen notwendig. Hier sind vor allem ganzheitliche Ansätze in der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch in der Medizin gefragt. Die Rolle von Prävention und Gesundheitsförderung muss aufgewertet werden. Denn die kurative Medizin wird es in Zukunft nicht alleine schaffen, die zunehmende Krankheitslast der Bevölkerung zu bewältigen. Besonders bei der Verhütung chronischer Erkrankungen stellen Gesundheitsförderung und Prävention eine Zukunftsinvestition in die Gesundheit der Bevölkerung dar. Derzeit machen Investitionen in die Prävention nicht einmal 5% der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Experten sind sich aber einig, dass durch verstärkte Ausgaben in mittel- und langfristige Präventionsprogramme die heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland um 25 bis 30% gesenkt werden könnten. Vor diesem Hintergrund begrüße ich prinzipiell die Anstrengungen, auf Bundesebene ein Präventionsgesetz zu schaffen. Nunmehr wird in der gemeinsamen Arbeitsgruppe des Bundes und der Länder eine Gesetzgebung erarbeitet, in der die Vorstellungen der Länder zur Gestaltung des Präventionsgesetzes in ihrem Sinne einfließen, insbesondere was die Entscheidungskompetenz der Länder angeht.

Meine Damen und Herren,

in Thüringen existieren bereits zahlreiche gute Ansätze und Projekte für sozial benachteiligte Menschen. Diese Angebote sind vor allem darauf ausgerichtet, die psychosozialen Ressourcen der betroffenen Menschen zu stärken. Defizite bestehen vor allem im Hinblick auf die Vernetzung, Koordinierung und Qualitätssicherung dieser An-

gebote. Mit Ihrer heutigen Fachtagung wollen Sie dazu beitragen, vor allem die Vernetzung und den Austausch der Anbieter zu fördern. Wenn dies gelingt, dann können Thüringenweit koordinierte gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt und weiter ausgebaut werden. Ich wünsche Ihnen dabei gutes Gelingen und Ihrer Tagung einen guten Verlauf!

(Es gilt das gesprochene Wort!)

**Wolfgang Lärer**

*Abteilungsleiter Rehabilitation in der AOK-Thüringen*

**Grußwort**

Sehr geehrter Herr Staatssekretär Benner,  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Sie im Auftrage des Vorstandes der AOK Thüringen zu der Fachtagung „Gesundheitliche Chancengleichheit in Thüringen“, begrüßen zu dürfen. Die AOK Thüringen und die Agethur arbeiten, ja man kann schon fast sagen „traditionell“, gut zusammen. Diese Zusammenarbeit wirkt sich zum Wohle der Menschen in Thüringen aus. So arbeiten Agethur und AOK bereits über Jahre hinweg gemeinsam an mehreren Projekten wie z.B. „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“, welches die heutige Tagung mit beinhaltet und weiter an dem Projekt „Kids for Kids“ und dem Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“. Allen Projekten ist gemeinsam, dass sie sich dem sogenannten Settingansatz zuordnen lassen, also auch sozial Benachteiligte damit erreicht werden. Dies ist ein besonderes Anliegen der AOK Thüringen. Sozial Benachteiligte haben in der Regel einen schlechten Gesundheitszustand. Sie nehmen die präventiven Angebote nicht ausreichend wahr. Ursachen hierfür werden in einem geringeren Problembewusstsein gesehen. Deshalb ist es besonders wichtig, diese Personengruppen zu erreichen. Die Agethur hat hierzu mit dem Projekt „Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen im Setting“ etwas besonderes initiiert. In verschiedenen Phasen wurde eine Bestandserhebung und Analyse gesundheitsbezogener Projekte vorgenommen, Multiplikatoren von gesundheitsbezogenen Angeboten in das Projekt mit eingebunden. Netzwerkstrukturen wurden in Thüringen weiterentwickelt, die Daten und Informationslage in Thüringen deutlich verbessert.

Mit der heutigen Fachtagung, deren Ziel es ist, dass Thema in der Fachöffentlichkeit gemeinsam zu diskutieren, wird ein vorläufiger Höhepunkt des Projektes gesetzt. Die AOK ist besonders stolz darauf, dieses Projekt zu fördern. Zum Abschluss lassen Sie mich noch sagen, dass wir uns freuen, dass auch in der heutigen Zeit, der Zeit der knappen Mittel, der Gesetzgeber weiter zur Prävention steht und Fördermöglichkeiten vorsieht. Das entspricht dem hohen Stellenwert der Prävention. Die AOK Thüringen wird auch in Zukunft mit der Agethur die gute Zusammenarbeit fortsetzen. In diesem Sinne wünsche ich der Veranstaltung viele neue Erkenntnisse, offene Dialoge, gute neue Ideen und damit viel Erfolg.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

**Prof. Dr. Eva Luber**

*Hochschule Magdeburg-Stendal*

## **Gesundheitsförderung durch Vernetzung Gesundheitsförderung im Setting**

### **1. Kinderarmut in Deutschland und die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Lage.**

Dass es auch in reichen Industrieländern Arme gibt, wurde in Deutschland noch länger verleugnet als in anderen Ländern. Dies hing, paradoxerweise, mit der Sozialhilfe zusammen. Dieses Unterstützungssystem wurde für kurze Notzeiten entwickelt, ein Aufwachsen in Sozialhilfe, wie es heute für über eine Million Kinder und Jugendliche den Alltag bestimmt, war nicht vorherzusehen. Der übliche Begriff der "bekämpften Armut" kann diese Situation und die dauerhafte Einschränkung von Entwicklungsmöglichkeiten nicht beschreiben. Erst seit Mitte der Neunziger Jahre erkennen wir an, dass es auch bei uns Kinderarmut gibt.

Deren Zusammenhänge mit gesundheitlicher Lage werden routinemäßig nicht erfasst. In Deutschland gibt es nur einige Bundesländer, die diese Aufgabe leisten. Die drei großen Datenquellen der Kindergesundheitsberichterstattung sind: Säuglingssterblichkeit, die Einschulungsuntersuchungen und, bei den Größeren, die Befragungen von Schulkindern und Jugendlichen. Die Brandenburger haben begonnen mit der Einschulungsuntersuchung auch deutsche Routinedaten mit sozialen Merkmalen zu versehen. Dazu werden Fragen nach der Schulbildung der Eltern und ihrer Erwerbstätigkeit als freiwillige Angabe anonym mit den Befunden der Einschulungsuntersuchung verknüpft. Und, wie nicht anders zu erwarten, belegen sie die gleichen Zusammenhänge, die auch in anderen Ländern beschrieben wurden.

**Nicht nur bei "Krankheiten neuen Typs," sondern auch bei altbekannten körperlichen Erkrankungen wie "Fehler und Erkrankungen des Herzens" gibt es ein Gefälle. Meist schützt ein hoher Sozialstatus vor Krankheit. Anders herum ist es bei Allergien.**

### **2. Gesundheitsförderung und Prävention müssen sich ergänzen**

Gesundheitsförderung ist eine neue Disziplin. Sie geht davon aus, dass wir Rahmenbedingungen beeinflussen können, die Wohlbefinden und Gesundheit schaffen können. Gerade bei Kindern ist dies deutlich. Prävention ist dagegen auf Krankheiten, meist nur auf eine bestimmte Krankheit ausgerichtet. Den neuen Krankheiten wird man damit nicht gerecht. Dies ist keine Absage an sinnvolle Prävention, etwa gegen das Impfen.

Im Gegenteil: Gerade bei sozial Benachteiligten wissen wir, dass Defizite an Gesundheitsförderung und Prävention bestehen.

### **3. Strategien der Gesundheitsförderung: Vernetzung**

Gerade in Deutschland ist die Sektorsierung der Hilfesysteme sehr ausgeprägt. Man arbeitet zu selten zusammen, manchmal gegeneinander. Die wichtigste Strategie heißt deshalb: Zusammenarbeiten und Vernetzen! Dies war schon im Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz in Schwerin 2001 ein wichtiges Ergebnis, um gerade die Situation sozial benachteiligter Kinder zu verbessern. Es wurde angeraten, auf kommunaler Ebene die Behörden der Bereiche Jugend und Soziales und Gesundheit zu vernetzen, wobei als federführende Behörde das Jugendamt besonders geeignet erscheint.

### **4. Strategien der Gesundheitsförderung: Settingansatz**

Eine weitere Strategie ist die Arbeit in Settings. Hier werden Menschen dazu ermuntert Rahmenbedingungen, unter denen sie leben und arbeiten zu verändern. Dies geht nur gemeinsam, deshalb ist die Arbeitsweise partizipatorisch. Die AG 7 von gesundheitsziele.de hat als Schwerpunkte für die Arbeit mit Kindern "Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung" empfohlen, die AG 1 des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung setzt diese Empfehlungen um.

### **5. Evaluation der Netzwerke und Settings**

Zur Evaluation der Netzwerke und Settings gibt es Empfehlungen der beiden nationalen Arbeitskreise. Wichtig ist die partizipatorische Arbeit, unter dem Begriff pluralistische Evaluation empfehlen wir alle Partner an der Evaluation zu beteiligen und auch die jeweiligen Sichtweisen, Erwartungen und Bewertungen einzubeziehen. Diese Prozesse sind kommunikativ und müssen professionell begleitet werden.

**Uta Schröder**

*Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR –*

**Kooperation, Koordination und Vernetzung als nachhaltige Strategien zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.**

**Ergebnisse einer Bestandserhebung und Analyse von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für sozial Benachteiligte aus Thüringen**

„Selbst in einer hoch entwickelten Gesellschaft wie der Bundesrepublik Deutschland mit ihren Schutzbestimmungen gegen gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren in der Umwelt und in der Arbeitswelt, mit ihrem breiten Zugang zu Bildungsmöglichkeiten und den sozialen Ausgleichen zwischen Viel- und Wenigverdienern ist ein wechselseitiger Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit bzw. Krankheit zu beobachten“ - Zitatende. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Verteilung von Krankheiten, Beschwerden und Behinderungen sowie gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung sind schichtabhängig. Das Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ ist in den vergangenen Jahren vermehrt in sowohl das wissenschaftliche als auch das gesundheitspolitische Interesse gelangt. Ein Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und dem Gesundheitszustand wird kaum noch bestritten. Vielmehr rücken Interventionsmöglichkeiten zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit immer mehr in das Blickfeld. In diesem Zusammenhang initiierte die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR – das sich auf das Bundesland Thüringen erstreckende Projekt „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitsschancen im Setting“. Die AOK – Die Gesundheitskasse in Thüringen fördert dieses Projekt im Rahmen des §20 Abs. 1 und 2, SGB V. Die Förderung erstreckte sich zunächst auf zwei Jahre und wird darüber hinaus auf das Jahr 2004 ausgeweitet. Das Projekt richtet sich primär an Multiplikatoren des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesens sowie Akteure aus den Bereichen Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit, die mit ihrer Arbeit ausschließlich oder primär sozial benachteiligte Personengruppen unterstützen und fördern. Im Rahmen des Projektes sollen u.a. die Transparenz von Projekten, Maßnahmen und Initiativen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in Thüringen erhöht und ein Informations- und Erfahrungsaustausches der in diesen Bereichen tätigen Akteure sowie deren multidisziplinäre Zusammenarbeit gefördert werden. Um Netzwerkstrukturen sowie integrierte Handlungskonzepte zur nachhaltigen Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten anregen und ausbauen zu können, sollte eine Bestandserhebung und Analyse gesundheitsbezogener Angebote das notwendige Datenmaterial für Thüringen liefern.

## **Transparenz einer vielschichtigen Angebotslandschaft als Grundlage des Vernetzungsprozesses**

Ausgangspunkt der Bestandserhebung war die Annahme, dass die Angebotslandschaft soziallagenorientierter und gesundheitsbezogener Angebote, die an konkreten Lebens- und Problemlagen von sozial benachteiligten Personengruppen ansetzen, sehr breit gefächert ist, diese jedoch nur unzureichend sektorenübergreifend vernetzt sind. Einen Mangel an einem umfassenden Überblick über bereits existierende Interventionen der Gesundheitsförderungs- und Präventionslandschaft wird in der Literatur als ein wesentliches Entwicklungshemmnis angesehen, präventive und kurative Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen. Zum Zeitpunkt der Projektkonzeption lagen Analysen des Baden-Württembergischen Gesundheitsministeriums (1996), der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Niedersachsen (2000) und des Instituts für Medizinsoziologie der Universität Düsseldorf im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen eines EU-Projektes (2001) vor.

Die Bestandserhebung sollte aufzeigen, inwieweit die in Thüringen existierenden gesundheitsbezogenen Angebote für sozial Benachteiligte bedarfsgerecht ausgestaltet und verteilt sind. Ziel war es weiterhin, Anforderungen an ein Thüringenweites Netzwerk zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten aus Sicht der Akteure zusammen zu tragen.

Die Erhebung setzte sich aus einem quantitativen und aus einem qualitativen Baustein zusammen. Die beiden Bausteine wurden nach dem Vertiefungsmodell miteinander kombiniert, d.h. die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung wurden in Einzelfallanalysen vertieft. Die Vielfalt der Angebotslandschaft konnte somit exemplarisch dargestellt werden.

Als Erhebungsinstrument im quantitativen Baustein diente ein halbstandardisierter Fragebogen. Im Rahmen des qualitativen Bausteins der Erhebung sollten Beispiele guter Praxis einer soziallagenorientierten Gesundheitsförderung identifiziert werden. Die Erhebung im qualitativen Teil erfolgte im Rahmen eines leitfadengestützten, halbstandardisierten Interviews. Die Auswahl der Angebote für die qualitative Erhebung erfolgte in einem multidisziplinären Team anhand im Vorfeld definierter Filterkriterien. Die ausgewählten Angebote wurden hinsichtlich unterschiedlicher Dimensionen ihres Angebotes analysiert, um sie im Rahmen guter Praxisbeispiele vorstellen zu können. Schwerpunkt der Analyse waren neben inhaltlichen, methodischen und strukturellen Aspekten des Angebotes Rahmenbedingungen und Anforderungen einer gelingenden sektorenübergreifenden Kooperation und Vernetzung.

### **Vielschichtige Angebotslandschaft durch engagierte Akteure**

Im quantitativen Erhebungsbaustein wurden in drei Untersuchungsabschnitten 516 Einrichtungen schriftlich befragt. Die Rückmeldequote betrug 37%. Es konnten 123



gesundheitsbezogene sozillagenorientierte Angebote identifiziert werden. Diese Angebote werden von 12 Einrichtungen vorgehalten.

Die Bestandserhebung zeigte, dass sozial bedingte ungleiche Gesundheitschancen von den Professionellen vor Ort verstärkt wahrgenommen werden. Die bereits existierende breit gefächerte Angebotspalette ist Zeugnis dafür, dass die sich zuspitzende Problemlage nicht nur wahrgenommen wird, sondern dass die Akteure vor Ort versuchen, ihrem Voranschreiten entgegen zu wirken. Die positive Resonanz auf die Bestandserhebung und die geplante Initiierung bzw. Weiterentwicklung von Netzwerkstrukturen zum Thema spiegelt ein großes Interesse der Angebotsträger, aber auch ihren Leidensdruck wider. Hier liegen Potenziale, an denen angeknüpft werden kann. Der Bereich ist in Bewegung, jedoch nicht nur im positiven Sinne. Von 22 für die qualitative Analyse ausgewählten Angeboten, konnten sechs Angebote sieben Monate nach der Rückmeldung nicht mehr in die Analyse einbezogen werden.

Ein Großteil der gemeldeten Angebote wurde in den Ballungsgebieten Thüringens mit einer guten Infrastruktur, geringer Arbeitslosigkeit, hoher Kaufkraft und einem hohen Bildungsstand lokalisiert. In Regionen, in denen verstärkt soziale Problemlagen vorherrschen, zeigt sich ein deutlicher Bedarf an sozillagenorientierten präventiven Angeboten. Fast alle Angebotsträger formulierten keine expliziten und evaluierbaren Ziele, wodurch die Qualitätssicherung der Angebote erschwert wird. Heranwachsende, vor allem Kinder im schulpflichtigen Alter und junge Erwachsene werden in einer großen Anzahl der Angebote erreicht. Kinder von der Geburt bis zum Vorschulalter und Senioren sind am seltensten Adressaten der Angebote. 91% der Angebote arbeiten nicht geschlechtsspezifisch. Die wenigen geschlechtsspezifischen Angebote haben mit einer Ausnahme Mädchen und Frauen als Zielgruppe. Ein Großteil der Akteure sieht ihre Rolle vorrangig darin, die Lebens- und Handlungskompetenzen der Betroffenen zu erhöhen. Sie wollen zur konstruktiven Lösung von Alltagsproblemen und schwierigen Existenzfragen beitragen, die Betroffenen partnerschaftlich begleiten, sie vor einem Rückzug aus dem sozialen Leben bewahren und anwaltschaftlich für ihre Belange eintreten. Verhältnispräventive Maßnahmen bzw. strukturelle Veränderungen werden nur in wenigen Angeboten durchgeführt bzw. angestrebt. Der Settingansatz als Interventionsmethode, die verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze miteinander verbindet, findet nur selten Anwendung. Vernetzung und Kooperation spielen zumindest im eigenen Arbeitsbereich bei fast allen Anbietern eine große Rolle. 48% der Einrichtungen und Institutionen dokumentieren bzw. veröffentlichen ihre Arbeit. Qualitätssicherung und Evaluation haben bisher kaum Einzug in die Einrichtungen als Instrument der Organisationsentwicklung gehalten. Auch im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass Qualitätssicherung vor allem im Zusammenhang mit Dokumentation gesehen und betrieben wird. Vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen vor allem im öffentlichen Sektor stellen Qualitätssicherung und ein Qualitätsmanagementsystem immer wichtiger werdende Voraussetzungen für das dauerhafte Bestehen einer Einrichtung dar. Mehr als 80% der Angebote werden aus

öffentlichen Mitteln gespeist, wobei das Land Thüringen und die Kommunen als Hauptfinanziers auftreten. Als weitere Finanzierungsquellen, jedoch nur in geringem Umfang, wurden Teilnehmerbeiträge, Sponsoren, Vereinsbeiträge und Mittel der Krankenkassen genannt. Die Finanzierung soziallagenorientierter gesundheitsbezogener Maßnahmen über den § 20 Abs. 1 und 2 SGB V erfolgt in nur acht Angeboten.

### **Akteure formulieren einen Bedarf an mehr Netzwerkarbeit und Kooperation**

Von den 23 für den qualitativen Erhebungsbaustein ausgewählten Angeboten wurden 15 als „Angebote guter Praxis“ eingestuft. Die Definition und Auswahl eines derartigen Angebotes erfolgte vor dem Hintergrund, dass die vielfältigen Möglichkeiten gesundheitsfördernder Interventionen aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Soziale Arbeit und Stadtentwicklung abgebildet werden sollten, um das sektorenübergreifende Verständnis von Gesundheitsförderung hervorzuheben. Mit der Darstellung der analysierten Angebote sollte zugleich die Rolle der Gesundheitsförderung auf dem Weg zu mehr Gesundheitsgerechtigkeit hervorgehoben und ein wechselseitiges Verständnis der Akteure für die jeweils anderen Arbeitsgebiete ermöglicht werden, um neue, gemeinsame Interventionen mit integriertem Handlungsansatz zu entwickeln.

Die Interviewergebnisse verdeutlichen exemplarisch, dass die Angebotsträger sehr daran interessiert sind, qualifizierte Fachkräfte, die wiederum regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen und anderen qualitätsfördernden Maßnahmen (z.B. Supervision) teilnehmen, zu beschäftigen. Kontinuität und eine qualitativ hochwertige Arbeit wären gewährleistet, wenn nicht enger werdende finanzielle Spielräume und Kürzungen dies gefährden würden. Beschäftigte in ABM- und SAM-Maßnahmen sowie Ehrenamtliche tragen wesentlich zur Sicherstellung der Angebote bei. Vernetzung wird vor diesem Hintergrund als eine Möglichkeit gesehen, personelle Ressourcen wechselseitig zu nutzen bzw. das durch die Kurzfristigkeit der Maßnahmen gefährdete Fachwissen aufzufangen und zu konservieren. Eine kritische finanzielle Situation wird durch zunehmendes Konkurrenzdenken als ein wesentliches Hemmnis für Kooperation und Vernetzung betrachtet. Die Experten äußerten unterschiedliche Vorstellungen von Kooperation und Vernetzung. Ein Thüringenweites sektorenübergreifendes Netzwerk „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ wurde von allen Interviewpartnern als ein richtiger Schritt zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit bewertet.

### **Basis für integrierte Handlungskonzepte zur nachhaltigen Gesundheitsförderung geschaffen**

Ausgehend von den Ergebnissen der Bestandserhebung wurden Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung des Projektes formuliert. Eine effektive Nutzung der Datenbank durch die Akteure kann nur durch deren kontinuierliche Pflege und Aktualisierung gewährleistet werden, um der Dynamik dieses Arbeitsfeldes gerecht zu werden. Für eine bedarfsgerechte Entwicklung soziallagenorientierter Interventionen zur Gesundheitsförderung bedarf es neben der Beschreibung existierender Interventionen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit einer detaillierten Charakterisierung der

Problemlage. Kleinräumige bzw. zielgruppenspezifische Gesundheitsberichte gekoppelt mit sozialen Indikatoren könnten den Ausgangspunkt bilden. Die Interviewergebnisse zeigten einen Mangel an praxisrelevanten Informationen zum Thema bei den Professionellen auf. Ziel muss es sein, die Fülle an Datenmaterial und Ergebnissen aufzuarbeiten und auf praxisrelevante Informationen herunter zu brechen, um sie so den Akteuren zugänglich zu machen. Hierbei sollten vor allem auch die Informationskanäle und Verteiler der Anbieter genutzt werden. Die bevölkerungsmedizinische Ausrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und seine interdisziplinäre Fachkompetenz lassen ihm eine besondere Rolle in der regionalen Koordination von Interventionen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit zu kommen. Der Bekanntheitsgrad des ÖGD bei den Akteuren vor Ort ist sehr hoch, er agiert vielfach bereits als Kooperationspartner. Nimmt er zukünftig verstärkt Querschnittsaufgaben der Planung und Koordinierung wahr, kann dem Wunsch der Akteure nach einem regionalen Austausch, z. B. in Form von regionalen Gesundheitskonferenzen entsprochen werden. Die Bestandserhebung wies auf einen derzeitigen Mangel an settingorientierten Angeboten in Thüringen hin. Die Settings Stadt/Gemeinde/Quartier und Kindertagesstätte/Schule eignen sich, um sozial Benachteiligte in ihrem jeweiligen Lebensumfeld zu erreichen. Zur Weiterentwicklung des Projektes wurden Handlungsstrategien entwickelt, die zum Teil die oben formulierten Handlungsempfehlungen aufgreifen. Zentrales Element zur Förderung der Vernetzung und des Transfers vorhandener Strukturen und Angebote ist ein im Februar 2004 gegründeter Thüringenweiter Arbeitskreis „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“. Neben der Umsetzung der für die Weiterentwicklung des Projektes formulierten Handlungsstrategien übernahm die AGETHUR einen von sechs Regionalen Knoten, ein Pilot-Projekt im Rahmen der bundesweiten Kooperation der (BZgA) mit der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung sowie weiteren auf Landesebene tätigen koordinierenden Einrichtungen.

# 1. Block: Schnittstelle Gesundheitsförderung, Jugendhilfe, Quartiersmanagement



## Workshop A:

### Gesundheitsförderung als Stadt(teil)strategie

Moderation: Dr. Christel Cöllen, Verbraucherzentrale Thüringen e. V.

ReferentInnen: Angelika Stiemer, Jugendamt Rostock  
Dr. Holger Koch, Kontakt in Krisen e. V. Erfurt

#### Angelika Stiemer

*Jugendamt Rostock*

#### **„Pilotprojekt Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil – ein Beispiel für stadtteilorientierte Gesundheitsförderung“.**

Die Hansestadt Rostock ist Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Gemeinsam mit 59 weiteren Städten und Landkreisen in Deutschland hat sie sich u. a. verpflichtet, bestehende soziale und gesundheitliche Chancenungleichheiten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zu verringern. So ist es auch in den Leitlinien zur Stadtentwicklung der Hansestadt Rostock festgeschrieben. Die Arbeitsgruppe „Kommunale Gesundheitsförderung“ wurde im Jahre 1992 durch die Bürgerschaft der Hansestadt Rostock zur lokalen Umsetzung des Gesunde Städte-Projektes der Weltgesundheitsorganisation berufen. Sie bekennt sich dabei entsprechend der UN-Kinderkonvention zu gemeinsamen Aktivitäten zur Verringerung sozialer und gesundheitlicher Chancenungleichheiten bei Kindern.

Eine gezielte Einflussnahme soll im Ortsteil Evershagen vorgenommen werden. Die Ergebnisse einer Kindergesundheitskonferenz vor Ort anlässlich der 7. Rostocker Gesundheits- und Umwelttage 2001 erforderten einen konkreten Handlungsbedarf. In Evershagen leben Kinder vermehrt in sozialer Ungleichheit und haben wenig Chancen, aus eigener Kraft ihre Lebenssituation positiv zu beeinflussen. Mit dem Bürgerschaftsbeschluss vom 10.04.2002, erhielten das „Gesunde Städte-Projekt“ und damit die AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ den Auftrag, ein Pilotprojekt „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ zu entwickeln und der Bürgerschaft in einer Informationsvorlage vorzustellen. Bei der Erarbeitung des Projektes wurden Kinder aus Evershagen, der Ortsbeirat und auch die innerhalb des „Stadtteiltisches“ tätigen öffentlichen und freien Träger sowie alle Schulen und Kindertagesstätten einbezogen. Sie hatten die Gelegenheit, durch eigene Zuarbeiten das Konzept mitzugestalten. Darüber hinaus erfuhr die Erarbeitung des Pilotprojektes eine fachliche Begleitung und Unterstützung durch zahlreiche Ämter und Büros der Stadtverwaltung (Büro Lokale Agenda 21, Amt für Stadtgrün, Schulverwaltungsamt, Bauamt, Ortsamt Evershagen, Amt für Stadtplanung, Ju-

gendamt, Sozialamt, Gesundheitsamt, Gleichstellungs-, Ausländer- und Behindertenbeauftragtenbüros u. a.).

Es wird der Versuch unternommen, ausgehend von einer Situationsbeschreibung zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Kindern, den Handlungsbedarf für die Entwicklung eines kinderfreundlichen Ortsteils zu ermitteln und Vorstellungen für eine nachhaltige Umsetzungsstrategie zu entwickeln. Dabei wurde in Kooperation mit allen an der Realisierung des Projektes Beteiligten eine Prioritätenliste erarbeitet, die nicht nur entsprechende Maßnahmen und Zuständigkeiten vorsieht, sondern auch die Beteiligung von Kindern detailliert festschreibt. Das hohe Engagement des Stadteiltisches Evershagen unter Federführung des Jugendamtes wird dabei als Chance angesehen, eine Gemeinsamkeit für die Entwicklung eines kinder- und familienfreundlichen Ortsteils zu erzeugen und die Kraft für eine langfristige, gemeinwesenorientierte Zusammenarbeit aufzubringen.

Kinder als die kompetentesten Experten für ihre Stadtteile, wenn es um Kinderinteressen geht, werden in den gesamten Umsetzungsprozess des Projekts einbezogen. Grundlage dafür ist das im Gesunde Städte-Projekt entwickelte Prüfverfahren kinderfreundliche Stadt, dessen Anwendung auf der Basis einer Geschäftsanweisung des Oberbürgermeisters der Hansestadt Rostock seit 1999 für alle Beschäftigten der Stadtverwaltung bindend ist. Das Pilotprojekt "Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil" soll beispielgebend für andere Ortsteile in der Hansestadt Rostock aufzeigen, welche Möglichkeiten und Chancen ohne zusätzliche finanzielle Mittel genutzt werden können, um eine ortsnahe, kinder- und damit familienfreundliche Politik zu entwickeln. Dabei dient eine Situationsbeschreibung auf der Basis von Zuarbeiten der o. g. Fachämter, des Ortsbeirates sowie des „Stadteiltisches“ und der Kinder vor Ort als Grundlage für die Benennung von Defiziten. Daraus wird der notwendige Handlungsbedarf abgeleitet und eine Umsetzungsstrategie entwickelt.

Das Projekt verfolgt u. a. den Ansatz, die Interessen von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien bei der Entwicklung eines Ortsteils auch bei Planungen und Entscheidungen auf kommunaler Ebene angemessen zu berücksichtigen. Darüber hinaus dient es der Förderung des Gemeinwesens in Evershagen. Mit dem Projekt werden die zuständigen Akteure in Politik und Verwaltung, die Träger vor Ort und auch die Einwohner sensibilisiert, durch ihr bewusstes Handeln die Lobby für Kinder und deren Familien weiter zu stärken, Prioritäten in der Politik zugunsten der Interessen von Kindern zu setzen, Flächen- und Nutzungskonkurrenzen im Wirkungsbereich auszuschalten, Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit zu bieten, als Betroffene und Experten an der Planung und Gestaltung eines kindgerechten Umfelds mitzuwirken, und bestehende infrastrukturelle Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche sowie deren Familien unter aktiver Beteiligung der Betroffenen zu festigen.

Trotz zahlreicher sozialer und städtebaulicher Defizite werden auch Stärken im Ortsteil registriert, die als Potential für die Umsetzung des Pilotprojektes genutzt werden können. Zu nennen sind der vernetzte „Stadtteiltisch“ als demokratisches Gremium mit einem gemeinwesenorientierten Ansatz der Kooperation, engagierte Lehrer sowie Erzieher in den Kindertagesstätten und nicht zuletzt das Interesse der Kinder an ihrem Ortsteil. Mit der Umsetzung eines politisch unterstützten Konzeptes als Grundlage für mehr Kinderfreundlichkeit in Evershagen versprechen sich die Akteure vor Ort eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität für die Kinder und ihre Familien.

### **Dr. Holger Koch**

*Kontakt in Krisen e.V.*

### **Die medizinisch-soziale Kontaktstelle „Pflaster“ des Vereins KiK e.V.: Grenzen und Handlungsmöglichkeiten psychosozialer Hilfen für nicht „wartezimmertaugliche“ Klienten**

Es ist eine mittlerweile hinlänglich erwiesene Tatsache, dass Menschen in psychosozialen Notsituationen vom bestehenden Gesundheitsversorgungssystem nicht oder nur unzureichend erreicht werden. Zum überwiegenden Teil handelt es sich um chronisch mehrfach geschädigte Menschen, die vor allem aufgrund ihrer Lebensumstände und resignativen Selbstwahrnehmung nicht „wartezimmertauglich“ sind. Hinzu kommt die als „Gesundheitsparadox“ umschriebene Tendenz, trotz aller offenkundigen Krankheitssymptome den eignen Gesundheitszustand subjektiv als zufrieden stellend einzuschätzen. Doch auch Barrieren im Hilfesystem selbst, insbesondere die hochgradige Spezialisierung und deren „Geheime Moral“ (H. Thiersch) sowie die damit verbundene Zuständigkeitsmisere sind Ursachen dafür, dass Menschen mit fortgeschrittenen, den Lebensalltag hochgradig beeinträchtigenden Erkrankungen nicht zum Arzt gehen. Ganz offenkundig bedarf es deshalb ergänzender niedrighschwelliger Angebote.

Seit Ende 2000 existiert in Erfurt ein solches Angebot, die medizinisch-soziale Kontaktstelle „Pflaster“ des Vereins KiK e.V.. Ziel ist es, behandlungsbedürftige Menschen in Not ärztlich und sozialarbeiterisch zu versorgen und langfristig gesehen wieder in die Regelversorgung zurückzuführen. „Pflaster“ macht ernst mit den Prinzipien von Krisenintervention, Lebensweltorientierung, Ganzheitlichkeit und Hilfen aus einer Hand. Für die Anfangsphase und im Kontext einer Anschubfinanzierung durch Mittel des Europäischen Sozialfonds bedeutete dies konkret: Es wurden feste Sprechstunden mit 4-5 Stunden wöchentlich durch unterschiedliche Fachärzte angeboten, die eine medizinische Grundversorgung ermöglichen. Komplementär dazu suchen Mitarbeiter des „Pflaster“ Klienten dort auf, wo sie sich aufhalten und leisten Informations- bzw. Vermittlungsarbeit und organisieren Hilfen zur praktischen Alltagsbewältigung.

Mittlerweile sind ca. 160 Klienten aktenkundig erfasst. Dabei hat sich gezeigt, dass diese Klienten, entgegen den zum Teil grasierenden Reden über „Unmotivierbarkeit“, sehr wohl erreichbar und behandlungsbereit sind. Freilich sind hierfür Voraussetzungen erforderlich, die in erster Linie von den Helfern bzw. vom Hilfesystem selbst zu erbringen sind. Hierzu gehören u.a.:

- die Übernahme von Kontaktverantwortung durch konsequent aufsuchende Arbeit, die präventiv lebenserhaltend wirkt und die Ansprechbarkeit für Hilfen wieder herstellt bzw. vergrößert;
- ein Hilfeverständnis, das sich am Kriterium „lebenssituationsgerecht“ orientiert und ein flexibles bzw. abgestuftes Betreuungs- und Behandlungsangebot unterbreitet, auf das sich der Klient einlässt bzw. einlassen kann und will.
- Ein hohes Maß an diagnostischer Kompetenz, die sich statt eines „klinisch-expertokratischen“ vor allem von einem lebensweltorientierten Blick leiten lässt und gerade dadurch Gelegenheit für Hilfen erkennt, Interessen vermittelt und hinweisen des Klienten als „Experten in eigener Sache“ Rechnung trägt;
- Eine intakte Kooperations- und Vernetzungsstruktur (Suchtkranken- und psychiatrische Hilfen, Mediziner, Sozialarbeiter, Sozial- und Wohnungsamt usw.), die jenseits aller Konkurrenz bzw. Grenzüberschreitung auf Nachhaltigkeit der Hilfen angezielt wird.

Effektivität und Effizienz der auf diesen Voraussetzungen basierenden Betreuungs- und Behandlungsstrategien wurden mehrfach dokumentiert. Trotzdem befindet sich „Pflaster“ in einer höchst prekären Situation. Es drohen nicht nur der Verlust bisheriger Kompetenzen bzw. professioneller Standards, sondern die Existenz der medizinisch-sozialen Kontaktstelle als Ganzes ist gefährdet. Vor allem die so unabdingbare konsequent aufsuchende Sozialarbeit ist weitestgehend zum Erliegen gekommen. Mittlerweile kann die regelmäßige medizinische Versorgung und sozialarbeiterische Unterstützung kaum noch gewährleistet werden. Schon jetzt zeichnet sich eine gravierende Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie der gesamten Lebenssituation der Klienten ab. Sollte diese Entwicklung nicht gestoppt werden, tritt anstelle der medizinisch-sozialen Grundversorgung die weit kostenintensivere Notversorgung am Straßenrand bzw. im Krankenhaus. Zwar hat der Verein KiK e.V. immer wieder mit z.T. großem Aufwand versucht, die notwendigen personellen und finanziellen Rahmenbedingungen zu sichern. Doch inzwischen ist die Grenze der Belastbarkeit schon weit überschritten. Es fehlt an einem tragfähigen Finanzierungskonzept, das die zweifelsfrei vorhandene ideale Unterstützung wirkungsvoll ergänzt. So zeichnet sich eine höchst fatale Situation ab: Die überaus prekäre Lebenssituation der Klienten trifft auf eine nicht minder prekäre Situation des Hilfeangebotes. Einmal mehr zeigt sich, dass gerade jene, die aufgrund ihrer psychosozialen Lage und Biographie auf ein hohes Maß an Verlässlichkeit und stabile Alltagsstrukturen angewiesen sind, am wenigsten damit rechnen können.

Es bleibt zu hoffen, dass von der heutigen Tagung ein Impuls ausgeht, der dieser skandalträchtigen Tendenz entgegensteuert. Ein Impuls, der sich u.a. aus der Erkenntnis



speist, dass sich eine Gesellschaft, die ihren Anspruch an Menschlichkeit nicht leichtfertig verlieren will, von der Unterstützung für die schwächsten ihrer Mitglieder her legitimieren muss.

### **Zusammenfassung der Workshop - Ergebnisse für die Podiumsdiskussion**

Gesundheitsförderung als das generelle Anliegen moderner Gesundheits- und Sozialpolitik ist als ein Prozess zu betrachten, der Individuen, sozialen Gruppen oder Gemeinschaften nach der Gesundheitspolitik der WHO Chancengleichheit gewährt. Ausgehend von dieser These, dass Gesundheitsförderung auf Verbesserung der Gesundheitschancen abzielt, ist sie somit keine alleinige medizinische, sondern eine gesellschaftliche und politische Aufgabe mit der notwendigen Erkenntnis, dass ohne eine angemessene Infrastruktur in Städten und Gemeinden die Gesundheitsförderung für alle Bürger keine Zukunft hat. Damit muss Stadt- und Stadtteilentwicklung mehr sein als nur Wirtschafts- und Städtebaupolitik. Soziale Stadt-/ Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung sind hingegen Programme, die Solidarität zum Ziel haben, um die zunehmenden sozialen Konflikte und Chancenungleichheiten der Bürger verringern.

Zusammenfassend kann aus dem Erfahrungsstand der vorgetragenen Projekte abgeleitet werden: erfolgreiche Planungen und Bearbeitungen lokaler Stadtteilprojekte sollten folgende Aspekte beachten:

- Entscheidende Kriterien sind die Förderung von Lebensqualität in der Stadt und im Stadtteil.
- Veränderungen setzen an den Problemlagen einer Stadt/eines Stadtteils und seiner Bewohner an.
- Eine Grundbedingung für integrierte Handlungskonzepte ist die Kooperation aller wesentlichen Akteure im Stadtteil.
- Die Bewohner als „Alltagsexperten“ sind mit ihren Erfahrungen, Wünschen und Vorschlägen als Mitarbeitergruppe zu beteiligen.
- Projekte sollen an die vorhandenen Kompetenzen aller Beteiligten anknüpfen.
- Hauptvoraussetzung für eine erfolgreiche Planung und Arbeit an und in Projekten ist die Beteiligung der Stadtverwaltung, ihrer Amtsbereiche und Parlamente. Sie tragen die kommunalpolitische Verantwortung für eine gesundheitliche und soziale Versorgung vor Ort.
- Als Leitbild für einen integrierten gesundheits- und sozialverträglichen Handlungsrahmen von Stadt(teil)planung und –arbeit kann das „Gesunde Städte Projekt“ der WHO gelten mit seiner Philosophie und Vorgabe von 3 zentralen Aspekten der Gesundheitsförderung:
  1. Gesundheit zum öffentlichen Bewusstsein machen,
  2. Bewusstmachung von Gesundheits- und Sozialproblemen und
  3. Entwicklung von Modellen, die als praxisnahe Vorbilder dienen können.

## **Workshop B:**

### **Schnittstelle Jugendhilfe - Gesundheitsförderung**

Moderation: Antje Müller, Jugendberufshilfe Thüringen e.V.

ReferentInnen: Birgit Vogt, Kontakt in Krisen e.V. Erfurt  
 Gerald Böhm, Kompass gGmbH Suchtberatung Eisenach  
 Gianna Hennig, Drudel 11 e.V.

#### **Birgit Vogt**

*Kontakt in Krisen e. V.*

#### **Drogengebrauch und Problemeinsicht – ein Fall für die Jugendhilfe?**

Wir sagen nicht, „Du musst“, sondern „Du darfst, was Du kannst“!  
 Ein Erfahrungsbericht zu Arbeitsprinzipien im COOL-Projekt des KiK e.V.

Seit fünf Jahren arbeiten wir mit schulschwänzenden und schulmüden Kindern und Jugendlichen. Diese BesucherInnen befinden sich im Alter zwischen 12 und 18 Jahren. Es ist eine vielfältig zusammengesetzte Gruppe, sowohl was das Alter, die Dauer des Schwänzens, die schulischen Leistungen und den familiären Hintergrund betrifft.

Vor etwa drei Jahren hatte ich ein Gespräch auf dem Jugendamt. Ich stellte unser Projekt zur Integration von Schulschwänzern vor. Da wurde mir die Frage gestellt, welche ausschließenden Bedingungen für eine Unterbringung in unserem ambulanten Projekt es gäbe? Zuerst habe ich die Frage nicht verstanden und dann wurde erläutert, ob wir denn auch Jugendliche nehmen würden, von denen wir wüssten, dass sie Alkohol trinken und Drogen nehmen? Ich habe damals gesagt, dass solche Verhaltensweisen keine ausschließenden Gründe für uns darstellen, was auf Zweifel, Ablehnung aber auch Zustimmung gestoßen ist.

Wir haben uns zu dieser Antwort bekannt und bekennen uns immer noch dazu, weil wir aus unserem Menschenbildverständnis heraus einen niedrigschwelligen Ansatz favorisieren, der nicht Hürden, Bedingungen, Umwege oder Wartezeiten vor die Hilfe setzt. Auf diese Weise sind wir in die Situation geraten, uns zu Drogen zu verhalten, obwohl wir keine Drogenberatungsstelle sind und uns auch nicht als Sachverständige oder Experten für Sucht bezeichnen. Was wir heute beschreiben können, ist ein Praxisverständnis, ein Arbeitsprinzip, mit dem wir drogenkonsumierenden Jugendlichen begegnen und das sich aus unserer Sicht bewährt hat. Es ist mit Sicherheit kein ausgereiftes

Konzept, es ist angreifbar, aber es ist ein Erfahrungswissen, das auf bestimmten Prinzipien beruht, von denen sich manche auch erst im Laufe der Zeit herausgebildet haben.

Zu diesen Arbeitsprinzipien oder auch Grundhaltungen möchte ich einige Ausführungen machen:

1. Wir thematisieren das Thema Sucht bei Aufnahme eines Jugendlichen nicht, zumal wir es auch oft nicht wissen. Es ist, wenn es der Jugendliche nicht selbst anspricht, kein Gesprächsgegenstand. Gesprächsgegenstand ist das, was der Jugendliche in Bezug auf das Wegbleiben von Schule thematisieren möchte. Der Schwerpunkt in dieser Anfangsphase wird auf das Ankommen gelegt, auch auf das Zur-Ruhe-Kommen vom Schwänzen, dem Leugnen und Verheimlichen. In dieser Phase geht es lediglich darum, Hoffnung zu schöpfen, dass doch noch alles anders werden kann. Das Wichtigste, was in dieser Zeit passieren kann, ist, dass der Jugendliche sich vorstellen kann, seinen Lebensentwurf mit Hilfe noch einmal anders zu gestalten.
2. Im nächsten Schritt betonen wir das, was der Jugendliche schon mitbringt, was er gut kann. Der Schwerpunkt ist, Erfahrungen in Sachen Selbstwirksamkeit zu machen. Das kann bedeuten, dass ein guter Organisator die Plenumsrunde leitet oder eine kreative Schülerin ein Freizeitprogramm für einen Nachmittag erarbeitet. Der handwerklich Begabte darf sich an die Nähmaschine setzen und der häuslich Orientierte darf den Imbiss vorbereiten. Das alles hat mit Unterricht oder Drogenprävention noch wenig zu tun, obwohl es einen täglichen Lernpflichtanteil gibt. Die emotionale Erfahrung wird also auf das geleitet, was Spaß macht, was dem Jugendlichen gut tut. Ich halte das für einen wichtigen Faktor: Zu Vermeidungsstrategien wie Schulflucht oder Drogengebrauch – beides Ausdruck von Realitätsflucht – greift man schließlich dann, wenn etwas nicht gelingt, wenn es eine unangenehme Erfahrung ist.
3. Auf dem Boden der positiven Erfahrungen wird die Schicht immer dicker, auf der man auch das verhandeln kann, was nicht gut klappt, woran der Jugendliche scheitert. In diese Zeit der offeneren und angstfreieren Kommunikation fällt auch häufig das Thema des Drogenkonsums. Es ist wichtig, dass Jugendliche dieses Thema aussprechen dürfen, dass es aus der verheimlichten Ecke heraus kommt, dass es kein verborgenes Thema mehr sein muss. Erst wenn der Druck der Geheimhaltung fällt, wenn der Jugendliche weder Vorwurf, noch Verbot oder Bestrafung befürchten muss, ist es möglich, das Thema anzugucken, der Sache einen Namen zu geben. Doch häufig hat der Jugendliche genau die entgegengesetzten Erfahrungen gemacht: Er durfte nirgends sagen „ich nehme Drogen“.

Doch wie soll ein Problem überwunden werden, über das nicht gesprochen werden darf?

4. Durch das Aussperren von Themen wie Kiffen, Pillen werfen, Heroin spritzen, wird genau das gestärkt, was überwunden werden soll. Häufig zeigt die Umwelt im Umgang mit Drogen eine Angst und Hilflosigkeit, die der Jugendliche bei seinen Eltern oder anderen Partnern überhaupt nicht auslösen möchte. Die andere Seite ist, dass das Aussprechen des Tabus dazu führen kann, dass der Jugendliche statt Verständnis eher Ablehnung und Ausgrenzung erfährt. Auf dem Arbeitsamt bewirkt die ehrliche Auskunft des Jugendlichen, dass er mal Heroin gespritzt hat oder ab und zu mal Pillen nimmt, dass er den BVJ-Platz oder die Ausbildungsstelle nicht bekommt. Bei einem Mädchen aus unserem Projekt hat das dazu geführt, dass sie die Tür des Arbeitsberaters zuschlug und sagte: Und jetzt geh ich kiffen!
5. Bei solchem Verhalten auf Helferseite steht der Gedanke Pate, dass man mit den Jugendlichen erst arbeiten könne, wenn sie „sauber“, rein wären. Wenn sie uns also ohne problematisches Verhalten entgegen kämen – weil wir im Grunde nur dann auch mit ihnen umgehen können. Doch genau an dieser Stelle würden wir dann die Tür zuschlagen, denn der saubere, reine, einsichtige Klient kann nur am Ende eines Prozesses stehen und nicht am Ausgangspunkt bereits voraus gesetzt werden. Die Problemeinsicht, die wir von dem jungen Menschen „fertig“ erwarten, müssen wir mitzugestalten bereit und in der Lage sein. Doch darauf sind wir auch als Sozialarbeiter und Erzieher schlecht vorbereitet. Was früher streng abgegrenztes Spezialgebiet von Therapeutischen Einrichtungen und Beratungsstellen war, wird heute - zumindest im Grundverständnis - dem sozialpädagogischen Alltag abverlangt.
6. Noch mal zum Thema „Darüber reden“. Dadurch dass wir ein Klima schaffen, indem gesagt werden kann, gestern habe ich eine „Bong geraucht“, oder ich bin nicht aus dem Bett gekommen, weil ich Gras geraucht habe“, ist der erste Schritt zur Selbsthilfe getan. Die Jugendlichen thematisieren nämlich dann genau die riskanten Verhaltensweisen, von denen sie selbst nur allzu gut wissen, dass sie schädlich sind. Häufig führt das dazu, dass sie ihren Konsum besser reflektieren, dass sie sich austauschen oder auch gegenseitig darauf aufmerksam machen, wie sie wirken. Das repressalienfreie Offenlegen führt dazu, dass sie beginnen, mit Konsummustern zu experimentieren. Da Sucht zwanghaftes Verhalten ist, ist jede Lockerung starrer Verhaltensweisen ein Gewinn. (Gemeinsam mit dem Betreuer wird zum Beispiel besprochen: Wie geht es mir, wenn ich nur zweimal am Tag rauche? Oder: Schaffe ich auch eine drogenfreie Woche, so wie mein Kum-

pel? Wann nehme ich das Zeug? Wann fehlt es mir gar nicht? Welche Nachteile bringt es mir?) Durch diese Fragen kommt etwas in Gang. Es ist wichtig, bei missbräuchlichem oder bereits gewohnheitsmäßigem Konsum den Jugendlichen nicht als verlorenen Abhängigen (einer geächteten Randgruppe) zu sehen, sondern als einen um Autonomie ringenden, sich selbst neu gestaltenden jungen Menschen.

7. Was befähigt uns zu dieser Annahme? Bis zum Vollbild des fünfmal spritzenden Heroinabhängigen gibt es viele Schattierungen im Vorfeld und die meisten Jugendlichen treffen wir in diesen Voraus-Stadien an. Das heißt, neben dem Konsum ist da ein Jugendlicher mit Wünschen, Erfolgen, Misserfolgen, Fähigkeiten, Plänen und Hoffnungen, der im Leben zurecht kommen will und der jetzt Hilfe braucht, um in Englisch nicht durchzufallen und um in Mathe von der Vier runter zu kommen. Indem wir gemeinsam an den altersgerechten Entwicklungsaufgaben arbeiten, also zum Beispiel den Hauptschul- oder Realschulabschluss zu machen, sich auf ein BVJ vorzubereiten, sich in Konflikten souveräner zu verhalten, gewinnt der Jugendliche mehr Halt. Er ist immer noch nicht runter von den Drogen. Aber die Zeit, wo er nicht konsumiert, ist durch die Lern-Zeit, die mit anderen Inhalten gefüllte Zeit, geringer geworden. Die Zeiten „Ohne“ nehmen zu, werden als Alternative erlebt und damit kann eine konsumfreie Zeit wieder als real und machbar vorgestellt werden. Gerade dadurch, dass wir nicht auf den Verzicht insistieren, kann er als freie Entscheidung vollzogen werden. Diese Erfahrung hätten viele Jugendliche bei einem Abstinenzgebot in unserer Einrichtung nie gemacht. Die konsumfreie Zeit gewinnt „fast beiläufig“ an Attraktivität gegenüber der Drogen-Zeit. Es ist wichtig zu wissen, dass auch der umgekehrte Weg möglich ist, dass die Suchtspirale abwärts zeigen kann, dass die Zurückeroberung von Entscheidungsfreiheit im Umgang mit psychotropen Substanzen möglich ist.
  
8. Wir reden hier nicht von idealen Jugendlichen, sondern vom Alltag in unserem Bereich Erziehungshilfe, in dem etwa ein Drittel aller Jugendlichen eines Jahrgangs bei uns in irgendeiner Form Drogen, einschließlich Alkohol, konsumiert. Es ist also nicht eine Frage, ob die Jugendhilfe mit diesem Problem belastet wird – wir haben nicht die Wahl. Wenn wir zu einer altersgerechten Entwicklung beitragen wollen, müssen wir auch in der Lage sein, mit den altersgerechten Problemen umzugehen, zu denen immer häufiger Drogengebrauch zählt. Wir sind in die Aufgabe hinein gestellt, ohne Suchthelfer zu sein, sollen jedoch gleichwohl dazu beitragen, den Drogenkonsum zu beenden. Ein Jugendlicher fragt aber nicht nach Zuständigkeiten und Abgrenzungen, er zwingt den Helfer, sich einen weiteren Horizont zuzulegen. Und der erzieherische Hilfeplan funktioniert in den

meisten Fällen nur, wenn ich das Drogenproblem nicht wegdelegiere, auch auf die Gefahr hin, dass ich selber oft hilflos bin, aber auch sehr viel lerne.

Wir maßen uns nicht an, jede Suchtkarriere auf diese Weise zu lösen, (wie könnten wir das), aber wir wissen, dass jeder konsumierende Jugendliche eine Herausforderung an unsere pädagogische Kunst darstellt. Wir wissen, dass mit suchtgefährdeten Jugendlichen zu arbeiten, in erster Linie bedeutet, diese Jugendlichen mit all ihren Rückfällen, Ausflüchten und Widersprüchlichkeiten auszuhalten. Aushalten heißt Halten, heißt vor allem, das zuwendende Beziehungsangebot halten und aushalten, heißt aber auch, haltgebende Strukturen im Lebensumfeld des Jugendlichen zu schaffen.

Ich möchte schließen mit einem Beispiel: Vor ein paar Tagen sagte ein schwänzender Jugendlicher zur Leiterin: „Ich will wirklich aufhören zu saufen. Ich habe es satt mit dem Alkohol. Aber ich brauche jetzt sofort eine Flasche Bier!“ Was hat der Jugendliche, 16 Jahre alt, seit vier Jahren mit dem Bier vertraut, signalisiert? Ich will nicht mehr so wie bisher, aber ich weiß nicht, wie es anders geht. Er hat auch gefragt: Hilfst du mir dabei? Ohne es direkt zu sagen. Aber genau an dieser Stelle kann das Gespräch über das beginnen, was so schwer auszuhalten ist. Drogen, legale wie illegale, sind eben doch ein Fall für die Jugendhilfe.

### **Gerald Böhm**

*Kompass gGmbH, Suchtberatung Eisenach*

### **Integratives Angebot mit Jugendlichen aus Russland und sozial benachteiligten Kindern aus der Gemeinde Wutha-Farnrode**

Während der langjährigen Zusammenarbeit zwischen der Kompass gGmbH, Suchtberatungsstelle Eisenach und dem Jugendclub – Integrationsprojekt im Kinder- und Jugendfreizeitzentrum „Nest“, entstand die Idee, Jugendliche aus Russland und sozial benachteiligte Jugendliche besonders zu fördern. Diese Idee verstärkte sich durch das Ansteigen des Klientels von deutschen Jugendlichen aus Russland und ihrer Unsicherheit hier in Deutschland. Diese jungen Menschen benötigen vor allem im ersten Jahr, aber auch darüber hinaus, besondere Aufmerksamkeit, Halt und Stärkung des Selbstvertrauens. Sie suchen mit ortsansässigen Menschen gleichen Alters Kontakt, der durch viele Vorurteile zum Teil erschwert wird.

Im Rahmen unseres Projektes führten wir Jugendliche aus beiden Bereichen viel näher, in dem wir einen Teil der Besucher des Clubs auf eine gemeinsame Fahrt in eine Pension mitnahmen und dort thematisch arbeiteten. Ziele waren insbesondere die Stärkung der Sozialekompetenzen (Ankommen und Aufgenommensein im neuen Land), Stärkung des Selbstbewusstseins (wir bringen uns mit unseren Erfahrungen ein und bereichern

das Jugendleben), Abbau von Vorurteilen gegenüber ausländischen Mitbürgern, Entwicklung von Toleranz, Sucht- und Gewaltprävention. Durch unterschiedlichen Methoden, wie z.B. Kommunikation, Sport, Abenteuer, Kreativität, gelang es uns eine Gruppe herauszubilden, die sehr positiv das Clubleben beeinflusste. Es konnten daraufhin Elternbegegnungsabende organisiert werden.

Diese Arbeit wurde über mehrere Jahre angeboten und kann, wenn finanzielle Mittel bereit stehen, wieder aufgenommen werden.

## **Gianna Hennig**

*Drudel 11 e.V.*

### **“Keimzeit – ein Training für Jugendliche zur Stärkung sozialer Kompetenzen”**

#### **1. Vorstellung der Kooperationspartner**

Drudel 11 e. V. ist seit 1993 ein freier Träger der Jugendhilfe. Hauptbetätigungsfelder des Vereines sind u.a. Schulsozialarbeit an drei Jenaer Schulen mit den Schwerpunkten Einzelfallhilfe, Arbeit mit Interessen- und Neigungsgruppen, soziale Trainings und Stadtteilarbeit, ein Jugendkriminalitätsprojekt (JKPP) sowie erlebnispädagogische Kurse und Outdoor-Trainings in Schulen und sozialen Einrichtungen.

Die Johann-Gutenberg-Schule in Jena ist eine Staatliche Regelschule. Sie ist eine offene Ganztagschule mit Freizeitangeboten. Die Schule selbst bietet Lernförderung und Arbeitsgemeinschaften an und stellt ihre Räume für Freizeitangebote sozialer Einrichtungen und freier Träger aus ihrem Umfeld zur Verfügung. Besonderheiten der Schule sind u.a. die Integration behinderter Kinder und Jugendlicher, eine handwerklich-künstlerische Schwerpunktsetzung, Schulsozialarbeit mit Drudel 11 e.V. sowie spezifische Beratungslehrertätigkeiten (Berufsberatung, Suchtprävention, Schulentwicklung). Die Schule ist beteiligt an dem Förderprogramm „Gesunde Schule“ der Robert Bosch Stiftung, dem Lernnetzwerk „Lebenslanges Lernen“ der Bertelsmann Stiftung und dem Schulversuch „Projektarbeitsprüfung“.

#### **2. Vorstellung des Projektes „Keimzeit“**

Das Projekt „Keimzeit“ ist im Schuljahr 2000/2001 im Bereich Schulsozialarbeit der Regelschule „Johann-Gutenberg“ in Jena installiert und entwickelt worden. Es ist in Anlehnung an das Konzept „Fit for Life“ des Bremer Institutes NIEB nach Dr. G. Jugert und A. Rehder, für die Arbeit mit SchülerInnen der 8. Klassen modifiziert und zwei Jahre mit jeweils 8. Klassen durchgeführt und evaluiert worden. Die Ergebnisse und Resonanz seitens der Schüler, Lehrer, Schulleitung und Eltern waren sehr positiv. Somit ist das „Soziale Training“ in der achten Klassen ein fester Bestandteil geworden.

Das Training „Keimzeit“ bearbeitet analog zu dem Bremer Konzept u.a. folgende Inhalte: Motivation, Gesundheit, Selbstsicherheit, Körpersprache, Kommunikation, Konflikte, Freizeit, Lebensplanung, Beruf und Zukunft, Gefühle, Einfühlungsvermögen, Lob und Kritik. Diese Trainingsinhalte sind Module, die aufeinander aufbauen. Ziele des Trainings sind nach Dr. G. Jugert und A. Rehder u.a. die Förderung

- der Konzentration und Ausdauer,
- der Lern- und Leistungsmotivation,
- der Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- eines stabilen Selbstbildes und einer realistischen Selbsteinschätzung,
- der Selbstkontrolle und Selbststeuerung,
- der Kooperationsfähigkeit,
- des Einfühlungsvermögens,
- des Umgangs mit Lob und Kritik sowie
- eines positiven Umgangs mit dem eigenen Körper.

Methodisch arbeitet das Training mit gelenkten Rollen- und Interaktionsspielen, Experimenten und Übungen sowie unterschiedlichen Feedback-Methoden. Die Inhalte sollen in den Schulalltag sowie die Bereiche Familie und Freizeit transferiert werden.

### **3. Praktische Umsetzung und Erfahrungen an der Regelschule „Johann-Gutenberg“ Jena**

Die thematischen Trainingseinheiten werden additiv im 14-tägigen Rhythmus zum Sozialkundeunterricht mit jeweils 2 Trainern in einer Doppelstunde (90 Minuten) durchgeführt. Die Klasse wird dazu in Kleingruppen geteilt und das bei jedem Modul neu. Je nach Thema und Gruppensituation führen wir das Thema auch in geschlechtsspezifischen Kleingruppen durch. Während im ersten Jahr die Trainerinnen zwei Sozialpädagoginnen waren und die Lehrerin in der beobachtenden Rolle war, um sich mit den Inhalten des Trainings, der Umsetzung aber vor allem auch mit dem speziellen Trainerverhalten vertraut zu machen, setzt sich das Team nun aus einer Lehrerin und einer Sozialpädagogin bzw. einem Sozialpädagogen zusammen. Das Besondere ist, dass die Lehrerin, die gewöhnlich ergebnisorientiert mit den Schülern arbeitet und deren Leistung bewerten muss, als Trainerin prozessorientiert einen Raum schaffen muss, in dem sich Schüler ohne Leistungsdruck und Bewertung öffnen, sich ausprobieren und Erlebtes reflektieren können. Aus unserer Sicht heraus ist es möglich, dass die Lehrerin zum einen selbst diesen Rollenwechsel von der Lehrerin zur Trainerin vollziehen kann und zum anderen, dass es auch den Schülern gelingt, diese Trennung zu erkennen und zu akzeptieren. Damit Schüler eigene positive und negative Erfahrungen, die sie mit ihrer Umwelt erleben, einbringen, im Rollenspiel Szenen aus ihrem Alltag nachstellen und spielerisch neue Lösungsansätze finden können, ist ein hohes Maß an Vertrauen und verantwortungsvollem Umgang mit dem Wissen aus den Trainingseinheiten unbe-



dingt nötig. Dies bezieht sich zum einen auf die Trainer, zum anderen aber auch auf die Schüler selbst. Generell braucht es Zeit, bis sich die Schüler auf diese „freie“ Form des Lernens einlassen und deren Wert für sich erkennen können. Darum versuchen wir in den ersten Trainingseinheiten geduldig zu sein, wenn es unruhig zu geht und wir nicht gleich die Konzentration erreichen, die wir uns wünschen. Da es aber in jedem Modul um die Schüler selbst geht, entwickelt sich erfahrungsgemäß eine positive Atmosphäre, in denen intensive Trainingseinheiten im Laufe der Zeit möglich werden.

#### **4. Resümee und Weiterentwicklung**

In dem Projekt „Keimzeit“ sehen wir die Innovation in einer intensiven Kooperation zwischen Schul- und Sozialpädagogen unmittelbar in der Arbeit mit den Jugendlichen. Es kann auf Probleme des Einzelnen sowie auf Schwierigkeiten in der Gruppe mit Methoden der sozialpädagogischen Arbeit zeitlich aktuell, effektiv und nachhaltig eingegangen werden. Mit dem Projekt wird den Jugendlichen bewusst im Schulalltag ein Raum geschaffen, in dem sie bewertungsfrei ihre sozialen Kompetenzen stärken können, was sich sehr positiv auf die persönliche Entwicklung der Schüler und das Klima in der Klasse auswirkt. Die kontinuierliche Durchführung des Trainings ermöglicht den Schülern über ein Schuljahr hinweg bewusst auf sich selbst, ihre Gruppensituation und ihr Lernklima zu schauen. Das wirkt, aus unserer Sicht, nachhaltig in die folgenden Schuljahre hinein. Wenn ein gutes Klassenklima herrscht, kann sich auch jeder Schüler physisch und psychisch wohlfühlen.

An der Regelschule „Johann-Gutenberg“ in Jena ist das soziale Training ein fester Bestandteil für den 8. Jahrgang im Sozialkundeunterricht geworden. Das Angebot wird von Schülern und Eltern positiv aufgenommen und gleichzeitig weiterhin gewünscht und empfohlen. Das ermutigte uns, „Keimzeit“ mit Hilfe des Jugendamtes und des Schulamtes auch an anderen Jenaer Regelschulen zu etablieren. Im August 2002 ging „Keimzeit“ als Pilotprojekt an drei weitere Jenaer Regelschulen. Das Kooperationsprojekt lief in der Modellphase 5 Monate und wurde gefördert aus Bundesmitteln des K- u. Q-Programms für die Soziale Stadt. Ziel des Kooperationsprojektes war es, zum einen das Kompetenztraining für Schüler als Modellphase mit Fachleuten an die Schulen zu bringen; zum anderen die Schulsozialarbeiter und Lehrer zu beraten und zu befähigen, dass Training nach Abschluss der Modellphase an ihrer jeweiligen Schule selbstständig durchzuführen und weiterzuentwickeln. Das Projekt wurde von der Universität Jena wissenschaftlich begleitet und fand seinen Höhepunkt in der Fachtagung „Keimzeit“ – Aufbruch in der Schule.

#### **Zusammenfassung der Workshop - Ergebnisse für die Podiumsdiskussion**

In allen Redebeiträgen und in der Diskussion des Workshops wurde deutlich, dass Jugendhilfe in Bezug auf die Ansprache und Förderung benachteiligter Personengruppen

bereits über erprobte und effektive Handlungsansätze verfügt, die von den Akteuren der Gesundheitsförderung nutzbar sind. Weiterhin gibt es zahlreiche gesundheitsfördernde Angebote im Rahmen der klassischen Jugendhilfeangebote, obwohl Gesundheitsförderung nicht explizit als Aufgabe der Jugendhilfe im KJHG verankert ist. Grundprinzipien der Jugendhilfe wie z.B. Sozialraumorientierung, Niedrigschwelligkeit, Stärkenorientierung, Offenheit, Erreichbarkeit, Empowerment und Beteiligung werden, wenn auch teilweise mit anderen Begrifflichkeiten, im Bereich der Gesundheitsförderung diskutiert.

Bsp: Sozialraumorientierung - Settingansatz

Die Redebeiträge zu den Themen „Drogengebrauch und Problemeinsicht – ein Fall für die Jugendhilfe“(1), „Jugendclub unterwegs – Integratives Angebot mit Jugendlichen aus Russland und sozial benachteiligten Kindern aus der Gemeinde Wutha-Farnroda“(2) und „Soziales Kompetenztraining als Angebot der Schulsozialarbeit“(3) ließen deutlich erkennen, dass soziale Kompetenzentwicklung eine grundlegende Voraussetzung für bzw. Bestandteil der Gesundheitsförderung ist.

Es wurden folgende Handlungsansätze der Jugendhilfe vorgestellt:

1. niedrigschwellige Unterstützung schulumüder Jugendlicher mit stärkenorientiertem Ansatz, insbesondere wird in diesem Projekt auf die „Entmystifizierung“ kritischer Themen (z.B. Drogenkonsum) und Möglichkeiten der Kommunikation Wert gelegt, die Hilfe wird möglichst vor Ort und zeitnah angeboten, Sozialraumorientierung und Beteiligung der Jugendlichen sind Grundprinzipien der Arbeit
2. integratives Angebot mit Jugendlichen aus Russland und sozial benachteiligten Kindern der Gemeinde, gemeinsame Freizeiten mit Gruppenarbeit und Informationsangeboten zu relevanten Themen, Rollenspielen, Sport und Kreativangeboten fördern Toleranz, stärken die Kommunikationsfähigkeit und das Selbstbewusstsein
3. im Setting Schule (Klassenverband) verankertes, über ein gesamtes Schuljahr laufendes Angebot zum Training sozialer Kompetenzen für Schüler und Schülerinnen

Im Workshop wurde zusammengefasst:

Ansätze der Jugendhilfe, wie sie exemplarisch vorgestellt wurden, müssen als kontinuierliche und langfristige Angebote erhalten und gefördert werden.

Ihre Wirksamkeit in Bezug auf die Förderung der Gesundheit muss in Untersuchungen nachgewiesen werden.

Synergien können durch entsprechende gemeinsame Angebote und durch Fortbildung von Mitarbeitern der Jugendhilfe im Bereich Gesundheitsförderung bzw. durch die Nut-

zung der Handlungsansätze der Jugendhilfe durch Experten der Gesundheitsförderung erreicht werden.

Jugendhilfe ist in der Lage, benachteiligte Jugendliche zu erreichen und Zugänge zu speziellen Angeboten der Gesundheitsförderung zu schaffen.

**Anmerkung der Moderatorin:** Ein wichtiges Setting für Benachteiligte sind wie auch immer geförderte Maßnahmen und Projekte der beruflichen Qualifizierung!

## 2. Block: Gesundheitsförderung in Settings



## Workshop C:

### Setting Schule / Bildungseinrichtungen

Moderation: Regina Blume, Staatl. Regelschule „Johann Gutenberg“ Jena

ReferentInnen: Witold Maichrowitz, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.,  
Sektion Thüringen  
Lothar Regling, Christliches Jugenddorfwerk Deutschland e.V.  
Christine Morgenstern, Gesundheitsamt Gera

#### **Witold Maichrowitz**

*Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Sektion Thüringen*

#### **Integration von benachteiligten Kindern und Jugendlichen in Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung**

Obwohl es eine Anzahl bewährter bzw. evaluierter Projekte der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche gibt, findet eine Erprobung speziell in sozialen Brennpunkten erst in der letzten Zeit zunehmend statt. Ergebnisse – bezogen auf Strukturen, Prozesse und Outcomes – liegen noch nicht vor. Es ist ein wichtiger Schritt, neue Zugangswege zu den relevanten Zielgruppen zu entwickeln und die Erreichbarkeit besonders belasteter Gruppen zu verbessern.

Für die Umsetzung von Angeboten mit sozial benachteiligten jungen Menschen kommen insbesondere Projekte mit folgenden Handlungsprinzipien in Betracht:

- Förderung der Lebenskompetenz,
- Erlebarmachen von Gesundheit,
- Förderung integrierter Konzepte (z.B. Ernährung + Bewegung + Stressbewältigung)
- Nutzung neuer Medien,
- kooperatives Handeln und
- Einbeziehung der Zielgruppen.

Die DGE-Sektion Thüringen bietet in Kindertagesstätten, Grundschulen, Förderschulen und Regelschulen folgende Projekte an:

1. „Gesundes Schulfrühstück“
2. „Ernährung, Umwelt, Bewegung und Zahngesundheit in Kitas“
3. „Milchparty“
4. „Der junge Gourmet“

Alle Projekte sind dual konzipiert, d.h. sie haben eine theoretische und eine praktische Phase. Die Integration sozial benachteiligter Kinder erfolgt automatisch, da alle Beteiligten gleich behandelt werden und keine Ausgrenzung möglich ist. Der Freistaat Thü-

ringen fördert die Projekte auch finanziell, so dass eine Beteiligung der Eltern im Prinzip nicht notwendig ist. Je nach Altersstufe werden in der Theorie und Praxis unterschiedliche Anforderungen an die Kinder und Schüler gestellt. Dabei wird besonders auf die eigene Kreativität der beteiligten Wert gelegt.

Die Resonanz der Projekte übersteigt bei weitem die personellen, zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten der Sektion. Daher wurde im Jahr 2000 die STEP-Gruppe (Studentische Ernährungsprojekte) an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Fakultät Ernährungswissenschaften gegründet. STEP unterstützt die Projektaufgaben der Sektion, indem die Studenten den direkten Kontakt zu Kindern und Jugendlichen als Moderatoren und Partner umsetzen. Somit kann die Akzeptanz (Kleidung, Sprache, Verhalten, Interessenverständnis etc.) insbesondere in den höheren Klassenstufen erreicht werden.

Thüringer Kindertagesstätten und Schulen können bei der DGE-Sektion Thüringen jährlich eine Projektbeteiligung beantragen.

### **Christine Morgenstern**

*Gesundheitsamt Gera*

### **Gesundheitsprojekte an Förderzentren**

Zum Thema „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ möchte ich einige Projekte an Förderzentren vorstellen, die dort durchgeführt werden.

Die Präventionsarbeit an Förderzentren hat einen besonderen Stellenwert, die Schüler besitzen oft eine herabgesetzte Kritikfähigkeit und sind leicht zu beeinflussen. Es ist deshalb besonders notwendig, ihnen Wissen zu vermitteln, dies immer wieder zu festigen und sie somit zu befähigen eigenverantwortlich mit ihrer Gesundheit umzugehen.

### **Projekt: „Gesunde Ernährung“**

„Vom Korn zum Brötchen“ und „Eine gesunde Ernährung in Verbindung mit dem Schönheitsideal“.

Diese Projekte gliedern sich in zwei Abschnitte, einem theoretischen und einem praktischen Teil. Im theoretischen Teil werden die Grundlagen einer gesunden und ausgewogenen Ernährung gemeinsam mit den Schülern erarbeitet. Wie wichtig ist Obst und Gemüse? Warum sind Milchprodukte wichtig? Warum kann man auch sagen, das Frühstück ist ein Sprungbrett in den Tag? Zum praktischen Teil gehen wir in den Botanischen Garten. Dort haben wir entsprechende Räumlichkeiten und einen großen Kräutergarten. Die Mitarbeiterin des Botanischen Gartens unterstützt mich bei der Umsetzung, indem sie frische Kräuter mit den Schülern sammelt, daraus einen Kräuterquark zubereitet, verschiedene Teesorten verkostet oder eine Getreidekunde durchführt. Im praktischen Teil werden die Fertigkeiten geschult. Es wird Getreide gemahlen,

mit dem Rührgerät gearbeitet, der Teig mit der Hand geknetet und die Brötchen geformt und gebacken. Wichtig ist es, die Rezeptur richtig zu lesen und danach zu arbeiten.

In der Vorweihnachtszeit werden mit den Kindern Plätzchen aus Vollkornmehl gebacken. Viele dieser Handhabungen fallen den Kindern sehr schwer, da ein großer Teil von ihnen zu Hause keine Anleitung erhält. Man kann auch sagen, dass die Eltern sich aus der Ernährungserziehung zurückziehen. Zum Abschluss des Projektes wird ein gemeinsames Frühstück mit selbst gebackenen Brötchen, Kräuterquark oder einem Obstsalat eingenommen.

Gesundheitliche Aspekte: Da viele Kinder oft ohne Frühstück in die Schule kommen und auch keine Pausenverpflegung mitbekommen, sind sie sehr hungrig und unkonzentriert. Wenn eine Zwischenmahlzeit mitgegeben wird, ist diese zum größten Teil viel zu süß oder zu fett. Viele Eltern machen sich um eine gesunde Ernährung wenig Gedanken und orientieren sich oft an der Werbung. Leider ist festzustellen, dass es zu wenig Werbung für gesunde Lebensmittel gibt. Diese Fehlernährung ist mit einer Ursache für eine Adipositas – Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen. Viele Kinder essen auch keine Mittagsmahlzeit in der Schule, weil entweder das Geld nicht reicht oder das Essen nicht schmeckt. Letzteres ist zu verstehen, jedoch wird das Geld oft für Zigaretten oder Alkohol ausgegeben. Gerade für die Entwicklung der Kinder ist eine warme Mahlzeit am Tag sehr wichtig. Auch die Schülercafés müssten ihr Angebot umstellen, was sich aber zum Teil als schwierig erweist, da die Kinder und Jugendlichen Obst und Gemüse schlecht annehmen.

In der Arbeitsgruppe sind wir zu der Erkenntnis gekommen, dass die Eltern mehr in die Verpflichtung genommen werden müssen und gegebenenfalls auch Schulungen für die Eltern, gemeinsam mit den Kindern, angeboten werden sollten, in denen neben der Aufklärung auch praktische Hinweise gegeben werden können. Vielleicht wäre das eine Möglichkeit, die Eltern zu erreichen, die man weder zu Elternabenden noch zu Elterngesprächen antrifft.

### **Projekt: Einführung in die Suchtproblematik**

In der Suchtprävention ist es sehr wichtig, ein Vertrauensverhältnis zu den Schülern aufzubauen. Da ich die Klassen im Förderzentrum III zum Teil schon seit der Grundschule betreue, kennen mich die Kinder und Jugendlichen bereits und es besteht nicht so eine große Distanz. Die Präventionsstunden werden über einen längeren Zeitraum geplant (in der Woche zwei zusammenhängende Stunden, über drei Monate verteilt). Die ersten Stunden beginnen wir mit einer Vorstellungsrunde. Jeder bekommt den Gefühlswürfel und sucht sich ein Gesicht, entsprechend seiner Stimmung, aus. „Wie fühle ich mich heute?“, „Wie hat mein Tag begonnen?“, „Was erwarte ich von diesen Stunden?“ u.a.m..

Für mich ist es sehr wichtig neben der Wissensvermittlung das Selbstvertrauen zu stärken und die Schüler in die Lage zu versetzen, Widersprüche, Spannungen, Schwierigkeiten und Konflikte emotional auszuhalten bzw. zu verarbeiten, so dass sie in Krisensituationen nicht unüberlegt handeln und andere Lösungswege suchen und finden. Einen besonderen Schwerpunkt bildet der Umgang mit legalen Drogen, da hier die Risiken zu oft unterschätzt werden. Aber auch die Aufklärung über illegalen Drogen ist besonders wichtig. Für die Jugendlichen ist es glaubwürdiger, wenn sie authentische Informationen und Problemfelder in Filmen sehen oder Betroffene befragen können, um ein realistischen Eindruck von einer Sucht zu erhalten. Besonders wichtig ist hier eine gute Zusammenarbeit mit den Lehrerinnen und Lehrern.

Um das Selbstbewusstsein der Schüler zu stärken, versuchen wir die Schüler auch in andere Projekt mit einzubeziehen. So hatten sie 2002 die Aufgabe zu den Geraer Gesundheits- und Selbsthilfetagen den Ablauf der Veranstaltung zu filmen, die Aussteller und Besucher zu befragen sowie mit Fotos diese Veranstaltung zu dokumentieren. In diesem Jahr werden sie sich als Models an einer Modenschau für Sportmoden beteiligen.

### **Umweltprojekt „Baum“**

Es wurde in Zusammenarbeit mit einer Mitarbeiterin des Botanischen Gartens entwickelt und erstreckt sich über zwei Tage. Dieses Projekt soll den Kindern und Jugendlichen bewusst machen, wie wichtig Pflanzen und Bäume für unseren Lebensraum sind und dass diese geschützt werden müssen. Gleichzeitig möchten wir erreichen, dass die Kinder und Jugendlichen mehr Verständnis für die Natur entwickeln und der Zerstörung vorbeugen.

Inhaltliche Schwerpunkte:

1. Warum sind Bäume für unsere Umwelt wichtig?  
Welche Umweltschäden machen die Bäume krank (Insekten, Fabrik- u. Autoabgase, Salz im Winter, Straßenbau u.s.w.)?
2. Bäume an Blättern, Früchten und Blüten erkennen und benennen  
Nutzung der Bäume in vielen Bereichen z.B. Industrie, Naturmedizin, Früchte u. Gewürze
3. Woraus besteht ein Baum?  
Wie funktioniert das Leitsystem des Baumes und wie die Photosynthese?
4. Wie bestimmt man das Alter eines Baumes (anhand einer Baumscheibe)?
5. Vermehrung der Bäume
6. Vorbereitung zum Papier schöpfen
7. Theoretische Grundlagen der Papierherstellung mit anschließender praktischer Durchführung
8. Erstellung eines Baumsteckbriefes (Gruppenarbeit)



**Lothar Regling***Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands e.V.***Das Konzept der Schuljugendarbeit am Beispiel der Werner-Seelenbinder-Schule in Apolda****1. Wie kam es zu der Zusammenarbeit zwischen dem Christlichen Jugenddorfwerk Deutschland e.V. (CJD) und der Regelschule „Werner Seelenbinder“ Apolda (WSS)**

Das CJD betreibt in Apolda Nord, einem sozialen Brennpunkt, einen Jugendclub. Diesen Jugendclub besuchten unter anderem auch Schüler der Werner-Seelenbinder-Schule. Oft erzählten die Kinder und Jugendlichen von ihren Problemen, die sie zu Hause und in der Schule haben. Da wir die speziellen Probleme der Schule nicht kannten, konnten wir zu den Sorgen und Problemen der Schüler oft nichts sagen und ihnen kaum helfen. Unsere Hilfslosigkeit und natürlich unsere Aufgabe, für die Kinder und Jugendlichen da zu sein, brachte uns auf den Gedanken über eine Form der Zusammenarbeit mit der Schule nachzudenken. Im Vordergrund der Gedanken stand die Sozialarbeit, denn Freizeitarbeit leistet der Jugendclub bereits. Gemeinsam mit der Schule wurde das Konzept mehrfach überarbeitet. Resultat dieses Prozesses war eine Vereinbarung des CJD mit der WSS, die zwei wesentliche Aufgaben enthielt: Sozialarbeit und Frühstücksversorgung der Schüler.

Die Sozialarbeit beinhaltete die Arbeit mit Schülern, die durch Verhaltensauffälligkeiten sich selbst und anderen Schülern Schwierigkeiten bereiteten, mit Schülern, die ständig den Unterricht störten, die schlechte Leistungen hatten, die unregelmäßig die Schule besuchten. Zum anderen ergab sich daraus die Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrern. Eine Zusammenarbeit mit den Lehrern zu finden war nicht einfach. Vorurteile erschwerten die Arbeit, ebenso wie der Einsatz von ABM-Kräften. Wir wurden oft gefragt, warum wir für die Schüler eine Frühstücksversorgung anbieten und diesbezüglich auch oft kritisiert. Wir machten und heute machen wir noch viel öfter die Erfahrung, dass viele Schüler ohne zu Hause Frühstück eingenommen oder Frühstücksbrote mit zu haben, zur Schule kommen. Etliche dieser Schüler haben dann auch schon geraucht. Das ist der Grund, warum wir die Frühstücksversorgung anbieten. Selbst im Jugendclub stellen wir immer wieder fest, dass Kinder und Jugendliche nicht ordentlich mit Essen versorgt sind und in den Elternhäusern nicht genügend Augenmerk darauf gerichtet wird. Die Pausenversorgung hat unserer Meinung nach nicht nur einen gesundheitlichen Aspekt, sondern sorgt auch dafür, dass Schüler im Unterricht aufmerksamer und weniger aggressiv sind. Im Laufe der Zeit der Zusammenarbeit des CJD mit der WSS wurden Probleme zunehmend abgebaut und die Arbeit fand bei Schülern, Lehrern und Eltern Akzeptanz und Anerkennung. Aufgrund enger finanzieller Mittel geriet die Arbeit zuneh-

mend in Gefahr und konnte zeitweise nur dank ehrenamtlicher Arbeit fortgeführt werden. Mit Hilfe einer Förderrichtlinie des Thüringer Kultusministeriums zur Schuljugendarbeit aus dem Jahr 2003 konnten wir unser Projekt ausbauen. Schule sollte zu einem Ort gemacht werden, aus dem Schüler nach dem Unterricht nicht gleich verschwinden, sondern sich aufgrund unterschiedlicher Angebote länger aufhalten. Wir richteten ein Schülercafe ein, in dem sich die Schüler in den Pausen und nach dem Unterricht treffen konnten. Ein Sozialarbeiter ist Anlaufpunkt für Probleme. Angeschlossen ist ein Spielbereich ausgestattet mit Gesellschaftsspielen und Computern. Das Cafe wird von Schülern und Sozialarbeitern gemeinsam geführt. Nach wie vor gibt es ein Frühstücksangebot. Der Sozialarbeiter steht an 2 Tagen für Schüler, Eltern und Lehrer zur Verfügung, um ausschließlich Sozialarbeit zu leisten. Diese Arbeit wird wie auch die Frühstücksversorgung weiterhin ehrenamtlich geleistet.

Um alle vorhandenen Mittel effektiver nutzen zu können, haben wir eine enge Vernetzung der Schuljugendarbeit mit der Arbeit des Jugendclubs entwickelt. Die beiden Mitarbeiter des Jugendclubs sind außerhalb ihrer Arbeitszeit ehrenamtlich in der Schuljugendarbeit tätig. Dadurch entstand ein Vertrauensverhältnis zu diesen Mitarbeitern, was unserer täglichen Arbeit sehr zu Gute kommt. Die Schüler werden in der erzieherischen Arbeit von der Schuljugendarbeit in den Club begleitet. Eingeleitete Maßnahmen können dort fortgesetzt werden. Eine Folge dieser Vernetzung ist u.a., dass die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die den Club besuchen um ein Vielfaches angestiegen ist. Ein Drittel der Schüler nimmt die Angebote zur Schuljugendarbeit regelmäßig und ein weiteres Drittel hin und wieder in Anspruch. Etwa 80-100 Schüler besuchen täglich den Club. Viele bringen jüngere Geschwister mit.

In der Schule bieten eine Reihe von Interessengemeinschaften eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung (z.B. Freizeitsport, Naturkosmetik, Meditation, Tanzgruppen, Mädchenarbeit, Ausbildung von Streitschlichtern). Weiterhin gibt es ein Angebot der Hausaufgabenzeit. Für das Schuljahr 2004/2005 werden im Rahmen der Schuljugendarbeit neue Projekte anregen, z.B. Unterstützungsangebote für den Übergang von der Grundschule in die Regelschule, ein Tabakpräventionsprojekt sowie ein Angebot gesunder Lebensmittel im Rahmen der Frühstücksversorgung.

Noch einige Gedanken zum Schluss. Die gute Zusammenarbeit zwischen dem CJD und der Schule war und ist nur möglich, weil der Schulleiter hinter dieser Aufgabe steht. Sorgen macht uns die Finanzierung und die Gewinnung von geeigneten Mitarbeitern für die Schuljugendarbeit. Jedes halbe Jahr muss neu geplant werden. Die von mir dargestellten Angebote sind nur Dank der Tätigkeit ehrenamtlicher Mitarbeiter möglich, die heute jedoch zunehmend schwerer zu finden sind. Ich hoffe, die Schuljugendarbeit bleibt auch weiterhin bestehen und fällt nicht Sparzwängen zur Verfügung.

## Zusammenfassung der Workshop - Ergebnisse für die Podiumsdiskussion

Um Gesundheitsförderungsprojekte an Schulen erfolgreich umsetzen zu können, müssen die Kinder- und Jugendlichen dort abholt werden, wo sie stehen. Projekte sollten nicht nur angeboten, sondern mit ihnen gemeinsam entwickelt werden. Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist ein sehr wichtiger Aspekt und Kriterium für die erfolgreiche und nachhaltige Durchführung von den Projekten und Angeboten. Hier stellt sich eine zentrale Frage: „Wie können Eltern wirkungsvoll erreicht werden?“ Eltern sind in die Pflicht zu nehmen (Elternschule), nicht allein die Schule ist für die Erziehung der Kinder verantwortlich, was in der Schule passieren soll und muss auch die Eltern interessieren. Die Verantwortung der Eltern muss in der Öffentlichkeit dargestellt werden. Weitere wesentliche Kriterien ist die Arbeit mit Multiplikatoren (Schüler, Eltern, Vereine, Krankenkassen usw.) sowie die Verzahnung von Jugendhilfe – Schule – Gesundheitsamt (bessere Kooperation/Austausch). Eine Erleichterung der Zusammenarbeit der verschiedenen Behörden (z.B. Jugendamt, Schulamt) wäre von Vorteil. Durch gemeinsames Zusammenarbeiten der Beteiligten lassen sich die Fragen: „Wie macht man was?“ und „Wer engagiert sich?“ leichter beantworten und realisieren. Hinter allen Gesundheitsförderungsaktivitäten an Schulen muss die Schulleitung stehen. Fördernde Bedingungen im personellen und strukturellen Bereich sollten entsprechend ausgenutzt/gefördert, hemmende Bedingungen soweit wie möglich ausschaltet werden.

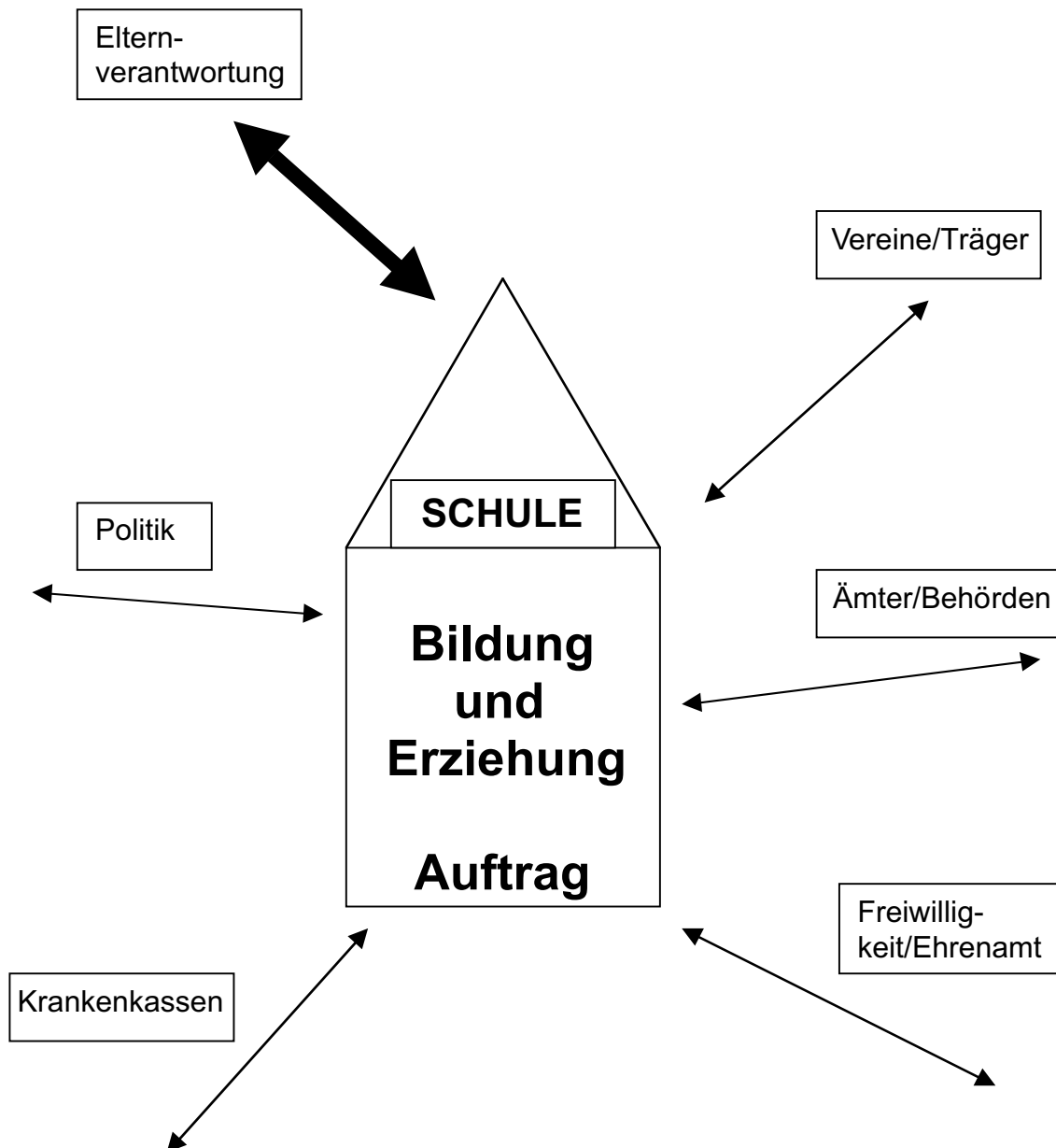
Auf die Frage „Was kann Schule in Hinblick auf die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher leisten?“ wurde folgende Antwort gefunden: Schule kann Zugangswege zu sozial problematischen Familien finden (jene, deren Kinder es betrifft, sind schwer erreichbar). Professionelle vor Ort sind jedoch weiterhin auf der Suche an funktionierenden Strategien, um betroffene Eltern/Familien besser erreichen und einbeziehen zu können.

Als Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung an Schulen wurden folgende Aspekte herausgearbeitet:

- Lehrer sind nicht nur Lehrer, dies kann z.B. durch verschiedene Nachmittagsangebote (in der Schule aber auch im außerschulischen Bereich) signalisiert werden, wodurch das Lehrerbild verbessert werden kann.
- Im Rahmen des Lehrplanes (Sozialkunde/Ethik/Soziale Trainings) bieten sich vielfältige Möglichkeiten, Referenten von außerhalb mit einzubeziehen.
- Ein Ganztagsangebot der Schule führt ein anderes, intensiveres Einbringen der Lehrkräfte mit sich.
- Die Schulzeit ist als eine lange, entwicklungsreiche Lebenszeit für Kinder und Jugendliche anzusehen.
- Gesundheitsförderung und Prävention sind als Pflichtaufgabe für Schulen festzuschreiben.
- Schule muss sich in ihr soziales Umfeld öffnen, Angebote für Eltern vorhalten und Treffpunkte und Anziehungspunkte für Schüler schaffen, damit diese auch nach dem

Unterricht gern in die Schule gehen. Schulkonferenzen können als Ansprechpartner für alle Beteiligten im Lebensraum Schule dienen.

Das folgende Schaubild zeigt Faktoren auf, die eine qualitative Zusammenarbeit im Setting positiv beeinflussen und sich sowohl auf den personellen als auch strukturellen Bereich beziehen. Die einzelnen Faktoren stehen in wechselseitiger Beziehung mit der Institution Schule.



## Workshop D:

### Setting Kindertagesstätte

Moderation: Dr. Eva-Maria Hähnel, AGETHUR

Referenten: Heike Schippel, Staatl. Grundschule „Johannes Falk“  
Burkhild Kalbe, Diakonieverbund Gera e.V.

#### Heike Schippel

*Staatl. Grundschule „Johannes Falk“*

#### Das Projekt „Gesunde Kindertagesstätte - erleben und gestalten“ der AGETHUR

Obwohl Kinderarmut in den neuen Bundesländern im Vergleich zu Erhebungen Anfang der 90er Jahre um mehr als die Hälfte zurückgegangen ist, sind Kinder nach wie vor häufiger einkommensarm als die Bevölkerung insgesamt. Ende der neunziger Jahre lebte jedes 6. Kind in einkommensarmen Haushalten. Der relative Anteil von Null- bis Sechsjährigen, die mit ihrer Familie auf Sozialhilfe angewiesen sind, ist in den neunziger Jahren überproportional gestiegen. Kinder in alleinerziehenden Haushalten sind häufiger einkommensarm und haben eine geringere Chancen, der Armut zu entfliehen, als Kinder in Haushalten mit zwei Elternteilen. 20% aller armen Kinder leben in Haushalten mit erwerbstätigen Eltern.

Arme Kinder weisen im Vergleich zu nicht-armen Kindern Einschränkungen in den zentralen Dimensionen der Lebenslage (Grundversorgung, Kultureller Bereich, Sozialer Bereich und Gesundheit) auf. Arme Kinder haben häufiger als nicht-arme Kinder gesundheitliche Probleme beziehungsweise sind in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben.

Kindertagesstätten eignen sich als erstes Glied in der Kette des Bildungssystems als Ort für frühzeitig einsetzende Interventionen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit. Renate Zimmer wies auf die besondere Bedeutung der Kindertagesstätte als „Setting, in dem Gesundheitsförderung unter ganzheitlichen, systematischen Gesichtspunkten verwirklicht werden kann“ hin. Die Abläufe und die Gestaltung der Organisation Kindertagesstätte lassen genügend Spielraum, Gesundheitsförderung in das pädagogische Konzept einer Einrichtung zu integrieren, da sich diesbezügliche Maßnahmen mit den wesentlichen Bildungs- und Erziehungsaufgaben decken. Das Thema Gesundheitsförderung stellt, bereits beginnend im Vor- und Grundschulalter, eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung einer gesunden Lebensweise dar. Dabei hat die Vermittlung von Werten und Normen gerade im Vorschulalter prägenden Charakter. Eine

ressourcenorientierte Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten bezieht jedoch neben Kindern auch die Eltern und alle Beschäftigten der Kindertagesstätte mit ein.

Damit das Thema Gesundheit in Kindertagesstätten Verbreitung findet, wurde 1996 in einer gemeinsamen Beratung der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. mit der Thüringischen Krebsgesellschaft die Idee für das Projekt zur Gesundheitsförderung und Krebsprävention im Vorschulbereich initiiert. Ziel des Projektes ist es, eine gesunde Lebensweise als durchgängiges Prinzip in den gesamten Lebensraum von Kindern zu integrieren. Die vorhandenen Beziehungen und das Gruppenerleben spielen hierbei eine wichtige Rolle. Von besonderer Bedeutung ist auch, dass die Eltern in die Projektarbeit einbezogen werden, um genauso wie Erzieher eine Vorbildfunktion erfüllen bzw. die inhaltliche Arbeit vertiefen zu können. Die Zielgruppen des Projektes sind Kinder aus Thüringer Kindertagesstätten, deren Eltern und die pädagogischen Fachkräfte der Einrichtungen. Im Rahmen des Projektes sollen allen Beteiligten Möglichkeiten für eine gesunde Lebensweise vermittelt werden. Die gesunde Entwicklung der Kinder und ggf. ein Ausgleich früher, familiär bedingter, Sozialisationsdefizite wird gefördert. Den Kindern werden spielerisch Lernerfahrungen zum Thema „Gesundheit“ vermittelt.

Inhaltlich setzt sich das Projekt aus sieben „Bausteinen“ zusammen:

1. „Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit in Kindertagesstätten“
2. „Bewegung, Spiel und Sport“
3. „Was Hänschen nicht lernt, ...“ - Suchtprävention in der Kindertagesstätte
4. „Hauen ist doof...“ - gewaltfrei und lustvoll miteinander leben
5. „Der kleine Unterschied“ – Sexualpädagogik im Kindergarten
6. „Erste Hilfe – Fit für den Notfall“
7. „Move it – Mobilitätstraining zur Kindersicherheit“

Zu Beginn der Projektlaufzeit erfolgte eine Ausschreibung der Angebote in den entsprechenden Regionen. Im Sinne der Ganzheitlichkeit ist es von Vorteil, wenn eine Kindertagesstätte alle „Bausteine“ wählt. Pro Thema wird 4 mal eine Veranstaltung (45 - 60 Min.) in der Kindertagesstätte angeboten. Die Verantwortung für Vor- und Nachbereitung tragen die Erzieher gemeinsam mit den Eltern. Eine Projektevaluation wird von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. durchgeführt. Die finanzielle Absicherung des Projektes erfolgt durch die Bereitstellung von Projektmitteln der Landeskassen, so dass jährlich über Art und Umfang der Projektrealisierung neu entschieden werden muss. Die Kindertagesstätten zeigten eine positive Resonanz auf das Projektangebot. Zur Umsetzung der o.g. „Bausteine“ sollte die optimale Gruppengröße 12-15 Kinder nicht überschreiten und die Teilnahme der Kinder möglichst konstant gehalten werden. Günstig für den Projektverlauf ist die Teilnahme derselben Erzieher innerhalb eines Bausteins. Dies ist für die Beobachtung bzw. die daraus resultierenden Unterstützungsmöglichkeiten für die Kinder sehr sinnvoll und dient gleichzeitig zur Weiterbildung der Erzieher innerhalb des Arbeitsprozesses. Das Projekt wurde bis-

her in 19 Kindertagesstätten in der Stadt Weimar, im Ilm-Kreis, im Saale-Holzland-Kreis und in Saalfeld/Königsee umgesetzt. Es wurden ca. 800 Kinder im Alter von zwei bis sieben Jahren erreicht. Die Eltern und Erzieher einer Kindereinrichtung in Weimar haben nach Projektabschluss ihr pädagogisches Konzept dahingehend verändert, dass sich die Einrichtung zum „Kindergarten der Gesunden Lebensweise“ profiliert. Damit auch andere Einrichtungen von den Projekterfahrungen profitieren können, sind begleitende Arbeitsmaterialien/Handmaterial sowie ein Medienpaket (Handmaterial, Video und Musikkassette) für die weitere Umsetzung der Themen in den Kindereinrichtungen erstellt worden.

## **Burkhild Kalbe**

*Diakonieverbund Gera e.V.*

### **Gesundheit von Flüchtlingskindern und deren Familien – Erfahrungen aus der täglichen Arbeit im Flüchtlingskindergarten Gera**

#### **1. Der Flüchtlingskindergarten des Diakonieverbund Gera e.V.**

Zum Aufgabenfeld unserer Einrichtung gehört die Betreuung von Kindergartenkindern, maximal 13 im Alter von 0-6 Jahren. Der pädagogische Anspruch unserer Arbeit ist die Förderung der Sprachfähigkeit, die Förderung von Konzentration und Feinmotorik, die Vorbereitung der Kinder auf die Einschulung, das Vermitteln hygienischer Grundnormen sowie das Einüben regelmäßiger Alltagsroutinen. An den Nachmittagen findet des weiteren eine Hortbetreuung von Kindern im Alter von 6-16 Jahren statt. Es nehmen ca. 20 Kinder an diesem Angebot teil. Aufgabenschwerpunkte sind in diesem Bereich die Vertiefung der deutschen Sprachkenntnisse, eine Verbesserung des Allgemeinwissens und die Schulung der Kinder und Jugendlichen im Einhalten von Regeln im Umgang miteinander. Im Rahmen der Freizeitgestaltung nutzen wir Angebote, die an uns von anderen Trägern, Vereinen und Verbänden etc. herangetragen werden. Zeitlich finden diese Angebote sowohl im normalen Tagesablauf statt als auch in den Ferien und zum Teil auch am Wochenende.

#### **2. Rahmenbedingungen unserer Arbeit**

Die Arbeit im Kindergarten wurde aufgrund der Initiative der Sozialbetreuer und Mitarbeiter der Flüchtlingsberatung des Diakonieverbundes Gera möglich. Zur Zeit ist der Flüchtlingskindergarten mit einer ABM-Stelle und einer FSJ-Stelle (Freiwilliges Soziales Jahr) im Rahmen des EU-Projektes „Verbesserung der psychosozialen Betreuung der Flüchtlinge in Gera“ über den Europäischen Flüchtlingsfond zum 3. Mal für ein Jahr besetzt.

Die Kinder in unserem Flüchtlingskindergarten sind geprägt durch die Kultur ihres Heimatlandes und durch die Flucht, wobei diese Prägung zum Teil politisch und sozial völlig abweichend von unseren deutschen Vorstellungen ist. Es stellt sich die Frage, was in dieser Situation möglich ist? Wir versuchen in unserer Arbeit auf angezeigte Probleme zu reagieren, die Eltern, die durch die Flucht und die Einstellung auf unsere Bedingungen in der Regel überfordert und psychisch überlastet sind, zu entlasten. Wir übernehmen einen Teil ihrer Erziehungsfunktion.

### **3. Gesundheitliche Betreuung**

Ein zentraler Baustein unserer Tätigkeit ist die Elternarbeit. Wir sehen in unserer täglichen Arbeit, dass die Kinder das Verhalten ihrer Eltern übernehmen. In unseren konkreten Fällen ist das z.B. das späte zu Bett gehen, langes Schlafen am Morgen, barfuss gehen, unregelmäßiges Essen. Hier versuchen wir, die Eltern zu mehr Regelmäßigkeit im Tagesablauf zu animieren. Die Eltern werden über die Wichtigkeit des Aufenthaltes ihrer Kinder an frischer Luft, auch bei schlechtem Wetter aufgeklärt, damit sie die Bewegung ihrer Kinder im Freien anregen und fördern. Wir informieren sie des Weiteren über die Bedeutung des Händewaschens mehrmals täglich. Ein Zahnarzt hält Vorträge über die Möglichkeiten, Zahnerkrankungen vorzubeugen, da unsere Erfahrungen es gezeigt haben, dass nicht informierte Eltern die Zahnpflege ihrer Kinder nur als Spaß ansehen. Im Kindergarten putzen die Vorschulkinder täglich mit Begeisterung ihre Zähne, die Schulkinder putzen nach eigenem Bedarf und Ermessen. Wir versuchen weiterhin die Eltern über eine gesunde Ernährung zu informieren, da viele Kinder den ganzen Tag über essen und zu viel naschen, zu wenig trinken und dann in der Regel nur gesüßte Getränke. Viele Schulkinder klagen über Kopfschmerzen. Um hier vorzubeugen, versuchen wir, sie zu mehr und ausreichend Schlaf und zum Trinken von viel Wasser anzuregen.

Unsere Arbeit am Thema Gesundheit wird durch infrastrukturelle „ungesunde“ Bedingungen erschwert: Der Flüchtlingskindergarten befindet sich im Keller des Asylbewerberheimes in Gera. Die Kellerräume, in denen wir arbeiten, sind immer kalt. Es gibt keine sanitären Möglichkeiten in unmittelbarer Nähe unserer Betreuungsräume, so dass die Kinder zu bestimmten Verrichtungen in ihre Wohnungen gehen müssen. Händewaschen und Zähneputzen ist über dem Gang möglich. Neben diesen infrastrukturellen Schwierigkeiten erleben wir immer wieder Uneinsichtigkeit der Eltern in Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder, die zum Großteil kulturell aber auch durch die derzeitige Lebenssituation der Flüchtlinge geprägt ist. Hier gilt es, immer wieder behutsam, vorsichtig und konsequent Überzeugungsarbeit zu leisten.

Körperliche Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen und Bauchschmerzen) sind oft der sichtbare Ausdruck der seelischen inneren Verfassung der von uns betreuten Kinder. Die Kinder leben häufig im Spannungsfeld zwischen den Anforderungen der Eltern an sich selbst (viele sind Analphabeten) und denen an ihre Kinder (sollen möglichst alles



erreichen). Die Hausaufgabenzeit wird von uns oftmals zum Reden genutzt, da die Kinder Sehnsucht nach verlassenen Familienmitgliedern, ihrem Heimatort, ihren Freunden und Haustieren haben. Eltern und Kinder sind durch das Verlassen ihrer Heimat häufig traumatisiert. Wichtig für unsere Arbeit ist ein sensibler, emphatischer Umgang mit den Betroffenen, die Tatsache „einfach nur für sie da zu sein“. Ein Verweis in psychotherapeutische Behandlung ist fernab der Realität. Projektbezogen betreut eine Psychologin einmal in der Woche einzelne Kinder, die traumatisiert und verhaltensauffällig sind. Werden in der Erziehungsarbeit Grenzsituationen erreicht, in denen Handlungshilfe erforderlich wird, steht eine Kinderpsychologin für eine Falldiskussion nach Absprache kurzfristig zur Verfügung. Sie sitzt dann gemeinsam mit Erziehern und Sozialarbeitern an einem Tisch, um das Kind und seine Familie besser zu verstehen und betreuen zu können.

Fallbespiele:

Medina aus Aserbajdschan verlor auf der Flucht ihre Eltern und ihren Bruder. Sie wohnt mit ihrer kranken Großmutter im Asylbewerberheim. Die Großmutter ist ihre einzige Bezugsperson, die ihr wichtig ist. Es kommt jedoch auch permanent zu Reibereien. Medina wurde in die 4. Klassen eingeführt, müsste aber in die 7. Klasse gehen. Sie besucht inzwischen die 6. Klasse einer Förderschule. Sie zeigt Verhaltensauffälligkeiten, lässt keine dauerhaften Bindungen zu, verwendet eine ordinäre Ausdrucksweise und agiert sofort in der Offensive. Häufige Bauch- und Kopfschmerzen führen zu Schulausfall.

Mohamed lebt mit seinen Eltern und seinem älteren Bruder im Heim. Seine Mutter ist psychisch krank (schizophren) und leidet unter diversen somatischen Störungen, die schubweise sehr akut auftreten. Der ältere Bruder unterstützt die Eltern und Mohamed, der selbst sehr zurückgezogen lebt, wenig spricht und mit Angst die Schule besucht.

Die Kinder der Familie O. erlebten eine mehrmalige Flucht, der Vater wurde ausgewiesen, ein erwachsener Sohn ist aus der Haft wieder in die Familie zurückgekehrt. Ein 14jähriger Sohn unterstützt den 18jährigen Sohn in seiner übernommenen Vaterrolle. Ein 12jähriger Sohn nässt ein. Die 11jährige Tochter unterstützt die Mutter in ihren Hausfrauenpflichten. Alle Kinder sind vom gesundheitlichen Wohlbefinden der Mutter abhängig, welches sehr instabil ist. Die Kinder ordnen sich nur widerwillig oder überhaupt nicht bestehenden Normen unter und rebellieren gegen Autoritäten außerhalb der Familie.

#### **4. Gesetzliche Rahmenbedingungen**

Laut Asylbewerberleistungsgesetz ist keine Vorsorge, Prophylaxe etc sondern nur die Behandlung von Schmerz- und Akutzuständen möglich. Gerade bei den häufig vorkommenden psychischen Störungen ist es oft ein langer Weg bis zur Diagnose. Die Patienten geben oft eher auf bzw. wollen nicht "auf diese Weise" krank sein. Hier ist das

Engagement und die Empathie der Sozialarbeiter, ob und in welchem Umfang Hilfe geleistet werden kann, ganz entscheidend.

### **Zusammenfassung der Workshop - Ergebnisse für die Podiumsdiskussion**

Gesundheitsförderung wird bereits seit einigen Jahren im Lebensraum Kindertagesstätte durchgeführt. Dort werden frühzeitig die Grundlagen für Gesundheit und Krankheit gelegt. Die Kindertagesstätte ist die erste Bildungsinstitution, die Kinder besuchen. Gerade in diesem Alter sind entsprechende gesundheitsschädigende Verhaltensweisen noch nicht verfestigt und es kann mit den größten Langzeitwirkungen bezüglich eines gesundheitsförderlichen Verhaltens gerechnet werden. Außerdem können dort alle Kinder erreicht werden, ohne sozial Benachteiligte zu stigmatisieren. Es besteht die Möglichkeit, auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Kindern verschiedener sozialer Schichten einzugehen und die Erzieher und Eltern einzubinden. Unter Einbeziehung aller Beteiligten kann ein gesunder Lebensraum mit entsprechenden Rahmenbedingungen sukzessive gestaltet und das jeweilige soziale Gefüge und die Organisation berücksichtigt werden.

Kinder brauchen persönlichkeitsstärkende Angebote, um ihre Handlungskompetenz bei der Alltagsbewältigung zu fördern. Diese ressourcenorientierten Angebote wurden im Projekt der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR – „Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten“ mit sieben verschiedenen thematischen Bausteinen (Ernährung, Bewegung, Kindersicherheit, Sucht- und Gewaltprävention, Sexualpädagogik und Erste Hilfe) vorgestellt. In spielerischer Weise werden im Projekt verschiedene Bereiche einer gesundheitsbewussten Lebensweise vermittelt und Verknüpfungen zwischen scheinbar unterschiedlichen Themen hergestellt und neben den Kindern die ErzieherInnen und Eltern einbezogen. Das Projekt läuft in Thüringen bereits seit 1996.

Vom Diakonieverbund Gera e.V. wurde ein EU-Projekt zur Verbesserung der Gesundheit von Flüchtlingskindern und deren Familien in einer Flüchtlings-Kindertagesstätte bekannt gemacht. In der Kindertagesstätte werden 13 Kinder von 0 bis 6 Jahren betreut. Ziele dieses Projektes sind es, Regelmäßigkeit in den Alltag zu bringen, hygienische Grundnormen zu verinnerlichen und am Nachmittag eine Hortbetreuung anzubieten. Einzelarbeit wird auch mit den Eltern geleistet, Elterabende sind wegen Sprachbarrieren nicht möglich. Als problematisch erwies sich auch die Kontinuität bzw. Diskontinuität des Projektes.

## **Workshop E:**

# **Setting Familie – pädagogische Arbeit mit Familien in sozialen Brennpunkten**

Moderation: Prof. Dr. Armin Sohns

ReferentInnen: Sandra Goldschmidt, Familienzentrum „Düne“ e.V. Sondershausen  
 Kathrin Nordhaus, Frauenzentrum Weimar e.V.  
 Sabine Guntau, Thüringer Koordinierungsstelle „Gewaltprävention“  
 der Landesregierung

### **Sandra Goldschmidt**

*Familienzentrum „Düne“ e.V. Sondershausen*

### **Angebote eines Familienzentrums für Körper und Geist**

Die Familie stellt die Keimzelle unserer Gesellschaft dar. Sie prägt die physische und psychische Lebens- und Entwicklungsfähigkeit der heranwachsenden Generationen. Sie vermittelt Grundwerte des menschlichen Miteinanders und prägt die Grundzüge sozialen Lernens. Das Bild der Familien hat sich in der heutigen Zeit verändert. Geschiedene Ehen, neu entstandene Familien, Einelternfamilien sowie immer mehr Familien mit nur einem Kind prägen unser Alltagsbild. Die Folgen können starke Verunsicherung und Überlastung bei der Erziehung in der Familie sein. Verstärkt wird das durch die hohe Arbeitslosigkeit und die immer größer werdende Zahl der Sozialhilfeempfänger, die mit dem Verlust sozialer Anerkennung und oft auch Isolation verbunden ist. Die einseitige Orientierung auf Individualismus, Konsum, Konkurrenz sowie Action – Erlebnissen als Ersatzbefriedigung beeinflussen immer mehr das Handeln der Familien. Naturerlebnisse, kreative und kommunikative Fähigkeiten sowie Gemeinschaftssinn werden zurückgedrängt, dadurch drohen Werte die für ein verträgliches und zukunftsförderliches Verhalten wichtig sind, zu verkümmern.

Das Familienzentrum arbeitet in Sondershausen, der Kreisstadt des Kyffhäuserkreises in Nordthüringen. Das Gebiet ist eine ländlich geprägte Region und wirtschaftlich nur schwach besiedelt. Durch die Schließung diverser Großbetriebe nach der Wende wurden viele Leute arbeitslos. Jeder vierte im erwerbsfähigen Alter im Kyffhäuserkreis ist als arbeitssuchend gemeldet. Vor allem Jugendliche und beruflich gut ausgebildete Fachleute kehren der Region den Rücken und überwiegend sozial schwache Familien bleiben. Hinzu kommt, dass in einem Stadtteil von Sondershausen eine sehr hohe Konzentration an Aussiedlern bzw. Ausländern zu verzeichnen ist. Aufgrund fehlender Ar-

beitsplätze nehmen viele Menschen lange Anfahrwege zur Arbeit in Kauf, bzw. arbeiten auf Montage oder als Kraftfahrer. Daher sind sie in der Woche nicht zu Hause und fehlen dem System Familie. Folge dieser hohen Belastung sind häufig Trennungen. Zunehmend kann ein Anwachsen der sozialen Probleme beobachtet werden. Gleichzeitig spüren wir, dass immer mehr gespart werden muss und deshalb die Vielfalt der Betreuungs- und Beratungsangebote für sozial Schwache und Hilfebedürftige auf dem Spiel steht. Es handelt sich um einen Kreislauf. Immer mehr Menschen verlassen die Region. Also steht auch immer weniger Geld zur Verfügung. Keine Rolle spielt dabei die Tatsache, dass gerade die Familien bleiben, die Probleme haben und dringend gesellschaftlicher Hilfe bedürfen. Wir haben es uns im Familienzentrum zur Aufgabe gemacht, vor allem für diese Familien da zu sein. Die Integration von Arbeitslosen, Alleinerziehenden, sozial schwachen Familien und jungen Frauen in der Elternzeit liegt uns dabei sehr am Herzen. Das Familienzentrum wurde am 12. Januar 1994 von engagierten Eltern gegründet, die der Meinung waren, dass in Sondershausen noch mehr für und mit Familien getan werden müsste. In den vergangenen Jahren haben wir uns von einer Frauen- und Familienbegegnungsstätte zu einem Zentrum für die Familie entwickelt und werden daher über die Richtlinie für Familienzentren vom Land Thüringen gefördert. Unsere Hauptaufgabenbereiche sind:

- Begegnung (z.B. Familienfrühstück, Eltern-Kind-Treff),
- Beratung (z.B. niedrigschwellige Angebote, Unterstützung bei Behördengängen),
- Betreuung (alternative Kinderbetreuung, wenn Kindereinrichtungen noch nicht oder nicht mehr geöffnet haben) und
- Bildung (z.B. Gesundheitsbildung).

Durch die Bildungsangebote sollen die Handlungskompetenzen zur Gestaltung des familiären Zusammenlebens erweitert werden, um Probleme eigenständig angehen zu können. Familienbildung versteht sich als Hilfe zur Selbst- und Nachbarschaftshilfe und leistet als solche präventive Arbeit. Familienbildung muss sich der aktuellen Vielfalt der Lebenslagen und –entwürfe öffnen, wenn sie ihrem Auftrag gerecht werden will, präventive Unterstützung in der Bewältigung des Alltags von Familien anzubieten.

Neben Angeboten zur Förderung der psychosozialen Gesundheit legen wir viel Wert auf Angebote zur Stärkung der körperlichen Gesundheit, z.B. Schwimmen, Radfahren, Wandern.

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Schwerpunkt unserer Arbeit, mit seiner Anlauf-, Orientierungs- und Stützfunktion, in der Schaffung präventiver Angebote für alle Lebensphasen der Familien besteht. Der integrative Ansatz unserer Arbeit wirkt der Ausgrenzung einzelner Gruppen entgegen, fördert die soziale Kompetenz der Familien und regt zu Selbsthilfeaktivitäten an. Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte erhalten Unterstützung zur besseren Wahrnehmung der Erziehungsverantwortung, Vermittlung, Aneignung und Erweiterung erzieherischer Kompetenzen. Wir wirken der

zunehmenden Überforderung und Orientierungslosigkeit entgegen, indem wir das Selbstwertgefühl und Verantwortungsbewusstsein für sich und andere bei Kindern, Eltern und Senioren fördern. Weiterhin unterstützen wir mit bedarfsgerechten Angeboten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

### **Kathrin Nordhaus**

*Frauenzentrum Weimar e.V.*

### **Sabine Guntau**

*Thüringer Koordinierungsstelle „Gewaltprävention“ der Landesregierung*

## **Häusliche Gewalt**

### **1. Informationen über Ausmaß, Folgen, Formen häuslicher Gewalt**

#### **Definition Häusliche Gewalt**

Häusliche Gewalt bezeichnet Gewaltstraftaten - physischer und psychischer Art - zwischen Personen

- in einer partnerschaftlichen Beziehung, die derzeit besteht, sich in Auflösung befindet oder aufgelöst ist (unabhängig vom Tatort, auch ohne gemeinsamen Wohnsitz),  
oder
- die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen, soweit es sich nicht um Straftaten ausschließlich zum Nachteil von Kindern handelt.

Kinder und Jugendliche, die in solchen Gemeinschaften leben, gelten hierbei als Opfer, da sie das Gewaltgeschehen miterleben. Gewalt innerhalb der Familie wird „als die bei weitem verbreitetste Form von Gewalt, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erfährt“, und als „gleichzeitig die am wenigsten kontrollierte und sowohl in ihrer Häufigkeit als auch in ihrer Schwere am stärksten unterschätzte Form der Gewalt“ benannt.

#### **Ausmaß:**

- 45 000 Frauen und Kinder flüchten pro Jahr in bundesdeutsche Frauenhäuser.
- Fast jede 3. Frau erfährt Gewalt durch ihren Partner.
- In 2/3 der Tötungsdelikte, in denen Frauen Opfer sind, stammen die Täter aus dem sozialen Nahraum.
- In 3/4 der sexuellen Gewaltdelikte stammen die Täter aus dem sozialen Nahraum. Über 90% dieser Fälle gelangen nicht zur Anzeige.
- Dunkelfeldforschung zu Häuslicher Gewalt:
  - In 48 Bevölkerungserhebungen aus allen Teilen der Welt geben 10-69 % der Frauen an, dass sie irgendwann in ihrem Leben

einmal von einem männlichen Intimpartner tötlich angegriffen worden seien.

- Nach einer Studie aus den USA sind 37 % aller Frauen, die sich in der Notaufnahme eines Krankenhauses wegen Verletzungen in medizinische Behandlung begeben haben, diese Verletzungen durch den gegenwärtigen oder einen früheren Partner zugefügt worden.
- In einer kanadischen repräsentativen Studie geben 29 % der Frauen ab dem Alter von 16 Jahren an, von ihrem gegenwärtigen oder einem früheren Partner körperlich misshandelt worden zu sein.
- In der Schweiz haben 20 % der befragten Frauen über Gewalterfahrungen berichtet.
- In Großbritannien wurden 25 % der Frauen im Verlaufe ihres Lebens von ihrem Partner oder Expartner gestoßen oder geschlagen.
- In den USA haben 28 % der Frauen wenigstens eine Episode körperlicher Gewalt von ihrem Partner angegeben.
- In den USA werden jährlich rund 4 % der Ehefrauen von ihren Ehemännern schwer misshandelt, ca. 12 % erleben „leichtere“ Formen der Gewalt.
- Nach einer Studie des österreichischen Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie ist laut Dunkelzifferschätzungen jede fünfte bis zehnte in einer Beziehung lebende Frau von Gewalt betroffen (1991).
- Zwei Drittel aller Morde werden im Familienkreis begangen, in 90 % der Mordfälle sind Frauen und Kinder die Opfer.
- Nach Schätzungen eines Polizeijuristen aus Österreich, der eine Untersuchung von Polizeieinsätzen durchgeführt hat, werden in Österreich jährlich etwa 150.000-300.000 Frauen misshandelt.
- In einer Frauenhausbefragung gaben 2/3 der Bewohnerinnen an, dass sie zuvor Hilfe gesucht hätten: an erster Stelle im privaten Bereich, an zweiter Stelle bei Institutionen.
- Einer Studie der Kriminologischen Forschungsstelle Niedersachsen (KFN) zufolge hatten 42,5 % der von sexuellem Missbrauch betroffenen Frauen noch mit niemand darüber gesprochen.
- Erste repräsentative deutsche Befragung 1992 der KFN zu „Opfererfahrungen“: Bei 62,7 % der Befragten unter 60 Jahren ging die Gewalt vom Partner aus, wiederholte Gewalt stellt eher die Regel als die Ausnahme dar, Frauen werden schwerer verletzt.

**Folgen:**

- Physische Folgen (Knochenbrüche, Schädigung der inneren Organe, Fehlgeburten, Unterleibsverletzungen, Tod)
- Psychische und psychosomatische Folgen (starke Ängste, Nervosität, Schlafstörungen, Essstörungen, zerstörtes Selbstwertgefühl, Sucht, Suizidgedanken u.a.)
- Ökonomische Folgen (finanzielle Abhängigkeit, Verlust des Arbeitsplatzes, Verlust von Eigentum u.a.)
- Soziale Folgen (soziale Isolation, Vereinsamung)
- Stockholm-Syndrom

**Formen:**

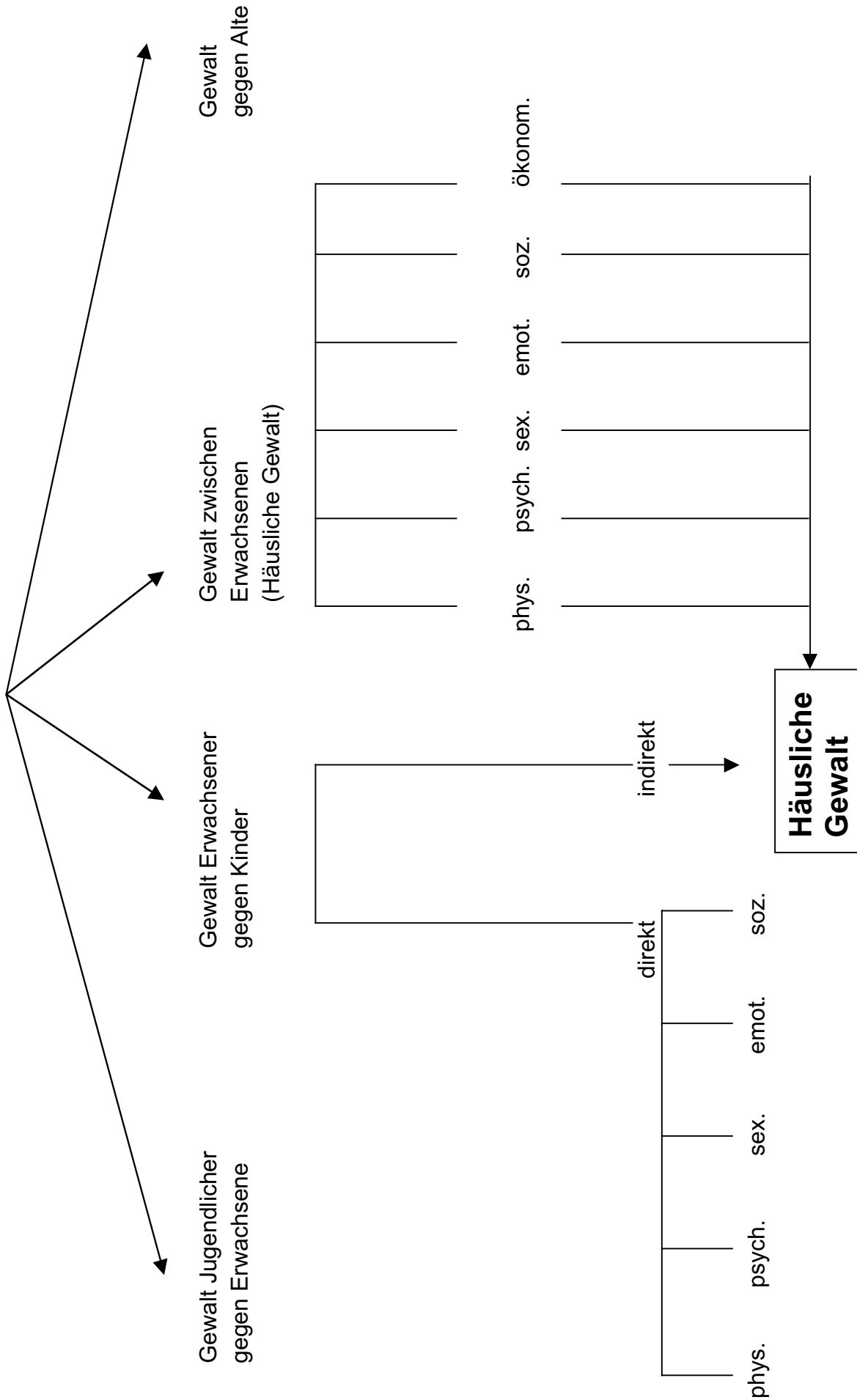
- **Physische Gewalt:** Schlagen, Treten, Würgen, Fesseln, Misshandlung mit Waffen u.a.
- **Psychische Gewalt:** Permanente Kontrolle, Beschimpfungen, Beleidigungen, Frau für verrückt erklären, Drohung, Todesdrohungen u.a.
- **Sexuelle Gewalt:** Zwang, Pornofilme anzusehen und Praktiken nachzustellen, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung u.a.
- **Soziale Isolation:** Kontaktverbote, Einsperren u.a.
- **Ökonomische Gewalt:** Entzug oder Zuteilung von Geld, Verbot eine Arbeitsstelle anzunehmen u.a.

**2. Fazit aus Untersuchungen zu häuslicher Gewalt:**

- Je bekannter Täter und Opfer miteinander sind, desto unbekannter ist die Tat. Häusliche Gewalt ist kein Randproblem.
- Gewaltkriminalität ist häufig Beziehungskriminalität, d.h. überwiegend Kriminalität von Männern als Täter gegenüber Frauen als Opfern.
- Häusliche Gewalt ist weltweit eine der häufigsten Verletzungshandlungen, kommt in allen Kulturen vor, kommt in allen sozialen Schichten vor, betrifft Frauen aller Altersstufen.
- Gewalt gegen Frauen stellt ein weltweites Gesundheitsproblem dar, das in seinem Ausmaß mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen vergleichbar ist und den Frauen in den westlichen Industrieländern durchschnittlich eins von fünf gesunden Lebensjahren kostet.

**3. Kinder als Betroffene häuslicher Gewalt (Anlage 1)****4. Kurze Vorstellung der Arbeit von Interventionsstellen in Thüringen (Anlage 2)**

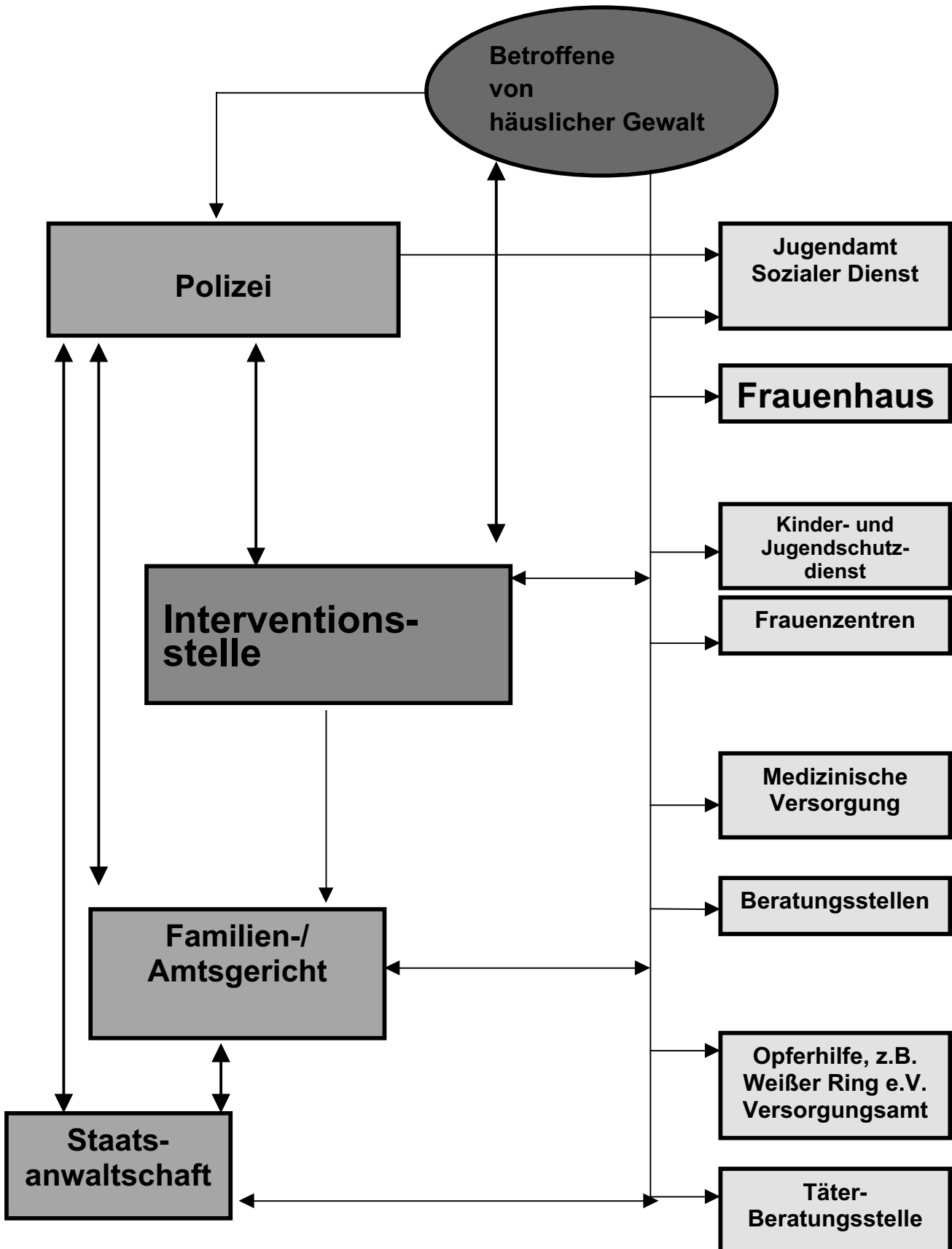
# Gewalt in der Familie





## Anlage 2

## Interventionsverlauf „Häusliche Gewalt“



## **Zusammenfassung der Workshop - Ergebnisse für die Podiumsdiskussion**

Der Workshop hatte zum Ziel, eine pädagogische Arbeit in sozialen Brennpunkten mit dem Fokus „Familienarbeit“ näher zu beleuchten. Dabei wurden moderne fachliche Ansätze dargelegt und mit drei unterschiedlichen Ansätzen beleuchtet.

Pädagogische Arbeit findet dabei grundsätzlich vor dem Hintergrund des Wandels der fachlichen Ansätze statt, der sich als langfristig konzipierte pädagogische Hilfe insbesondere abwendet von einer intervenierenden anleitungszentrierten Objektorientierung, bei dem Experten der Familie durch direktive Einflussnahmen die Verantwortung für deren Handlungen und ihre Auswirkungen reduzieren. An deren Stelle tritt eine umfeldfokussierte Subjektorientierung mit dem fachlichen Anspruch, die vielfältigen Einflussfaktoren auf die Alltagsgestaltung einzubeziehen und im Systems Familie die Stärkung von *Eigenaktivität* und *Selbstkompetenz* zu fördern. Hierzu bedarf es handlungsbezogener Konzepte und responsivitätsorientierter Ansätze, die einen ständigen Austausch über die Motivation und Ressourcen der Familien beinhaltet und deren Autonomie gewährleistet. Nur so lässt sich dem Anspruch Hilfe zur Selbsthilfe als zentralem pädagogischen Prinzip näher kommen.

## Verzeichnis der Moderatoren und Referenten der Fachtagung

Regina Blume  
Staatl. Regelschule "Johann Gutenberg"  
Friedrich-Wolf-Strasse 2  
07743 Jena  
Tel.: 03641-424323  
Email: [rblume@srs-johann-gutenberg.jetzweb.de](mailto:rblume@srs-johann-gutenberg.jetzweb.de)

Gerald Böhm  
Kompass gGmbH – Suchtberatung  
Wartburgallee 12  
99817 Eisenach  
Tel.: 03691-75610  
Email: [Suchtberatung-Eisenach@t-online.de](mailto:Suchtberatung-Eisenach@t-online.de)

Dr. Christel Cölln  
Verbraucherzentrale Thüringen e.V.  
Eugen-Richter-Straße 45  
99085 Erfurt  
Tel.: 0361-55514-0

Sandra Goldschmidt  
Familienzentrum „Düne“ e.V.  
August-Bebel-Strasse 5  
99706 Sondershausen  
Tel.: 0632-700410  
Email: [fzduene@web.de](mailto:fzduene@web.de)

Sabine Guntau  
Thüringer Koordinierungsstelle Gewaltprävention  
Steigerstrasse 24  
99096 Erfurt  
Tel.: 0361-3793281  
Email: [Sguntau@tim.thueringen.de](mailto:Sguntau@tim.thueringen.de)

Petra Franke  
Südstadtbüro Leinefelde  
Hahnstrasse 2  
37327 Leinefelde  
Tel.: 03605-519787  
Email: [suedstadtbuero@leinefelde.de](mailto:suedstadtbuero@leinefelde.de)

Winfried Funk  
Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit  
Referat 46  
Werner-Seelenbinder-Strasse 6  
99096 Erfurt  
Tel.: 0361-3798680  
Email: [FunkW@tmsfg.thueringen.de](mailto:FunkW@tmsfg.thueringen.de)

Dr. Eva-Maria Hähnel  
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR –  
Carl-August-Allee 1  
99423 Weimar  
Tel.: 03643-59223  
Email: [info@agethur.de](mailto:info@agethur.de)

Andreas Hemme  
Regiestelle E&C der Stiftung SPI  
Nazarethkirchstrasse 51  
13347 Berlin  
Tel.. 030-45798629  
Email: [hemme@eundc.de](mailto:hemme@eundc.de)

Gianna Hennig  
Drudel 11 e. V.  
Werner-Seelenbinder-Strasse 26  
07747 Jena  
Tel.: 03641-890412  
Email: [info@drudel11.de](mailto:info@drudel11.de)

Burkhild Kalbe  
Diakonieverbund Gera e.V.  
Eisenbahnstrasse 9  
07545 Gera  
Tel.: 0365-8007798

Dr. Holger Koch  
Kontakt in Krisen e.V.  
Magdeburger-Allee 114-116  
99086 Erfurt  
Tel.: 0361-7315066  
Email: [sozial@kik.jetzweb.de](mailto:sozial@kik.jetzweb.de)

Wolfgang Läer  
AOK – Die Gesundheitskasse in Thüringen  
Bereich Leistungsmanagement  
Samuel-Beck-Weg 4  
99097 Erfurt  
Tel.: 0361-657410  
Email: [wolfgang.laeer@thr.aok.de](mailto:wolfgang.laeer@thr.aok.de)

Prof. Dr. Eva Luber  
Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen  
Breitscheidstrasse 2  
39114 Magdeburg  
Tel.. 0391-8864477  
Email: [eva.luber@sgw.hs-magdeburg.de](mailto:eva.luber@sgw.hs-magdeburg.de)

Prof. Dr. Ronald Lutz  
Fachhochschule Erfurt, Fachbereich Sozialwesen  
Altonaerstrasse 25  
99084 Erfurt  
Tel.: 0361-6700510  
Email: [lutz@soz.fh-erfurt.de](mailto:lutz@soz.fh-erfurt.de)

Witold Maichrowitz  
Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. , Sektion Thüringen  
Dornburger Strasse 24  
07743 Jena  
Tel.. 03641-949749  
Email: [B9mawi@uni-jena.de](mailto:B9mawi@uni-jena.de)

Christine Morgenstern  
Gesundheits- und Hygieneamt Gera, Gesundheitsförderung  
Debschwitzer Strasse 26  
07545 Gera  
Tel.: 0365-7106264

Antje Müller  
Jugendberufshilfe Thüringen e.V.  
Linderbacher Weg 30  
99099 Erfurt  
Tel.:0361-4229010  
Email: [antje.mueller@jbhth.de](mailto:antje.mueller@jbhth.de)

Katrin Nordhaus  
Frauenzentrum Weimar e.V.  
Schopenhauerstrasse 21  
99423 Weimar  
Tel.: 03643-87116  
Email: [fh\\_nordhaus@web.de](mailto:fh_nordhaus@web.de)

Lothar Regling  
Staatl. Regelschule Apolda  
Werner-Seelenbinder-Strasse 6  
99510 Apolda  
Tel.: 03644-555556

Michael Rutz  
Thüringer Kultusministerium  
Werner-Seelenbinder-Strasse 6  
99096 Erfurt  
Tel.: 0361-3794188  
Email: [MRutz@tkm.thueringen.de](mailto:MRutz@tkm.thueringen.de)

Heike Schippel  
Staatl. Grundschule „Johannes Falk“  
Rathenauplatz 3  
99423 Weimar

Uta Schröder  
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR –  
Carl-August-Allee 1  
99423 Weimar  
Tel.: 03643-59223  
Email: [info@agethur.de](mailto:info@agethur.de)

Rainer Schwarz  
Regiestelle E&C der Stiftung SPI  
Nazarethkirchstrasse 51  
13347 Berlin  
Tel.. 030-45798627  
Email: [schwarz@eundc.de](mailto:schwarz@eundc.de)

Angelika Sciemer  
Jugendamt Rostock  
Paulstrasse 22  
18055 Rostock  
Tel.. 0381-3811066  
Email: [angelika.sciemer@rostock.de](mailto:angelika.sciemer@rostock.de)

Prof. Dr. Armin Sohns  
Fachhochschule Neubrandenburg, Fachbereich Sozialwesen  
Brodaer Strasse 2  
17033 Neubrandenburg  
Tel.: 0395-5693421  
Email: [sohns@fh-nb.de](mailto:sohns@fh-nb.de)

Birgit Vogt  
Magdeburger-Allee 114-116  
99086 Erfurt  
Tel.: 0361-7315066  
Email: [sozial@kik.jetzweb.de](mailto:sozial@kik.jetzweb.de)

Annegret Zacharias  
Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Landesbüro Thüringen und Sachsen-Anhalt  
Thomas-Mann-Strasse 13a  
07743 Jena  
Tel.: 03641-421847

Matthias Zeng  
Stadtratsfraktion Bündnis 90 7 Die Grünen in Erfurt  
Fischmarkt 1  
99084 Erfurt  
Tel.: 0361-6552030  
Email: [b90.gruene-fraktion@erfurt.de](mailto:b90.gruene-fraktion@erfurt.de)



**CARL-AUGUST-ALLEE 1  
99423 WEIMAR**

**TELEFON:  
0 36 43/ 5 92 23  
0 36 43/ 51 56 11**

**TELEFAX:  
0 36 43/ 50 18 99**

**EMAIL:  
[INFO@AGETHUR.DE](mailto:INFO@AGETHUR.DE)**

**INTERNET:  
[WWW.AGETHUR.DE](http://WWW.AGETHUR.DE)**