

Gisela Bill

## Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten

### Kinderarmut und Gesundheit

Eine immer wieder gestellte Frage: Macht Armut krank oder führt Krankheit zu Armut?

Anhand einer Auswertung des sozioökonomischen Panels (Repräsentativstichprobe) ergab eine Studie der Universität Marburg zu Armuts-Lebensläufen in Deutschland, dass bei Erwachsenen vorwiegend eine soziale Selektion vorliegt (Selektionseffekt), dass heißt chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Risiko von Armut. Dagegen gibt es bei Kindern Hinweise auf einen Kausationseffekt, d.h. wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit. Im Zusammenhang mit der Armutsentwicklung in Deutschland spricht man mittlerweile auch von einer Infantilisierung bzw. Familiasierung von Armut. Dass sich die sozioökonomische Lage, die Ausstattung mit finanziellen Ressourcen auch auf die Gesundheit auswirkt, wissen wir seit geraumer Zeit. Gerade für Kinder und Jugendliche trifft dies in verstärktem Maße zu.

### Sozialer Brennpunkt Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“

#### Lage

Die Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“ besteht aus insgesamt fünf Mehrfamilienhäusern mit einer Geschosshöhe von vier Stockwerken. Die Häuser liegen abseits „normaler“ Wohngebiete in einem Industriegebiet. Begrenzt wird das Wohngebiet von zwei stark befahrenen Eisenbahnlinien, einer schnellstrassenähnlichen Hochtangente sowie einer stark frequentierten Straße. Des weiteren liegt in unmittelbarer Nähe das städtische Tierheim. Aufgrund der Lage sind die Bewohner/innen der Obdachlosensiedlung einer erheblichen Umweltbelastung (u.a. Autos, Eisenbahn, Industrieanlagen) sowie Lärmbelästigung (Verkehr, Tierheim), gerade auch nachts, ausgesetzt.

#### Wohnraumsituation

Es sind insgesamt 33 Einraumwohnungen, teilweise mit WC (8,45-12,3 qm), 34 2-Raum-Wohnungen (36,4qm), 31 3-Raum-Wohnungen (45,4-51,65 qm) sowie 33 4-Raum-Wohnungen (69,5-72,5 qm).

Die Einzelzimmer ohne Toilette erhalten ausschließlich Großfamilien als zusätzlichen Wohnraum. Es handelt sich bei allen Wohnungen um Einfachstwohnungen mit kleinen

integrierten Kochnischen, ohne Bad/Dusche. In den Kellern stehen Sammelduschen zur Verfügung (pro Stockwerk eine Dusche).

#### Sonstige Einrichtungen

In einem der Wohngebäude ist eine Kindertagesstätte (Kindergarten und Hort) unter städtischer Trägerschaft untergebracht. Weiterhin stehen Räumlichkeiten für den Allgemeinen Sozialdienst der Stadt Mainz zur Verfügung (Büro, Besprechungszimmer, Mädchenraum).

#### Einwohner/innenzahl und -struktur

Im Februar 2003 leben 310 Menschen in der Obdachlosensiedlung „Zwerchallee“. 115 Personen sind ausländischer Herkunft. Sechzehn Personen sind alleinerziehende Elternteile, häufig mit mehreren Kindern (zur Zeit mit bis zu acht Kindern). Insgesamt leben in diesen Notunterkünften 75 Kinder unter 14 Lebensjahren, 30 im Alter von 14 bis 18 und siebzehn junge Erwachsene im Alter von 18 bis 21 Lebensjahren.

#### Vorhandene bzw. angestrebte Kooperationspartner

Kommune (Jugend- und Sozialamt), Gesundheitsamt, Land Rheinland-Pfalz, Bezirksärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, niedergelassene Ärzte in der Nähe des sozialen Brennpunktes, Betroffeneninitiativen, Initiativen im Wohnungslosenbereich, Tafel-Projekte, Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte, Sportvereine, Sportbund usw..

#### Konzeptionelle Überlegungen

- Angebote „vor Ort“ innerhalb des sozialen Brennpunktes
- Vernetzung und Kooperation
- Vorhandene institutionelle Ressourcen nutzen
- Vorhandene individuelle Ressourcen nutzen
- Geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen
- Interkulturelle Aspekte berücksichtigen

#### Gesundheitspräventionsmodule

1. Ernährung
2. Bewegung
3. Entspannung versus Gewalt
4. Umwelt
5. Impfungen
6. Gesundheitsinformation
7. Gesundheitserziehung

## 1. Ernährung

### a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Dass eine ausgewogene Ernährung für die kindliche Entwicklung mitentscheidend ist, ist allgemein bekannt. Aus verschiedenen Untersuchungen wurde, diesen Kontext betreffend, deutlich, dass bei Kindern und Jugendlichen die von Armut betroffen sind, ein ungünstiges Ernährungsverhalten zu beobachten ist, das fast alle wichtigen Ernährungsvariablen beinhaltet. Zahlreiche Ernährungswissenschaftler/innen weisen daraufhin, dass die materiellen Ressourcen z.B. von Sozialhilfeempfängern/innen eine ausreichende und ausgewogene Ernährung entsprechend den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung fast unmöglich erscheinen lassen.

Kennzeichen der Mangel- und Fehlernährung ist eine fettreiche und vitaminarme Kost, zudem ist der Kohlenhydrat- und der Obstanteil geringer als beim Bevölkerungsdurchschnitt. (Klocke, Hurrelmann et al., 1994). 16 Prozent der armen Kinder kommen hungrig in die Kindertagesstätte (AWO 2000).

### b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Ernährungsberatung (gemeinsames Kochen, Elternberatung, Ressourcen nutzen)
- Ernährungsergänzung in der Kita (Anlieferung von frischem Obst, Gemüse, Milchprodukten, Ballaststoffen, Müsli usw.)

### c) Etwaige Kooperationspartner:

- Initiative „Tafel“
- Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte
- Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Gesundheitsamt

### d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse

#### Ernährungsergänzung:

- Die Kita erhält seit Beginn des Projekts wöchentlichen Bedarf an Vollkornbrot. Brot wird gespendet von der Vollkornbäckerei Kaiser. Schon nach einem Jahr ist der Bedarf erhöht, da die Kinder anderes Brot nicht mehr gerne essen.
- Die Fa. Erbacher spendet verschiedene Müsliarten aus Dinkelweizen.
- „Die Mainzer Tafel“ hat eine spezielle Ausgabestelle in der Siedlung eingerichtet, wobei der Gesundheitsaspekt der Nahrungsmittel besonders berücksichtigt wird. Das Angebot wird von den meisten Leuten in der Siedlung freudig wahrgenommen.

#### Ernährungsberatung:

Einstieg in die Ernährungsberatung sind attraktive, niedrighschwellige Angebote mit integrierter Gesundheitsinformation. So findet seit Beginn des Projekts – Ende 2003 – ein regelmäßiges Frauenfrühstück statt. Seit Beginn 2005 gibt es auf ausdrücklichen Wunsch der Männer in der Siedlung ebenfalls einmal im Monat ein Männerfrühstück, begleitet u.a. von einem Familientherapeuten der „Evangelischen Familienbildung“, der Erfahrung in der Gesundheitsarbeit mit Männern hat.

Bei diesem „geschlechtergetrennten“ Frühstück werden neben dem Thema „Gesunde Ernährung“ auch andere gesundheitsrelevante Bereiche diskutiert. Alkohol, Rauchen, Verhütung, Arbeitslosigkeit, Gewalt, die Beispielwirkung auf die Kinder, die vielfältigen eigenen Erkrankungen, Unzufriedenheit mit der Lebenssituation, Zukunftswünsche etc. sind Thema. An den Rückmeldungen können wir feststellen, dass die diskutierten Probleme in die Familien hineingetragen werden und z.T. wieder zurück in die Gruppe kommen.

Weitere Veranstaltungen waren:

- eine mehrtägige Ferienreise mit den Kindern auf einen Bauernhof im Hunsrück,
- ein Besuch der Kinder auf der Domäne Mechthildhausen, einem Biobauernhof, der eine kindgerechte Führung beinhaltete (in Kooperation mit der AG Soziales und Umwelt der Wirtschafts juniorInnen Mainz),
- Osterbacken mit Müttern und Kindern,
- regelmäßiges gemeinsames Einkaufen, Kochen und Essen mit den männlichen Jugendlichen und jungen Männern,
- Herstellen alkoholfreier Mixgetränke von der Mädchengruppe beim Herbstfest 04 (in Kooperation mit dem ASD),
- Wildnistage mit den Zwölf- bis Achtzehnjährigen,
- die Pflanzung und Beobachtung von Kürbissen auf einem Feld in Mainz, vorgesehene Ernte Ende Oktober mit Halloween-Fest,
- Ernährungsberatung durch eine AOK-Ernährungsberaterin nach dem Motto: „Gesund, lecker und bezahlbar kochen!“ – bisher innerhalb des Frauenfrühstücks mit großer Resonanz.

Die Kita legt seit der Kooperation mit dem Projekt größeren Wert auf gesunde Ernährung und wird auch von Kooperationspartnern wie der LZG in Landesprogramme und kommunale Programme einbezogen.

## 2. Bewegung

### a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Neben einer unausgewogenen Ernährung findet man bei sozial benachteiligten Kindern auch einen Bewegungsmangel. Zwischen Gesundheitsförderung und sportlichen Aktivitäten besteht eine positive Beziehung. Mit dem Lisrel-Modell (Lisrel: linear structural relationship) können Korrelationen zwischen Formen der psychosozialen Belastung und allgemeinem subjektivem Gesundheitsstatus dargestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen aus unteren Soziallagen kann einerseits eine geringere sportliche Betätigung und andererseits eine hohe Quote an psychosomatischen Beschwerden festgestellt werden. Zudem fällt das Selbstwertgefühl betroffener Kinder und Jugendlicher deutlich niedriger aus im Vergleich zu Kindern aus höheren sozialen Schichten. Es lässt sich zwar keine lineare Beziehung zwischen dem Grad der sportlichen Aktivität und dem Ausmaß psychosomatischer Beschwerden verifizieren, da aber in frühen Lebensphasen die im Erwachsenenalter zur Verfügung stehenden Verhaltensweisen geprägt werden, kann dennoch die Hypothese aufgestellt werden, dass die kompensatorische und entlastende Wirkung sportlicher Betätigung im Hinblick auf Stressbewältigung und Gesundheitsprävention im späteren Alltag bei den betroffenen Kindern seltener angewandt wird.

### b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Anschaffung von Sportartikel (u.a. Fußball, Tischtennis, Federball)
- Sport- und Freizeitangebote innerhalb und außerhalb der Siedlung

### c) Etwaige Kooperationspartner:

- Sportgeschäfte als Sponsoren
- Sportjugend Rheinland-Pfalz
- Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

### d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse

#### *Anschaffung von Sportartikeln:*

Es wurden Fußball, andere Freizeitspiele, Turnschuhe und Regenkleidung für die Kitakinder, zwei Tischtennisplatten und Tischfußball angeschafft und eine Bewegungsbaustelle geschaffen.

#### *Sport- und Freizeitangebote:*

- Fußball drei Mal wöchentlich,
- Teilnahme an Fußballwettbewerben in Mainz,

- kostenloses Sport- und Bewegungsangebot im Mombacher Turnverein für ALG II-Empfänger/innen,
- gemeinsam mit der Sportjugend RLP: 1 \_ Stunden Bewegungsangebot in der Kita,
- einmal in der Woche Cheerleadertanz der Mädchengruppe (die Mädchenarbeit wird über ein Landesprogramm vom ASD gemacht),
- Ausflug auf die Eisbahn,
- Urlaub auf dem Bauernhof (04 und 05),
- Wildnistage mit den zwölf- bis achtzehnjährigen Jugendlichen,
- Yoga-Angebot für die Frauen (in Kooperation mit der evangelischen Familienbildung),
- Herbstfest im Oktober 04 „Wir bewegen uns“ mit attraktiven Angeboten wie Kletterwand, Sportparcours, (200 Besucher/innen).

#### *Weitere Vorhaben:*

Geplant werden ein Kanufamilienausflug, Klettern, ein Angelausflug der Männer, die begleitete Teilnahme an Sportangeboten außerhalb der Siedlung, Mädchenfußball, ein Tanzworkshop für Jungen und Mädchen.

Die Angebote werden mit Begeisterung wahrgenommen. Nicht ganz einfach ist die Kooperation mit den städtischen Einrichtungen wie Kita und ASD. Sie befürchten – nicht unbegründet – Stellenabbau und beneiden uns um unsere finanzielle Ausstattung. Ein moderiertes Kooperationsentwicklungsgespräch hat die Zusammenarbeit verbessert.

## 3. Entspannung /Ruheinseln versus Gewalt

### a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Verschiedene Studien (die sogenannte Bielefelder Studie und eine Untersuchung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen, Wetzels, 1997) zeigen einen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation der Familien und Gewaltanwendungen gegenüber den Kindern auf. So beträgt die Quote gravierender Gewaltanwendung durch die Eltern in Familien die Sozialhilfe beziehen bzw. von Arbeitslosigkeit betroffen sind 24 Prozent, während sie in anderen Familien bei 14,6 Prozent liegt (vgl. Pfeiffer, 1998). Hier ist einerseits eine problemorientierte Thematisierung von Gewalt innerhalb der Familie unter Berücksichtigung des Lebenskontextes notwendig. Andererseits müssen Kinder und Jugendliche stärker vor Gewalt geschützt werden. Dies bedeutet Auf- und Ausbau betroffenenzentrierter Hilfsangebote und gesetzgeberische Schutzmaßnahmen. Auch hier ist eine

Vernetzung medizinischer und sozialpädagogischer Dienstleistungen dringend erforderlich.

**b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:**

- Einrichtung von Ruheinseln, Ruheräumen u.a. in der Kita, in den Wohnblöcken
- Einrichtung von Snoezelen-Räumen (heilpädagogisches Konzept, visuelle, akustische, taktile, olfaktorische Reize)
- Informationsveranstaltungen zum Thema Gewalt/Gewaltprävention
- Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training)

**c) Etwaige Kooperationspartner:**

- Polizei
- TM – Therapeutische Medien (privater Anbieter von Entspannungsmedien)
- Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen

**d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse**

- Einrichtung eines Snoezelen-Raumes in räumlicher Nähe der Kita. Ein ausgewiesener Fachmann hat den Raum geplant.
- Unter Anleitung einer speziell ausgebildeten Sozialpädagogin wird insbesondere mit den Kindern der Kindertagesstätte an drei Tagen in der Woche von 9 bis 12 Uhr und an einem Nachmittag von 15 bis 18 Uhr im Snoezelen-Raum gearbeitet.
- Yoga für Frauen (in Kooperation mit der evangelischen Familienbildung Mainz).

Die Zusammenarbeit mit der Kita ist diesem Bereich inzwischen sehr gut, da die Kinder in kürzester Zeit positive Veränderungen aufweisen, die der Arbeit in der Kita zuträglich sind. Auch die Eltern schicken ihre Kinder sehr bereitwillig. Sie konnten den Snoezelen-Raum selbst ausprobieren und waren begeistert. Geplant ist, diesen Raum mit Unterstützung einer Entspannungstrainerin bzw. eines Entspannungstrainers auch für Männer und Frauen zu nutzen. Dies kann u.a. ein Beitrag zur Gewaltprävention sein. Es gibt innerhalb des Stadtteiles, aber auch bei Lehrkräften, Erziehern/innen und bei Sozialpolitikern/innen der Region großes Interesse an der Arbeit in diesem Raum. Wir nehmen uns viel Zeit, um das Konzept und die positiven Auswirkungen auf die Kinder darzustellen und die Interessenten/innen selbst die wohltuende Wirkung dieses Entspannungsraumes fühlen zu lassen.

## 4. Umwelt

**a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:**

Kinder aus sozial unterprivilegierten Verhältnissen sind häufiger an Unfällen, insbesondere Verkehrsunfällen beteiligt. So kam eine Einschulungsuntersuchung in Brandenburg zu dem Ergebnis, dass 15 bis 20 Prozent aller Kinder bis zu ihrer Einschulung an einem Unfall beteiligt waren, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien bei Verbrühungs- und Verkehrsunfällen doppelt so häufig betroffen waren wie Kinder aus Familien mit einem höheren sozialen Status. Unfälle mit tödlichem Ausgang findet man ebenfalls häufiger bei von Armut betroffenen Kindern. Diese erhöhte Quote ist u.a. auf die Wohnverhältnisse sowie auf das Wohngebiet zurückzuführen (verkehrsreiche Wohngebiete, schlechte Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel, weite Wege zu Schule und Sportstätten) (Bielikt 1996 und Böhm, A. Kuhn J. 2000).

**b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:**

- Bepflanzungen innerhalb der Siedlung
- Pflanzen innerhalb der Kita-Einrichtung
- Luftbelastungsmessungen (Bahn, Autobahn, Industriegebiet)
- Sicherung der Gehwege, Zebrastreifen, Sicherung von „Kinderwegen“

**c) Etwaige Kooperationspartner:**

- Sozial- und Ordnungsamt sowie Gesundheitsamt
- Gärtnereien
- Universität Mainz

**d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse**

*Kita:*

In der Kita fehlten zu Beginn des Projekts jegliche Grünpflanzen. Die Aufenthalts- und Besprechungsräume waren klein, hässlich und ungemütlich. Eine der ersten Aktivitäten war es, hier Abhilfe zu schaffen durch Grünpflanzen für die Kitaräume und erfolgreiche Verhandlungen mit der Stadt, mehr Räume für Besprechungen und Pausen zur Verfügung zu stellen sowie das graue, schmutzige Treppenhaus kindgerecht zu renovieren.

*Siedlung:*

Seitdem unser Verein in der Siedlung arbeitet, ist diese auch im Stadtteil (Soziale Stadt) wieder von Interesse. Die Debatte über die Auflösung eines solchen Brennpunktes ist wieder auf der Tagesordnung. Mangels bezahlbarer Wohnraumalternativen wurde eine Studie in

Auftrag gegeben, wie kurzfristige Wohnumfeldverbesserungen aussehen könnten. Geplant sind vorerst die Einrichtung von Duschen statt der Gemeinschaftsduschen im Keller, sowie ein Anstrich der Häuser. Damit einhergehend ist ein Konzept in Auftrag gegeben, die Zwerchallee mittel-langfristig als Obdachlosensiedlung aufzulösen. Da dies in den letzten 30 Jahren immer wieder in Angriff genommen wurde, aber nie gelungen ist, handeln wir jetzt:

- Sanierung und Umbau eines 30 Jahre alten Wohncontainers in der Siedlung zu einem Gemeinschaftshaus mit schöner, begrünter Außenanlage, in dem wir unsere Gesundheitsangebote umsetzen und außerhalb der Kita-Zeiten Angebote für Kinder und Jugendliche machen wie z.B. Kochen, Jugendcafé, Musik, Vorlesen, Basteln, Krabbelgruppe, Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen. Beim Bau und den geplanten Aktivitäten ist uns die Partizipation der Bewohner/innen ein wichtiges Anliegen. So wurde das Gemeinschaftshaus von Männern aus der Siedlung nach Vorgaben des Architekten saniert und umgebaut.
- Erfolgreiche Veranlassung der Stadtverwaltung, die Rattenplage zu bekämpfen.
- Reparatur des Spielplatzes.

## 5. Impfungen

### a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Gesundheitspräventive und prophylaktische Maßnahmen so wie sie derzeit in Deutschland hauptsächlich konzipiert sind, werden von sozial benachteiligten Menschen unzureichend wahrgenommen. So ergab eine Studie des Gesundheitsamtes Göttingen, dass bei 30 Prozent der Kinder von arbeitslosen Eltern (Arbeitslosigkeit korreliert in hohem Maße mit Einkommensarmut), ein unzureichender Impfschutz vorlag, zudem wurden Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen (Krauss 1998). Die Impfraten bei Masern und Mumps waren laut einer Schuleingangsuntersuchung der Stadt Braunschweig signifikant schlechter bei Kindern arbeitsloser oder alleinerziehender Eltern (Schubert 1996). Diese Ergebnisse wurden innerhalb regionaler Untersuchungen aus anderen Großstädten (z.B. Hamburg) bestätigt (Zimmermann, Brandt 1996). Eine Studie in Brandenburg ergab, dass Kinder aus sozial schwachen Familien deutlich seltener gegen *Hämophilus B* geimpft sind.

### b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:

- Impfmöglichkeiten für Kinder und Erwachsene „vor Ort“ (u.a. geschlechtsspezifischer Aspekt bei Mädchen – Rötelimpfung)

- Impfberatungen
- Speziell für Jugendliche: Hepatitis B Impfmöglichkeit mit Sexuaufklärung bzw. Informationen zu sexuell übertragbare Erkrankungen (Hepatitis B und C, AIDS usw.)

### c) Etwaige Kooperationspartner:

- Sozialamt (Gesundheitsamt)
- Niedergelassene Ärzte/innen in der näheren Umgebung
- Universitätsklinikum Mainz (Institut für Mikrobiologie und Hygiene)
- Pharmaindustrie (als Sponsoren)
- Drogenberatungsstelle (Die Brücke, Cafe Balance)
- Aidsberatungsstelle
- Pro Familia
- Krankenkassen

### d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse

Unser Ende Juli 05 fertiggestelltes Gemeinschaftshaus hat auch einen speziell eingerichteten Raum für medizinische und gesundheitliche Maßnahmen, wie Impfungen, ärztliche Sprechstunden, soziale Gesundheitsberatung, Elternberatung etc.. In Kooperation mit dem Gesundheitsamt werden im Dezember erste Impfungen vorgenommen, die Kita- und Hortkinder werden einen Hör- und Sehtest machen. Mit der BZgA führen wir die Kampagne „Ich geh' zur U und Du?“ zum zweiten Mal durch.

## 6. Gesundheitsinformation

### a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:

Aus der Pränatalforschung ist bekannt, dass sich die sozialen Verhältnisse, die Lebensbedingungen der Eltern, speziell der werdenden Mutter, auf die Gesundheit des sich im Mutterleib befindlichen Embryos auswirken. Die Lebensweise und das Risikoverhalten der Eltern spielt hierbei eine wichtige Rolle. Dass sich Alkohol- und Zigarettenkonsum negativ auf die embryonale Entwicklung auswirken bzw. dass es zu entsprechenden organischen Schädigungen kommen kann, ist genügend erforscht worden. Die Alkoholembryopathie kann diesbezüglich exemplarisch hervorgehoben werden. Das Risikoverhalten der Eltern bzw. der werdenden Mutter sollte im sozialen Lebenskontext gesehen werden und darf nicht ohne diese Form der Reflektion individualisiert werden.

Im Zusammenhang mit Schmerzsymptomen (Kopfschmerzen) die häufig von Kindern benannt werden, muss auch die Einnahme von Arzneimitteln problematisiert werden. So trägt, nach einer Studie der Barmer Ersatzkasse (Glaeske, 1999) der Medikamentenkonsum



aufgrund von Kopfschmerzen bei Schülerinnen bis zu 40 Prozent, während er bei Schülern zwischen 15 und 20 Prozent liegt. Verschiedene Untersuchungen belegen übereinstimmend, dass die Selbstmedikation bei Kopfschmerzen die häufigste Ursache für einen unkontrollierten Medikamentenmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen darstellt. Zusätzlich ist der Zigaretten- und Alkoholkonsumanteil bei Schülerinnen und Schülern mit häufig auftretenden Kopfschmerzen signifikant höher als bei Kindern und Jugendlichen die eine geringere Kopfschmerzquote aufweisen.

**b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:**

- Regelmäßige Informationsveranstaltungen zu speziellen medizinischen Themen (Ernährung, Zigaretten rauchen, Infektionskrankheiten, Hauterkrankungen, parasitäre Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Atemwegserkrankungen)
- Info-Veranstaltungen zu den Themen Sucht/ Suchtgefahren (legale und illegale Drogen)
- Beratungen zu Krankenkassenleistungen und -ansprüchen

**c) Etwaige Kooperationspartner:**

- Pro Familia
- Drogenberatungsstellen
- Aids-Hilfe
- Ärzte/innen
- Krankenkassen
- BzGA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Fachforum „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten“

**d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse**

Gesundheitsinformation ist – wie schon oben beschrieben – bisher in der Regel integrierter Bestandteil attraktiver, niedrighschwelliger Veranstaltungen. Das sind u.a. Kleiderbasare, Frauenfrühstück, Männerfrühstück, Feste, Ausflüge, Sport – und Freizeitangebote, Entspannungsangebote, Kochen/Backen, Jungenarbeit, Mädchenarbeit.

Die Themen sind:

- gesunde, bezahlbare Ernährung,
- gesunde Ernährung von Kleinkindern,
- Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern,
- Alkohol- und Nikotinmissbrauch,
- Rücksicht auf trockene Alkoholiker/innen,
- Kindererziehung,
- Schulschwierigkeiten,
- Verhütung,
- Arbeitslosigkeit,
- Rückzugsmöglichkeiten in zu kleinen Wohnungen,

- Gewalttätigkeit,
- eigene Erkrankungen, z.B. schlechter Zahnstatus,
- Gesundheitsreform: Zuzahlungen und Gebühren

Die neuen Räumlichkeiten im Gemeinschaftshaus bieten zusätzliche Möglichkeiten für informative Veranstaltungen zu den Problemen, die die Bewohner/innen selbst benennen.

Es haben sich alle oben beschriebenen Kooperationspartner bereit erklärt, unsere Arbeit zu unterstützen, u.a. die Kinderärztinnen im Stadtteil.

Mit der BzGA haben wir in Kooperation mit der Kita bereits 2004 die Aktion „Ich geh’ zur U und Du?“ durchgeführt, die in diesem Jahr wiederholt wird.

**7. Gesundheitserziehung**

**a) Wissenschaftliche Ausgangssituation:**

Feststellung und Forderungen der Niedersächsischen Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit (2002): „Bildung ist mehr als Schulbildung und die notwendigen Grundlagen für den Bildungserwerb werden bereits früh gelegt. Sie müssen kontinuierlich überprüft und an die gesellschaftliche Entwicklung angepasst werden, die sich Privatisierungs- und Deregulierungstendenzen entgegenstellt. Eine Vernachlässigung dieser Bemühungen führt andernfalls sowohl zu auffällender Ungleichheit von Bildungschancen für Kinder und Jugendliche, wie auch zu ungleichen Gesundheitschancen mit einem erheblich höheren Erkrankungs- und Sterberisiko. Im Gesundheitsbericht für Deutschland wird dem Bildungsstatus unter den Risikomerkmale der sozialen Lage ein besonderes Gewicht zugewiesen und der Einfluss des Bildungsniveaus auf Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten ausdrücklich betont. Umgekehrt gilt, dass gesundheitsfördernde Schulprojekte positive Auswirkungen auf Klassen- und Schulklima, wie auch auf Leistungsbereitschaft und -erfolg aller schulischen Akteure haben.“ (AG Armut und Gesundheit, 2002)

**b) Ziele und praktische Umsetzungsmöglichkeiten:**

- Gesundheitserziehung in Kindergarten und Schule (Konzept u.a. MediPäds – Ärzte/innen und Lehrer/innen als Team, Projekt Klasse 2000
- Gesundheitsförderung und Suchtprävention an Grundschulen, CSH-Modell (Coordinated School Health, USA)

**c) Etwaige Kooperationspartner:**

- Kindertagesstätte
- Lehrer/innen aus der Grund- und Hauptschule
- Drogenberatungsstellen
- Ärzte/innen
- Krankenkassen (Zum Kooperationspartner Krankenkasse: Die Krankenkassen sind gemäß §20 Abs. 1 SGB V, GKV-Gesundheitsreformgesetz, zur Primärprävention verpflichtet. §20 Abs. 1 SGB V : „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“ Es wurden von den Krankenkassen prioritäre Handlungsfelder für die Primärprävention benannt: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressreduktion / Entspannung, Genuss- und Suchtmittelkonsum. Aus dem Leitfaden der Krankenkassen: „Damit nicht eine stark mittelschichtspezifische Inanspruchnahme erfolgt, sind Leistungsangebote mit zielgruppenspezifischen Zugangswegen zu konzipieren – ggf. im Sinne ‚aufsuchender‘ Programme.“)

kerungsschichten mit Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung besser erreichen. Die Koordinationsstelle hat unser Verein übernommen (finanziert von der Landesregierung).

**Kontakt:**

Projektkonzeption: Prof. Dr. Gerhard Trabert  
 Projektkoordination: Gisela Bill  
 Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.  
 Geschäftsstelle:  
 Barbarossastr. 4  
 55118 Mainz  
 Telefon: 06131 627 90 71  
 Email: info@armut-gesundheit.de  
 Email: gerhard.trabert@fh-nuernberg.de  
 www.armut-gesundheit.de

**d) Stand der Umsetzung Oktober 05 und erste Ergebnisse**

Wir konnten mit unserer Arbeit einen Impuls geben, den Zusammenhang „Armut und Gesundheit“ verstärkt zu beachten. Wichtig dafür waren unsere Öffentlichkeitsarbeit und die Kooperation mit anderen Akteuren im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, z.B. mit:

- dem Qualitätszirkel der Mainzer Kinderärzte/innen,
- der Landeszentrale für Gesundheitsförderung,
- Krankenkassen,
- Sportvereine,
- dem Sportbund RLP,
- der Sportjugend RLP,
- der Kita,
- dem Allgemeinen Sozialdienst,
- Grund- und Hauptschulen des Stadtteils,
- dem Quartiersmanagement der Sozialen Stadt,
- Sozialarbeitern/innen aus anderen Projekten des Stadtteils,
- den zuständigen Politikern/innen und Verwaltungsbereichen.

Die Landesregierung hat inzwischen, auf der Basis unseres Konzeptes und unserer Erfahrungen in der Obdachlosensiedlung, ein Modellprojekt gestartet: „Gesundheitsteams vor Ort“ werden in den Stadtteilen Mainz-Neustadt und Trier-Nord installiert. Sie sollen durch bestmögliche Vernetzung vorhandener Strukturen sozial benachteiligte und bildungsferne Bevöl-