

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

Diplomarbeit

Gesundheitsförderung als Handlungsfeld
der Sozialarbeit

- dargestellt am Beispiel des Projektes
„Step by Step“

Diplomarbeit zur Erlangung des Grades eines
Diplom- Sozialpädagogen (FH)
der Hochschule Neubrandenburg

eingereicht von:

Sylvia Raßbach

Betreuer:

Prof. Dr. P. Schwab

weitere Gutachter:

C. Gottwald

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2009-0421-7

Zemitz, 27.01.2010

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....III

Abkürzungsverzeichnis.....IV

1	Einleitung.....	1
2	Ausgangslage.....	4
3	Gesundheit.....	8
4	Prävention und Gesundheitsförderung.....	11
4.1	Begriffsbestimmungen.....	11
4.1.1	Gesundheitsbezogene Prävention.....	12
4.1.2	Gesundheitsförderung.....	13
4.2	Gesundheitswissenschaftliche Bezugspunkte.....	18
4.2.1	Die Ottawa – Charta.....	18
4.2.2	Von der Pathogenese zur Salutogenese.....	21
4.2.2.1	Das Modell der Salutogenese und gesundheitlichen Ressourcen.....	21
4.2.2.2	Resilienz.....	23
4.2.2.3	Kohärenz.....	24
4.2.3	Empowerment.....	25
4.2.4	Partizipation.....	29
5	Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit.....	31
5.1	Lebensweltorientierung.....	33
5.2	Der Setting – Ansatz.....	35
5.3	Die Gender – Perspektive.....	38
5.4	Außerschulische Jugendarbeit.....	40
5.5	Kooperation von Schule und Jugendhilfe.....	42
6	Rechtliche Grundlagen.....	43
7	Projekt „Step by Step“	45
7.1	IN VIA Vorpommern e.V. – Kurzdarstellung.....	46

7.2	Vorbemerkungen zum Projekt.....	47
7.3	Geschlechterdifferenzierter Ansatz.....	52
7.4	Projektziele.....	54
7.5	Rahmenbedingungen.....	57
7.6	Projekthinhalte.....	58
7.6.1	Ernährung.....	59
7.6.2	Sport und Bewegung.....	62
7.6.3	Sucht- und Drogenprävention.....	64
7.7	Projektdurchführung.....	65
7.8	Ausgewählte Methoden.....	69
7.9	Projektauswertung.....	71
7.9.1	Organisation und Struktur.....	71
7.9.2	Aktivitäten.....	74
7.9.3	Selbstevaluation.....	77
8	Schlussbemerkungen zum Projekt.....	85
9	Fazit.....	89
	Quellenverzeichnis.....	V
	Anhang.....	XXI
	Eidesstattliche Erklärung	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell der Prävention und Gesundheitsförderung am Beispiel Ernährung.....	14
Abbildung 2: Typen gesundheitsbezogener Interventionen In Schulen.....	37
Abbildung 3: Erklärungsmodell für jugendliches Ernährungsverhalten.....	60

Abkürzungsverzeichnis

ABM	Arbeitsbeschaffungsmaßnahme
ebd.	Ebenda
e.V.	eingetragener Verein
f	folgende
ff	fortfolgende
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
KJHG	Kinder- und Jugendhilfe Gesetz
MAE	Mehraufwandsentschädigung
mod.	modifiziert
M -V	Mecklenburg – Vorpommern
o.g.	oben genannten
SAM	Strukturanpassungsmaßnahme
SGB	Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

1 Einleitung

Wie kann sozialpädagogisches Handeln zur Gesundheitsförderung beitragen?

Das Thema der Gesundheit und Gesundheitsförderung hat eine neue Aktualität in der Sozialen Arbeit gewonnen (vgl. Homfeldt/Sting 2006). Laut Homfeldt/Sting (2006: S. 210) ist es seit der Verkündung der Ottawa-Charta von 1986 um die Gesundheitsförderung leiser geworden. Die hohen Ansprüche an eine gesamtgesellschaftliche Veränderung mit Hilfe des Leitmotivs ‚Gesundheit‘ konnten nicht eingelöst werden. Die Autoren sind aber der Ansicht, dass der Sozialen Arbeit eine Schlüsselaufgabe bei der Auseinandersetzung mit einer stetig wachsenden gesundheitlichen Benachteiligung zukommt.

In der vorliegenden Arbeit möchte ich mögliche Perspektiven für die Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit aufzeigen. An Hand des Projektes ‚Step by Step – Gesundheitsförderung macht Schule‘ sollen theoretische Ansätze mit praxisbezogenen Verweisen des Handlungsfeldes Jugendarbeit verknüpft werden.

Ausgangspunkt und Leithypothese ist die Annahme, dass außerschulische Jugendarbeit vor allem in Kooperation mit Schule einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung von Jugendlichen leisten kann. Die Arbeit beschäftigt sich mit folgenden Fragestellungen: Was ist für Jugendliche Gesundheit? Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Setting Schule und dem Gesundheitsgefühl der Jugendlichen? Welchen Beitrag kann außerschulische Jugendarbeit zur Gesundheitsförderung der Jugendlichen beitragen? Besitzen die Jugendlichen ein Gesundheitsbewusstsein?

Kapitel 2 beschreibt die Ausgangslage für die Aktualität des Themas Gesundheitsförderung; gesamtgesellschaftlich und insbesondere für die Aufgaben der Kinder- und Jugendarbeit.

Kapitel 3 befasst sich mit dem Begriff Gesundheit in seinen unterschiedlichen Interpretationen.

Im darauf folgenden Kapitel werden die Begrifflichkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention definiert. Gleichzeitig werden gesundheitswissenschaftliche Bezugspunkte wie: Salutogenese, Resilienz, Kohärenz, Empoerment und Partizipation erläutert.

In Kapitel 5 wird Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit betrachtet. Der Setting - Ansatz und die Gender Perspektive werden im Einzelnen eingehend beschrieben.

Kapitel 6 befasst sich mit den gesetzlichen Grundlagen für die Gesundheitsförderung. Dem Aufgabenbereich der Kinder- und Jugendhilfe gilt dabei besondere Aufmerksamkeit.

Im Kapitel 7 wird das Projekt ‚Step by Step – Gesundheitsförderung macht Schule‘ beschrieben. Schwerpunkt des Projektes ist die außerschulische Jugendarbeit in Kooperation mit Schule.

Kapitel 8 wertet die Erfahrungen des Projektes aus. Ansätze und Möglichkeiten, aber auch Hindernisse der Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit werden an Hand der Ergebnisse ausgewertet.

Kapitel 9 schließt die Diplomarbeit mit einem Fazit ab.

In meiner Themenwahl wurde ich durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Seit 1995 arbeite ich in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit in Verein ‚IN VIA Katholische Mädchensozialarbeit Vorpommern e.V.‘. Insbesondere Mädchen und junge Frauen sind die Zielgruppe dieses Vereins (vgl. Punkt 7.1). Aufgabe ist es, die Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu fördern, damit sie ihr Leben zunehmend selbstverantwortlich und selbstbestimmt gestalten.

Die Jugendlichen suchen Schutzraum für die eigene Entfaltung und Anerkennung für das, was sie sind und tun. Jugendliche brauchen einen Raum, in dem sie so sein können, wie sie sind, und Menschen, denen sie vertrauen, damit sie die Fragen und Probleme loswerden, die sie wirklich haben. Insofern hat Jugendarbeit indirekt immer mit Gesundheitsförderung zu tun.

Paulus (2009: 15) betont, dass Gesundheitliche Probleme und Risiken eng mit gesellschaftlichen Mängellagen verbunden sind. Gesundheit und Gesundheitsverhalten stehen in direktem Zusammenhang mit der familialen Einkommenslage, dem Bildungsstand der Eltern, ihrer Beschäftigungssituation und den Wohn- und Umweltbedingungen. Die Wichtigkeit dieser Aussage lässt sich in eindrücklicher Weise auf die Region Vorpommern beziehen. Fehlende Infrastruktur, eine hohe Arbeitslosigkeit sowie eine unzureichende Mobilität sind keine Garantien für ein positives Gesundheitsempfinden. Dadurch wird verdeutlicht, dass das Thema Gesundheit als ein gesamtgesellschaftlich zu organisierendes Querschnittsthema betrachtet werden muss (vgl. Seifert, 2007).

Zur besseren Lesbarkeit wurde die maskuline Schreibweise verwendet, soweit nicht anders gekennzeichnet, bezieht sie sich immer auf beide Geschlechter.

2 Ausgangslage

„Sowohl Gesundheits- und Sozpolitik als auch das Gesundheitswesen und andere wohlfahrtsstaatliche Akteure stehen in der Verantwortung, gemeinsam neue Antworten auf die gesundheitlichen Probleme unserer Zeit, speziell der Kinder und Jugendlichen zu finden“ (Seifert, 2007, S. 71).

In den letzten Jahrzehnten ist die Lebenserwartung in Deutschland angestiegen. Auch der Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung hat sich deutlich verbessert. Allerdings gibt es dabei eine Ausnahme: Jugendliche sind die einzige Gruppe, in der steigende Mortalitätsraten und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verzeichnen sind (vgl. Kolip et al., 1995).

Ein Problem ist u.a. die unregelmäßige Ernährung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Repräsentativbefragung belegt, dass in der Altersgruppe von 12- bis 16-Jährigen 15 % ohne Frühstück in die Schule kommen (vgl. Homfeldt/Sting, 2006, S. 26).

Die KiGGS - Studie des Robert-Koch-Instituts (2006) belegt in einer repräsentativen Stichprobe, dass von den befragten Kindern und Jugendlichen

12,3% Übergewicht ca. 4,6 % davon stark übergewichtig/adipös

21,8 % psychische Erkrankungen

aufweisen. Ebenso hat die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in den letzten 30 Jahren nachgelassen.

Dabei weisen besonders sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche eine schlechtere Gesundheit und ein gesundheitsriskanteres Verhalten auf (vgl. Paulus, 2009, S. 15). Mehrere gesundheitliche Beeinträchtigungen haben direkte Auswirkungen auf schulische Lernleistungen sowie auf das Sozialverhalten.

Neben der Beeinträchtigung auf die aktuelle Gesundheit werden auch die Gesundheitsaussichten für die Zukunft gemindert. Auch Bildungs- und Berufserfolge werden dadurch beeinträchtigt (vgl.ebd.).

Bezugnehmend auf die Ottawa-Charta wird für ein Verständnis von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern- und Jugendlichen geworben, das auf eine Stärkung der Lebenssouveränität von Heranwachsenden durch die Verminderung bzw. den gekonnten Umgang mit Risiken und eine Förderung von Verwirklichungschancen, Entwicklungs- und Widerstandsressourcen“ abgezielt.¹

Die bisher weitgehend auf den Erwerb von sozialem Lernen, auf die Vermittlung von kulturellen und personalen Kompetenzen sowie auf die Befähigung zu praktischem Handeln ausgerichtete pädagogische außerschulische Praxis ist weiterzuentwickeln. Körper sowie Gesundheit und Wohlbefinden sollten Inhalte fachlicher Praxis der Kinder- und Jugendhilfe werden. Die Befähigung zu selbstverantwortlichem Denken schließt Gesundheit und Wohlbefinden mit ein und damit auch die Achtsamkeit gegenüber dem Körper. Der 13. Kinder- und Jugendbericht stellt eine Erweiterung des 12. Kinder- und Jugendberichts dar. Bildung ist nicht mehr losgelöst von Körpererfahrung und Leiblichkeit, von Wohlbefinden und Gesundheit (vgl. ebd. S. 17).

¹ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, S. 17.

Die Bedingungen des Auswachsens für Kinder und Jugendliche sind in Deutschland im Wandel begriffen. Unsere Gesellschaft ist durch „*die Pluralisierung der Lebensstile, Werthaltungen und Ziele gekennzeichnet*“ (13. Kinder- und Jugendbericht, 2009, S. 45). Dieser gesellschaftliche Wandel beinhaltet einerseits neue Gestaltungsmöglichkeiten, andererseits aber auch das Risiko des Scheiterns. Insofern stehen die Kinder und Jugendlichen vor einer großen Herausforderung, die sie alleine kaum bewältigen können. Um in dieser Gesellschaft zu bestehen sind die Jugendlichen aufgefordert, die Verantwortung für Leben selbst zu übernehmen. Hinzu kommt die ungleiche Verteilung dieser Möglichkeiten. Richter/Hurrelmann (2006) bestätigen die Annahme, dass Gesundheit und Gesundheitsrisiken in unserer Gesellschaft nicht gleich verteilt sind. Jugendliche haben in ihren Lebensbezügen sehr ungleiche Voraussetzungen und Chancen für die Gestaltung eines gesunden Lebens. Insofern ist es wichtig, bei den Konzepten der Gesundheitsförderung die Unterschiede der Adressaten zu berücksichtigen.

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Kinder und Jugendlichen haben mit Anpassungsproblemen zu tun, die sie in der Auseinandersetzung mit den kulturellen, sozialen und umweltbezogenen Anforderungen als eine Überforderung erleben.

Auch Zinnecker/Silbereisen (1996) betonen, dass sich die Kinder- und Jugendlichen nicht selten durch den gesellschaftlichen und kulturellen Wandel überfordert fühlen. Dieser Wandel bringt sozial ungleich verteilte gesundheitliche Risiken bzw. Chancen mit sich.

Jugendliche, die hauptsächlich aus sozial benachteiligten Familien stammen, mangelt es an geeigneten Ressourcen und Bewältigungsstrategien, um bevorstehende Entwicklungsaufgaben erfolgreich lösen zu können. Die soziale Unterprivilegierung spiegelt sich im Gesundheitszustand wieder, denn sozial benachteiligte Kinder- und Jugendliche weisen häufiger körperliche und psychische Beeinträchtigungen auf und entwickeln häufiger gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (vgl. Pott/Lehmann, 2002, S. 976ff).

Fehlende materielle Ressourcen, unterschiedliche Bildungsmöglichkeiten und Geschlecht haben einen nachhaltigen Einfluss auf die gesundheitliche Situation von Jugendlichen. Das Fehlen oder der erschwerte Zugang zu sozialen und ökonomischen Ressourcen führt zu einer höheren gesundheitlichen Belastung (vgl. Hanses/Sander, 2009, S. 386).

Diese Zusammenhänge müssen bei der Prävention und Gesundheitsförderung beachtet werden, da die Maßnahmen ansonsten an der Lebenswelt von Jugendlichen vorbei operieren. Dies gilt insbesondere für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche (vgl. ebd.).

Im 13. Kinder- und Jugendbericht (2009: 45) wird festgehalten, dass die institutionellen Ressourcen aus dem Bildungssystem, der Kinder – und Jugendhilfe- und dem Gesundheitssystem nur ungenügend in der Lage sind, die Ungleichheiten auszugleichen.

Mecklenburg – Vorpommern nimmt im Hinblick auf zahlreiche Gesundheitsindikatoren im Vergleich zu anderen Bundesländern nachrangige Positionen ein.² Bundesweit hat Mecklenburg - Vorpommern laut Angaben der Gesetzlichen Krankenversicherung die höchsten ProKopf - Ausgaben bei Arzneimitteln. Bewegung und Ernährung stellen wichtige Handlungsfelder präventiver Interventionen dar. Mecklenburg-Vorpommern verzeichnet von allen Bundesländern die höchste Rate an Tabakrauchern und Alkoholikern. Aus Daten der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und Drogen aus dem Jahr 2007 geht hervor, dass 49 % der Schülerinnen und 43 % der Schüler der 9. und 10 Klassen rauchten.³

Der Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention in Mecklenburg - Vorpommern (2008: 4) will den Blick stärker auf die Frage richten, welche Faktoren die Gesundheit fördern, schützen und erhalten.

² Vgl. ebd., S. 3.

³ Vgl. ebd., S. 14.

Der Landesaktionsplan (ebd.) erklärt, [...] „*dass Gesundheit wesentlich durch Anerkennung im sozialen und gesellschaftlichen Umfeld, Lebensfreude, die Fähigkeit zur aktiven Lebensgestaltung sowie zu einer ausgewogenen Balance zwischen An- und Entspannung bestimmt wird*“.

3 Gesundheit

Gesundheit wird sehr verschieden definiert (vgl. Waller, 2002). Häufig wird der Begriff in Gegenüberstellung zum Begriff ‚Krankheit‘ gesehen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierte 1984 Gesundheit wie folgt:

„(Gesundheit ist) das Ausmaß, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, einerseits ihre Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen, andererseits aber auch ihre Umwelt meistern oder verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit ist ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen der Menschen ebenso betont wie deren körperliche Leistungsfähigkeit“.

Am bekanntesten ist aber wohl diese Definition der WHO aus dem Jahr 2000: *„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 2000 zit. nach Möller, 2002, S. 9).*

Damit wird ein ‚Idealzustand‘ von Gesundheit beschrieben, den es in der Realität nicht gibt. Die tatsächliche Gesundheit ist abhängig von einer persönlichen Wertung des Zustands der Gesundheit (vgl. Hurrelmann/Franzkowiak, 2003, S. 53).

Je nach Lebensalter, Geschlecht, sozioökonomischer Lage und kulturell-religiöser Orientierung ändert sich die Sichtweise auf die Gesundheit (vgl. Möller, 2002, S. 9). So gesehen läßt sich die tatsächliche Gesundheit nur schwer bestimmen.

Gesundheit ist eine soziale Konstruktion, sie entsteht durch gesellschaftliche Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitsdiskurse (vgl. Hanses/Sander, 2009, S. 395).

In der Medizin wird Gesundheit als *„das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher und geistiger und seelischer Störungen oder Veränderungen beziehungsweise ein Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können“* bezeichnet (Pschyrembel, 1994, S. 538).

Gesundheit bezieht sich auf die Selbstwahrnehmung und Selbstbeurteilung eines jeden Menschen (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 117).

Gesundheit wird als physisches, psychisches, soziales, ökologisches und spirituelles Wohlbefinden verstanden (vgl. Paulus, 2009, S. 12).

Nach Faltermaier (1999: 38) ist Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Die Gesundheit variiert zwischen einer maximalen und minimalen Gesundheit. Daher sind alle Menschen auf diesem Kontinuum einzuordnen. Somit ist festzuhalten, dass es nicht mehr den einen bestimmbaren Gesundheitszustand, sondern viele Zustände; Variations- und Entwicklungsmöglichkeiten gibt.

Aus diesem Grund kann es keine universell gültige Norm von Gesundheit geben, sondern nur individuell und relativ bestimmbare Orte und Bewegungen auf dem Kontinuum. Dadurch kann Gesundheit bei allen Menschen gefördert werden. Gesundheit wird somit nicht mehr objektiv und allein durch medizinische Experten bestimmt, sondern sie bedarf auch der subjektiven Einschätzung durch das Individuum (ebd., 1999, S. 40 ff).

Gesundheit und ihre Förderung müssen stärker im Kontext des Lebenslaufes und seiner Veränderungen betrachtet werden, subjektive Möglichkeiten müssen im Vordergrund stehen (vgl. Faltermaier, 1999, S. 46). Dabei muss Gesundheit ganzheitlich und multidimensional verstanden werden und auf einer körperlichen, sozialen und psychischen Ebene verortet werden.

Neuere Untersuchungen über Konzepte von Gesundheit zeigen, dass erwachsene Menschen vorwiegend ein differenziertes und positives Verständnis von Gesundheit haben. Dieses Verständnis umfasst mehr als die Abwesenheit von Krankheit (vgl. Faltermaier, 1998). In der Bevölkerung dominieren die positiven Dimensionen von Gesundheit (vgl. Blaxter, 1990).

Die produktive Anpassung an die Lebensbedingungen und die Selbstverwirklichung charakterisieren eine dynamische Balance der Gesundheit (vgl. Hurrelmann/Franzkowiak, 2006). Gesundheitserhaltende Kräfte haben in diesem Modell ein viel stärkeres Gewicht bekommen als zentrale salutogene Einflüsse. Stressoren und Risiken sind nicht notwendigerweise ungünstig und pathogen, sondern werden als selbstverständliche Bestandteile des Lebens verstanden, die nicht zu vermeiden sind (vgl. Faltermaier, 1999, S. 40).

Gesundheit wird als physisches, psychisches, soziales, ökologisches und spirituelles Wohlbefinden verstanden (vgl. Paulus, 2009, S. 12).

Gesundheit ist von sozialen Rahmenbedingungen abhängig. Das Risikoverhalten von Personen steht in engem Zusammenhang mit den Risikolebenslagen. Deshalb sollte außerschulische Jugendarbeit die gesundheitlichen Probleme als Verweis auf die sozialen Lebenslagen thematisieren (vgl. Sting/Zurhorst, 2000).

Dem Gesundheitsverständnis des Landesaktionsplans zur Gesundheitsförderung und Prävention in Mecklenburg – Vorpommern liegt ein ganzheitliches biopsychosoziales Gesundheitsverständnis basierend auf der Ottawa –Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Grunde. Gesundheit und Krankheit sind danach als bio-pycho-soziale Prozesse zu verstehen, die durch eine Vielzahl an Determinanten beeinflusst werden. Die Determinanten beinhalten sowohl Ressourcen als auch Belastungen.⁴

4 Prävention und Gesundheitsförderung

4.1 Begriffsbestimmungen

„Das unverbindliche Zauberwort ‚Prävention‘ wurde seit einiger Zeit teilweise abgelöst und ergänzt durch den neuen Trendbegriff der Gesundheitsförderung“ (Franzkowiak & Wenzel, 1990).

Der Begriff der Gesundheitsförderung wird dabei für unterschiedliche Aktivitäten und Maßnahmen verwandt, häufig ohne zu klären, was damit genau gemeint ist. Faltermaier betont (1999: 28), dass Gesundheitsförderung begrifflich oft sehr unscharf und nahezu inflationär verwendet wird. Seiner Auffassung nach ist in der Praxis die Gesundheitsförderung selten mehr als das, was früher unter Prävention verstanden wurde. Er kritisiert, dass im Grunde alles beim Alten geblieben ist, aber durch eine neue Rhetorik suggeriert wird, dass sich wesentliche Dinge verändern. Eine grobe Unterscheidung kann daher nur durch die unterschiedlichen Implikationen vorgenommen werden.

⁴ Vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg – Vorpommern (2008): Landesaktionsplan Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg – Vorpommern. S. 6.

Prävention richtet seinen Blick insbesondere auf (präventierbare) Krankheit, die auch als Pathogenese bezeichnet wird. Gesundheitsförderung bezieht sich stärker auf die Produktion von Gesundheit, die sogenannte Salutogenese (vgl. Geene, 2003, S. 44).

4.1.1 Gesundheitsbezogene Prävention

Prävention versucht Gesundheitsprobleme und Krankheiten durch die Verminderung von Belastungen und Risiken zu vermeiden (vgl. BzgA, 2001, S. 23).

Das Ziel der Risikofaktorenprävention ist immer die Verhinderung einer spezifischen Krankheit. Personen werden mit Risikomeerkmalen versehen. Dadurch entsteht die Gefahr der Stigmatisierung. Die Angst der Betroffenen vor dieser Krankheit soll zu einer Verhaltensänderung führen (vgl. Faltermaier, 1999, S. 31).

In der Sozialen Arbeit lassen sich Maßnahmen zur *Prävention* und in Maßnahmen zur konkreten *Intervention* unterscheiden (vgl. Böllert, 1995). Bei gesundheitlichen Problemen ist festzuhalten, dass die Soziale Arbeit kaum für Interventionen zuständig ist. Deshalb ist gesundheitsbezogene Soziale Arbeit auch weitestgehend im Bereich der Prävention zu finden (vgl. Homfeldt/Sting, 2006, S. 158). Was passiert mit der Zielorientierung von Prävention, wenn man Überlegungen zur Pluralisierung der Wert- und Normorientierungen und zur Ausdifferenzierung der Lebensentwürfe miteinbezieht? Im Zentrum neuerer Präventionsansätze steht deshalb die ‚Selbstbestimmung‘. Es wird an Selbstwert und Kompetenzen, Stärken und Ressourcen angeknüpft (vgl. ebd., S.161).

Im Bereich der Gesundheitsförderung könnte die Aufgabe der Prävention sein, ‚Stressfaktoren in der sozialen Umwelt‘ zu reduzieren oder Risikoverhaltensweisen abzubauen (vgl. Faltermaier, 1999, S. 35).

Der ‚Lebensweisenansatz‘ begründet eine Prävention, die es als Aufgabe betrachtet, Jugendliche zu produktiveren Bewältigungsstrategien zu befähigen (vgl. Helfferich, 1994, S. 165). Dazu gehören die Vermittlung sinnstiftender Selbsterfahrungen, das Erlernen eines kontrollierten Umgangs mit Alltagsdrogen und die Entwicklung von Kreativität. Darüber hinaus geht es darum, Konflikte wahrzunehmen, auszutragen und sie zu lösen

Die von der WHO (1986) formulierte Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung setzt daher den Fokus auf Gesundheit statt auf Krankheit. Positive Zustände sollen dabei gefördert werden, statt negative zu vermeiden. Dieses Ziel kann soll durch Stärkung der Selbstbestimmung der Personen über ihre Lebensumstände erreicht werden.

4.1.2 Gesundheitsförderung

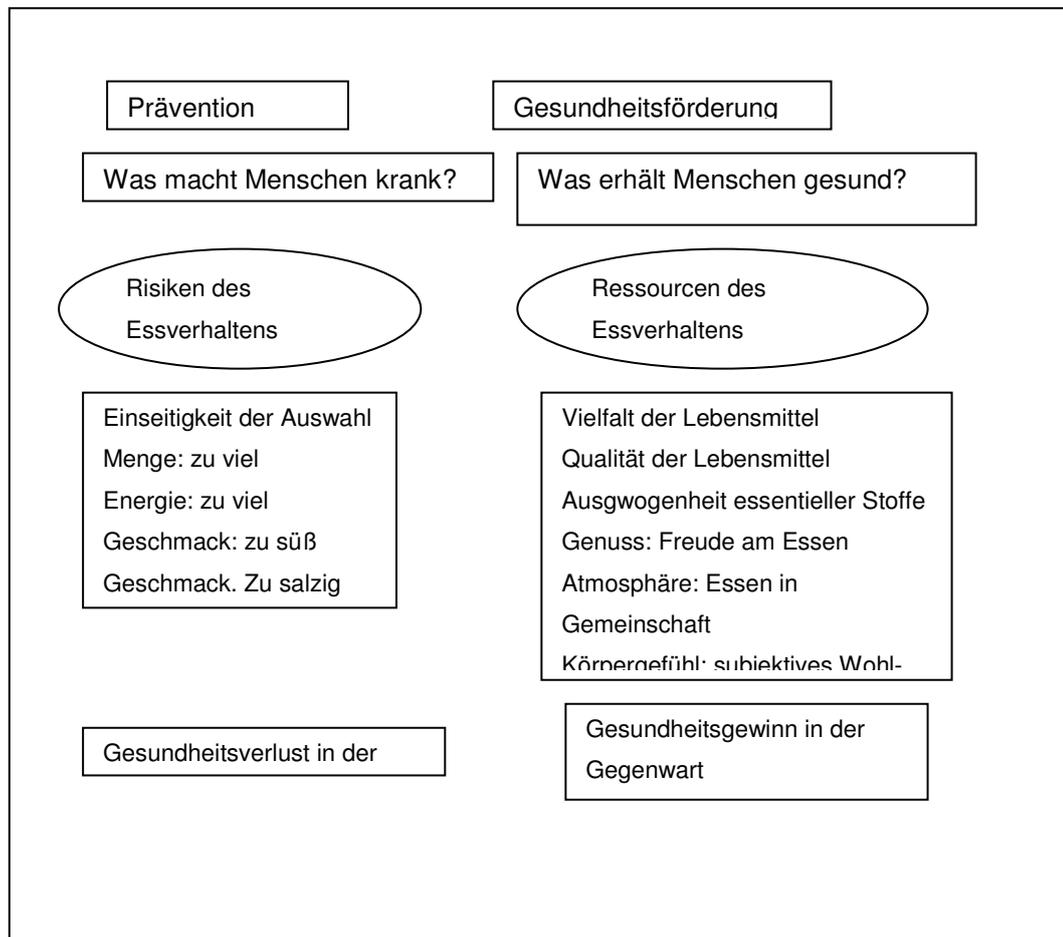
Gesundheitsförderung ist neben der Prävention eine der Strategien der Gesundheitsbildung (vgl. Paulus, 2009, S. 30).

Der Begriff ‚Gesundheitsförderung‘ wurde durch das gesundheitspolitische Aktionsprogramm ‚Gesundheit für alle 2000‘ formuliert. Bereits in den 80er Jahren wurden die Ziele und Grundsätze durch die WHO definiert (vgl. Kaba-Schönstein, 2003, S. 73).

Gesundheitsförderung ist eine Strategie, bei der die Lebensbedingungen der Menschen durch die ‚Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten‘ verbessert werden (vgl. Hurrelmann et al., 2004, S. 11).

Der Aufbau und die Weiterentwicklung von gesundheitsbezogenen Bewältigungskompetenzen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene kann als Aufgabe der Gesundheitsförderung betrachtet werden.

Abb.1 Modell der Prävention bzw. Gesundheitsförderung am Beispiel Ernährung (mod. nach Heinle, 2003)



Die Stärkung der Eigenverantwortung und Hilfe zur Selbsthilfe sind Schwerpunkte der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung wird als ein Prozess verstanden, der Menschen beim Aufbau und bei der Stärkung individueller gesundheitsbezogener Strukturen in den Lebenswelten unterstützt. Dabei wird Gesundheitsförderung als eine Querschnittsaufgabe verstanden⁵.

⁵ Vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg – Vorpommern (2008): Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg – Vorpommern. S. 6.

„Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen, die bewusst auf die Förderung der Gesundheit und die Bewältigung von Krankheiten angelegt sind[...]. Ein Hauptmerkmal der Gesundheitsförderung ist zweifelsohne die ‚Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik‘ mit ihren Möglichkeiten durch gesetzgeberische, steuerrechtliche, ökonomische und andere Formen der Veränderung der physischen und sozialen Umwelt einen gesellschaftlichen Wandel herbeizuführen“ (Tones, 1990).

Mit der Gesundheitsförderung sind eine Reihe von Maßnahmen verbunden (vgl. Naidoo/Wills, 2003, S. 71). Dazu gehören:

- die Förderung gesunder Lebensweisen,
- die Verbesserung des Zugangs zu den Gesundheitsdiensten und der Beteiligung der Menschen an den Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen,
- die Förderung einer physischen und sozialen Umwelt,
- die Aufklärung der Menschen über die Funktionsweise und Gesunderhaltung ihres Körpers.

Gesundheitsförderung lässt sich von drei Prinzipien leiten:

1. Partei ergreifen und Interessen artikulieren (advocacy)
 2. Befähigen und ermöglichen (enabling)
 3. Vermitteln und weitergeben (mediating)
- (vgl. Hildebrandt, 1992, S. 9).

Hildebrandt sieht das Ziel der Gesundheitsförderung darin, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Aufgabe der Gesundheitsförderung ist es, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit die Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen.

Die Einflussnahme auf die Gesundheit ist nur dann möglich, wenn die Menschen auf die Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können(vgl. ebd., S.112f).

Gesundheitsförderung im Bereich der Jugendarbeit bedeutet, Selbstwertgefühl zu vermitteln. Die jungen Menschen sind darin zu unterstützen, dass sie ihre persönlichen Fähigkeiten zur Einflussnahme auf ihr Leben und ihre Umwelt erkennen, sich selbst, ihre Gefühle und inneren Bedürfnisse ernst nehmen und achten (vgl. ebd., S. 32).

Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ist die Reduktion von Stressoren und Defiziten und die Stärkung von Kompetenzen und Ressourcen ein dominantes Denkmodell (vgl. Sommer/ Ernst, 1997). Auch bei Antonovsky (1997) (Modell der Salutogenese) ist das Verhältnis von Ressourcen und Stressoren von besonderer Bedeutung. Gesundheitsförderung im Bereich der Salutogenese bedeutet die Förderung von Ressourcen.

Personale Ressourcen werden vor allem in verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen (wie z. B. Kontrollüberzeugungen, Selbstwertgefühl, Optimismus, Ich-Identität), in Wissen und Intelligenz, oder in spezifischen Handlungskompetenzen gesehen; körperliche Ressourcen können bestimmte Merkmale des Organismus, aber auch das subjektive Körpergefühl umfassen. Materielle Ressourcen schließen vor allem die Verfügbarkeit von Geld und über wichtige Güter und Dienstleistungen ein; als soziale Ressourcen werden insbesondere die soziale Unterstützung in Belastungssituationen und die Einbindung in stabile Netzwerke und Beziehungen verstanden; schließlich bestehen soziokulturelle Ressourcen vor allem in der Integration in stabile Kulturen und philosophisch-religiöse Überzeugungssysteme (vgl. Faltermaier, 1999, S. 42).

Auch Rosenbrock et al. (2004: 238) vertreten die Auffassung, dass Gesundheitsförderung die Stärkung gesundheitsrelevanter Ressourcen beinhaltet.

Gesundheitsförderung sollte sich orientieren an:

- einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff,
- einem Verständnis der Adressaten als Subjekte,
- einer Förderung von gesundheitlichen Ressourcen und einer Berücksichtigung von lebensweltlichen Strukturen und Zusammenhängen (vgl. Faltermaier, 1999, S. 45).

Gesundheitsförderung sollte auf eine Subjekt- und Lebensweltorientierung abzielen.

Subjektorientierte Gesundheitsförderung

Die subjektorientierte Gesundheitsförderung lässt sich in folgende Bestandteile gliedern:

- einem ganzheitlichen – positiven Gesundheitsbegriff,
- der Orientierung am Subjekt und seinen Alltagskompetenzen,
- der Förderung von Ressourcen und der Berücksichtigung eines lebensweltlichen und sozialen Kontextes (vgl. Faltermeier, 1999, S. 27).

Gesundheitsförderung wird somit zur Aufgabe aller beteiligten Akteure gesehen und nicht nur als medizinische Domäne (vgl. ebd. S, 31).

Gesundheit ist nach dem salutogenistischen Ansatz mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit bewegt sich nach diesem Modell zwischen einer minimalen und einer maximalen Gesundheit. Somit sind alle Menschen auf diesem Kontinuum einzuordnen.

Gesundheitsförderung darf sich nicht nur an der Salutogenese orientieren, sondern sie muss auch partizipativ sein, indem sie sich an den subjektiven Vorstellungen, Kompetenzen und sozialen Strukturen der Adressaten orientiert.

„Der Aufbau und die Weiterentwicklung von gesundheitsbezogenen Bewältigungskompetenzen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene kann als eine große und komplexe Aufgabe der Gesundheitsförderung gesehen werden,[...]“

(Faltermaier, 1999, S. 41).

4.2 Gesundheitswissenschaftliche Bezugspunkte

4.2.1 Die Ottawa – Charta

Es gibt viele Versuche, ein umfassendes und positives Gesundheitsverständnis zu entwickeln. Ausgangspunkt dieser Bestrebungen war die Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die sich in ihrer Präambel aus dem Jahr 1946 von der dominierenden medizinischen Sichtweise absetzte. Dabei wird die Gesundheit ‚als Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens definiert und nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen‘ angesehen (vgl. Hurrelmann, 1994, S.16).

Unter dem Dach der Weltorganisation WHO fand 1986 die Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung im kanadischen Ottawa statt.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können“ (WHO, 1986).

In der Ottawa -Charta soll sich die Gesundheitsförderung an Gesundheit und nicht an Krankheit orientieren, dabei sollen positive Zustände gefördert und negative vermieden werden (vgl. Faltermaier, 1999, S. 31).

Zu den wichtigsten Handlungsstrategien der Ottawa-Charta gehören:

- die Anwaltschaft für Gesundheit,
 - Befähigen und Ermöglichen,
 - Vermitteln und Vernetzen,
- (vgl. Kaba - Schönstein, 2003, S. 74).

Die entsprechenden Handlungsfelder und –ebenen sind:

- die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik,
- die Schaffung unterstützender Umwelten für die Gesundheit,
- die Entwicklung der Kompetenzen des Einzelnen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, einschließlich Informations- und Bewältigungsstrategien,
- die Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, einschließlich sozialer Unterstützung und Netzwerkbildung,
- die Neuorientierung der Gesundheitsdienste über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinaus und die Verbesserung des Zugangs zu den Gesundheitsdiensten (vgl. ebd.)

„Alle Menschen der Welt (sollen) bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau erreichen, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen“ (WHO, 1993, S1).

Mielck (2000a: 11) formuliert dieses Ziel wie folgt:

„Alle Menschen sollen unabhängig von Ausbildung, beruflichen Status und/oder Einkommen, die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. zu werden.“

Diese Aussage läßt sich auch als ‚gesundheitliche Chancengleichheit‘ verstehen.

Die Ottawa-Charta ist ein Grundsatzpapier von besonders hoher weltweiter Bedeutung (Naidoo / Wills, 2003; Kaba - Schönstein, 2003). Leider finden sich keine Spezifizierungen, wie die gewünschten Veränderungen zu erreichen sind.

Rosenbrock (2004: 13) kritisiert das Konzept der Ottawa-Charta, da er der Ansicht ist, dass Gesundheitsförderung nicht die Prävention ersetzen kann und auch keine Ergänzung dafür sein kann. Das Ziel ist nach wie vor die Senkung der Wahrscheinlichkeit zu erkranken.

Holmfeldt/Sting (2006: 163) merken an, dass die Ottawa –Charta zur Gesundheitsförderung 20 Jahre nach ihrer Verabschiedung einen großen und propagandistischen Erfolg gehabt hat, aber wenig praktische Auswirkungen. Sie sehen das Problem darin, dass die Ottawa –Charta sich an alle möglichen Akteure wendet, aber an niemand Konkreten. Die Verfasser sind der Ansicht, dass die Ottawa – Charta sich als übergreifende Harmonieformel an rational handelnde, sozial verantwortliche ‚professionals‘ in einer Welt ohne Widersprüche und gegenläufige Interessen wendet.

Toni Faltermaier (1999: 31) betont ebenfalls, dass die Ottawa-Charta eine ziemlich allgemein formulierte politische Erklärung ist. Er vertritt die Ansicht, dass die Gesundheitsziele in der Ottawa-Charta ‚äußerst vage gehalten‘ sind und keine konkreten Orientierungen für die Praxis bieten. Faltermaier beschreibt die Ottawa-Charta als vieldeutig, so dass eine Vielzahl von ‚Interpretationen und Projektionen‘ möglich sind.

Altgeld (2006) betont dagegen die Aktualität der Ottawa-Charta bedingt durch den gesellschaftlichen Wandel und die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Die in der Ottawa-Charta beschriebenen Handlungsaufträge der Gesundheitsförderung, wie z.B. die ‚Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten‘, die ‚Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen‘ und die ‚Entwicklung persönlicher Kompetenzen‘ korrespondieren mit den sozialpädagogischen Ansätzen der außerschulischen Jugendarbeit

(vgl. Altgeld/Kolip, 2007, S. 33). Das Konzept der Ottawa-Charta beinhaltet eine Reihe von Berührungspunkten mit den Aufgabenfeldern und Prinzipien der Sozialen Arbeit (vgl. Homfeldt/Sting, 2006, S. 16).

Im Sinne der Ottawa-Charta hat Gesundheitsförderung die Aufgabe, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht, 2009, S. 73).

4.2.2 Von der Pathogenese zur Salutogenese

4.2.2.1 Das Modell der Salutogenese und gesundheitlichen Ressourcen

Das Konzept der Gesundheitsförderung beinhaltet die salutogenistische Perspektive. Sie fordert die Stärkung von Ressourcen und Potentialen und somit eine Abwendung von der Pathogenese, den Risiken und den Risikofaktoren. Gesundheitsförderung wird in diesem Fall als gleichrangige Ergänzung, der an pathogenen Risiken orientierten Prävention gesehen (vgl. Kaba-Schönstein, 2003, S.73).

Personale Ressourcen werden vor allem in verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen (wie z.B. Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugungen und Optimismus) gesehen. Körperliche Ressourcen können bestimmte Merkmale des Organismus sein, aber auch das subjektive Körpergefühl umfassen. Materielle Ressourcen schließen vor allem die Verfügbarkeit von Geld, wichtigen Gütern und Dienstleistungen ein. Als soziale Ressourcen werden insbesondere die soziale Unterstützung in Belastungssituationen und die Einbindung in stabile Netzwerke und Beziehungen verstanden. Soziokulturelle Ressourcen bestehen vor allem in der Integration in stabile Kulturen und philosophisch - religiöse Überzeugungssystemen (vgl. Faltermaier, 1999, S. 42).

Aus der salutogenistischen Perspektive ist Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit, sie weist positive bestimmbare Inhalte auf. Die Gesundheit variiert zwischen einer maximalen und minimalen Gesundheit. Daher sind alle Menschen auf diesem Kontinuum einzuordnen (vgl. Faltermeier, 1999, S. 38).

In diesem Zusammenhang lautet die Frage, wie die Gesundheit erhalten oder gefördert werden kann und was dazu beitragen kann, dass sich Menschen in die positive (oder negative) Richtung bewegen? Stressoren und Risiken sind nicht notwendigerweise ungünstig und pathogen, sondern werden als selbstverständliche Bestandteile des Lebens verstanden, die nicht zu vermeiden sind (vgl. ebd., S. 40).

Das Konzept der Salutogenese wird dadurch begrenzt, dass ein für seine Gesundheit aktiv handelndes Individuum im Modell nicht vorgesehen ist und dass somit auch die subjektiven Voraussetzungen für Handeln nicht ausgearbeitet sind. Im Konzept ist kein *aktives Subjekt* vorgesehen, Menschen erscheinen in ihren reaktiven Momenten, sie kümmern sich nicht bewusst und aktiv um ihre Gesundheit. Für die Umsetzung des Gesundheitshandelns in den Alltag müssen nicht nur die Gesundheitsvorstellungen im engeren Sinn, sondern auch motivationale Bedingungen berücksichtigt werden, die über Gesundheit hinausgehen, sie betreffen etwa die Identität, das Lebenskonzept und die Lebenssituation einer Person. Subjektive Vorstellungen und die Struktur von Alltagshandlungen müssen berücksichtigt werden (vgl. Faltermaier, 1999, S. 44).

Aus dem Konzept der Salutogenese folgen Konsequenzen für die Gesundheitsförderung. Gesundheit ist damit kein stabiler Zustand, sondern muss in der Auseinandersetzung mit sich verändernden Gegebenheiten aktiv hergestellt werden (vgl. Faltermaier, 1999, S. 41). Das Modell der Salutogenese erfordert eine Praxis, die an Gesundheit orientiert sein muss und die eine Förderung jener Kräfte impliziert, die Gesundheit positiv beeinflussen. Dabei hängen die Ziele der Gesundheitsförderung von der jeweiligen Ausgangsposition einer Person ab und sind daher immer neu zu bestimmen.

Das Salutogenese – Modell bietet eine Reihe von Anschlussmöglichkeiten für die Sozialarbeit. Die Gesundheitsförderung wird um psychosoziale, entwicklungs- und bildungsbezogene Aspekte ergänzt (vgl. Sting, 2002, S. 92 ff).

Anselm Grün übersetzt die Salutogenese mit ‚Entstehung von Gesundheit‘ (vgl. Grün, 2005, S. 70). Gute zwischenmenschliche Beziehungen tragen wesentlich zur Gesundheit bei. Die Gesundheitsforschung spricht von einem ‚sozialen Immunsystem‘. Haben die Menschen das Gefühl ein wertvoller Teil einer Gemeinschaft zu sein, so ist das für die Lebenserwartung und Gesundheit von großer Bedeutung.

4.2.2.2. Resilienz

Von Resilienz wird dann gesprochen, wenn Individuen, die mit negativen Lebensereignissen konfrontiert werden Kapazitäten mobilisieren können, die sie gesund erhalten. Resilienz ist die Fähigkeit, Krisen unter Einbezug vorhandener Ressourcen zu meistern und sie als Anlass zum Wachstum zu betrachten (vgl. Welter- Enderlein, 2008, S.13).

Resilienz ist daher nicht als Eigenschaft zu begreifen, sondern als Prozess, ‚als spezifische Weise von Handlungen und Orientierungen, die insbesondere bei Übergängen im individuellen Lebenszyklus und Familienzyklus bedeutsam werden‘ (vgl. Hildenbrand, 2008, S, 23).

Resilienz ist immer nur im Gesamtlebenskontext zu beurteilen.

Zu den Wirkungen von Resilienz gehören: die Reduktion von Belastungen, die Reduktion von negativen Kettenreaktionen, die Entwicklung und Beibehaltung von Selbstbewusstsein und die Eröffnung von Chancen (vgl. Rutter, 1987).

In den Konzepten der Salutogenese und der Resilienz spielen Ressourcen eine bedeutende Rolle. Für die Salutogenese sind es die Widerstandsressourcen und im Bereich der Resilienz die Schutzfaktoren. Sowohl Salutogenese als auch Resilienz sind prozessorientiert ausgerichtet.

Unterschiede liegen darin, dass die Resilienzforschung den Fokus eher auf die Persönlichkeitseigenschaften legt, hingegen die Salutogenese die Belastungsprozesse in gesellschaftliche Rahmenbedingungen einbettet (vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht 2009, S. 69).

Da die Salutogenese auf Krankheit und Gesundheit ausgerichtet ist und nicht nur auf Gesundheit bietet sie ein besseres Verständnis für den Prozess als die Resilienzforschung. Die Ergebnisse der Resilienzforschung können in das Modell der Salutogenese einfließen und sie bereichern (vgl. ebd.).

4.2.2.3 Kohärenz

Das Kohärenzgefühl, („sense of coherence’, SOC)“ beschreibt ein Gefühl des Zusammenhangs, der Stimmigkeit zwischen sich und der Welt. Es wird definiert als

„eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren und äußeren Erfahrungswelt im Lauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen“
(Antonovsky 1993 in: Bengel et al., 1998, S. 30).

Nach Ansicht dieses Modells hängt die Nutzung vorhandener Ressourcen, zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens, vom Kohärenzgefühl ab. Dabei müssen vergleichbare äußere Bedingungen vorherrschen (vgl. Homfeldt/Sting, 2006, S. 77).

Die (Wieder-)Gewinnung von eigener Stärke und von Möglichkeiten die eigene Lebenswelt eigenständig und eigenverantwortlich mitzugestalten ist für das körperliche und psychische Wohlbefinden von enormer Bedeutung (vgl. Antonovsky, 1997).

Antonovsky hält das Kohärenzgefühl für die zentrale Kraft, die alle Ressourcen einer Person integriert. Das Kohärenzgefühl trägt dazu bei, dass Belastungen erfolgreich bewältigt werden und erfüllt daher eine zentrale gesundheitsfördernde Funktion.

Entscheidend für die Gesundheit ist das Kohärenzgefühl. Das bedeutet, dass die Menschen Grundvertrauen und Verankertsein in einer Welt empfinden, die in sich sinnvoll ist. Das Kohärenzgefühl sagt aus, dass alles zusammengehört und zusammenhängt. Bezeichnend dafür sind Verstehbarkeit (Deutung der Welt), Gestaltbarkeit (Ressourcen, Talente) und Bedeutsamkeit (Herausforderung, Engagement).

Nach Lenz (2002: 15) wird dieses Gefühl durch Lebenserfahrungen erzeugt, die durch Konsistenz, Partizipation bei der Gestaltung der Handlungsergebnisse und Balance zwischen Überbelastung und Unterforderung gekennzeichnet sind.

Auch Faltermaier (1999: 40) betont, dass das Gefühl der Kohärenz die tiefe Überzeugung beinhaltet, dass das Leben verstehbar ist und die damit verbundenen Anforderungen sinnvoll und zu bewältigen sind.

Jugendliche mit einem höheren Kohärenzgefühl leiden deutlich weniger unter psychosomatischen Symptomen und psychischen Belastungen. Sie legen auch ein geringeres Risikoverhalten an den Tag und sind mit ihrer Gesundheit und ihrem Leben zufriedener (vgl. Höfer, 2000a/b).

4.2.3 Empowerment

Der Empowermentansatz befindet sich in konzeptioneller Übereinstimmung mit der Perspektive der Salutogenese.

„Ziel von Empowerment ist die Förderung der Fähigkeit der Menschen, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen“ (Stark, 2002, S. 56).

Professionelle Empowerment – Arbeit lässt sich mit ‚Menschenstärken‘ beschreiben.

„Die Perspektive der Menschenstärken nimmt an, dass Menschen in ihrem Handeln immer dann, wenn ihre positiven Kapazitäten unterstützt werden, auf ihre Stärken zurückgreifen. Ein Überzeugungsmodell, das auf dem Glauben an die inneren Fähigkeiten für Wachstum und Wohlbefinden aufbaut, bedarf eines sensiblen Gespürs für die Ressourcen der Menschen, ihre Talente, Erfahrungen und Ansprüche. Durch diese sensible Aufmerksamkeit wird die Wahrscheinlichkeit für positives Wachstum um ein Vielfaches erhöht“ (Weik, 1992, S. 23).

Empowerment beinhaltet Arbeit mit Menschen ‚in Kontexten und an Kontexten‘ (vgl. Bobzien/Stark, 1991, S. 176).

Herriger (1997: 7) betont, dass Empowerment zum Ziel hat, die Menschen zur Entwicklung ihrer eigenen Stärken zu ermutigen, ihre Fähigkeiten zu Selbstbestimmung und Selbstveränderung zu stärken und sie auf der Suche nach Möglichkeiten zu unterstützen, die ihnen einen Zugewinn an Autonomie und sozialer Teilhabe ermöglichen.

Empowerment lässt sich als Prozess beschreiben, in dem die Hilfesuchenden Stärke und Energie zur Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse erlangen bzw. wiedergewinnen (vgl. Lenz, 2002, S. 13). Die Menschen fühlen sich ermutigt, ihre eigenen Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre Kräfte und Kompetenzen zu entdecken (vgl. Keupp, 1987b, S. 256).

Ressourcenaktivierung ist ein zentrales Handlungsprinzip der Empowerment – Perspektive. Ressourcen sind z.B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile aber auch physische Merkmale, wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten sowie zwischenmenschliche Beziehungen (vgl. Lenz, 2002, S. 26).

Nach Antonovsky (1997) werden Ressourcen in den Stressmodellen zu den Faktoren gezählt, die die Bewältigung von Stress erleichtern. Das Bewältigungsverhalten beruht in erster Linie auf die subjektive Einschätzung der Ressourcen, also auf der persönlichen Wahrnehmung von Kompetenzen, Widerstandskräften, Gütern und Zeit, die zur Verfügung stehen. Die objektiven Voraussetzungen, also die tatsächlich vorhandenen Ressourcen sind seiner Ansicht nach weniger relevant (vgl. Lazarus, 1993).

Rappaport (1987) betont, dass der hauptsächlichliche Blick auf die Defizite und die Hilfsbedürftigkeit der Menschen durch den Empowerment – Ansatz verlassen wird. Im Vordergrund steht jetzt die konsequente Hinwendung auf die kompetenten und aktiv gestalterischen Seiten der Hilfesuchenden. Gleichsam bedeutet dies eine Abkehr vom traditionellen Verhältnis der Beteiligten (vgl. ebd.).

Auf der individuellen Ebene zielt der Empowerment-Ansatz auf die Förderung von Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und Autonomie. Auf der sozialen Ebene werden soziale Begegnungen, gemeinsames Planen und Gestalten angeregt, die gegenseitige Unterstützung, Integration und Solidarität zur Folge haben (vgl. Lenz, 2002, S. 30).

Die ausschließliche Fixierung auf Defizite und Schwächen verhindert die Ausbildung eines Selbstbewusstseins, das zu einer aktiven, selbstbewussten und kritischen Nutzung von Dienstleistungen und Angeboten notwendig ist (vgl. Stark, 2002, S. 55).

Wenngleich der Gewinn durch den Empowerment-Ansatz allgemein gesehen wird, ist festzuhalten, dass noch einige Konkretisierungen hinsichtlich der Anwendungsbereiche notwendig zu sind.

Die Struktur Sozialer Arbeit ist zu wenig am Bedarf und den Bedürfnissen der Nutzer orientiert. Der Fokus Sozialer Arbeit liegt noch zu oft bei den Defiziten und den Schwächen der Hilfesuchenden. Daraus lässt sich aber schwer ein positives Selbstwertgefühl entwickeln (vgl. Stark, 2002, S. 55).

Das Konzept Empowerment verlässt die hierarische Ebene, die ihre Hilfe als Hilfe für Schwächere betrachtet (vgl. ebd., S. 56).

Empowerment ist gleichzeitig mit der Forderung nach Zurückhaltung an die professionellen Helfer verbunden. Dies setzt allerdings von Seiten der Professionellen Vertrauen in die Ressourcen der Betroffenen voraus- Werden Lösungswege vorgegeben, Entscheidungen und Aufgaben abgenommen, dann kann man von fürsorglicher Belagerung sprechen (vgl. Lenz, 2002, S. 13).

Die herkömmliche Handlungsweise der Professionellen zeigt eher eine Tendenz zur Verfestigung und Erweiterung der Hilfsbedürftigkeit und der Ohnmacht (vgl. ebd.) Empowerment richtet sich gegen diese vielfach erlernte Hilflosigkeit und setzt den Schwerpunkt auf die Rückgewinnung eines subjektiven Gefühls von Kontrolle über das eigene Leben (vgl. Lenz, 2002, S. 15).

Dies bedeutet eine Abkehr von der Vorstellung eines wertneutralen Sozialarbeiters, der sich im Besitz der alleinigen Lösungskompetenz befindet, hin zu einer Arbeitsbasis, die von Kooperation und Partnerschaftlichkeit geprägt ist. Die neue Aufgabe des Sozialarbeiters besteht nun darin, in erster Linie Bedingungen zu schaffen, die einen Prozess ermöglichen, durch den die Menschen Ressourcen erhalten, die sie zur Gestaltung ihrer Lebensumstände und zur Erreichung ihrer Ziele befähigen (vgl. Hasenfeld, 1987).

Somit muss professionelle Hilfe die traditionelle hierarisch – paternalistische Ebene verlassen und sich auf einen Prozess des Aushandelns und Verhandeln einlassen (vgl. Lenz, 2002, S. 16). In diesem Zusammenhang ist aber auch auf die Begrenztheit des Empowerment – Ansatzes hinzuweisen. In Krisen – und Konfliktsituationen regredieren Menschen oft in eine passive und abhängige Rolle und geben die Verantwortung an die Experten ab. Grenzen gibt es auch dort, wo physische, soziale oder psychische Integrität der eigenen oder andere Personen gefährdet sind. Dort wo Gewalt und Bedrohung vorliegen müssen Grenzen gesetzt werden.

Die Implementierung des Empowerment – Ansatzes in den professionellen Alltag ist abhängig von den organisatorisch- institutionellen Rahmenbedingungen. Innerhalb der Einrichtung müssen die Experten Gestaltungs- und Handlungsspielräume vorfinden, die es ihnen erlauben, fördernde und behindernde Bedingungen für persönliche und institutionelle Empowerment -Prozesse zu analysieren und zu bearbeiten (vgl. Lenz 2002, S. 18).

Empowerment darf nicht allein auf der individuellen Ebene reduziert werden, da sonst eine Individualisierung der Problemlagen entstehen würde. Soziale Arbeit soll Bedingungen schaffen, die eine ‚Bemächtigung‘ der Hilfesuchenden fördern.

Im Folgenden wird die Relevanz von Empowerment in Gesundheitsförderung und Prävention bei Jugendlichen für bestimmte Handlungsfelder dargestellt.

4.2.4 Partizipation – die grundlegende Empowerment Strategie

Empowerment und Partizipation verweisen aufeinander. Empowerment soll Bedingungen ermöglichen, die den Akteuren Erfahrungen ihrer Handlungsfähigkeit verschaffen

(vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht, 2009, S. 72).

Die Empowerment - Strategie zielt auf Selbstbestimmung, Selbstorganisation und Eigenverantwortlichkeit der Klienten.

Partizipation ist ein Modewort. Doch Partizipation ist der fundamentale Grundsatz einer demokratisch - partnerschaftlichen Gesellschaft. Partizipation bedeutet Anteil nehmen/Anteil geben an der Verantwortung für das Zusammenleben mit anderen, Teilhabe/Teilgabe an den Prozessen, die zu Entscheidungen führen - und zwar gleichberechtigt.

Partizipation basiert auf der Einsicht, dass alle Menschen - unabhängig von Alter, Geschlecht, kultureller Zugehörigkeit und Hautfarbe an dem zu beteiligen sind, was sie angeht und betrifft. Partizipation ist nicht nur ein Gebot der Fairness und der Einübung demokratisch- partnerschaftlicher Spielregeln, sondern der vielleicht wichtigste Vorgang, um vorhandenen Ressourcen wahrnehmen und nutzen zu können.

Nach Stark (2002: 62) ist Partizipation von besonderer Bedeutung für die Entwicklung des Selbstbewusstseins, der Wahrnehmung und Nutzung eigener Stärken. Die Partizipation von Adressaten ermöglicht vielfältige Erfahrungen von eigener Einflussmacht und eigener Bedeutung, aber auch von gegenseitigem Rückhalt (vgl. Zimmermann/Rappaport, 1988). Auch Faltermaier(1999: 45) betont, dass die Gesundheitsförderung partizipativ sein muss, indem sie sich an den subjektiven Vorstellungen, Kompetenzen und sozialen Strukturen der Adressaten orientiert.

Wenn professionelle Helfer für die Betroffenen entscheiden, wenn sie Aufgaben stellen, die Regeln formulieren und die Ergebnisse managen, dann werden sie zum Objekt reduziert (vgl. Lenz, 2002, S. 15).

Für Lenz (2002: 18) sind die Klienten gleichzeitig auch Co - Produzenten der Hilfeleistungen. Die Beteiligten im Prozess sind aufeinander angewiesen, nur so kann eine Maßnahme zum Erfolg führen.

Das heißt, die Klienten müssen aktiv am Geschehen beteiligt werden, um ein gutes Ergebnis zu erzielen (vgl. ebd.). Diese Aussage läßt sich auch auf den Bereich der Offenen Kinder- und Jugendarbeit übertragen.

Damit die Adressaten das eigene Leben als kohärent wahrnehmen benötigen sie die Erfahrung der Handlungsmächtigkeit. Kinder und Jugendliche benötigen daher Bedingungen zur Teilhabe und Beteiligung. Damit sind diese Bedingungen unverzichtbare Voraussetzungen für die Entstehung von Lebenskohärenz und Gesundheit (vgl. 13 Kinder- und Jugendbericht, 2009, S. 72).

Partizipation bedeutet, dass die Klienten bei Planung und Vorhaben angehört werden und sie ihre Wünsche einbringen können.

Sachs-Pfeiffer (1989) spricht in diesem Zusammenhang von zwei Partizipationsstrategien, nämlich die des Teilnehmens und die des Teilhabens. Der Empowerment - Ansatz orientiert sich am Teilhabe - Modell. Dieses Modell beruht auf ‚Bottom-up‘ Strategien. Professionelle Helfer sehen sich in diesem Prozess als Begleiter, die das Projekt auf den Weg bringen und die Klienten bei der Entdeckung ihrer Fähigkeiten unterstützen (vgl. Lenz, 2002, S. 19).

Die Fähigkeit zur Partizipation und die Entwicklung von Teilhabemöglichkeiten lässt sich nur durch Anerkennungsverhältnisse entwickeln (vgl. Sturzenhecker, 2003).

Partizipation ist nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht (2009: 72) aktive Teilhabe an der Gestaltung der gesellschaftlichen Prozesse, die ein ‚Subjekt betreffen‘ und somit die Basis für die Gesundheitsförderung.

5 Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit

Die geschichtliche Entwicklung der Sozialen Arbeit belegt, dass soziale und gesundheitliche Probleme von Beginn an miteinander verknüpft waren. Anfang des 20. Jahrhunderts entstand mit der ‚Gesundheitsfürsorge‘ ein eigenständiger Bereich der Sozialen Arbeit. Dieser Bereich ist geriet in Vergessenheit. Die Ursachen liegen u.a. an der spezifisch deutschen Geschichte des sozialen und gesellschaftlichen Zugangs zur Gesundheit (vgl. Homfeldt/Sting, 2006, S. 9ff).

Mit der ‚Ottawa - Charta‘ hat die WHO ein Konzept zur positiven und umfassenden ‚Gesundheitsförderung‘ herausgebracht. Dieses Konzept weist eine Reihe von Berührungspunkten mit Aufgabenfeldern und Prinzipien der Sozialen Arbeit auf (vgl. Homfeldt/Sting, 2006, S. 16).

Auch Zuhorst (2000: 225) betont, dass die Sozialarbeit aufgrund ihrer ganzheitlichen Orientierung und der zentralen Ausrichtung (den Menschen in Verbindung mit der Umwelt zu sehen) ein bedeutender Partner für Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist. Deneke et al. (2004: 12) sehen die Bedeutung der Sozialen Arbeit für die Gesundheitsförderung in der besonderen Nähe zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Rosenbrock (1998a: 207) stellt in diesem Zusammenhang fest, *„dass die gesundheitlich vor allem in Problemgruppen wirksamsten Maßnahmen immer noch von der Sozialarbeit und Sozialpädagogik geleistet werden, oft wenn nicht meist ohne expliziten Gesundheitsbezug“*.

Böllert (1995) stellt fest, dass Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit nicht nur Problembearbeitung betreiben wollen, sondern bereits im Vorfeld möglicher Problemlagen ‚präventiv‘ arbeiten. Homfeldt/Sting (2006: 157) verweisen darauf, dass Soziale Arbeit gesundheitliche Relevanz hat und dass sie ihre Position stärken kann, wenn sie ihren Gesundheitsbezug reflektiert. Handlungen der Sozialarbeit können sich auch indirekt auf die Gesundheit auswirken. Wenn Soziale Arbeit sich zum Beispiel für eine Jobvermittlung einsetzt, dann hat sie einen Beitrag zur Gesundheitsförderung geleistet (vgl. Zurhorst, 2000, S. 225).

Nach Homfeldt/Sting (2006: 17) gibt es drei zentrale Ansatzpunkte für eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit:

1. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
2. Gesundheitsarbeit im Sozialwesen
3. Sozialpädagogische Gesundheitsförderung

Maßnahmen der Sozialen Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung können Gemeinwesenarbeit, soziale Unterstützung, Netzwerkinterventionen, Empowerment und pädagogische Aktivitäten wie Beratung, Gesundheitsbildung und Kompetenzentwicklung sein (vgl. Homfeldt/Sting, 2006, S. 15).

5.1 Lebensweltorientierung

Das Subjekt steht im Kontext seiner Lebenswelt, in enger Verknüpfung mit seinen verschiedenen sozialen Bezugsgruppen und Alltagskulturen. Die Praxis einer lebensweltorientierten Gesundheitsförderung könnte bedeuten, die Adressaten in ihren verschiedenen Lebensbereichen anzusprechen. Durch die Beschränkung auf einen homogenen Lebensbereich können Individuen und Veränderungsprozesse im Kontext einer umgrenzten Institution betrachtet werden (vgl. Faltermaier, 1999, S. 50).

In der Lebenswelt ist zum einen das ‚Laiengesundheitssystem‘ etabliert. Hier findet die soziale Abstimmung von Gesundheitsvorstellungen statt und hier wird auch das Gesundheitshandeln sozial organisiert. Zum anderen entstehen aus der Lebenswelt, als Teil einer gesellschaftlichen Umwelt, gesundheitliche Risiken und Belastungen.

Die Adressaten sind in ihren verschiedenen Lebensbereichen anzusprechen. Das ist bei der Auswahl von Interventionsmethoden zu berücksichtigen, die sowohl das Individuum als auch die Organisation erreichen müssen. Das Subjekt im Kontext mit seinen verschiedenen sozialen Bezugsgruppen und Alltagskulturen verstehen (vgl. Faltermaier 1999, S. 50).

Die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen ist vor dem Hintergrund der Lebens- und Risikolagen zu betrachten, da Gesundheit und Gesundheitsrisiken nicht gleich verteilt sind.

(vgl. Richter/Hurrelmann, 2006).

Fehlende materielle Ressourcen, unterschiedliche Bildungsmöglichkeiten und Geschlecht haben einen nachhaltigen Einfluss auf die gesundheitliche Situation von Jugendlichen. Das Fehlen oder der erschwerte Zugang zu sozialen und ökonomischen Ressourcen führt zu einer höheren gesundheitlichen Belastung (vgl. Hanses/Sander, 2009, S. 386).

Diese Zusammenhänge müssen bei der Prävention und Gesundheitsförderung beachtet werden, da die Maßnahmen ansonsten an der Lebenswelt von Jugendlichen vorbei operieren. Dies gilt insbesondere für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche (vgl. ebd.).

Nach Bauch/Bartsch (2003) können utopische Vorstellungen von Gesellschaftsveränderung auf der Ebene mikrosozialer Gebilde durchaus konkrete strukturelle Veränderungen zugunsten der Gesundheit erreichen.

„Der Gesundheitszustand wird entscheidend geprägt durch „das Soziale“, d.h. unseren sozio - ökonomischen Status (Bildung, Beruf, Einkommen), unsere Organisation der Erwerbsarbeit, unsere Beteiligung am Erwerbsleben (Arbeitslosigkeit etc.), unsere geschlechtsspezifischen Bevorzugungen und Benachteiligungen, [...], unsere gegenseitige Unterstützung bei Problemen, und durch die vielen anderen Merkmale, die unser soziales Zusammenleben charakterisieren.[...] Die Bemühungen um eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage sollten daher auch und vor allem an den sozialen Bedingungen ansetzen“ (Mieck/Bloomfield, 2001b, S. 13).

In einer Folge von WHO - Seminaren zu Gesundheitsförderung kamen die Experten zu dem Schluss, dass bei immer weniger persönlichen Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten riskante, gesundheitsgefährdende Handlungen funktional werden. Sie sind das Ergebnis von Verarbeitungen der wenig zukunftsversprechenden Lebenslage und gleichzeitig Versuche, das verbleibende eigene Leben so intensiv wie möglich zu gestalten (vgl. WHO, 1984, S. 14).

Da das Subjekt im Kontext seiner Lebenswelt steht, kann man in der Gesundheitsförderung das Individuum nicht isoliert betrachten. Gesundheitsförderung in einer Subjekt-und Lebensweltorientierung zielt auf Individuum und soziale Strukturen ab, günstig sind eine enge Verzahnung und Interaktion.

5.2 Der Setting - Ansatz

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bevorzugen den Setting - Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention. Als ‚Setting‘ wird ein überschaubares - räumliches System wie zum Beispiel Schule oder Stadtteil bezeichnet (vgl. BzgA, 2005, S. 133).

Nach Homfelt/Sting (2006: 164) muss Soziale Arbeit ihren sozialpolitischen Anspruch ernst nehmen und auf den strukturellen, verhältnisbezogenen Voraussetzungen von Gesundheit insistieren. Der Setting -Ansatz bezieht sich auf die Betrachtung von gesundheitlichen Aspekten im Gesamtrahmen einer Organisation.

Der Settingansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) besagt, dass auch die Lebensverhältnisse der Bevölkerung gesundheitsfördernd gestaltet werden sollen.⁶

Rosenbrock/Gerlinger (2004: 70) stellen fest, dass ein Setting in einer festgelegten Zeit stattfindet, mit dem Anspruch der Erreichung festgelegter Ziele.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention werden in den konkreten Lebenswelten (Setting) erbracht. Lebenswelten sind in diesem Sinne für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, Arbeitens, Lernens, der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens. Dabei müssen sowohl das individuelle Gesundheitsverhalten der Menschen in dieser Lebenswelt als auch die konkreten gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen

⁶ Vgl. Deutscher Bundestag, Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland (2009) 13. Kinder- und Jugendericht. Berlin, S. 12.

gleichermaßen Beachtung finden. Eine wesentliche Voraussetzung ist die aktive Mitwirkung der Zielgruppen (Partizipation).⁷

Die Aufgabe von gesundheitsfördernder Jugendarbeit liegt demnach darin, den Nahraum der Jugendlichen auf ‚Aneignungschancen und –barrieren‘ hin zu untersuchen (vgl. Krisch, 2002). Dadurch können Vorschläge entwickelt werden, die eine Verbesserung der Lebenswelt zu Ziel haben (vgl. Deinet, 2005b).

Der Setting- Ansatz ist eine Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung. Er richtet sich in seinen Interventionen auf soziale Systeme, d. h. auf Organisationen und Netzwerke von Organisationen und nicht auf einzelne Menschen und individuelles Gesundheits-/Risikoverhalten. Interventionen setzen am sozialen System an und verändern vor allem Kommunikationsstrukturen, insbesondere Prioritäten in Entscheidungsprozessen und Regeln im System. Die herkömmliche Pädagogik des erhobenen Zeigefingers und die Abschreckungsdidaktik haben sich als wenig erfolgreich erwiesen. Vom individuellen Gesundheitsverhalten zu settingbezogenen gesunden Lebensweisen. Mit dieser Setting - Orientierung erfolgt eine Abkehr von der Gesundheitserziehung die dazu neigt, soziale Ursachen für gesundheitliche Probleme auszublenden.

⁷ Vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg – Vorpommern (2008): Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg-Vorpommern.

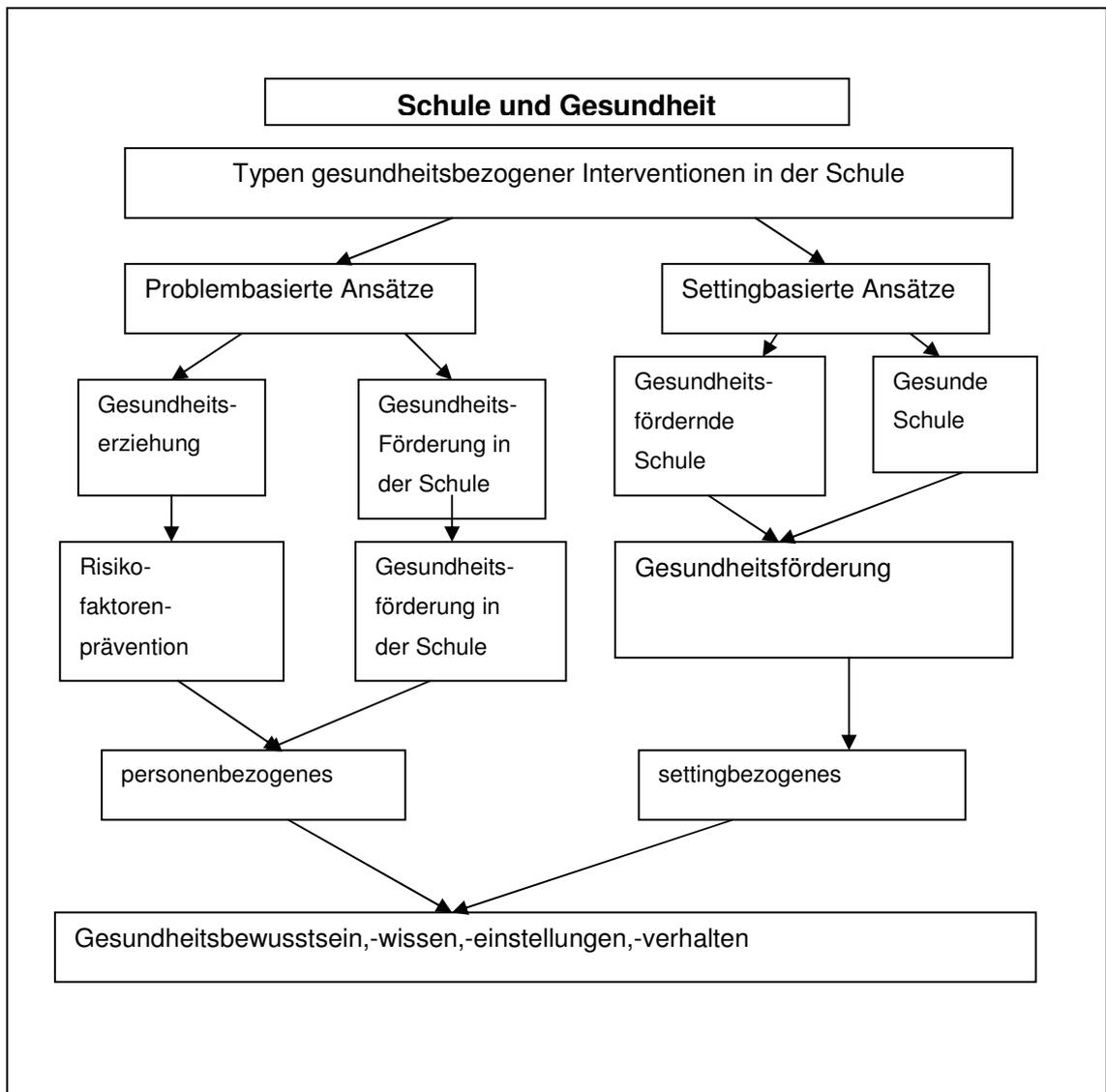


Abb.2 Typen gesundheitsbezogener Interventionen in Schulen (mod. nach Barkholz/Paulus, 1998)

Die Schule hat sich als Setting der Gesundheitsförderung etabliert (vgl. Hanses/Sander, 2009, S. 374). Die Strukturoffenheit der außerschulischen Jugendarbeit erschwert die Implementierung eines funktionalen Settingkonzeptes. Daraus resultiert die Frage wie der Setting - Gedanke inhaltlich und konzeptionell bestimmt wird (vgl. ebd. S. 391).

Vom Setting Schule zum offenen partizipativen Netzwerk von Schulen und Kooperationspartner – dieser Ansatz würde sich nicht mehr allein auf die Schule beschränken. Es werden Ressourcen erkennbar, die sich aus der Vernetzung der Schulen untereinander und mit außerschulischen Kooperationspartnern ergeben.

Altgeld (2004) schlägt vor, das Quartier als eigenes Setting zu etablieren. Damit lässt sich der Verdinglichung der Perspektive auf den ‚sozialen Brennpunkt‘ entgegenwirken (vgl. Reutlinger, 2005, S. 89).

Nach Homfeldt/Sting (2006: 183) können in Anlehnung an den Setting - Ansatz soziale Netzwerke und Gemeinwesen auch als Settings betrachtet werden (vgl. Homfeldt/Sting, 2006, S. 183).

5.3 Die Gender- Perspektive

Das Geschlecht beeinflusst den Gesundheitszustand und das gesundheitsbewusste Verhalten. Durch unterschiedliche Lebenslagen, Lebensstile und Gesundheitsprobleme der Geschlechter wird eine geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung erforderlich.⁸

In der Gesundheitsförderung und Prävention findet allmählich das Prinzip des Gender Mainstreaming Zustimmung. Durch die geschlechtersensible Maßnahmeentwicklung kann ein Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit beigetragen und die Qualität der Projekte verbessert werden.

Es lassen sich dadurch Konsequenzen für eine geschlechtergerechte Maßnahmeplanung ziehen.

⁸ Vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg – Vorpommern (2008): Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg-Vorpommern, S. 20.

Die Anwendung des Gender Mainstreaming umfasst die geschlechtsbezogene Analyse von Projekten, Maßnahmen und Strukturen (vgl. Kolip, 2009, S. 20).

Durch die Differenzierung zwischen dem biologischen und sozialen Geschlecht - sex vs. Gender- wird deutlich gemacht, dass sich Geschlechtsunterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten nur bedingt auf biologische Unterschiede zurückführen lassen (vgl. ebd. S. 11).

Die Gender - Perspektive im Bereich ‚Gesundheit‘ einzunehmen bedeutet, Frauen und Männer in ihrer gesellschaftlichen Einbettung, wie auch in ihrem subjektiven Geworden –Sein zu betrachten (vgl. Dörr, 2002, S. 80).

West/Zimmermann (1987) verweisen darauf, dass sich das soziale Geschlecht in sozialen Interaktionen herstellt und bestätigt wird. Die Individuen verhalten sich so, dass das Geschlecht deutlich zu erkennen ist. Dem Körper kommt bei der Entstehung der Geschlechtlichkeit eine herausragende Bedeutung zu, denn er ist das zentrale Medium in diesem Prozess (vgl. Kolip, 1999, S. 224).

Bei genauerem Hinsehen lassen sich deutliche Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen identifizieren. Jungen und Mädchen unterscheiden sich z.B. in der Qualität und der Intensität des Konsums von Tabak und Alkohol. Während Mädchen eher internalisierendes Risikoverhalten aufweisen, also z.B. Essstörungen oder psychosomatische Beschwerden entwickeln, zeigen Jungen externalisierendes Risikoverhalten. (vgl. ebd., S. 225).

Auch Helfferich (1994) betont, dass der Konsum von Alkohol und Tabak bei Mädchen und Jungen in unterschiedliche soziale Kontexte eingebettet ist und somit unterschiedliche Funktionen erfüllt. Vor allem selbstbewusste und soziale kompetente Mädchen rauchen, während Nikotinkonsum bei Jungen eher mit Selbstunsicherheit einhergeht. Somit scheinen die Steigerung des Selbstwertgefühls und die Verhinderung des Tabakkonsums bei Mädchen zwei Ziele zu sein, die sich diametral gegenüber stehen (vgl. Kolip, 1999, S. 225f).

In der Kinder- und Jugendhilfe wird im §9 Abs. 3 KJHG die Geschlechterdifferenzierung als Querschnittsaufgabe festgelegt. Dadurch sollen die Lebenslagen der Mädchen und Jungen stärker in den Fokus gerückt werden. Für die Gesundheitsförderung fehlt bisher eine verbindliche Festlegung (vgl. Kolip, 2009, S. 20).

5.4 Außerschulische Jugendarbeit als sozialer Ort der Gesundheitsförderung

Die in der Ottawa -Charta beschriebenen Handlungsaufträge der Gesundheitsförderung, wie z.B. die ‚Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten‘, die ‚Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen‘ sowie die ‚Entwicklung persönlicher Kompetenzen‘ korrespondieren mit den sozialpädagogischen Ansätzen der außerschulischen Jugendarbeit (vgl. Altgeld/Kolip, 2007, S. 33).

Außerschulische Jugendarbeit bietet offene und freiwillige Angebote, die an den Bedarfen und Bedürfnissen der Jugendlichen ausgerichtet ist. Damit lassen sich weder soziale noch gravierende gesundheitliche Probleme lösen. Sie ermöglichen aber soziale Prozesse mit und unter den sozial benachteiligten Jugendlichen (vgl. Hanses/Sander, 2009, S. 387).

Die Ziele der außerschulischen Projekte zur Gesundheitsförderung beziehen sich auf die sozialen Differenzen (z.B. Geschlecht) und die gesundheitlichen Ungleichheiten (z.B. geringe ökonomische Ressourcen) der Jugendlichen. Dem Bezug zur Lebensrealität der Jugendlichen wird nachgegangen. Dazu gehören Bewegungsräume in Schule und Freizeit, der Konflikt mit sich selbst und anderen, ihre ökonomische Möglichkeit zur gesunden Ernährung.

Die außerschulische Jugendarbeit hat nach dem SGB VIII, insbesondere § 11, Absatz 3, den Auftrag zur gesundheitlichen Bildung. Sport, Spiel und Geselligkeit (Absatz 2). Die Beratung von Jugendlichen (Absatz 6) gehört ebenfalls zum Aufgabenbereich. In den gesundheitspolitischen Programmen nimmt die außerschulische Jugendarbeit aber einen unbedeutenden Raum ein. Die Gesundheitsprogramme beziehen sich auf konkrete Problemlagen (z.B. ‚dicke Kinder‘) oder auf spezielle Settings.

Hanses und Sander vertreten die Ansicht (2009), dass die Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit einen eher fragilen Status besitzt. Es gibt wenige Projekte, die aussagekräftige Dokumentationen und Evaluierungen zulassen. Die außerschulische Jugendarbeit müßte im Mainstream gegenwärtiger Gesundheitsdebatten die eigene Profilierung einer ‚offenen Gesundheitsförderung‘ weiter voran zu bringen (vgl. Hanses/Saner, 2009, 391ff).

Nach Altgeld (2004: 1) werden beim Setting - Ansatz die Maßnahmen auf die Verhältnisse der Menschen ausgerichtet. Durch die Bestimmung des Setting - Ortes können Zielgruppen und Akteure gezielt angesprochen, adäquate Zugangswege festgelegt und vorhandene Ressourcen genutzt werden (vgl. Kap. 5.2). Das Setting ‚Schule‘ besitzt gegenüber der außerschulischen Jugendarbeit den Vorteil einer strukturierten Institution mit eindeutigen Aufgaben. Die Schule wird eindeutig als Ort der Gesundheitsförderung favorisiert. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob der Settingbegriff für die außerschulische Jugendarbeit von Vorteil ist. Wie soll der Setting – Gedanke in der außerschulischen Jugendarbeit inhaltlich und konzeptionell bestimmt werden?

Auch Hanses/Sander (2009) sind der Ansicht, dass die Strukturoffenheit der außerschulischen Jugendarbeit die Implementierung eines funktionalen Settingkonzeptes erschwert.

Innerhalb der außerschulischen Jugendarbeit ist es erforderlich, sich mit den unterschiedlichen Perspektiven von Prävention und Gesundheitsförderung auseinander zusetzen.

Was sind präventive Funktionen, wo will Jugendarbeit fördern, was bedeutet Gesundheit diesem Kontext? Konzeptionelle und begriffliche Positionierungen sind dringend erforderlich, nicht nur innerhalb der sozialen Arbeit sondern auch in Bezug auf andere Professionen (vgl. Hanses/Sander, 2009, S. 293).

Außerschulische Jugendarbeit kann Gesundheitsförderung jenseits des medizinischen Diktats ermöglichen.

5.5 Kooperation von Schule und Jugendhilfe

Die schulische Gesundheitsförderung weist große Parallelen zur Kinder – und Jugendhilfe allgemein und zur schulbezogenen im Besonderen auf (vgl. Homfeldt/Sting 2006, S. 13ff).

Aufgabe ist es, die Jugendlichen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen. Ziel ist es, dass sich die jungen Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten entwickeln können.

Zu den fachlichen Standards der schulbezogenen Jugendhilfe wie der schulischen Gesundheitsförderung gehören: Ressourcenorientierung in salutogenetischer Perspektive, Empowerment, Partizipation und Lebensweltorientierung (vgl. Paulus, 2009, S. 62).

Die Schule hat sich als Setting der Gesundheitsförderung etabliert. Hier liegen u.a. Konzepte einer ernährungsbezogenen Gesundheitsförderung vor. Auch im Kontext der außerschulischen Sozialarbeit gibt es Konzepte einer ernährungsbezogenen sozialpädagogischen Arbeit (vgl. Hanses/Sander 2009, S. 374).

Die Aufgabe von gesundheitsfördernder Jugendarbeit liegt demnach darin, den Nahraum der Jugendlichen auf ‚Aneignungschancen und –barrieren‘ hin zu untersuchen (vgl. Krisch, 2002). Dadurch können Vorschläge entwickelt werden, die eine Verbesserung der Lebenswelt zu Ziel haben (vgl. Deinet, 2005b).

Paulus (2009) schlägt die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule unter Einbezug von Kooperationspartnern im Kontext Kinder und Jugendliche mit dem Fokus auf das Setting Schule vor.

6 Rechtliche Grundlagen

Zur Verhinderung von gesundheitlichen Belastungen und Krankheiten verfügt die Kinder- und Jugendhilfe über sehr begrenzte Möglichkeiten. Der Schwerpunkt liegt im Bereich der Gesundheitsförderung.

Die Gesetzliche Grundlage für die Gesundheitsförderung bildet §20 SGB V ‚Prävention und Selbsthilfe‘.

Der Begriff Gesundheitsförderung wird im §20 SGB V Abs. 1 nicht mehr verwendet, außer im Abs. 2 (betriebliche Gesundheitsförderung).

Dabei sollen die Krankenkassen Leistungen erbringen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und zugleich einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen (vgl. Kaba-Schönstein, 2003, S. 99).

„Ressourcenorientierte, salutogene und bedingungsgestaltende Ansätze und Maßnahmen müssen deshalb über den Umweg eines modernen Verständnisses von Prävention legitimiert werden“

(Kaba-Schönstein, 2003, S. 99).

Homfeldt/Sting (2006: 9) betonen, dass mit der Neufassung des § 20, SGB V im Jahr 2000 die ‚Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen‘ als Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung sowie als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen festgeschrieben wurde.

Finanzierungsmöglichkeiten für gesundheitsorientierte Projekte durch die Krankenkassen, die sich aus §20 SGB V ergeben, werden von der Sozialen Arbeit bisher aber kaum genutzt (vgl. Altgeld et al. 2003).

Gesundheitsförderung zielt auf individuelles Gesundheitsverhalten sowie auf die Verbesserung der von Lebenswelten abhängigen Gesundheitsverhältnisse (vgl. § 1 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII).

Der Themenkomplex Gesundheit wird im § 11 (1, 3) SGB VIII erwähnt. Nach §1 SGB VIII hat die Kinder- und Jugendhilfe den Anspruch, alle Heranwachsenden in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden, Kinder und Jugendlichen vor Gefahren zu schützen und positive Lebensbedingungen zu schaffen. Dieser Anspruch impliziert damit auch Verantwortung für das soziale, seelische und körperliche Wohlbefinden der Kinder- und Jugendlichen. Daraus wird ersichtlich, dass Kinder- und Jugendhilfe schon immer im Rahmen ihrer Möglichkeiten mit der Förderung von Gesundheit zu tun hatte. Im Bericht des Deutschen Bundestages (2002: 227) lassen sich die Begriffe des KJHG ‚Entwicklung‘ und ‚Erziehung‘ so verstehen, dass sie die Förderung von Gesundheit mit einbeziehen. Der § 11 (3,1) SGB VIII benennt die ‚gesundheitsliche Bildung‘ als einen Schwerpunkt der Jugendarbeit. Die außerschulische Jugendarbeit hat nach dem SGB VIII, insbesondere § 11, Absatz 3, den Auftrag zur gesundheitslichen Bildung. Sport, Spiel und Geselligkeit (Absatz 2) und die Beratung von Jugendlichen (Absatz 6) gehören ebenfalls zum Aufgabenbereich.

Eine stärkere Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe wird von der verantwortlichen Kommission für den 11. Kinder- und Jugendbericht (vgl. BMFSFJ 2002, 227ff) gefordert.

Rothenburg (2001: 317ff) ist der Ansicht, dass das SGB VIII zu wenig Signale für eine gesundheitspräventive und –förderliche Soziale Arbeit bietet.

In der Kinder- und Jugendhilfe wird durch den § 9 Abs. 3 KJHG die Geschlechterdifferenzierung als Querschnittsaufgabe festgeschrieben. Das beinhaltet eine stärkere Berücksichtigung der Lebenslagen von Mädchen und Jungen in der Maßnahmeplanung. Dadurch lassen sich Konsequenzen für eine geschlechtergerechte Maßnahmeplanung ziehen.⁹

Die Bundesrepublik hat sich durch den Beitritt (5.4.1992) zur UN-Konvention über die Rechte des Kindes (Beschluss der Vollversammlung vom 20.01.1989) dazu verpflichtet, den Kindern und Jugendlichen zu ihrem Recht auf eine bestmögliche Gesundheit zu verhelfen (Artikel 24). Danach haben *alle* Kinder, unabhängig von ihrem Rechtsstatus ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit.¹⁰

⁹ Deutscher Bundestag (2002): Bericht über die Leistungen junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Elfter Kinder- und Jugendbericht. Berlin.

¹⁰ Vgl. ebd., S. 40.

7. Projekt „Step by Step“

7.1 IN VIA Vorpommern e.V. – Kurzdarstellung

IN VIA Vorpommern ist eine Unterorganisation und Mitglied des IN VIA - Katholische Mädchensozialarbeit für das Erzbistum Berlin e.V. und des IN VIA Katholische Mädchensozialarbeit - Deutscher Verband e.V. Über diesen ist er beim Internationalen Verband ACISJF (Association Catholique Internationale des Services de la Jeunesse Feminin) vertreten. Der Verein ist als Fachverband dem Diözesancaritasverband Berlin e.V. angeschlossen. Der Verein widmet sich - entsprechend der Zielsetzung des IN VIA Katholische Mädchensozialarbeit - Deutscher Verband e.V. - der Bildung, Beratung, Begleitung, Förderung und dem Schutz von jungen Menschen, insbesondere von Mädchen und jungen Frauen, mit dem Ziel, sie auf ihrem Weg in die Selbständigkeit zu unterstützen. Er nimmt in Absprache mit dem Caritasverband für Vorpommern e.V. Aufgaben der katholischen Jugendsozialarbeit wahr. Im Rahmen dieses Verbandszweckes wird der Verein insbesondere tätig durch:

- Jugendberatungsdienste
(Sozialpädagogische Beratung an Schulen, Bildungsberatung, Berufsinformation, Auslandsberatung, Beratung in Lebensfragen),
- Jugendberufshilfe
(sozialpädagogische Hilfen, Angebote schulischer und beruflicher Bildung sowie Eingliederungshilfen vor allem für individuell beeinträchtigte und sozial benachteiligte junge Menschen),
- die Förderung sozialer Bildung, Ausbildung und sozialen Engagements, auch in Zusammenarbeit mit Schulen und sozialen Einrichtungen,
- Au pair - Beratung und – Vermittlung,

- Hilfen und Maßnahmen, die geeignet sind, junge Menschen in ihrer persönlichen, beruflichen und gesellschaftlichen Entfaltung zu fördern.

7.2 Vorbemerkungen zum Projekt

Die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird sehr stark von ihren Lebensbedingungen beeinflusst. Das Bildungssystem sowie die Kinder- und Jugendhilfe erlangen zunehmend Bedeutung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Was kann die Kinder- und Jugendhilfe zur Verhinderung gesundheitlicher Belastungen und zur Förderung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter mit ihren Mitteln beitragen?

In der Phase der Pubertät ist es für die Jugendlichen von enormer Wichtigkeit die eigene ‚Weiblichkeit‘ und ‚Männlichkeit‘ zum Ausdruck zum bringen (vgl. Kolip, 1997).

Von entscheidender Bedeutung ist daher die psychosoziale Funktionalität des jugendlichen Verhaltens. Rauchen z.B. kann ein wirksamer Versuch sein, soziale Anerkennung im Freundeskreis zu gewinnen, den persönlichen Erfahrungshorizont zu erweitern, Selbstwertdefizite zu kompensieren, mit alltäglichen Belastungen fertig zu werden, gegen gesellschaftliche Normen zu protestieren oder angenehme Gefühle herbeizuführen. Daher ist in dieser Altersgruppe das Risikoverhalten weniger ein Gesundheitsverhalten sondern eher als Sozialverhalten zu verstehen (vgl. ebd). Wenn der Konsum von Zigaretten und anderer Substanzen dazu dient, die eigenen Schwierigkeiten, sich sukzessive von der Familie abzulösen und den zunehmend wichtigeren Umgang mit Peers zu bewältigen, dann muss es in Präventionsprogrammen auch darum gehen, wie man solche Schwierigkeiten auf konstruktive Art und Weise lösen kann (vgl. Leppin et al., 1999, S. 206).

Das Gesundheitsverhalten Jugendlicher aber zeigt große geschlechtsspezifische Unterschiede. Diese Erkenntnis erfordert geschlechtsspezifische Präventionsstrategien.¹¹ Die nationale Verzehrstudie hat ergeben, dass der Anteil unterernährter Mädchen zwischen dem 14. und dem 17. Lebensjahr von vier auf fast zehn Prozent angestiegen ist.¹² Insgesamt 21,9 Prozent der Jugendlichen in Deutschland von 11 bis unter 18 Jahren zeigen Symptome einer Essstörung. Dabei sind Mädchen wesentlich öfter davon betroffen als Jungen (vgl. Hölling/Schlack, 2007). Besonders in der Gruppe der 14 - 17 Jährigen Mädchen sind Essstörungen zu verzeichnen. Die in dieser Altersphase anstehenden Veränderungen und Herausforderungen und damit einhergehende Entwicklungsprobleme können in einer Essstörung zum Ausdruck gebracht werden.¹³ Mädchen treiben weniger Sport und sind seltener im Sportverein aktiv. Im Jugendalter nimmt bei beiden Geschlechtern die körperliche Aktivität ab, bei Mädchen jedoch stärker (vgl. Lampert et al., 2007). Für Mädchen steht das Wohlfühlen und die Figurformung im Vordergrund (vgl. Rulofs et al., 2002). Mädchen essen häufiger als Jungen Obst und Gemüse und trinken häufiger (Mineral-)Wasser (vgl. Mensink et al., 2007).

Auch wird das Ernährungsverhalten eingesetzt, um Männlichkeit und Weiblichkeit herzustellen. Spezifische Nahrungsmittel sind geschlechtlich aufgeladen (vgl. Setzwein, 2006).

Der Konsum von Alkohol ist bei Mädchen und Jungen in unterschiedliche soziale Kontexte eingebettet und erfüllt unterschiedliche Funktionen (vgl. Helfferich, 1994b). Einen besonderen Einfluss auf das Konsumverhalten von Alkohol und Tabak haben die Gleichaltrigen-Bezugsgruppe und das Vorbild der Eltern.

¹¹ Vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales Mecklenburg – Vorpommern (2008): Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg Vorpommern, S. 20.

¹² Vgl. ebd., S. 21.

¹³ Vgl. Deutscher Bundestag (2009): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht, Berlin. S. 134.

In Ostdeutschland ist der Tabakkonsum bei den Jugendlichen stärker verbreitet als in Westdeutschland (vgl. Lampert/Thamm, 2007).

Vor allem selbstbewusste und soziale kompetente Mädchen rauchen, während Nikotinkonsum bei Jungen eher mit Selbstunsicherheit einhergeht. Somit scheinen die Steigerung des Selbstwertgefühls und die Verhinderung des Tabakkonsums bei Mädchen zwei Ziele zu sein, die sich diametral gegenüber stehen (vgl. Kolip, 1999, S. 225f).

Franzkowiak (1985: 39) analysiert gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie folgt:

- als Reifensymbol und Requisite der stufenweisen Verselbständigung sowie als Mittel des Zugangs zur Gesellschaft,
- als vielseitig einzusetzendes Rüstzeug zur Aufnahme und Eingliederung in die Gruppen Gleichaltriger sowie zur Stabilisierung bereits erworbener Positionen,
- als Handhabe individueller Freiheitsgrade über die Reizung und mögliche „Verschwendung“ körperlicher und seelischer Ressourcen,
- und mit zunehmendem Alter auch als subjektive Entlastungs-, Kompensations- und Ersatzhandlung.

„Die beste Voraussetzung für eine erfolgreiche Intervention liefern Programme, die einen übergreifenden Ansatz verfolgen: allgemeine Persönlichkeitsförderung in sozialer, kognitiver und emotionaler Hinsicht, Berücksichtigung des Lebenskontextes von Jugendlichen; integrative Maßnahmen im Hinblick auf Wissen, Einstellungen und Verhalten mit handlungsorientiertem Schwerpunkt; Peers als Programmvermittler und regelmäßige „booster sessions“ (Jerusalem/Mittag 1994, S. 865).

Die Förderung eines gesunden Lebensstils gehört zur zentralen Aufgabe. Das beinhaltet eine ausgewogene Ernährung und viel Bewegung, aber auch Genuss und Entspannung umfasst. Die Maßnahme kann nur Wirkung zeigen, wenn die psychosozialen Gesichtspunkte jugendlicher Verhaltensweisen und der soziale Kontext berücksichtigt werden (vgl. Mittag/Jerusalem, 1999, S. 164).

„Kinder und Jugendliche haben nie isolierte Probleme mit der Ernährung, dem Stress oder ihrem Bewegungsverhalten“
(Mann-Luoma et al., 2002, S. 956).

Der Anteil der davon betroffenen Jugendlichen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ist ca. zweimal so hoch wie bei Jugendlichen aus Familien mit einem höheren sozioökonomischen Status (vgl. Hölling/Schlack, 2007). Übergewicht und Adipositas betreffen inzwischen einen erheblichen Anteil der Kinder- und Jugendlichen in den westlichen Industrieländern. Zwischen 7, 2 und 8,5 Prozent der Jugendlichen sind übergewichtig oder adipös. Diese Jugendlichen gehören vermehrt Familien an, die sozial benachteiligt sind (vgl. Kurth/Schaffrath Rosario, 2007). Das Wohlstandproblem der ‚dicken Kinder‘ entpuppt sich bei näherer Betrachtung als Armutproblem und Folge sozialer Ungleichheit. Damit wird das Thema ‚Ernährung‘ auch Gegenstand sozialpädagogischer Interventionen (vgl. Hanses/Sander, 2009, S 373).

„Das Erleben und Verhalten von Jugendlichen ist zudem stärker an der Gegenwart, aktueller Bedürfnisbefriedigung und Möglichkeiten zu neuen Erfahrungen und Erlebnisqualitäten orientiert als an potentiellen Ereignissen in der fernen Zukunft, die als viel unwichtiger erlebt werden. Mit einer Motivation zu gesundheitsförderlichem Verhalten ist in diesem Alter kaum zu rechnen“
(Mittag/Jerusalem, 1999, S, 163).

Auf die Verhaltensweisen Ernährung und Bewegung wirken gesellschaftliche Risikofaktoren ein, die schwer beeinflussbar sind. Dazu gehören die ständige Verfügbarkeit nährstoffreicher Nahrungsmittel und die zunehmende Mechanisierung von Alltag und Arbeitswelt, die die körperliche Alltagsaktivität reduziert (vgl. BzgA, 2005, S. 14).

Ernährung und Bewegung gehören historisch gesehen zu den basalen Aufgaben Sozialer Arbeit. Die aktuelle Ernährungslage bildet eine massive Herausforderung für öffentlich und freie Träger der Sozialen Arbeit (vgl. Homfeldt/Sting, 2006. S 182). Ernährung und Bewegung als zentrale Themen in der Gesundheitsförderung sind gleichermaßen für Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit und Erziehungswissenschaften von Bedeutung (vgl. Hanses/Sander 2009, S. 373f).

Die Projektarbeit legt genau den Schwerpunkt auf die soziale Benachteiligung von Jugendlichen, die z.B. durch Armut oder geringe Bildungschancen gekennzeichnet ist.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sollen ermutigt werden ihre Rechte wahrzunehmen. Dazu ist es notwendig entsprechende Strukturen zu schaffen. Das bedeutet gesellschaftliche Inklusion und Beteiligung.¹⁴

¹⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (2009): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht. Berlin.

7.3 Geschlechtsdifferenzierter Ansatz

Das Geschlecht beeinflusst den Gesundheitszustand und das gesundheitsbewusste Verhalten. Durch unterschiedliche Lebenslagen, Lebensstile und Gesundheitsprobleme der Geschlechter wird eine geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung erforderlich¹⁵

In der Kinder- und Jugendhilfe wird im §9 Abs. 3 KJHG die Geschlechterdifferenzierung als Querschnittsaufgabe festgelegt. Dadurch sollen die Lebenslagen der Mädchen und Jungen stärker in den Fokus gerückt werden. Für die Gesundheitsförderung fehlt bisher eine verbindliche Festlegung (vgl. Kolip 2009, S. 20).

Zwischen jugendlichen Mädchen und Jungen bestehen Unterschiede in der gesundheitlichen Lage. Mädchen sind in einer patriachalen Gesellschaft grundsätzlich mit schlechteren Entwicklungschancen und höheren Ausgrenzungsrisiken ausgestattet. Die Ergebnisse des Jugendgesundheits surveys KiGGS empfehlen, neben dem Blick auf benachteiligte soziale Gruppen auch Lebensstile genauer daraufhin zu untersuchen, welchen Einfluss sie auf die Gesundheit haben. Mädchen aus sozial schwachen Familien, mit niedrigem Berufsstatus und geringem Einkommen schätzen ihre Gesundheit zweimal häufiger weniger gut bzw. schlecht ein als Mädchen aus besser gestellten Familien (vgl. Paulus 2009, S. 15).

¹⁵ Vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg- Vorpommern (2008): Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg Vorpommern, S. 20.

Das Projekt ‚Step by Step‘ folgt dem geschlechtsdifferenzierten Ansatz.

Gesundheitsfördernde Angebote für Mädchen und Frauen sind:

- Hilfestellung bei der Entwicklung von Wahl- und Handlungsalternativen,
- Unterstützung der Bestrebungen nach Autonomie und Eigenständigkeit,
- Stärkung des Selbstwertgefühls,
- Entwicklung von Bewältigungsstrategien,
- Gestaltung von Lebensräumen, die der eigenen Entfaltung dienen,
- Sensibilisierung der Wahrnehmung von Körperbotschaften.

Die Mädchen und Frauen sollen lernen, eigene Interessen und Bedürfnisse zu entwickeln, zu artikulieren und im persönlichen und öffentlichen Leben durchzusetzen. Hierbei wird an den Stärken der Mädchen und Frauen angesetzt.

Helferich (1994: 166) ist der Auffassung, dass Mädchenprojekte überwiegend ein Dasein in eigens dafür hergerichteten „Nischen“ fristen. Daraus würde sich ihrer Meinung nach kein Handlungsdruck für die allgemeine Prävention ergeben. Dadurch, dass es immer das Ziel von Mädchenarbeit ist, die Mädchen zu stärken, zu befähigen und Benachteiligungen zu überwinden, können alle Projekte als Beiträge zur Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet werden (vgl.ebd.).

In der gesundheitsbezogenen Mädchenarbeit wird Bezug auf die durch die eigene Geschlechtzugehörigkeit entstehenden Fragen, Probleme und Herausforderungen genommen (vgl. Altgeld/Kolip, 2006).

Im geschlechtersensiblen Ansatz wird der mit dem Geschlecht verbundene Zugang zum Thema für die Projektarbeit genutzt.

Die mit den Zuschreibungen und Wahrnehmungen verbundenen gesellschaftlichen Strukturen werden dabei kritisch reflektiert (vgl. Maurer, 2002). Dazu gehört auch die Überprüfung der Geschlechterrollen und –stereotypen z.B. innerhalb des Essverhaltens der Jugendlichen.

In der gesundheitsbezogenen Mädchenarbeit wird Bezug auf die durch die eigene Geschlechtzugehörigkeit entstehenden Fragen, Probleme und Herausforderungen genommen (vgl. Altgeld/Kolip, 2006).

Mit dem Geschlecht verbundenen Zugang zum Thema aufzugreifen und die mit den Zuschreibungen und Wahrnehmungen verbundenen gesellschaftlichen Strukturen kritisch zu reflektieren (vgl. Maurer/Schmidt, 2002).

Gesundheitsfördernde Angebote für Mädchen und Frauen sind:

- Hilfestellung bei der Entwicklung von Wahl- und Handlungsalternativen,
- Unterstützung der Bestrebungen nach Autonomie und Eigenständigkeit,
- Stärkung des Selbstwertgefühls, Entwicklung von Bewältigungsstrategien,
- Gestaltung von Lebensräumen, die der eigenen Entfaltung dienen,
- Sensibilisierung der Wahrnehmung von Körperbotschaften.

Die Mädchen und Frauen sollen lernen, eigene Interessen und Bedürfnisse zu entwickeln, zu artikulieren und im persönlichen und öffentlichen Leben durchzusetzen. Hierbei wird an den Stärken der Mädchen und Frauen angesetzt (vgl. Bormann 2002, S. 36).

7.4 Projektziele

Das Projekt soll die Entwicklung der Persönlichkeit und der sozialen Fähigkeiten von Jugendlichen, insbesondere von Mädchen und jungen Frauen durch die Bereitstellung von Informationen, gesundheitsbezogener Bildung und durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen fördern.

Zur sozialen Kompetenz gehören:

- die Fähigkeit zu emotionaler und sozialer Sensitivität,
- eigene positive und negative Emotionen zum Ausdruck bringen,
- die Fähigkeit Kontakte zu knüpfen und aufrecht zu erhalten,

- die Fähigkeit, als unbillig erlebte Ansprüche anderer zurück zu weisen und
- die angemessene Kritik zu akzeptieren (vgl. Leppin, 1999, S. 2003).

Dadurch erhalten die Jugendlichen die Möglichkeit mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben. Gleichzeitig wird ihnen dadurch ermöglicht, Entscheidungen zu treffen, die ihrer Gesundheit dienen. Im Vordergrund stehen Hilfe zur Selbsthilfe, die Aktivierung eigener Ressourcen zu mehr Selbstbestimmung über den Körper und die Gesundheit. Eine bewußte Wahrnehmung des Körpers und seiner Bedürfnisse, das Wissen um ihn und die Kompetenzen im Umgang mit Beschwerden sind natürliche Voraussetzungen für die Gesundheit (vgl. Helfferich, 1994, S. 167).

Das Hauptziel des Projektes ist es, den Mädchen und jungen Frauen die eigenverantwortliche Gesundheitsprävention bewusst zu machen und zu fördern. Das bedeutet:

- auf Warnsignale des Körpers hören und dementsprechend angemessen darauf reagieren,
- die Wertigkeit von Bewegung einschätzen,
- einen verantwortlichen Umgang mit Ernährung, Alkohol und Medikamenten erreichen,
- Wissen um die Gefahren von Rauchen und illegalen Suchtmitteln vermitteln,
- die Genussfähigkeit entwickeln,
- Möglichkeiten der Entspannung kennen lernen, erfahren und erproben (als vorbeugende Maßnahme) zum Stressabbau und zur Einübung von Frustrationstoleranz,
- das Erlernen und Einüben von gesundheitsfördernden Fertigkeiten wie z.B. Selbstwahrnehmung, Kommunikation- und Beziehungsfertigkeiten, Entscheidungsfähigkeit und Problemlösungs-, Gefühls- und Stressbewältigung unterstützen.

Die Ziele des außerschulischen Projektes zur Gesundheitsförderung beziehen sich auf die sozialen Differenzen (z.B. Geschlecht) und die gesundheitlichen Ungleichheiten (z.B. geringe ökonomische Ressourcen) der Jugendlichen. Dem Bezug zur Lebensrealität der Jugendlichen wird nachgegangen. Dazu gehören Bewegungsräume in Schule und Freizeit, der Konflikt mit sich selbst und anderen, ihre ökonomische Möglichkeit zur gesunden Ernährung. Die Möglichkeit der Teilhabe und Partizipation muss gegeben sein, d.h. es muss nach Möglichkeiten gesucht werden, die es den Jugendlichen ermöglicht, ‚selbst aktiv‘ werden zu wollen (vgl. Hanses/Sander, 2009, S. 397).

Hanes/Sander (2009) weisen darauf hin, dass Jugendarbeit die Aufgabe hat, auf die soziale Ungerechtigkeit ihrer Zielgruppen hinzuweisen.

Das Projekt nimmt bezug auf folgende Aspekte:

Gesundheitsbildung

- Bildungsarbeit als klassisches methodisches Grundkonzept,
- Die Erfahrungswelten der Jugendlichen werden aufgegriffen und als soziale Bildung konzeptualisiert.

Sozialraumorientierung

- Der Raum der Jugendarbeit muss als sozialer Aneignungsraum verstanden werden. Jugendliche sollten in der Gestaltung von Freiräumen unterstützt werden, Angebote der Kultur- und Erlebnispädagogik bieten hier gute Möglichkeiten. Es geht nicht um das Erlernen von bestimmten Techniken, sondern um die Erfahrung, dass die soziale Welt gestaltbar ist (vgl. Reutlinger, 2005).

7.5 Rahmenbedingungen

Projektzeitraum

01.01.2008 – 31.12.2009

Zielgruppe

Mädchen und junge Frauen im Alter zwischen 10 - 27 Jahren, gleich welcher Herkunft und Konfession

Finanzierung

Eigenmittel, Spenden und Mittel aus katholischen Stiftungen betragen 60 % der Finanzierung. Die restlichen 40% stammen aus Mitteln des Landesjugendamtes und des Landkreises Ostvorpommern.

Mitarbeiter

- 1 Projektleiterin (Sozialarbeiterin, 40 h/Woche),
- 1 pädagogische Mitarbeiterin (30h/woche)
- 2 Honorarkräfte für Nachhilfeunterricht in Mathe und Englisch (Diplompädagoginnen)

Projektstandorte

- Räumlichkeiten in der Ganztagschule *Ducherow*,
- Räumlichkeiten in der Ganztagschule *Gützkow*,
- Räumlichkeiten in der Schule sowie im Internat zur individuellen Lebensbewältigung in *Anklam*,
- Ergänzende Lerngelegenheiten in Räumen außerhalb des schulischen Milieus - *Offener IN VIA Mädchen – und Frauentreff* in *Anklam*. Dazu gehören: Beratungsraum, Mädchencafé, Sport- und Seminarraum, Kreativwerkstatt.

Wissenschaftliche Begleitung

Vom 01.01.2008 – 30.06.08 wurde die Begleitung durch eine Diplomsozialpädagogin durchgeführt. Vom 01.07.2008 bis zum 31.12.2009 stand ein Diplomkunsttherapeut für diese Aufgabe zur Verfügung.

Kooperationspartner

- Regionalschule Ducherow,
- Regionalschule Züssow,
- Schule zur individuellen Lebensbewältigung einschließlich Internat,
- Krankenkassen,
- Jugendamt des Landkreises Ostvorpommern,
- Regionaler Knoten MV, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung MV e.V.,
- Beratungsstellen anderer freier Träger,
- bei IN VIA Anklam angesiedelte Selbsthilfegruppen: Angehörige psychisch Kranker, Trockene Alkoholiker.

7.6 Projektinhalte

Mittag/Jerusalem (1999: 161) sind der Ansicht, dass die meisten Verhaltensweisen sich bereits in jungem Alter bilden und stabilisieren und daher Kinder und Jugendliche eine besonders wichtige Zielgruppe in der Gesundheitsförderung sind. Die Grundlagen des Gesundheitsverhaltens werden sehr früh gelegt, daher sind Interventionen im Kindes- und Jugendalter aus entwicklungspsychologischer Sicht und auch unter Kosten – Nutzen - Gesichtspunkten besonders sinnvoll. Sinnvolle und erfolgreiche Gesundheitsprävention muss sich über die spezifischen Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen im klaren sein. Die Projektarbeit legt genau den Schwerpunkt auf die soziale Benachteiligung von Jugendlichen, die z.B. durch Armut oder geringe Bildungschancen gekennzeichnet ist.

7.6.1 Ernährung

Essen hat für Menschen Bedeutungen, die über die physische Bedarfsdeckung hinausgehen. Essen schafft z.B. Sicherheit durch Konfrontation mit Vertrautem, durch Strukturierung des Lebens und durch Selbstvergewisserung. Mit Essen können Emotionen reguliert werden. Essen dient der Spannungsabfuhr, dem Trost, dem Ausdruck von Zuneigung und der Schaffung von Zufriedenheit. Über Essen wird auch Identität entwickelt und stabilisiert. Viele Ess -Alltagshandlungen sind bestimmt durch:

- kulturelle Identität (Essen der Ethnie, Religion oder Region) z.B. wie Tabus oder spezifische Rituale,
- die Zuordnung zu Gruppen (soziokulturelle Identität), die Abgrenzung von Anderen. Soziale Milieus kennen eigene Esstraditionen wie Weltoffenheit und Selbstbezug.

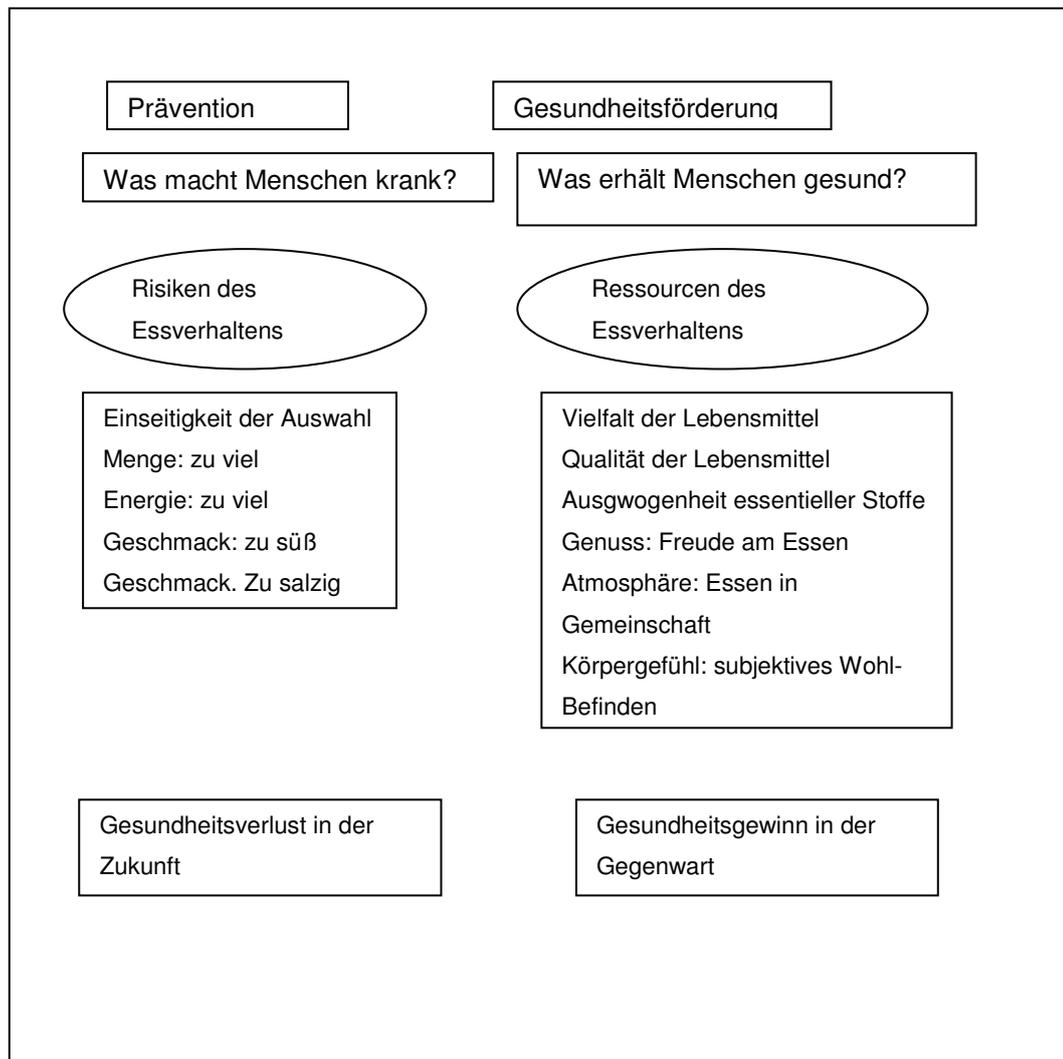


Abb.3 Erklärungsmodell für junges Ernährungsverhalten (mod. nach Gerhards/Rössel, 2003)

Versorgung wird eingeklagt oder abgelehnt, wie z.B. von Kindern gegenüber Eltern oder zwischen den Geschlechtern.

Familienmahlzeiten dienen der Festigung des Zusammenhalts in der Verwandtschaft, ‚Essengehen‘ und Einladungen dienen der Pflege des Freundeskreises und der Peer Group. Rituale und Speiseordnungen festigen ethnische und religiöse Gemeinschaften. Über Essen werden auch spezifische ästhetische und sensorische Bedürfnisse befriedigt. Tischkultur, Harmonie, Genuss, sensorische Präferenzen sind kulturbedingt verschieden und für die Betroffenen mit spezifischen Bedeutungen versehen.

Essen hat auch mit Trends und mit Dazugehören zu tun. Der persönliche Ernährungsstil ist Teil des eigenen Lebensstils.

Die Ernährung hängt mit dem Körperbau und Körpergewicht zusammen. Bezeichnen die Mädchen das Kochen als Frauensache? Hier bietet sich eine Verknüpfung mit dem Thema Geschlechterrollen an.

Damit Essen nicht zum Frustabbauer wird, ist es Schutzfaktor, Anerkennung zu geben, Erfolgserlebnisse zu ermöglichen und Möglichkeiten zu zeigen, wie anders mit Frust oder anderen Gefühlen umgegangen werden kann. Hier bietet sich eine Verbindung zur Sucht- und Drogenprävention an. Wichtig ist auch die Entwicklung des Selbstbewußtseins, der Selbstsicherheit, der Eigenverantwortlichkeit, einer Lebensperspektive sowie der persönlichen Autonomie. Schutzfaktoren sind sinnvolles Bewegungsverhalten und positive Erlebnisse mit dem eigenen Körper.

Die Definition der eigenen Person über das Aussehen stiftet Identität; Abnehmen verschafft Beachtung, Anerkennung und Selbstbestätigung. Dieser Prozess wird durch kulturelle Einflüsse gefördert: Die gängigen Schönheitsideale stellen Schlankheit in den Vordergrund. Mode und Werbung machen uns das vor.

Das Thema des Essens und der Ernährung hat Einzug in die Soziale Arbeit erhalten. Soziale Ungleichheit, Armut und der Gemeinde/Stadtteilbezug machen im Bereich der Gesundheitsförderung einen sozialpädagogischen Zugang geradezu notwendig. Dabei wird Ernährung als Problem besonderer Lebenslagen der Jugendlichen betrachtet. Ernährung ist demnach als eine bedeutsame lebensweltliche Herausforderung zu sehen und muss daher auch in seinen sozialen Bedingungen aufgegriffen werden (vgl. Hanses/Sander, 2009, S. 376).

Die konzeptionelle Überlegungen gehen dahin, das Ernährungswissen der Mädchen und jungen Frauen zu vergrößern, sowie eine Verbesserung des Gesundheitshandelns durch praktisches Tun zu erreichen.

Ziele

- ein positives Verhältnis zum eigenen Körper und ein positives Selbstkonzept durch Essen und Ernährung entwickeln,
- die eigene Essbiographie im soziokulturellen Kontext verstehen und gestalten,
- Kultur und Technik der Mahlzeitenzubereitung kennen lernen,
- Einflussfaktoren auf Konsumententscheidungen verstehen,
- Spaß und Freude am Essen fördern, sowohl bei der Auswahl, der Zubereitung und dem Verzehr,
- Gefühle und Wertschätzung für den eigenen Körper und die Gesundheit wecken,
- Ästhetisch-kulturelle und kommunikative Erfahrungen beim gemeinsamen Essen fördern,
- verantwortungsvollen und bewussten Umgang mit der Nahrung schulen,
- Zusammenhänge einer gesunden und ausgewogenen Ernährung vermitteln,
- Entscheidungshilfen für alltägliches Handeln anbieten,
- Interesse an einer gesunden Ernährung wecken,
- Kenntnisse aneignen und vertiefen, Meinungen austauschen,
- wenn notwendig, Ernährungsgewohnheiten verändern,
- Spaß und Freude am Essen fördern, sowohl bei der Auswahl, der Zubereitung und dem Verzehr.

7.6.2 Sport und Bewegung

Bewegung als ein weiteres Thema präventiver und gesundheitsförderlicher Konzepte wird verstärkt in der außerschulischen Jugendarbeit diskutiert (vgl. Gilles, 1998).

Nicht die körperliche Leistungsfähigkeit, sondern der Körper als Ort sozialer Praxis steht im Vordergrund (vgl. Hanses/Sander, 2009, S. 379).

Der Körper ist ‚Ort‘ sozialer Herstellungspraxen, er dient der Selbstpräsentation und ist u.a. Gegenstand von Zugehörigkeitskonstruktionen (vgl. Bublitz, 2006). Der Körper ist somit Ressource für selbstreflexive und gemeinschaftliche Prozesse (vgl. Sting, 2007, S. 108). Körperliche Inaktivität ist ein Risikofaktor, der als relativ gesichert gilt (vgl. WHO, 2003). Längsstudien belegen, dass Personen, die schon als Kind aktiv waren, auch als Erwachsene sportlich aktiver sind (vgl. Kuh et al., 1992).

Ziel der Gesundheitsförderung ist u.a. die Stärkung der Ressource des Körperbewusstseins. Ist Sensibilität für körperliche Vorgänge und Beeinträchtigungen vorhanden, dann erhöhen sich auch die Chancen, den negativen Einflüssen von Umweltbedingungen oder der eigenen Lebensweise frühzeitig zu erkennen und entsprechend gegenzusteuern (vgl. Faltermaier 1999, S. 48).

Ziele

- Bewegungslust erhalten und/oder fördern,
- Sensibilisierung des Körperbewusstseins,
- Abbau von Hemmungen und Ängsten,
- Integration in eine Gruppe lernen, Rücksicht auf sich selbst und andere nehmen,
- Soziales Handeln/Einhalten von Regeln/Kooperationsbereitschaft entwickeln,
- Förderung der Beziehungsfähigkeit,
- Unterstützung bei der Entwicklung des Selbstbewusstseins
- Sinnliche Wahrnehmung erfahren,
- Schwächeren Akzeptanz vermitteln, Gemeinschaft erleben,
- Solidarität/Toleranz/Fairness entwickeln,
- Zusammenhalt in der Gruppe, Freundschaft und Solidarität,
- Lernen, dass auch Niederlagen zum Leben und zur Weiterentwicklung gehören,
- Herausforderungen und Grenzerfahrungen erleben und daran wachsen,

- Blick für den Nächsten und seine Bedürfnisse werden geschärft
- Vertiefung der Erlebnisfähigkeit,
- Freude an Musik, Bewegung und gemeinsamen Tun fördern,
- Förderung der Eigeninitiative,
- Training von Ausdauer,
- Wohlbefinden, Ausgeglichenheit und Stressabbau durch Bewegung bewirken, Bewegung baut Aggressionen ab,
- Steigerung der Interaktions- und Kooperationsfähigkeit.

7.6.3 Sucht – und Drogenprävention

Die Jugendarbeit in ihrer Ausrichtung auf eine freiwillige und unverbindliche professionelle Betreuung hat weniger die Möglichkeit einer unmittelbaren Suchtberatung (vgl. Hanses/Sander 2009, S. 385).

Im Rahmen von erlebnispädagogischen Ansätzen wird den Mädchen und jungen Frauen ein geschützter Raum angeboten, in denen eine Informationsvermittlung über die jeweiligen Substanzen und Risiken erfolgt sowie eine Beratung, Unterstützung bei der sozialen und gesundheitlichen Sicherung.

Ziele

- Förderung der Identitätsbildung/ Auseinandersetzung mit der eigenen Person,
- Bewusstmachen der eigenen Gefühle und anderer, Erkennen, wie Gefühle Verhalten beeinflussen,
- Entwicklung von Fertigkeiten, angemessen mit Gefühlen umzugehen,
- Steigerung der Selbstbeobachtungsfähigkeit/realistische Selbsteinschätzung gewinnen (Erkennen der eigenen Person, des Charakters, der Stärken und Schwächen, Wünsche und Abneigungen),
- Furcht- und Angstgefühle als solche erkennen und zulassen,
- Lernen, diese Angstgefühle zu verstehen und mit ihnen umzugehen,

- Spielerisch lernen, das eigene Verhaltensrepertoire zu erweitern,
- Entwicklung von Kreativität,
- Entwicklung von Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit,
- Selbstsicherheit entwickeln,
- Auseinandersetzung mit dem Körperbild/Sensibilisierung gegenüber dem eigenen Körper,
- Erkennen der Ursachen von Stress im Alltag,
- Möglichkeiten der Entspannung kennen lernen, erfahren und erproben (als vorbeugende Maßnahmen) zum Stressabbau und zur Einübung der Frustrationstoleranz z.B. Yoga, Tanzen, Atemübungen,
- Vertrauen in die Selbstwirksamkeit entwickeln (sich kompetent fühlen, mit Problemen fertig zu werden).

7.7 Projektdurchführung

Das Projekt fand 1 x wöchentlich an der Regionalen Schule in Gützkow und 2 x wöchentlich an der Regionalen Schule Ducherow in der Zeit von 13.00 Uhr bis 17.00 Uhr statt. Die Angebote in Ducherow wurden für zwei unterschiedliche Gruppen angeboten. Je 1x in der Woche für die 5. und 6. Klasse und für die 7. bis 9. Klasse.

In Anklam war der Mädchentreff von Montag bis Freitag in der Zeit von 12.00 bis 17.00 Uhr geöffnet.

Neben den konkreten wöchentlichen Mädchengruppen boten die IN VIA Mitarbeiterinnen zusätzlich verschiedene Wochenend- und Ferienaktivitäten an. Zusätzlich zu diesen Programmen wurden Fahrten angeboten, die über mehr als einen Tag dauerten, in denen sich die Mädchen in der jeweiligen Gruppenzusammensetzung noch einmal ganz anders erfahren konnten. Die Notwendigkeit dieser Angebote war gerade für die Mädchen aus den mobilen Treffs (Ducherow und Gützkow) von besonderer Bedeutung, sozusagen als ein Baustein für die Umsetzung der sozial - emotionalen Projektziele dringend erforderlich.

Von Seiten der Eltern wurde dieses Angebot als sehr positiv bewertet. Die Mädchen waren unter Aufsicht, dennoch hatten sie die Möglichkeit kostengünstig Ferien zu machen. Für die Mädchen bedeutete das auch, in einem geschützten Raum neue Erfahrungen machen zu können.

Die Arbeit mit dem Internat der Lernbehindertenschule fand vierzehntägig in der Zeit von 15.00 Uhr bis 16.00 Uhr statt.

Ernährung

Inhalte

- Essen und emotionale Entwicklung, Körper, Identität und Selbstkonzept,
- Entwicklung des sensorischen Bewusstseins: Genuss beim Essen und Sinn für das Essen,
- Essensvorlieben, neues Essen ausprobieren,
- Ansichten der Jugendlichen über Essen, Trinken und Wohlfühl,
- Körperbild und Image sowie Selbstwertgefühl,
- Soziale Bedeutung von Essen und Trinken,
- Essgewohnheiten, kulturelle und soziale Einflüsse, Ernährungsweisen, Essstile,
- Essen in sozialer Gemeinschaft,
- eigene Ernährungs- und Essgewohnheiten,
- die eigene Essenswahl beeinflussende Faktoren,
- unterschiedliche Nahrungsgewohnheiten (regional, kulturell, religiös),
- Ess-Muster (Trends/Zwischenmahlzeiten),
- Umgebung beim Essen,
- Regeln und Rituale beim Essen,
- Ernährung und persönliche Gesundheit,
- ‚Nährwert‘ von zusätzlichen Nahrungsmitteln: Zwischenmahlzeiten, Süßigkeiten,
- Richtlinien für eine gesunde Ernährung,

- Gesundheitsrisiken: Übergewicht/Untergewicht, Essstörungen,
- Lebensmittel, Märkte, Verbraucher und Konsum, Werbung und Einkauf,
- Budgetierung,
- Einfluss von Werbung und Marketing, Funktion der Verpackung.

Aktivitäten

- Die Herkunft und Herstellung von gesunden Lebensmitteln werden exemplarisch erfahren, z.B. Vollkornkekse backen, Besuch eines Biobauernhofes, Besuch beim Imker, Kräuterwanderung, Besuch von landwirtschaftlichen Betrieben, Besuch einer Molkerei, Besuch einer Bäckerei.
- Plakatgestaltung ‚healthy food‘ - Vorschläge für gesunde Mahlzeiten,
- Gesunde Nahrungsmittel besorgen, zusammenstellen, kochen und mit Genuss essen,
- einen gesunden Snack kreieren, Fragebogen erstellen - Wie sieht mein Lieblingsnack aus?
- Liebessessen der Teilnehmer - bewusstes Auseinandersetzen und Hinterfragen,
- wirr erleben die Farben der Jahreszeiten - den Jahreszeiten entsprechend kochen,
- Kochshow in Zusammenarbeit mit dem Rostocker Offenen Kanal.

Ansätze

- Jugendliche sammeln Erfahrungen mit gesunden Nahrungsmitteln und anderen Esskulturen,
- konkrete Befähigung und Einüben (gemeinsames Einkaufen, Kochen vermitteln Basiskompetenzen),
- Wissensaneignung als Handlungsressource oder Potential zur Verhaltensänderung.
- Vernetzung
(vgl. Hanses/Sander 2009, S. 376).

Bewegung

Aktivitäten

- Ruhige Spiele, Entspannungsübungen, Yoga, Wellness,
- Bewegungsfördernde Spiele,
- Kooperations- und Kommunikationsspiele z.B. Partnerübungen,
- Musik-, Sing- Rhythmusspiele, z.B. Tanzworkshop,
- Aktive Spiele für Draußen und Drinnen z.B. Tischtennis und Federball,
- Sportwettkämpfe,
- Radtouren,
- Ferienfreizeiten,
- Spaziergänge am Meer und im Wald.

Sucht- und Drogenprävention

Inhalte

- Auseinandersetzung mit dem Körper(bild),
- Informationen über Süchte, Suchtmittel und Suchttätigkeiten,
- Wo finde ich Hilfsangebote?
- Themen : Ängste, Gefühle, Werbung und Schönheitsideale,
- eigene Stärken und Schwächen,
- Umgang mit Konflikten,
- Wie gehe ich mit Verlust und Niederlagen um?

Aktivitäten

- Sinnesübungen, Phantasiereisen und –spiele,
- Übungen zur Körperwahrnehmung,
- Erarbeiten einer Modenschau/Auseinandersetzung mit dem Schönheitsideal/eigenen Stärken und Schwächen,

- Interviews auf der Straße zu Themen wie z.B. Rauchen/Auswertung der Interviews,
- Erstellung von ‚Antiraucher‘ Plakaten,
- Buchlesungen,
- Zeichnungen und Aufsätze zum Thema: Wohlfühlen,
- Maskenbau,
- Erstellen von Collagen zum Schönheitsideal,
- Praktische Übungen z.B. „Ich schätze an mir“ oder „Heimliche Wünsche“
- Aggressionsabbauende Spiele, Verbindung zum Thema ‚Sport und Bewegung‘,
- Fragen rund um die Werbung/Welche Frauen- Männertypen finden wir in der Werbung? Was ist frauenfeindliche Werbung? Wie beeinflusst die Werbung unser Verhalten?

7.8. Ausgewählte Methoden

- Fragebögen, Protokolle, Selbstbeobachtung,
- Rollenspiele (mit Videoaufzeichnungen),
- Konzentrations- und Entspannungsübungen,
- Workshops (Einzel- und Gruppenarbeit),
- Mündliche oder schriftliche Befragung,
- Methoden der Erlebnispädagogik,
- Arbeit an Texten,
- Brainstorming,
- Vortrag zur Anregung und Aktivierung eigener Überlegungen,
- Diskussion, Pro und Contra,
- bildlich gestalten: z.B. Collage, Fotos, Zeichnungen und Texte,
- Märchen und Geschichten erzählen, Phantasiereisen, Rollenspiele.

Wohlfühlhefte

Das Wohlfühlheft benennt die Problemfelder, die im Zusammenhang mit Gesundheitserziehung stehen. Dazu zählen:

- körperliche Aktivitäten,
- Essverhalten,
- individuelle Freizeitgestaltung,
- Suchtverhalten,
- der Einfluss der/ Verhalten in der Peer Group,
- Verhalten in anderen Gruppensituationen/in der Schule
- Verhalten/Verhaltensänderungen in Konflikt- und Stresssituationen,
- allgemeine Freizeitaktivitäten.

In Zusammenarbeit zwischen Team und wissenschaftlicher Begleitung wurde die Idee entwickelt, mittels der ‚Wohlfühlhefte‘ auswertbare Informationen zu den verifizierten Problemfeldern zu erhalten. Die Aussagen der Wohlfühlhefte dienten einerseits als unterstützendes Arbeitsmaterial für das Projekt-Team. Zum anderen erhielten die Mädchen durch die Hefte einen Überblick über ihren Umgang mit sich, mit ihrem Körper.

Jedes Mädchen behielt sein Heft. Dadurch wurde dem ‚Instrument‘ Wohlfühlheft einerseits der Charakter eines persönlichen Tagebuches verliehen, andererseits diente es als individuelle Reflektionsebene.

Um den Mädchen das Ehrlich-Bleiben bei der Beantwortung der Fragen zu erleichtern, blieben die den Heften entnommenen Daten anonym. Auf der Basis der anonymen Daten erfolgte mit den Mädchen eine Auswertung der ‚Umfrage‘. So wurden Problematiken diskutiert, ohne dass die Intimsphäre der Projektteilnehmerinnen dabei verletzt wurde.

Ziel dieser Herangehensweise war es, gemeinsam mit den Mädchen sowohl konkrete individuelle als auch gruppenorientierte Möglichkeiten und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Ausgewertet wurde vorrangig der Durchschnittswert der Gruppe, nicht die Einzelpersonen, um den Mädchen Vergleichsmöglichkeiten zur Gruppe zu schaffen. Darüber hinaus waren diese Werte Indikatoren dafür, ob die Arbeitsschwerpunkte des Projektes auch den Bedürfnissen der Mädchen entsprachen.

7.9 Projektauswertung

7.9.1. Organisation und Struktur

Das Projekt fand im Rahmen Außerschulischer Jugendarbeit statt.

Standorte

Das Projekt wurde im Anklamer IN VIA Mädchentreff sowie in den Regionalschulen Ducherow und Gützkow durchgeführt.

Räume und Ausstattung

Die Räume und die Ausstattung im Anklamer IN VIA Mädchentreff boten für das Projekt der Gesundheitsförderung die besten Voraussetzungen. Zur Verfügung standen Gruppen- und Beratungsräume, ein Saal für sportliche Aktivitäten, eine Kreativwerkstatt sowie eine gut ausgestattete Küche. Im Anklamer Treff war die Atmosphäre entspannt, die Mädchen konnten entsprechend ihrer Stimmung ihre Aktivitäten selbst in die Hand nehmen. Mit der guten Ausstattung der Räume wurde den Mädchen Wertschätzung und Vertrauen signalisiert.

Die Räume in den Schulen Gützkow und Züssow waren Klassenräume, die in erster Linie für den Unterricht ausgestattet sind. Diese Räume waren in ihrer Grundausstattung wenig zu verändern.

Die Atmosphäre blieb dadurch im Vergleich zum Anklamer Treff eher „oberflächlicher“. Verstärkt wurde dieser Eindruck durch den in Gützkow nur 1x wöchentlich und in Ducherow nur 2 x wöchentlich stattfindenden Kontakt. Dadurch fehlte es auch an Rückzugsräumen für die Mädchen.

Die Mädchen wollten ‚etwas eigenes‘ haben, wollten sich abgrenzen und sich zurück ziehen können. Zu bestimmten Veranstaltungen gemeinsamen Kochen fuhren die Mädchen mit den Mitarbeiterinnen des Projektes in den Anklamer Treff. Für die Mädchen war das einerseits eine Abwechslung zu den Unterrichtsräumen, andererseits ging durch die Fahrt nach Anklam viel von der Treffzeit verloren.

Zielgruppe

- Mädchen und junge Frauen im Alter zwischen 10 - 24 Jahren

Mobilität

Die Mobilität wurde durch den Einsatz eines Kleintransporters gewährleistet. Die mobile Arbeit sollte den Mädchen, die aufgrund örtlicher Gegebenheiten (fehlende Angebote, ungünstige Verkehrsanbindungen) in einem ländlichen Gebiet mit hoher Arbeitslosigkeit keine mädchenspezifischen Angebote nutzen konnten, gut erreichbare Freizeit-, Bildungs- und Beratungsmöglichkeiten bieten. Der mobile Ansatz hat sich aufgrund des flächendeckenden Ansatzes für die Region Vorpommern als sinnvoll erwiesen. Die Freizeit- und Bildungsangebote waren außerhalb der städtischen Einzugsgebiete begrenzt. Es handelt sich in der Region Vorpommern vielfach um kleine Dörfer oder Streusiedlungen. Der öffentliche Nahverkehr ist aber auf wenige Angebote am Tag reduziert, so dass die Aktivität der Jugendlichen auf den eigenen Ort beschränkt bleibt. Allerdings war der zeitliche Aufwand im mobilen Bereich hoch, die eigentliche Treffarbeit oft nicht ausreichend. Witterungsbedingungen, Fahrtzeiten und begrenzte Buskapazitäten grenzten den Effekt ein. Wenn man von einem entwicklungsorientierten Ansatz ausgeht und den Aufbau verlässlicher, kontinuierlicher und vertrauensvoller Beziehungen vorsieht, dann muss man besonders im mobilen Bereich bei der Zielsetzung Abstriche machen. Die Zeitabstände bei den wöchentlichen Treffs erforderten jedesmal ein erneutes Anknüpfen an den Beziehungsstand.

Qualifikation und Fortbildung der Mitarbeiterinnen

Die pädagogische Mitarbeiterin verfügte über jahrelange Erfahrungen in der Kinder- und Jugendarbeit. Eine pädagogische Ausbildung war nicht vorhanden. Die Teilnahme an Fortbildungen wurde dadurch erschwert, dass die Mitarbeiterin alleinerziehende Mutter von zwei Kindern ist.

Die pädagogische Mitarbeiterin war für den mobilen Bereich zuständig. Sie wurde durch eine MAE (Mehraufwandsentschädigung) - Kraft unterstützt. Die Projektleiterin verfügte über eine Ausbildung zur Sozialarbeiterin und nahm auch an mehreren Fortbildungen während der Projektlaufzeit teil.

Die Tätigkeit der Projektleiterin bezog sich nicht nur auf die pädagogische Arbeit, sondern auch auf den Verwaltungsbereich (Kostenüberwachung, Mittelabruf, Anträge an das Landesjugendamt etc.). Neben der Projektleitung trug diese Mitarbeiterin auch die Verantwortung für die ehrenamtlichen Geschäftsführung.

Die wissenschaftliche Begleitung wurde in 2008 im ersten Halbjahr von einer Diplomsozialarbeiterin aus Berlin durchgeführt. Aus zeitlichen Gründen musste diese Mitarbeiterin ihre Tätigkeit im Projekt beenden. Ab Juli 2008 übernahm ein Diplomkunsttherapeut aus der Region Vorpommern diese Aufgabe.

Finanzierung des Projektes

Die Finanzierung des Projektes gestaltete sich sehr schwierig. 60% der Kosten wurden durch Eigenmittel, Spenden und Gelder katholischer Stiftungen getragen. Die restlichen 40 % wurden durch das Landesjugendamt und den Landkreis Ostvorpommern finanziert.

Die Zuwendungsbescheide vom Landesjugendamt erhielt der Verein jeweils im März 2008 und im April 2009. Im Jahr 2009 erhielt der Verein vom Landesjugendamt ca. 8000 € weniger als beantragt. Dieses Defizit musste durch Eigenmittel ausgeglichen werden. Für die Mitarbeiterinnen bedeutete das eine große Unsicherheit, sowohl was die Planung der Projektarbeit, als auch ihre eigene Existenz anbelangte.

Kooperationen

Netzwerke „[...] dienen u.a. dem regelmäßigen Erfahrungsaustausch und der Information über praktische Hilfen; sie steigern mittels gegenseitigem Vergleich Motivation und Durchhaltevermögen; sie bieten eine Plattform, gemeinsame Probleme zu identifizieren, gemeinsam nach spezifischen Problemlagen zu suchen und manchmal auch gemeinsam Lösungen umzusetzen“
(Eberle, 2005, S.11 ff).

Kontakte und Kooperationen zu anderen Mädchenprojekten waren auf lokaler Ebene nicht gegeben, da nur wenige Ansatzpunkte für Mädchenarbeit vorhanden waren. Der Aufbau eines Netzwerkes zu anderen Partnern gestaltete sich sehr schwierig. Ein Netzwerk im Bereich der Gesundheitsförderung gibt es bislang im Kreis Ostvorpommern noch nicht. Projekte und Initiativen arbeiten nur sporadisch miteinander. Eine Bestandaufnahme aller Initiativen zur Gesundheitsförderung wäre hier sinnvoll. Störfaktoren in der Netzwerkarbeit sind die Angst vor Profilverlust von Einrichtungen und die begrenzten finanziellen Mittel. Innerhalb des Netzwerkes verschwindet ja nicht einfach die Konkurrenz (vgl. Wohlfahrt, 1996, S. 58f).

7.9.2 Aktivitäten

Die Treffarbeit sollte den Mädchen sowohl die Möglichkeit zu gegenseitigem Kennenlernen bieten, als auch Freizeit- und Bildungsangebote vermitteln. Dadurch sollte ihnen ermöglicht werden, insbesondere auf ihre Gesundheit ausgerichtete Kenntnisse zu erwerben und Fähigkeiten zu entdecken. Die Mädchen sollten einen Ort erhalten, an dem sie lernen, ihre eigenen Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen und zu verwirklichen.

Durch Beratungs- und Bildungsangebote vor allem im Gesundheitsbereich sollte den Jugendlichen eine Hilfestellung bei der Lösung ihrer Probleme angeboten werden. Beratung und Begleitung sollte sie dazu befähigen, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen und diese in die Tat umzusetzen. Die Mädchen und jungen Frauen sollten dazu ermutigt werden, an der Veränderung der sie belastenden Situationen zu arbeiten und neue Perspektiven zu entwickeln.

Der Wald wurde als Bewegungs- und Spielraum genutzt. Der Wald bietet eine große Vielfalt an Formen, Gerüchen, Farben und Materialien. Es gibt Möglichkeiten zum Klettern, Balancieren, zum Springen und Hüpfen. Der Wald hält vielfältige Möglichkeiten für Spiel, Bewegung, Entdeckungen und Sinneseindrücke bereit und lässt Phantasie, Kreativität und Eigenaktivität einen großen Spielraum.

Im Rahmen von Bewegungsangeboten wurde auch Musik eingesetzt. Musik kann anregend und entspannend wirken, je nachdem welche Stücke und wie diese eingesetzt werden. Musik fordert zu gemeinsamen Bewegungen auf. Die anregende und entspannende Wirkung der Musik wurde zu Beginn bzw. zum Ende der Treffarbeit genutzt.

Die Mädchen brachten ‚ihre‘ Musik mit. Dabei wurde besprochen, wie welche Musik erlebt wird. 1 x wöchentlich traf sich die Tangruppe, die von einer Jugendlichen geleitet wurde.

Bei den Mädchen wurde vor allem Geldmangel als Begründung für den Verzicht auf den Sommerurlaub angegeben. So wurden in den Sommerferien Ausflüge und Ferienfahrten im Verhältnis zu anderen Projektangeboten besonders gut angenommen, da der Verein teilweise oder ganz die Finanzierung übernahm.

In 2008 fuhr eine Gruppe von 12 Mädchen in das Camp Rodowo nach Polen. Diese Reise wurde zum Teil aus Eigenmitteln, Spenden und dem Deutsch- Polnischen Jugendwerk finanziert. Die Deutsch-Polnisch-Ukrainische Begegnung hatte das Thema: Sport und Bewegung. 2009 verlebten die Mädchen eine Ferienwoche auf dem Zelplatz in Prora.

Die Verbindung von Sport und Bewegung mit Ausflügen oder mehrtägigen Fahrten war innerhalb des Projektes der ‚Renner‘.

‚Übernachtungspartys‘ im Anklamer Treff waren sehr beliebt. Zur ‚Übernachtungsparty‘ gehörte das gemeinsame Einkaufen für Abendbrot und Frühstück. Dann ging es z.B. zum gemeinsamen Bowlen. Anschließend wurde dann zusammen gekocht und gegessen. Spiele oder das Vorlesen von Geschichten beendeten den Abend. Im ‚großen Saal‘ des Anklamer Treffs wurde dann zusammen übernachtet. Am nächsten Morgen fand noch ein gemeinsames Frühstück statt. Auch dieses Angebot der Verknüpfung von Sport- und Bewegungsangeboten, Inhalten zum Thema Ernährung sowie das gemeinsame Entspannen z. B. durch Lesen war immer ausgebucht.

In Zusammenarbeit mit dem Rostocker Offenen Kanal wurde ein Kurzfilm erstellt. Dazu gehörten.

- das Schreiben des Drehbuches,
- Filmen und Zuschneiden des Films,
- den Film mit Musik unterlegen,
- den Einkauf planen, was wird gebraucht und wie teuer sind die Produkte,
- Schreiben von Einladungen an die Eltern zur Filmvoführung
- Gemeinsame Präsentation des Films vor Eltern und anderen Gästen.

Die Mädchen teilten sich dabei in zwei Gruppen, je nach Interessenlage, Die eine Gruppe erstellte den Film und die andere Gruppe sorgte für das leibliche Wohl und kochte.

Für jedes Mädchen gab es zum Abschluss eine CD mit dem Film und gemeinsamen Fotos. Zusammenfassend ist zu sagen, dass das vorgesehene Projektthema für die Mädchen zu Beginn eines Projektes nicht immer der zentrale Anreiz für ihre Beteiligung ist. Manchmal motiviert sie die Chance, ein Produkt (Theater, Video-Clips, Fotoromane) herzustellen oder gemeinsam in einer Gruppe etwas zu erarbeiten (Gruppenerlebnis).

Die Mädchen engagieren sich eher, wenn mit der Arbeit an einem Projekt auch Spaß verbunden ist und es sich um konkrete Dinge handelt.

Ein Projekt, wie unser Modellprojekt, hat zur Folge, dass sich nicht alle Teilnehmer während der gesamten Projektdauer beteiligen können. Aus der Erfahrung heraus wissen wir aber, dass es einen Kern von Mädchen gibt, der sich kontinuierlich am Projekt beteiligt. Dieses Kernteam kann dann jeweils neue Jugendliche ins Projekt einführen.

Für die Mitarbeiterinnen ist dieser „Erneuerungsprozess“ immer mit einem Mehraufwand verbunden, da mit neuen Jugendlichen auch neue Ideen und Bedürfnisse ins Projekt einfließen.

Die Partizipation aller Beteiligten muss ernst genommen werden. Für die Projektarbeit bedeutete das z.B., dass die Mädchen ihre Veranstaltungen gemeinsam mit der Mitarbeiterin planen. Auch das gemeinsame Kochen einschließlich Kostenplanung, Einkauf übernahmen die Jugendlichen. Das Wohlfühlheft bot den Mädchen die Möglichkeit u.a. auch die Projektarbeit zu reflektieren. Aber Partizipation ist sehr zeitintensiv. Partizipation wirklich ernst genommen würde bedeuten, dass für alle Beteiligten Mitwirkungs- und Verantwortungsbereiche definiert werden und die Beteiligten diese auch kennen und nutzen. Im Kleinen ist es im Projekt „Step by Step“ gelungen.

7.9.3 Selbstevaluation

Teamsitzungen und Evaluationen erfolgten zeitnah, um Schwierigkeiten und neue Erkenntnisse vorzutragen. Dabei waren Ziele zu verändern oder neu festzulegen. Evaluationen dienen der Überprüfung des Projektziels (vgl. Glitschke - Klein, 2007, S. 23).

Gesundheitsfördernde Projekte können den gewünschten Erfolg nicht erbringen, wenn der Wirkmechanismus nicht so funktioniert, wie das Konzept vorher geplant war. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, dass der durchgeführte Wirkmechanismus nicht greifen kann, da das aufgestellte Konzept nicht die Basis bietet, um im vorhergesehenen sozialen Zusammenhang aktiv zu werden (vgl. BzGA, 1999, S. 48).

Die Evaluation ist wichtig, um effektive, sinnvolle Maßnahmen von unwirksamen Maßnahmen zu unterscheiden.

Schwerpunkte

- Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Aktivitäten des Projektes und der gesundheitlichen Situation der Zielgruppe?
- Ist die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit Bestandteil des Projektkonzeptes?
- Welche Zielgruppenschwerpunkte setzt das Projekt?
- Berücksichtigt das Projekt die besonderen Bedarfe und Interessen ihrer Zielgruppen? Wenn ja, welche?
- Was kennzeichnet das Projekt als innovativ bei der Problemlösung? Wie wurde die Innovation entwickelt?
- Anhand welcher Merkmale lässt sich beurteilen, ob die Innovation sich bewährt?
- Bietet sich diese Innovation auch zur Übertragung auf andere Handlungsfelder? Wenn ja, warum?
- Ist die Finanzierung des Projektes gesichert?
- Erzeugt das Projekt Strukturen, die unabhängig vom Projekt bestehen? Ist abzusehen, dass diese Strukturen und Wirkungen über die Dauer des Projektes hinaus bestehen?
- Erzeugt das Projekt langfristige, der Gesundheit förderliche Veränderungen des Verhaltens bei der Zielgruppe?
- Liegt eine Konzeption vor, aus der ein klarer Zusammenhang zu Gesundheitsförderung und/oder Prävention hervorgeht sowie eine hierauf basierende Zielformulierung?
- Wie nutzen die Jugendlichen die Gesundheitsangebote? Was machen sie daraus?
- Welche Folgeprozesse entwickeln sich ?
- Wurde die Maßnahme wie geplant umgesetzt?
- Wie sieht es mit Akzeptanz und Beurteilung der Maßnahme durch die Zielgruppe aus? (vgl. Hanses/Sander, 2008).

Auswertung des Wohlfühlheftes

1. Projektjahr

Alle aus dieser Kleinstudie erfassten Daten basieren nur auf dem internen Vergleich der Mikrostruktur der gesamten Gruppe. Diese Selbsteinschätzungen geben keine Auskunft über eine Wertigkeit in real-gesellschaftlichen Bezügen.

1. Befragung

Sommer- Camp in Polen 2008

Die erste Befragung der Mädchengruppe fand unter dem Eindruck eines Aufenthaltes in einem Jugendcamp im Sommer 2008 statt. Kriterien der Befragung waren:

- körperliche Aktivitäten,
- Essverhalten,
- Wie aktiv ist die Freizeitgestaltung?
- Suchtverhalten,
- Verhalten in anderen Gruppensituationen, als in der Schule und den gewohnten Peergroups,
- Verhalten/Verhaltensänderungen in Konflikt- und Stresssituationen, vor allem bei der An- und Abreise.

Im Wesentlichen wurden drei Phasen befragt, in denen die Mädchen ihre Selbsteinschätzungen abgaben: Anreisetag , Aufenthalt im Camp (alle Fragen immer gleich), Abreisetag. Ausgewertet wurde der Durchschnittswert der Gruppe, nicht die Einzelpersonen.

Am Abreisetag gibt es noch Reflektionsfragen zur Gruppendynamik und Integrationsfähigkeit und eine Frage zur heimischen Sozialisation.

Die Frage nach der bewussten Wahrnehmung des Umgangs mit der eigenen Gesundheit wurde von allen durchschnittlich als mittelmäßig beurteilt. Alle schätzten sich im Vorfeld als besonders sportlich motiviert ein. Auch die Motivation zur gesunden Ernährung war nur mittelmäßig vorhanden.

Reflektierend hatte dieser Punkt auch für alle wenig Bedeutung. Offensichtlich war, dass an Tagen mit durchschnittlich schlechterem Allgemeinbefinden auch weniger Wert auf die Gesundheit gelegt wurde. Schon am vorletzten Tag wurde weniger Wert auf das Gesundheitsbewusstsein gelegt.

Im Sommercamp in Polen wurde direkt nach dem Suchtverhalten der Raucher gefragt. Die Aussagen ergaben, dass die Mädchen am Ende des Camps weniger rauchten. Ob die Mädchen nun Tag um Tag wirklich weniger rauchten, oder ob sie nur ihr anfängliches Rauchverhalten später als normal einschätzten, konnte nicht festgestellt werden.

Eindeutig war, dass keiner sich vornahm, seinen Zigarettenkonsum während der Ferienfahrt bewusst zu reduzieren.

Die Mädchen gaben an, dass Naschen und Schlemmen zur Selbstregulierung in Stresssituationen für sie wenig Bedeutung hat. Ebenso gaben sie an, dass eine Verführung in brisanten Situationen, also beim Fernsehen oder in Peergroups nur wenig Bedeutung hat. Ebenso beeinflussten die Stresssituationen von An- und Abreise dieses Verhalten nach Selbsteinschätzung der Mädchen nur wenig.

Das individuelle Essverhalten auf der Ferienfahrt wurde durchschnittlich als ‚normal‘ bis ‚wenig‘ eingeschätzt.

2. Befragung

Befragt wurden die Mädchen in vier aufeinander folgenden Wochen im Oktober/November 2008.

Die Kriterien der Befragung waren:

- körperliche Aktivitäten / Sport,
- alltägliches Essverhalten,
- Suchtverhalten / im Elternhaus,
- Resonanz auf die Schule, Elternhaus und die gewohnten Peergroups,
- Verhalten/Verhaltensänderungen des Essverhaltens in Konflikt- und Stresssituationen / in Bezug zum Fernsehen als virtueller Versorger,
- eigenes Körperbild / Einschätzung der Bewertung anderer.

Hinterfragt wurde die Wahrnehmung der momentanen allgemeinen Befindlichkeit jedes einzelnen Mädchens. Die Einschätzungen von ‚sehr gut‘ in der ersten Woche tendierten schrittweise zu einem ‚gut‘ in der vierten Woche.

Die Einschätzung auf die Frage ob zu Hause alles in Ordnung sei, fiel weitaus positiver aus, als bei der schulischen Situation. Somit schätzen die Mädchen durchweg ihr Elternhaus als persönlichkeitsfördernd in ihrem Sinne ein. Bei der Frage nach Freunden war feststellbar, dass Peergroups und das Elternhaus eine ähnliche Wertigkeit haben.

Die Mädchen gaben an, dass sie wesentlich mehr Sport treiben könnten. Durchschnittlich treiben die Mädchen an vier Tagen in der Woche Sport. Auch wurde die Frage nach einer suchthaften Selbstregulierung mit Süßigkeiten in Stresssituationen wurde durchschnittlich verneint. Fernsehen als virtueller Versorger war durchschnittlich kein Anreiz, Suchtpotenziale für übermäßigen Konsum an Süßigkeiten zu entwickeln. Bei den Mädchen wurde zu Hause verhältnismäßig wenig bis gar nicht geraucht wird. Somit wurde die Frage nach der Vorbildwirkung der Eltern bzgl. eines Suchtverhaltens mit durchschnittlich ‚eher weniger‘ beantwortet. Es wurde der Zusammenhang deutlich, dass bei einem schlechteren Allgemeinbefinden Zigarettenrauch eher (als störend?) wahrgenommen wird, als bei besserem Gesundheitsbefinden. Frühstück als Energiespender für den ganzen Tag fand kaum Beachtung. Alle Mädchen hatten sehr große Lust haben, zum Mädchentreff zu kommen. Allerdings gaben einige an, dass ihre Probleme wenig Beachtung fanden.

Ein Großteil der Mädchen mag seinen Körper ‚gar nicht‘. Diese Aussagen stehen im Gegensatz dazu, dass die Mädchen von anderen Personen (einschließlich Mitgliedern der Peergroup) die Rückmeldung erhalten, dass sie keineswegs zu dick sind.

Das verdeutlicht zu einen ein Vertrauen in die Wahrnehmung anderer, zum anderen die Suche nach der inneren Konfliktlösung schön sein zu wollen, aber sich selber nicht zu genügen zu können.

2. Projektjahr

Im Gegensatz zu der Auswertung im ersten Projektjahr konnte im Fragezeitraum eine positive Entwicklung bei der Wahrnehmung der allgemeinen Befindlichkeit erkennbar werden. Zum einen könnte dies auf eine veränderte Gruppensituation zurückzuführen sein, zum anderen zeigt sich hier auch die intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema der eigenen Gesundheit.

Es war eine Dynamik zwischen Befindlichkeiten in der Schule und dem allgemeinen subjektiven Wohlbefinden erkennbar. Hierdurch wurde einerseits verdeutlicht, dass die konstante elterliche Fürsorge als positiv tragend wahrgenommen wurde, andererseits die Institution Schule als Stressfaktor an Brisanz gewann. Laut Fragebogen fühlten sich die Mädchen von den Lehrern am schlechtesten verstanden.

So sagten die Mädchen aus, dass Mitschüler (in der Schule) wesentlich weniger Verständnis für einander haben, als Kumpels oder Freunde (in der Freizeit). Oftmals sind aber die Personen (Mitschüler oder Freunde) dieselben, nur in einem anderen Kontext. Die Mädchen hatten laut Auswertung der Fragen auch nur bedingt Vertrauen in ein demokratisches Mitbestimmungsrecht an Schulen. Dadurch wurde deutlich, dass die Institution Schule keinen fördernden Einfluss auf die soziale Wahrnehmung der befragten Mädchen hatte. Selbst die Wahrnehmung der Mädchen, dass auf ihre Befindlichkeiten oftmals nicht ausreichend eingegangen wird, bezog sich vorrangig auf den Schulalltag. Hinzu kommen Leistungsdruck und Versagensängste, obwohl sich die Mädchen durchschnittlich eher als autonom handlungsfähig, lösungsorientiert und sozial kompetent einschätzten.

Ein weiteres Indiz für Stresssituationen in Schulalltag zeigte das dokumentierte Essverhalten während der Schulzeit. So wurde aus den Fragebögen deutlich, dass die Mädchen in der Schule wesentlich weniger essen als zu Hause. Obwohl durch Lernen viel Energie verbraucht wird, scheint es zu wenige akzeptable Möglichkeiten der Regeneration zu geben.

Die meisten positiven Erlebnisse wurden in der Freizeit/zu Hause wahrgenommen. Alle Mädchen legten großen Wert auf Körperhygiene, wobei vielen die angenehme Wirkung von Sauna oder Dampfbad nicht bewusst oder nicht bekannt war.

Die Mädchen legten wenig Wert auf das Erleben und Betrachten in der Natur. Aktive Reize aus der Natur (z. B. Sonne auf der Haut) wurden hingegen intensiver wahrgenommen. Eine Ursache dafür könnte in der Wahrnehmung des Schulalltags liegen. Alles was mit Bildung zusammenhängen könnte, stößt dann auf Ablehnung. Deutlich wurde die Stresswirkung der Institution Schule auch an folgendem Beispiel: Während die allgemeine Frage nach einem regelmäßigen Frühstück eher auf wenig Gegenliebe stieß, frühstückten fast alle Mädchen gerne und oft ‚gemütlich‘.

Eine Erklärung für diesen Widerspruch wäre, dass der Faktor Schulstress schon Einfluss auf den Genuss eines regelmäßigen Frühstücks zu Hause hat (wenn das Wort ‚gemütlich‘ als Indikator für Stressfreiheit an schulfreien Tagen steht).

Überwiegend kreativ waren die Befragten in gestalterisch-visuellen Bereichen, wie Malen und Fotografieren. Kult-Bereiche, wie Graffiti waren weniger beliebt. Musik wurde meistens passiv konsumiert, weniger aktiv selbst gemacht. Auch der Computer wurde eher passiv für Spiele und Chatten im Internet, als aktiv im Umgang mit Programmen oder Lernen oder Themensuche im Internet genutzt.

Lösen von Denkaufgaben, Theaterbesuche, Besuch von Konzerten, und Gesellschaftsspiele waren ebenso wenig gefragt, wie Gartenarbeit, Heimwerkern oder die Beschäftigung mit technischen Dingen. Telefonieren und Fernsehen hingegen standen ganz oben auf der Liste der Freizeitaktivitäten.

Aus den Antworten zum sozialen Miteinander wurde ersichtlich, dass die meisten Mädchen hier ein (für ihre Begriffe) intaktes soziales Umfeld kommunikativ und aktiv erleben können.

Nur noch die Hälfte der Mädchen redet gerne über Hobbys und Interessen oder lernt gerne neue Leute kennen. Weniger als die Hälfte setzte sich gerne lösungsorientiert mit Problemen auseinander. Bereiche, in denen im Ansatz eine Leistungserwartung steht, wurden von den meisten Mädchen gemieden. So spielte z. B. nur ein von 14 Mädchen gerne in einer Musikgruppe mit, nur wenige arbeiten gerne ehrenamtlich in Vereinen.

Zusammenfassung der Ergebnisse des Wohlfühlheftes

Die Einschätzungen verdeutlichten, dass die Mädchen im Durchschnitt wenig Bewusstsein für ihre Gesundheitsfürsorge hatten. Daraus lässt sich ableiten, dass das Stärken der bewussten Wahrnehmung des Zusammenhangs von körperlicher Aktivität, gesunden Essverhalten und psychischen und physischen Wohlbefinden ein wichtiges Thema für der Gesundheitsförderung von Jugendlichen ist.

Die Mädchen schätzen sich als eher zu dick ein und waren mit ihrem Körper unzufrieden. Daraus lässt sich ableiten, dass eine weitere Aufgabe die Förderung und die Sensibilisierung der Selbstwahrnehmung von Jugendlichen innerhalb der Gesundheitsförderung sein kann.

Auffallend war, dass verhältnismäßig wenige Mädchen zu Hause frühstückten und noch weniger in der Schule ausreichend aßen.

Die Frage nach den bisherigen Erfahrungen der Mädchen mit dem Projekt wurde durchweg positiv beantwortet.

Die Mädchen schätzten ihr Wohlbefinden bei beiden Befragungen zu Beginn besser ein, als am Ende. Der Vergleich ist keinesfalls repräsentativ, doch könnte der identische Verlauf der Einschätzungen vermuten lassen, dass die Mädchen anfangs im Durchschnitt zu oberflächlich reflektierten.

Im Durchschnitt wird das Rauchen im Elternhaus relativ wenig bis gar nicht wahrgenommen wird. Schlussfolgernd hatte das Elternhaus bei den dazu befragten Mädchen auch wenig Einfluss auf ihr Suchtverhalten.

Nimmt man Bezug zu den Antworten aus dem Sommercamp so zeigt sich, dass die Peergroup eher der Auslöser für Suchtverhalten sein könnte.

8. Schlussbemerkungen zum Projekt

Das Ergebnis der gemeinsamen ‚Bearbeitung‘ gesundheitsbezogener Themen innerhalb des Projektes ‚Step by Step‘ war eine erfolgreiche Sozialarbeit. Die gemeinsamen Aktivitäten machten Spaß, schafften Zufriedenheit und stärkten die Sozialkompetenz der Jugendlichen.

Nach Sting (2007) sind die Ziele der Bewegungsangebote vor allem die über die ‚Bewegungsarbeit‘ entstehenden gemeinschaftlichen Prozesse sowie die Selbsterfahrung und die daraus resultierende Selbstsicherheit. Diese Prozesse sind demnach körperbezogene soziale Bildungsprozesse. Diese Aussage konnte innerhalb der Projektarbeit bestätigt werden. Waren es doch vor allem gemeinsame (sportliche) Aktivitäten, an denen die Mädchen gerne und mit großer Freude teilnahmen.

Das Selbstwertgefühl, die Selbstsicherheit und das Gefühl des Könnens wurden durch gemeinsame Aktivitäten wie z.B. die Erstellung eines Videofilms, positiv beeinflusst. Für das Gelingen des Projektes ist der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen zwischen den Mädchen und den Mitarbeiterinnen von enormer Bedeutung. Die Mädchen wurden befragt, was sie für sich unter Gesundheit verstehen. Gesundheit verbinden die Mädchen mit ‚sich wohlfühlen‘. Wohl fühlen sie sich, wenn sie mit ihrer allerbesten Freundin zusammen sind. Das war keine einzelne Aussage, sondern traf für den Großteil der Mädchen zu. Damit wurde die Aussage von Hanses (2007) bekräftigt, dass Gesundheit nicht Ausdruck von risikominimiertem Verhalten, sondern als sozialer Prozess, als soziales Lernen zu verstehen ist (vgl. Hanses, 2007).

In der Adoleszenz werden Lebensentwürfe ausformuliert, die damit verbunden sind, welche Optionen Männern und Frauen in unserer Gesellschaft offen stehen. Deshalb ist es nicht verwunderlich, wenn Männlichkeit und Weiblichkeit zentrale Themen der Jugendlichen sind und der Umgang mit dem Körper geschlechtsspezifischen Deutungen erfährt.

Die Jugendlichen setzen sich mit ihren körperlichen und sexuellen Veränderungen auseinander (vgl. Kolip, 1999, S.229). Schulische und außerschulische Präventionsprogramme müssen daher differenziert und auf spezifische Zielgruppen zugeschnitten werden, um die Effektivität der Programme zu erhöhen (vgl. Kolip 1999, S. 224).

Nach Helfferich(1994: S. 171) sollte an geschlechtsspezifischen Ansätzen der Prävention gearbeitet werden, die die Idee des Lebensweisenkonzeptes aufgreifen. Dabei ließe sich das Verhalten der Mädchen nicht mehr nur als in *Nachvollzug oder Widerstand* an eine Geschlechterrolle verstanden wissen, sondern als eine Eigenleistung. Auf diese Art und Weise könnten die Mädchen die Probleme ihrer Sozialisation ausdrücken. Helfferich (1994: S. 174) sieht den Ansatz der Prävention bei den ‚geschlechtsbezogenen‘ Aufgaben. Dazu gehört das Erwerben von Selbstbewusstsein, Durchsetzungsfähigkeit, Ich-Stärke, Kommunikations-, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit. In Gesprächen mit den Mädchen stellte sich immer wieder heraus, dass sie ernst genommen werden möchten. Sie hatten das Gefühl in gemischtgeschlechtlichen Gruppen keinen Raum zu finden. In einer gemischten Gruppe wiederholt sich die Ansgrenzung von Mädchen und weiblichen Anteilen. In Mädchengruppen können sich neue Lern- und Erfahrungsräume erschließen. Gleichzeitig erhebt sich die Frage, ob sich nicht die Ausgrenzung von Mädchen auf einer anderen Ebene wiederholt, wenn Nischen für Mädchenarbeit aufgetan werden (vgl. ebd., S. 175). Mädchenarbeit kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Ursachen für die Unterdrückung der Mädchen reflektiert, diskutiert und aufgehoben werden (vgl. ebd.).

Die Erfahrungen des Projektes zeigen, dass es sinnvoll ist, Ganztagsangebote nicht ausschließlich am Ort Schule anzusiedeln, sondern auch Erfahrungsfelder und Anregungsmilieus innerhalb der Stadt/der Gemeinde mit einzubeziehen. Im Anklamer Mädchentreff gab es ergänzende bzw. gemeinsame Angebote für Teilnehmer aus den Ganztagschulen.

Nachteil dabei war der erhöhte Zeitaufwand, der durch den Transport entstand. Diese Erkenntnisse decken sich auch mit den Aussagen (Wohlfühlhefte) der Mädchen über ihre Beziehung zur Schule.

Auf die Wechselwirkung zwischen Schule, Elternhaus und dem Wohlbefinden der Jugendlichen ist ein besonderes Augenmerk zu legen. Hier könnte die Außerschulische Jugendarbeit in Kooperation mit den anderen Akteuren einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung der Jugendlichen leisten. Die Jugendlichen stehen unter einem hohen Leistungsdruck und fühlen sich mit ihren Problemen oft alleine gelassen.

„Verhaltensauffälligkeiten und Gesundheitsbeeinträchtigung sind vor allem bei der Gruppe von Jugendlichen anzutreffen, die sich in schwierigen schulischen Leistungssituationen bei hohem Erwartungsdruck der Eltern befinden. Drohendes Schulversagen geht mit einem erheblichen Anstieg von delinquenten Verhalten, gesundheitlichen Beschwerden und Konsum legaler und illegaler Drogen einher. Der Erwartungsdruck der Eltern an die schulische Leistungsfähigkeit ihrer Kinder ist sehr stark. Nur 10% der Eltern wollen sich mit Schulabschluß der Hauptschule zufriedengeben, neun Zehntel erwarten einen Realschul- oder Gymnasialabschluß. Zeichnet sich ab, daß die Erwartung der Eltern nicht realisiert werden kann, so reagieren viele der betroffenen Jugendlichen mit psychosozialen und psychosomatischen Symptomen[...]: Hierin spiegelt sich die zentrale Bedeutung, die dem schulischen Leistungsstand im Selbstbild Jugendlicher zukommt“
(Hurrelmann 1991, S. 68ff).

Es ließe sich eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Schule und Jugendeinrichtungen vorstellen, bei gleichzeitigem Nachspüren, in welchen Situationen und mit welchen Motiven die Jugendlichen in der Einrichtung selber rauchen, trinken oder trinken. Diese Themen könnten durch die Schule begleitet werden.

Zu empfehlen wären gemeinsame Arbeitskreise von Pädagogen und Sozialarbeitern. Die eigene Arbeitssituation, das Konfliktverhalten und das emotionale ‚Ausbrennen‘ könnten dabei analysiert werden. Dies wäre eine notwendige Voraussetzung für eine sinnvolle Thematisierung dieses Bereiches mit Jugendlichen.

Gesundheit kann man nicht getrennt von anderen Zielen verfolgen. Daher sollte Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der Sozialen Arbeit betrachtet werden. Das Ziel, das Gesundheitshandeln positiv zu beeinflussen, konnte nur teilweise erreicht werden. Miteinander ‚Spaß haben‘, gemeinsame Erlebnisse (u.a. gemeinsam kochen, Ausflüge) , sinnvoll verbrachte Freizeit waren in erste Linie die Teilnahmemotivationen. Diese Ergebnisse verweisen vor allem auf die soziale Dimension des Essens (vgl. Hanses/Sander 2009, S. 375).

In Form einer kritischen Bestandsaufnahme wird zusammenfassend reflektiert, dass die Gesundheitsförderung der Mitarbeiter nicht Ziel des Projektes war. Trotzdem hat sich gezeigt, dass die Gesundheit der Mitarbeiter einen erheblichen Einfluss auf die Gestaltung und damit letztendlich auf die Zielerreichung hatte. Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit darf sich daher nicht nur auf die Gesundheit der Adressaten ausrichten, sondern muss auch die Gesundheitsförderung der Mitarbeiter im Fokus haben.

Projekte wie ‚Step by Step‘ können Schwerpunkte setzen, bieten aber kaum Nachhaltigkeit. Die formulierten Ziele des Projektes lassen sich nur langfristig erreichen, denn Gesundheitsförderung ist ein Lernprozess. Um Nachhaltigkeit zu erreichen muss Gesundheitsförderung zu einem integrierten Bestandteil bei der Entwicklung der Institution werden. Das würde bedeuten Gesundheitsförderung im Leitbild und im Qualitätsmanagement der Institution zu verankern und regelmäßig zu aktualisieren.

9. Fazit

Der soziale Wandel hat neue Rahmenbedingungen für soziale Probleme und soziale Arbeit gesetzt. Gesundheitsförderung und Prävention sind gesellschaftliche Aufgaben. Dazu bedarf es einer gesellschaftspolitische Rahmung und Prioritätensetzung sowie die Vernetzung aller verantwortlichen Akteure.¹⁶

Forderungen sind unter anderem:

- Gesundheitsförderung als fachlicher Standard in der Jugendarbeit
- Die Konzepte zur Gesundheitsförderung müssen in allen Bereichen der Kinder- und Jugendarbeit stärker an den unterschiedlichen Verläufen gesundheitlicher Entwicklung und den jeweiligen Ressourcen bei Mädchen und Jungen ausgerichtet werden (vg.ebd.).

Begriffe, praktische Konzeptionen und wissenschaftliche Analysen im Kontext von außerschulischer Jugendarbeit und Gesundheitsförderung haben einen erheblichen Bedarf an Konturierung. Die gesellschaftlichen Transformationsprozesse verlangen neue Herausforderungen für Soziale Arbeit. Damit verbunden sind sozialpolitische, professionelle und konzeptionelle Veränderungen. Die Soziale Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung benötigt eine eigene theoretische, konzeptionelle und sozial-/gesundheitspolitische Positionierung. Hanses/Sander (2009: 371ff) vertreten die Ansicht, dass die Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit einen eher fragilen Status besitzt. Es gibt wenige Projekte, die aussagekräftige Dokumentationen und Evaluierungen zulassen.

¹⁶ Vgl. Deutscher Bundestag (2009): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, 13. Kinder- und Jugendbericht, S. 40.

Es bedarf einer Klärung zentraler Begrifflichkeiten, Methoden und Konzepte. Die Konzeptualisierung des Projektes ‚Step by Step‘ gestaltete sich aus diesem Grund sehr schwierig.

Hanes/Sander (2009: S. 375) betonen, dass in evaluierten Projekten kein Zusammenhang zwischen Wissensvermittlung und nachhaltiger gesundheitsförderlicher Verhaltensänderung erkennbar war.

Die Auswertung der ‚Wohlfühlhefte‘ bestätigte diese Aussagen.

Wissensvermittlung im Bereich der Gesundheitsförderung erinnert an Schule. Alles was mit Schule zu tun hat wird von den Mädchen eher abgelehnt. Das ist sicher nur ein Faktor, der die Nachhaltigkeit verhindert. Ein weiterer Fakt ist, dass bei reiner Wissensvermittlung keine Partizipation der Teilnehmer erfolgt. Die ‚Wohlfühlhefte‘ wurden im zweiten Projektjahr von den Mädchen eingefordert. Sie fühlten sich ernst genommen und konnten darüber hinaus ihr eigenes Gesundheitsverhalten reflektieren.

Eine lebenswelt- und subjektorientierte Gesundheitsförderung bedarf spezifischer Voraussetzungen und Rahmenbedingungen auf Seiten der Professionellen. Das Personal ist in der Kinder- und Jugendhilfe ein zentraler Faktor, durch den die fach- und problemangemessene Bewältigung der Aufgaben entscheidend bestimmt wird. Die Qualität der Arbeit ist nur mit einer ausreichenden Personalstärke und einem fachlich gut qualifizierten Personal zu leisten. Die Fachlichkeit der Mitarbeiter setzt eine qualifizierte Ausbildung voraus, die durch kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung ergänzt wird. Unterstützungsinstrumente und –systeme sind von besonderer Bedeutung, die die eigenverantwortliche Weiterentwicklung der Qualität der Arbeit fördern. Dazu gehören u.a. Supervisionen und Formen kollektiver Beratung (vgl. Pluto et al., 2007, S. 16). Die angespannte Situation öffentlicher Haushalte führt zu Einsparungen in der Kinder- und Jugendarbeit.

Da sich die Gesamtausgaben in diesem Bereich vor allem aus Personalkosten zusammensetzen stehen weniger Gelder für fachlich qualifiziertes Personal zur Verfügung.

Im Osten Deutschlands wurde die Jugendarbeit noch vor einigen Jahren in erheblichem Maße durch Instrumente der Arbeitsförderung (ABM, SAM) finanziert. Diese Arbeitsmarktinstrumente wurden inzwischen eingestellt. So greifen viele Träger auf ‚MAE- Kräfte‘ zurück, um die Kinder- und Jugendarbeit in ihren Einrichtungen am Leben zu erhalten. Die ‚MAE-Kräfte‘ sind aber nicht nur Mitarbeiter, sondern im eigentlichen Sinne eine neue Zielgruppe der sozialen Einrichtung. Gerade dort(vgl. Kap., wo der Bedarf nach Einrichtungen der Jugendarbeit mangels andere Alternativen am höchsten ist, ist das Angebot am schlechtesten abgesichert (vgl. Pluto et al, 2007). Gleichzeitig ist zu fragen, ob die pädagogischen Zielsetzungen mit dem vorhandenen hauptamtlichen Personal adäquat verfolgt werden kann. Im hier beschriebenen Projekt ‚Step byStep‘ war dies jedenfalls nicht möglich.

Die schulische Gesundheitsförderung weist große Parallelen zur Kinder – und Jugendhilfe allgemein und zur schulbezogenen im Besonderen auf(vgl. Homfeldt/Sting 2006, S. 13ff). Aufgabe ist es, die Jugendlichen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, damit sie sich zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten entwickeln können. Zu den fachlichen Standards der schulbezogenen Jugendhilfe wie der schulischen Gesundheitsförderung gehören: Ressourcenorientierung in salutogenetischer Perspektive, Empowerment, Partizipation und Lebensweltorientierung (vgl. Paulus 2009, S. 62). Schule und Jugendhilfe müssen auf kommunaler oder regionaler Eben in „Bildungs- und Gesundheitslandschaften“ zusammen mit anderen Kooperationspartnern arbeiten. Paulus (2009) schlägt die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule unter Einbezug von Kooperationspartnern im Kontext Kinder und Jugendliche mit dem Fokus auf das Setting Schule vor.

Der §20 SGB V bietet zahlreiche Anknüpfungspunkte zur Sozialarbeit. Homfeldt/Sting (2006: S. 9) räumen ein, dass bisher noch zu wenige gesundheitsrelevante Handlungsspielräume im eigenen Arbeitsfeld erkannt werden. Als Gründe werden Informationsdefizite, sowie ein zu enges Gesundheitsverständnis im Sinne der Ottawa- Charta benannt. Diese Aufgabe wäre aber nur durch eine entsprechende Netzwerkarbeit zu leisten. Das Ziel eines Netzwerkes besteht in der Eingliederung von Gesundheitsförderung in den Arbeits-, Lern-, und Erlebnisraum von Schule und Jugendeinrichtung, um das Lebens- und Arbeitsfeld gesundheitsförderlich zu gestalten (vgl. Maasberg, 2007, S. 3). Netzwerkarbeit kann auch einen Beitrag dazu leisten, um Schwächen der Einrichtungen zu kompensieren und sowohl interne als auch externe Ressourcen zu mobilisieren. Durch Netzwerke kann eine Kompetenz- und Wissensbündelung erfolgen. Gleichzeitig können dadurch Doppelangebote vermieden werden. Der Erfahrungsaustausch bietet im Rahmen der Kooperation einen weiteren Nutzen. Hier können Netzwerke Handlungsbedarfe decken und neue Vorschläge erarbeiten (vgl. Maasberg, 2007, S. 2f). Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit muss koordiniert mit anderen Bereichen zusammenarbeiten, die Einfluss und Verantwortung tragen. Dazu gehören die Politik, der Gesundheits-, Sozial-, und Wirtschaftssektor, die nicht-staatlichen und selbstorganisierten Verbände, die Initiativen, Industrie und die Medien (vgl. Trojan, 2003, S. 240). Auch Kickbusch (1996: S. 36) betont, dass Gesundheitsförderung zusammen mit anderen Partnern im Sozial- und Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und Politik arbeiten sollte, um sich auf lokaler, nationaler, regionaler und globaler Ebene zu vernetzen. Fazit des Projektes ‚Step by Step‘ ist es, dass Kooperationen zwischen Schule und Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung notwendig, wenn nicht sogar unerlässlich sind. Hier sei besonders auf das Konzept der Gesamtschulen verwiesen. Nach Ansicht von Paulus (2009) hat die schul – und gesundheitsbezogene Jugendhilfe allerdings noch nicht den Stand erreicht, konzeptionell ‚Gesundheit‘ und ‚Bildung‘ miteinander zu verzahnen.

Zwischen den zentralen Bereichen der Gesundheitsförderung und den sozialpädagogischen Ansätzen scheint es viel Übereinstimmung zu geben (vgl. Sturzenhecker 2000). In den gesundheitspolitischen Programmen nimmt die außerschulische Jugendarbeit allerdings einen unbedeutenden Raum ein. Gesundheitsprogramme beziehen sich auf konkrete Problemlagen (z.B. ‚dicke Kinder‘) oder auf spezielle Settings. Das Setting ‚Schule‘ besitzt gegenüber der außerschulischen Jugendarbeit den Vorteil einer strukturierten Institution mit eindeutigen Aufgaben. Der Settingbegriff ist nach den bisherigen Projekterfahrungen für die außerschulische Jugendarbeit nicht von Vorteil.

Nach der Ottawa – Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) müssen Gesundheitsförderungsangebote für Frauen auf folgende Punkte abzielen (Klesse et al.1992).

- Unterstützung bei der Entwicklung von Wahl- und Handlungsalternativen;
- Verstärkung der Bestrebungen nach Autonomie und Eigenständigkeit,
- Stärkung des Selbstwertgefühls von Frauen,
- Entwicklung von individuellen und kollektiven Bewältigungsstrategien,
- Sensibilisierung der Wahrnehmung von Botschaften des Körpers und
- Schaffung von Lebensräumen, die der eigenen Entfaltung förderlich sind.

Frauen sollten lernen eigene Interessen und Bedürfnisse zu entwickeln, zu artikulieren und im persönlichen und öffentlichen Leben durchzusetzen. Dabei sollte an den Stärken der Frauen und nicht an den Schwächen und Defiziten angesetzt werden (vgl. ebd.). Diese Aussagen decken sich mit den Ergebnissen der Projektarbeit (vgl. Punkt 7.3).

Gesundheit ist von sozialen Rahmenbedingungen abhängig. Das Risikoverhalten von Personen steht in engem Zusammenhang mit den Risikolebenslagen. Deshalb sollte außerschulische Jugendarbeit die gesundheitlichen Probleme als Verweis auf die sozialen Lebenslagen thematisieren (vgl. Sting/Zurhorst 2000). Projekte mit sozial benachteiligten Jugendlichen zeigen ohne sozialpädagogische lebensweltliche Ansätze keinerlei Erfolg (vgl. Moebus et al 2005, S. 5ff). Auch hier können die Ergebnisse des Projektes die o.g. Aussage bestätigen. Peergroups, Arbeitslosigkeit der Eltern, Schulbildung, das Leben in einer ländlichen Region mit fehlender Mobilität spielen eine große Rolle.

Zugänge sozialpädagogischen Handelns in Projekten der Gesundheitsförderung zeigen Wirksamkeit. Allerdings nicht in dem beabsichtigten Ziel eines verbesserten Gesundheitshandels, sondern über die Entstehung neuer sozialer produktiver Prozesse der Jugendlichen. Als Erfolge werden besseres Sozialverhalten, Selbstbewusstsein und Freude an gemeinsamen Aktivitäten genannt (vgl. Hanses/Sander 2009, S. 392). Auch diese Aussage fand in unserem Projekt ihre Bestätigung (vgl. Kap. 9.4.)

Die Angebote in der Kinder- und Jugendarbeit zur Gesundheitsförderung sind größtenteils projektförmig organisiert. Dadurch sind sie zeitlich und thematisch begrenzt. Integrierte Regelangebote gibt es – mit Ausnahme der Kindertagesbetreuung – kaum.

Hanes/Sander (2009) beschreiben vier Formen der Gesundheitsförderung:

- Information und Aufklärung
- Gesundheitspädagogische Projekte und Aktionen
- Gesundheitspädagogische Prävention
- Eingebettete Gesundheitsförderung

Diese Formen sind nicht immer ganz trennscharf, werden in der Praxis häufig kombiniert. Sozialpädagogische Zugänge und Methoden werden zu einem wesentlichen Bestandteil von ‚Gesundheitsarbeit‘. Die außerschulische Jugendarbeit ist demnach ein bedeutsamer Teil einer interdisziplinären und multiprofessionellen „Gesundheitsarbeit“ (vgl. Hanes/Sander 2009, S. 394). Mit den pädagogischen Angeboten, Arbeitsformen und Settings leistet die Kinder- und Jugendhilfe einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung (vgl. ebd., S. 39).

Gesundheitsförderung in der Schule in Kooperation mit außerschulischer Jugendarbeit wird (muss) an Bedeutung gewinnen.

Abschließend möchte ich mich den Aussagen von Hanes/Sander (2009:386) anschließen, die betonen, dass sozial benachteiligten Mitgliedern der Gesellschaft Zugänge zu den Ressourcen eröffnet werden müssen. Das beinhaltet eine Umstrukturierung in der Verteilung dieser Ressourcen. Dies geht allerdings weit über die Möglichkeiten außerschulischer Jugendarbeit hinaus.

Literaturnachweis

Altgeld, Th. (2003): Gesundheitliche Chancengleichheit, in: BzgA (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo Schwabenhim a.d. Selz.

Altgeld, Th. (2006): Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesellschaftliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS - Verlag, Wiesbaden.

Altgeld, Th./Kolip, P. (2007): Wirksame Gesundheitsförderung heute-die Herausforderung der Ottawa-Charta. In: Schmidt, B./ Koli, P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat: Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim und München: Juventa.

Altgeld, T., Richter, A., Schmidt, T.- A. (2003): Können Gesundheitsförderung und Prävention Grenzen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich überwinden? In: Prävention 26 (2), 40 –43.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.

Bauch, J.; Bartsch, N. (2003): Gesundheitsförderung als Zukunftsaufgabe. In : Prävention 26 (1), 3-6.

Barkholz, U./Paulus, P. (1998): Gesundheitsfördernde Schulen- Konzept, Projektergebnisse, Möglichkeiten der Beteiligung, Gamburg:Conrad Verlag.

Becker, P. (1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung – Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In Paulus, P.: Prävention und Gesundheitsförderung. Köln: Maternus, S. 91-107.

Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Bd. 6 Köln.

Blaxter, M.(1990):Health and lifestyles. London: Routledge.

Bobzien, M./Stark, W. (1991): Empowerment als Konzept psychosozialer Arbeit und als Förderung von Selbstorganisation. In: Balke, K./Thiel, W. (Hrsg.): Jenseits des Helfens.Professionelle unterstützende Selbsthilfegruppen. Freiburg: Lambertus – Verlag.

Böllert, K. (1995): Zwischen Intervention und Prävention. Neuwied/Kriftel.

Bormann, C. (2002): Frauen. In: Homfeldt, H.- G./Laaser, U./prümel-Philoppsen, U./Robertz –Grossmann, B. (Hrsg.): Studienbuch Gesundheit, Neuwied/Kriftel.

Bublitz, H. (2006): Sehen und Gesehenwerden-Auf dem Laufsteg der Gesellschaft. Sozial- und Selbsttechnologien des Körpers. In: Gugutzer, R. (Hrsg.): body turn: Perspektiven der Soziologie und des Körpers und des Sports: 1.Auflage Bielefeld: Transcript.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002): Elfter Kinder- und Jugendbericht, Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland: Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2005): Lebenslagen in Deutschland: Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2009): 13. Kinder Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin
URL:[http://www.bmfsfj.de/Redaktion BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13_Kinder-Jugendbericht, properts=pdf](http://www.bmfsfj.de/Redaktion%20BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13_Kinder-Jugendbericht,properts=pdf) [30.11.2009].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005): Gesundheitsförderung konkret, Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Band 4. Köln.

Bündnis 90/Die Grünen (2006): Kinder- und Jugendliche stark machen! Fachgespräch: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Spiegel der Ottawa-Charta, URL:
<http://www.gruene-bundestag.de/cms/gesundheit/dok/161/161518.htm> [31.08.2008].

BzgA (1999): Evaluation- Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung, Eine Expertise von Christiansen, Gerhard BzgA, im Auftrag der Europäischen Kommission, GD Gesundheit und Verbraucherschutz Band 8, Köln.

BzgA (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention Grundsätze, Methoden und Anforderung, Band 15, Köln.

BzgA (2005): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz –Beispiele-Weiterführende Informationen, Band 5, Köln.

Deinet, U. (2002): Schule und Jugendarbeit – von der Kooperation zur freundlichen Übernahme? In: deutsche jugend, 50. Jg., Heft 7 -8.

Deinet, U. (2005b): Das sozialräumliche Muster in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit. In : Deinet, U./Sturzenbecker, B. (Hrsg.): Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit. 3. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS.

Denecke, Ch./Kaba –Schönstein, L./ Waller, H. (2004):

Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen im Rahmen sozialer Dienste, ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte Lüneburg.

Dörr, M. (2002): Gesundheit und soziale Differenz: Die Gender-

Perspektive. In: Homfeldt, H.-G., Laaser, U., Prümel - Philippsen, U., Robertz - Grossmann, B. (Hrsg.) (2002): Studienbuch Gesundheit, Soziale Differenz-Strategien-Wissenschaftliche Disziplinen. Luchterhand: Neuwied.

Deutscher Bundestag (2002): Bericht über die Lebenslagen junger

Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Elfter Kinder- und Jugendbericht. BT 14/8181 vom 04.02.2002. Berlin. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btg/14/081/1408181.pdf>, [12.09.2009].

Eberle, G. (2005): Vernetzung und Kooperation in kleibräumigen Settings, Abstract zum Tagungsbeitrag, in: Programm der Fachtagung „Gesunde Lebenswelten - Vernetzte Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention“ Gesundheit Berlin e.V.

Faltermaier, T. (1999): Subjektorientierte Gesundheitsförderung: Zur Konzeption einer salutogenetischen Praxis . In: Röhrle, B., Sommer, G. (Hrsg.) (1999): Fortschritt der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band IV. Tübingen.

Franzkowiak, P.(1985): Risikoverhalten als Alltagshandeln. In: IDIS (Hrsg.): Gesundheitsriskantes Verhalten bei Jugendlichen, Bielefeld.

Franzkowiak, P./Wenzel, E. (1990): Gesundheitsförderung. Karriere und Konsequenzen eines Trendbegriffs, Psychosozial 12, Heft III.

Franzkowiak, P./Sabo, P. (Hrsg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz: Sabo.

Geene, R. (2006): h2 Hochschule Magdeburg und Stendal (FH)
URL:http://209.85.129.104/search?q=cache:uUNCkLpufdgJ:www.bessere-senmehr-bewegen.de/fileadmin/grafiken/Vortrag_Geene_Teil1.pdf+Hochschule+Magdeburg+und+Stendal+mielck&hl=de&cd=6&client=firefox-a
[31.09.2008].

Gesundheitsförderung für Jugendliche (1984): Bericht eines
Arbeitsseminars (WHO:ICP/HED 021(2), 7486L, S. 14).

Gilles, Ch. (1998): Gesundheitsförderung in der Offenen Kinder- und
Jugendarbeit. In: Deutsche Jugend, Jg. 46, Heft 12.

Glichke-Klein, Ch. (2007): Aufbau von Netzwerken mit Kinderärzten im
Stadtteil – Chancen und Risiken, in: Hamburgerische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) (Hrsg.): Auf dem Weg zu einer
gesundheitsfördernden Kita! Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern
fördern – Zusammenarbeit stärken, Dokumentationen der Fachtagung am
27. September 2006 im Bürgerhaus Wilhelmsburg, [URL:http://www.hag-gesundheit.de/documents/pdf](http://www.hag-gesundheit.de/documents/pdf) [20.08.2009].

Grün, A. (2005): Quellen innerer Kraft. Erschöpfung vermeiden – Positive
Energien nutzen. Freiburg. Herder Verlag.

Hanses, A. (2007): Soziale Arbeit- Gesundheit- ein schwieriges wie
herausforderndes Verhältnis. In: Homfeldt, H.G. (Hrsg.): Soziale Arbeit im
Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben.
Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.

Hanses, A./Sander, K. (2009): Expertise zum 13. Kinder- und
Jugendbericht. Gesundheitsförderung in der außerschulischen
Jugendarbeit. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und
Jugendberichts (Hrsg.): [URL:http://www.dji.de/bibs/13_KJB_Expertise-Hanses-Sander-ausserschulische_Jugendarb.pdf](http://www.dji.de/bibs/13_KJB_Expertise-Hanses-Sander-ausserschulische_Jugendarb.pdf) [30.11.2009].

Hasenfeld, Y. (1987): Power in social work practice. Social Service
Review, 61.

Heindle, I. (2003): Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung. Klinkhardt. Bad Heilbrunn/OBB.

Helferich, C. (1994): Jugend, Körper und Geschlecht. Opladen: Leske + Budrich.

Helferich, C. (1994b): Gesundheit, langes Leben und viele Kinderchen! Geschlechtsrollen als Thema der Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Jugend. In: Kolip, P. (Hrsg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim: Juventa.

Herriger, N. (1995): Empowerment und das Modell der Menschenstärken. Bausteine für ein verändertes Menschenbild der Sozialen Arbeit. In: Soziale Arbeit 5/1995.

Herriger, N. (1997): Das Empowerment – Ethos. In: Sozialmagazin 11/97.

Herriger, N. (2006): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 3. erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart.

Hildebrandt, H. (1992): Lust am Leben, Gesundheitsförderung mit Jugendlichen; ein Ideen- und Aktionsbuch zum Thema Gesundheit. 2. Auflage. Frankfurt/Main: Brandes und Aspel.

Hildenbrand, B. (2008): Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B. (Hrsg.). Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg.

Höfer, R. (2000a): Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte. In: Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Opladen.

Höfer, R. (2000b): Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen.

- Hölling, H./Schlack, R. (2007):** Essstörungen im Kindes- und Jugendalter: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50.
- Homfeldt, H.G., Sting, S. (2006):** Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung, Ernst Reinhard Verlag München, Basel.
- Hörmann, G. (1997):** Zur Funktion der Sozialarbeit im Gesundheitswesen, In: Homfeldt, H.G., Hünersdorf, B. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesundheit, Neuwied, 11-27.
- Hurrelmann, K. (1991):** Wie kommt es zu Gewalt in der Schule und was können wir dagegen tun? Kind, Jugend, Gesellschaft, 36.
- Hurrelmann, K. (1994):** Sozialisation und Gesundheit. Weinheim, München.
- Hurrelmann, K./Franzkowiak, P. (2003):** Gesundheit, in: BzGA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Sabo Schwabenheim a.d. Selz.
- Hurrelmann, K./Klotz, Th./Haisch, J. (2004):**
Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K./Klotz, Th./Haisch, J. (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber Bern.
- Hurrelmann, K. (2006):** Gesundheitssoziologie, Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 6. völlig überarbeitete Auflage, Juventa Verlag Weinheim, München.
- Hurrelmann, K./ Franzkowiak, P. (2006):** Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (S. 52-55). Schwabenheim.
- Jerusalem, M./Mittag, W. (1994):** Gesundheitserziehung in Schule und Unterricht, Zeitschrift für Pädagogik, 40, S. 851-869.

Kaba-Schönstein, L. (2003): Gesundheitsförderung I: Definitionen, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und-strategien, in: BzgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo Schwabenheim a.d. Selz.

Keupp, H. (1987b): Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch. Bonn: Psychiatrie – Verlag.

Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft, Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Verlag für Gesundheitsförderung Wehrbach-Gaumburg.

Klesse, R./Sonntag, U./Brinkmann, M./ Maschewsky - Schneider, U.(1992):Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbst - Losigkeit und Selbst- Bewußtsein, Frankfurt/Main: Campus.

Kolip, P., Hurrelmann, K., Schnabel, P.- E. (Hrsg.) (1995): Jugend und Gesundheit. Weinheim/München.

Kolip, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter, Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske + Budrich.

Kolip, P. (1999): Geschlecht und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Theoretische Konzeption und gesundheitswissenschaftliche Konsequenzen. In: Röhrle, B., Sommer, G. (Hrsg.) (1999): Fortschritt der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band IV. Tübingen.

Kolip, P. (2009): Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht (2009). Zentrale gender- relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.):

[URL:http://www.dji.de/bibs/13_KJB_Kolip_genderrelevante%20Kriterien.pdf](http://www.dji.de/bibs/13_KJB_Kolip_genderrelevante%20Kriterien.pdf) [21.11.2009].

Krisch, R. (2002): Über die pädagogische Aufschließung des Stadtraumes: Sozialräumliche Perspektiven von Jugendarbeit. In: Liegle, L./thiersch, H./Treptow, R. (Hrsg.): Zur Neubestimmung des Bildungsbegriffs in der Pädagogik der frühen Kindheit und in der Sozialpädagogik. Sonderheft Nr.. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Kuh, D.J.L., C. (1992): Physical activity at 36 years: patterns and childhood predictors in a longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, S. 114-119.

Kurth, B.-M./Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In. *Bundesgesundheitsblatt*, 50.

Lampert, T./Thamm, M. (2007): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50.

Lampert, T./Mensink, G.B.M./Romahn, N./Woll, A. (2007): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50.

Langness, A./ Richter, M./Hurrelmann, K. (2003): Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./ Klocke, A./ Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Jugendgesundheits survey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim:Juventa.

Lazarus, R. S. (1993): Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55.

Leppin, A./Pieper, E./Szirmak, S./Freitag, M./Hurrelmann, K. (1999): Prävention auf den zweiten und dritten Blick: Differenzielle Effekte eines kompetenz-orientierten Suchtpräventionsprogramms. In: Kolip, P. (Hrsg.): *Programme gegen Sucht*, Weinheim, München.

Lenz, A. (2002): Empowerment und Ressourcenaktivierung-Perspektiven für die psychosoziale Praxis. In: Lenz, A./Stark, W. (Hrsg.): Neue Perspektiven für Psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd.10.Tübingen.

Maasberg, A. (2007): Bündnisse für Gesundheit im Elementarbereich- Erfahrungen, Strukturen und Handlungsmöglichkeiten in den Settings KiTA und Schule,
[URL:http://www.gesundheitberlin.de/download/Maasberg.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Maasberg.pdf) [21.08.2009].

Mann – Luoma, Goldapp, C./Khaschei, M. et al. (2002): Integrierte Ansätze zur Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt, 12.

Maurer, A./Schmid, M. (2002): Die ökonomischen Herausforderungen der Soziologie?In: Maurer, A./Schmid, M. (Hrsg.) Neuer Institutionalismus. Soziologische Erklärung von Organisation, Moral und Vertrauen, Frankfurt/main und New York:

Mensink, G.B./Leiser, K./Richter, A. (2007): Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 50.

Mielck, A. (2000a): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.

Mielck, A. /Bloomfield, K.(2001b): Einführung. In: Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.)(2001a):Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim: Juventa S.9-16.

Mielck, A. (2002): Gesundheitliche Ungleichheit: Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Homfeldt, H.-G., Laaser, U., Prümel - Philippsen, U., Robertz - Grossmann, B. (Hrsg.) (2002): Studienbuch Gesundheit, Soziale Differenz-Strategien-Wissenschaftliche Disziplinen. Luchterhand: Neuwied.

Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg - Vorpommern

(2008): Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention.

URL:<http://www.regierung->

[mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/de/sm/ service/Prublikationen/index.j](http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/de/sm/service/Prublikationen/index.jsp?pblikid=727)

[sp?pblikid=727](http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/de/sm/service/Prublikationen/index.jsp?pblikid=727) [31.07.2009].

Mittag, W., Jerusalem, M. (1999): Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. In: Röhrle, B., Sommer, G. (Hrsg.) (1999): Fortschritt der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band IV. Tübingen.

Moebus, S./Hoffmann, B./Merkel- Jens, A. (2005):

Adipositasprogramme –(K)eine Hilfe für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche? Studien zur Ausrichtung und Wirkung von Programmen zur Gesundheitsförderung von übergewichtigen Kindern aus sozial benachteiligten Verhältnissen. 1. Auflage: Bremerhaven.

Möller, J. (2002): Der WHO Gesundheitsbericht 2000, Anspruch und Realität, In: Paul Swertz (Hrsg.): Konstanzer Schriften zur Krankenhauswissenschaft, Band 6, Hartung-Gorre Verlag Konstanz.

Naidoo, J./Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln: BzgA.

Paulus, P. (2009): Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts
(Hrsg.):URL:http://www.dji.de/bibs/13_KJB_Expertise_Paulus_Kooperation_Schule_etc.pdf.

Pluto, L./Gragert, N./Van Santen, E./Seckinger, M. (2007): Kinder- und Jugendhilfe im Wandel. Eine empirische Strukturanalyse. München.

Pott, E./Lehmann, F. (2002): Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen. Bundesgesundheitsblatt, 12: 976-983.

Pschyrembel (1994): Medizinisches Wörterbuch, Gesundheit, 257. Auflage, Niko Verlagsgesellschaft mbH Hamburg.

Rappaport, J. (1987): Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. American Journal of Community Psychology, 9.

Reutlinger, Ch. (2005): Sozialraumorientierung in der Kinder- und Jugendhilfe-sozialgeografische Konkretisierungen. In: Deinet, U. (Hrsg.): Sozialräumliche Jugendarbeit. Grundlagen, Methoden und Praxiskonzepte. 2. völlig überarbeitete Auflage. Wiesbaden.VS.

Richter, M./Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen, in: Richter, M./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden.

Rittner, V. (2002): Gesundheitsförderung im Vorschulbereich- Möglichkeiten kommunaler Zusammenarbeit, in: BzgA (Hrsg.), „Früh pbt sich...“Gesundheitsförderung im Kindergarten, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Impuls, Aspekte und Praxismodelle, Band 16, Schiffmann Bergisch Gladbach.

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Rose, L., (2005): „Überfressene“ Kinder- Nachdenklichkeiten zur Ernährungs- und Gesundheitserziehung. In: Prävention 3, 67-91.

Rosenbrock, R. (1998): Wa(h)re Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik seit den sechziger Jahren, in Roeßiger, S./Merk, H. (Hrsg.):Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation, Jonas Verlag Marburg.

Rosenbrock, R. (1998a): Wa(h)re Gesundheit. In : Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation (Ausstellungskatalog): Marburg, 202 – 216.

- Rosenbrock, R. (2004):** Prävention und Gesundheitsförderung. Gesundheitswissenschaftliche Perspektiven. In: Elsner, Gine/Gerlinger, Thomas/Stegmüller, Klaus (Hrsg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im dereguliertgen Kapitalismus. VSA - Verlag Hannover.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, Th. (2004):** Gesundheitspolitik, Eine systematische Einführung, Verlag Hans Huber Bern.
- Rosenbrock, R./Bellwinkel, M./Schrör, A. (Hrsg.) (2004):** Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliche Gutachten zum BKK- Programm „Mehr Gesundheit für Alle“ Verlag Wirtschaftsverlag NW Bremerhaven.
- Rothenburg, E.- M. (2001):** Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung - Reformbedarf für das SGB VIII? In: Zentralblatt für Jugendrecht 9, 317-327.
- Rulofs, B./Combrink, C./Borchers, I.(2002):** Sportengagement im Lebenslauf von Männern und Frauen. In: Allmer, H. (Hrsg.): Sportengagement im Lebenslauf. Sankt Augustin.
- Rutter, M. (1987):** Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: American Journal Orthopsychiatry 57.
- Sachs – Pfeiffer, T. (1989):** Partizipation: Teilhaben statt Teilnehmen. In: Stark, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg: Lambertus – Verlag.
- Seifert, B. (2007):** Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe: Es gibt noch viel zu tun. In: Forum Jugendhilfe, 2, S. 70 – 79.
- Seligmann, M.E.P. (1995):** Erlernte Hilflosigkeit. 3. Auflage, Weinheim.

Setzwein, M. (2006): Frauenessen- Männeressen? Doing Gender und Essverhalten. In: Kolip, P./Altgeld, Th. (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim: Juventa.

Sommer, G./Ernst, H. (1997): Gemeindespsychologie: Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt. München: Urban 6 Schwarzenberg.

Stark, w. (2002): Gemeinsam Kräfte entdecken- Empowerment als kompetenz- orientierter Ansatz einer zukünftigen Sozialen Arbeit. In: Lenz, A./ Stark, W. (Hrsg.): Empowerment. Tübingen: dgvt-Verlag.

Sting, St. (2000): Gesundheit als Aufgabenfeld sozialer Bildung. In: Sting, St./Zurhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim; München: Juventa.

Sting, St. (2002): Gesundheit. In: Schröer, W./Struck, N./Wolff, M. (Hrsg.): Handbuch der Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim; München: Juventa.

Sting, St. (2007): Körper als Bildungsthema. In: Homfeldt, H.G. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.

Sting, St./Zurhorst, G. (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit, Weinheim; München: Juventa.

Sturzenhecker, B. (2003): Zum Bildungsanspruch von Jugendarbeit. In: Landesjugendamt Westfalen – Lippe (Hrsg.): Mitteilungen des Landesjugendamtes Westfalen – Lippe Heft 153.

Trojan, A. (2003): Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, in BzgA (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Fachverlag Peter Sabo Schwabenheim a.d. Selz.

Tones, K. (1990): why theorise; ideology in health education . Health education Journal.

Waller, H. (2002): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. Stuttgart: Kohlhammer.

Weik, A. (1992): Building strengths perspective for social work. In: Saleeby, D. (Ed), The strength perspective in social work practice, New York: Longman.

Welter- Enderlein, R. (2008): Einleitung: Resilienz aus Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter- Enderlein, R./Hildenbrand, B. (Hrsg.): Resilienz – gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg.

West, C./Zimmermann, D.H. (1987): Doing gender. Gender and Society, 1

Wohlfahrt, U. (1996): Vorschläge für eine gesundheitsfördernde Netzwerkarbeit, in: Gesundheitsakademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, NRW (Hrsg.), Macht Vernetzung Gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich, Mabuse-Verlag Frankfurt am Main.

World Health Organization (1984): Health promotion : a discussion document on the concept and principles. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

World Health Organization WHO (1986): Ottawa-Charta for Health Promotion. Ottawa.

World Health Organization (WHO) Regionalbüro für Europa (Hrsg.) (1993): Ziele für „Gesundheit für alle“. Aktualisierte Fassung, September 1991. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (1997): 4th International conference on health promotion. New players for a new era- leading health promotion into the 21 st century. WHO, Jakarta.

World Health Organization (2003): Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series, 916.

Zinnecker, J./ Silbereisen, R.K: (Hrsg.) (1996): Kindheit in Deutschland: Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern. Weinheim.

Zurhorst, G. (2000): Die Zukunft der Gesundheitsförderung, in Sting, St./Zurhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit, Dresdener Studien, Juventa Verlag Weinheim München.

Anhang

Datum 2009

	1	2	3	4	5	
mir geht es gut						beschissen
ich bin heute gerne im Mädchentreff						eigentlich keine Lust
es gibt viel zu erzählen						ich will Ruhe
in der Schule läuft es für mich gut						nicht gut
ich kann etwas gut, ich bin wer						ich kann nichts
zu Hause ist alles o.k.						nicht gut
ich erkenne meine eigenen Fähigkeiten immer besser						ich sehe keine Entwicklung
ich habe viele Freunde						nur wenige
meine Freunde tun mir gut						eher nicht
generell treibe ich in meiner Freizeit soviel Sport, wie ich kann						gar nicht
<input type="radio"/> 1x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 3x <input type="radio"/> 4x <input type="radio"/> 5x <input type="radio"/> 6x <input type="radio"/> 7x wöchentlich						
was ich will, kann ich durchsetzen						kann ich selten
ich frühstücke immer zu Hause						nie
in der Schule esse ich viel						wenig
Abends esse ich reichlich						wenig
wenn es mir seelisch schlecht geht ----- nasche ich gerne - rauche ich mehr als sonst (nur für Raucher)						schmeckt mir nichts Süßes rauche ich weniger
der Fernseher läuft bei uns immer						gar nicht
ich mag meine Figur						gar nicht
Andere meinen, ich sei eher dünn						eher dick
ich denke, auch meine Probleme finden bei IN VIA ihren Platz						gar nicht
heute hatte ich Freude an:						

meine Hobbys, was ich so tun könnte	mag ich eher gerne	eher nicht gerne	kann ich nicht	mache ich wenig...oft				
				1	2	3	4	5
Basteln, Handarbeit machen								
Malen, Gestalten, fotografieren, filmen, mit künstlerischen Materialien arbeiten								
Graffiti spraysen								
Musik hören								
ein Musikinstrument spielen								
Gartenarbeit, Pflanzen pflegen/züchten								
etwas besonderes kochen								
mit meiner Sammlung beschäftigen								
Heimwerken, etwas reparieren								
Computer: mit Programmen arbeiten, im Internet informieren, programmieren								
Puzzles/Rätsel, Denkaufgaben lösen								
Spiele machen (Karten, Brettspiele etc.)								
mich mit Tieren beschäftigen								
mit technischen Dingen beschäftigen								
mit Freunden telefonieren								
Fernsehen								
ins Theater/in die Oper gehen								
auf Konzerte/zu Veranstaltungen gehen								
Was ist zurzeit Deine Lieblingsbeschäftigung?								
Was geht zurzeit aus Kostengründen nicht, obwohl Du es eigentlich gerne möchtest?								

	1	2	3	4	5	
ich kann im Leben etwas bewirken						alles egal
ich bemühe mich, mein Leben selbst zu gestalten und mit zu bestimmen						andere bestimmen
es liegt an mir, wie gut es mir geht						an anderen
ich kann ein Problem selbst lösen						alles Mist!
ich kann gut über meine Probleme und Sorgen reden						trau mich nicht
ich bin ganz unabhängig von allen						gar nicht
der Rat von Erwachsenen (Eltern, Lehrer, Betreuer) ist mir wichtig						bloß nicht!
ich weiß fast immer, was ich will						weiß nicht
meine Lehrer zeigen mir meistens, wo ich mich verbessert habe						eher nicht
meine Klassenleiter möchte, dass wir dem schulischen Alltag mitgestalten						gar nicht
meine Eltern/Betreuer machen mir Mut						fast nie
meine Eltern zeigen mir meine Stärken						nie
ich fühle mich gut verstanden:						
von meiner Mutter (Stiefmutter)						gar nicht
von meinem Vater (Stiefvater)						gar nicht
von einem Erzieher (nur ggf.)						gar nicht
von der Klassenleiterin						gar nicht
von den meisten anderen Lehrern						gar nicht
von meiner besten Freundin						gar nicht
von den meisten Mitschülern						gar nicht
von den Nachbarn						gar nicht
von den meisten Kumpels/Freundinnen						gar nicht
von meinem Freund (nur wenn da)						gar nicht
ich darf sein, wie ich bin						ich habe damit ständig Ärger
ich kann meinen Eltern meine ehrliche Meinung sagen						überhaupt nicht

sinnliche und körperliche Genüsse, die ich in der letzten Zeit erlebt hatte	mag ich eher gerne	eher nicht gerne	kenne ich nicht	habe ich wenig...oft				
				1	2	3	4	5
ausgiebig baden oder duschen								
sich eincremen, einölen u. a. Pflege								
in Sauna oder Dampfbad gehen								
Sonne auf der Haut spüren								
ein gemütliches Frühstück								
schöne Augenblicke								
Tiere beobachten								
Tiere streicheln								
zu Hause angenehme Düfte riechen								
angenehme Düfte in der Natur erleben								
schöne Naturschauspiele erleben (Sonnenuntergang, Regenbogen etc.)								
Wetter erleben (Regen, Sturm, etc.)								
Wolken, Sterne, Mond beobachten								
Blumen und Pflanzen sehen, riechen								
viel im Freien aufhalten								
Geräuschen der Natur lauschen								
Ausschlafen								
Nachts tief und fest schlafen								
Massiert werden								
Entspannungsübungen								
Was ich sonst noch genussvolles erlebte:								

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher Weise oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Zemitz, den 27.01.2010
Ort/Datum

Unterschrift (Vor- Nachname)