

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

**Department Life Sciences
BA-Studiengang Health Sciences**

Bachelor-Arbeit

**Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund –
Umsetzungsmöglichkeiten im Raum Oldenburg/Niedersachsen**

Erstgutachterin: Prof. Christiane Deneke,
Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Zweitgutachterin: Dr. Antje Richter-Kornweitz,
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für
Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Eingereicht von: Stephanie Schluck

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Eingereicht am: 26.02.2009

Danksagung

Ein großes Dankeschön gilt Frau Prof. Christiane Deneke von der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, die mich bei der Strukturierung und der Erstellung meiner Arbeit begleitet hat und mir wertvolle Anregungen gab.

Besonders bedanken möchte ich mich bei Frau Dr. Antje Richter-Kornweitz von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. für ihre intensive Begleitung während der Erstellung dieser Arbeit. Sie unterstützte mich bei der Themenfindung während meines Praktikums, der Strukturierung und der Erarbeitung der Inhalte. Ihre Hinweise und Anregungen waren bedeutend für das Gelingen dieser Arbeit.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei meinen Interviewpartnerinnen Frau Tamara Bunjes, Frau Marion Göhler, Frau Anna Kheikhel und Frau Julika Vosgerau, die durch ihr Interesse am Thema und ihre Bereitschaft zu den Interviews diese Arbeit ermöglicht haben.

Björn und meiner Familie möchte ich für die seelische Unterstützung und das unermüdliche Korrekturlesen danken.

Abstract

Hintergrund:

Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund weisen in einigen gesundheitsrelevanten Faktoren häufiger Defizite auf, als ihre deutschen Altersgenossen. Zudem leben sie häufiger in sozial benachteiligten Lagen und haben schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung und Bildung. Dies wirkt sich ebenfalls negativ auf deren Gesundheitszustand und –verhalten aus. Aus diesen Gründen beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Verringerung dieser Defizite und Stärkung der Ressourcen von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund durch Gesundheitsförderung.

Methode:

Um einen Überblick über die aktuelle gesundheitliche und strukturelle Lage der Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund zu bekommen, wurden amtliche Statistiken und Erhebungen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes verwendet. Ergänzend erfolgte eine Bearbeitung von Fachliteratur zur sozialen Lage und Lebenswelten von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund. Mit Hilfe von Experteninterviews wurden Umsetzungsmöglichkeiten, Zugangswege und Hindernisse von drei ausgewählten Projekten der Gesundheitsförderung aus Oldenburg dargestellt.

Ergebnisse:

Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund in Oldenburg ist vielfältig und erfolgreich umsetzbar. Umsetzungsstrategien der vorgestellten Projekte sind Gesundheitsförderung durch Bewegung, Bildung und Beratung bzw. Informationsweitergabe. Als Erfolgreiche Zugangswege zur Zielgruppe für diese Projekte haben sich Mund-zu-Mund-Propaganda und muttersprachliche Informationen in Kitas und kulturellen Freizeiteinrichtungen erwiesen. Barrieren und Hindernisse sind der erschwerte Zugang zu den Eltern, kulturelle Unterschiede innerhalb der Zielgruppe, fehlende interkulturelle Materialien und der Projektcharakter (befristete Laufzeiten und Finanzierung).

Diskussion:

Evidenzbasierte Forschung und Evaluationen zur Effizienz und Qualität befinden sich im Bereich der Gesundheitsförderung noch im Anfangsstadium. Auch die Datenlage zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund weist Defizite auf und erfordert weitere Erhebungen. Es sollte Ziel der Politik auf allen Ebenen sein, Rahmenbedingungen für gleiche Gesundheits- und Bildungschancen für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund zu schaffen.

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG	I
ABSTRACT	II
INHALTSVERZEICHNIS	III
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	V
1 EINLEITUNG	1
2 DIE SITUATION VON MÄDCHEN UND JUNGEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND	3
2.1 Definition des Migrationshintergrundes	3
2.2 Populationsbezogene Daten	5
2.2.1 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland	5
2.2.2 Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund in Deutschland	7
2.3 Gesundheitliche Lage	7
3 SOZIALE UNGLEICHHEIT UND ARMUT	11
3.1 Definition	11
3.2 Armutsbetroffenheit	13
3.3 Strukturelle Rahmenbedingungen	14
3.4 Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit	17
4 GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS STRATEGIE GEGEN SOZIALE UNGLEICHHEIT	19
4.1 Definition und Ziele von Gesundheitsförderung	19
4.2 Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund	20
4.2.1 Der Setting-Ansatz	22
4.2.2 Die Elternarbeit	23
5 DAS EXPERTENINTERVIEW	24
5.1 Die Erhebungsmethode	24
5.2 Die Auswahl der Experten	25
5.3 Durchführung der Interviews	26
5.4 Methoden der Auswertung und Aufbereitung des Materials	26
5.4.1 Die Kategorien	27
6 REGIONALE RAHMENBEDINGUNGEN VON JUNGEN UND MÄDCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND IN OLDENBURG/NIEDERSACHSEN	29
6.1 Strukturelle Lage	29

6.2	Armutsbetroffenheit	30
7	DIE PROJEKTE	32
7.1	Gesundheitsberatung im Stadtteiltreff Kreyenbrück	32
7.1.1	Durchführung, Ziel und Zielgruppe	32
7.1.2	Erfolge, Schwierigkeiten, Evaluation	33
7.2	Rucksack und Griffbereit - Projekte zur Bildung und Sprachförderung	33
7.2.1	Die Elternbegleiterinnen	34
7.2.2	Griffbereit	34
7.2.3	Rucksack	35
7.2.4	Erfolge, Schwierigkeiten, Evaluation	35
7.3	MICK – Mädchen kicken mit	36
7.3.1	Die Projektverteilung	36
7.3.2	Zugangswege, Durchführung	36
7.3.3	Erfolge, Schwierigkeiten, Evaluation	37
8	BEWERTUNG DER QUALITÄT DER PROJEKTE	39
8.1	Der Good-Practice-Ansatz der BZgA	39
8.2	Bewertung der Projekte nach ausgewählten Kriterien guter Praxis	40
8.2.1	Konzeption und Selbstverständnis	41
8.2.2	Die Zielgruppe – Zugangswege und Erreichung	41
8.2.3	Verhältnis- und Verhaltensorientierung	42
9	FAZIT	44
	LITERATURVERZEICHNIS	46
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	50
10	ANHANG	51

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1:	Zuordnung der Bevölkerung nach Migrationsstatus	4
Abb. 2:	Migrationshintergrund in der Bevölkerung (Deutschland)	5
Abb. 3:	Menschen mit Migrationshintergrund (Niedersachsen)	6
Abb. 4:	Migrationserfahrungen der Bevölkerung (Deutschland)	6
Abb. 5:	Armutsrisikoquote und absolute Zahl von armutsgefährdeten Kindern nach Herkunft des Haushaltsvorstandes, 2006	13
Abb. 6:	Wechselwirkungen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	18
Abb. 7:	Die 9 statistischen Bezirke der Stadt Oldenburg	30
Abb. 8:	Empfänger von SGB II-Leistungen unter 15 Jahren, 2007	31
Tab. 1:	Kategorien und Fragestellungen/Signalwörter	27

1 Einleitung

Ideengebend für diese Arbeit war die Fachtagung „Gesundheit für alle Kinder! – Wege zur interkulturellen Öffnung“ am 30.09.2008 in Oldenburg im Rahmen der niedersächsischen Veranstaltungsreihe „Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem“. Die Fachtagung „Gesundheit für alle Kinder! – Wege zur interkulturellen Öffnung“ war eine von drei Veranstaltungen in Niedersachsen zum Thema Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Die zwei weiteren Veranstaltungen fanden unter den Titeln „Gesundheit für alle!“ und „Sind wir kultursensibel?“ in Braunschweig und Hannover statt. Organisiert und evaluiert wurden diese Veranstaltungen von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Ziel dieser Veranstaltungsreihe war es vorhandene Daten und Erkenntnisse zur strukturellen und gesundheitlichen Lage der Migranten/-innen in Niedersachsen und Deutschland zu präsentieren. Fachleute und Interessierte sollten für den Umgang mit Menschen mit Migrationhintergrund in Gesundheitseinrichtungen sensibilisiert werden und somit zur Optimierung der Gesundheitsversorgung für diese Zielgruppe beitragen. Der Erfahrungsaustausch von Projektanbietern und Interessierten durch das Zusammenkommen auf den Fachtagungen sollte zu Vernetzungen und Kooperationen führen. Berichte über Zugangswege, Hindernisse und Erfolgsrezepte zur Beteiligung und Einbeziehung der Betroffenen sollten helfen die Rahmenbedingungen effektiv zu gestalten. Gleiche Nutzungs- und Zugangsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen zu Einrichtungen des Gesundheitssystems sollen durch die interkulturelle Öffnung der Gesundheitssysteme in Niedersachsen gewährleistet werden. Hierbei ist es notwendig sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren abzubauen und auf die bestehende Heterogenität der Betroffenen einzugehen. (Niedersächsische Landesregierung, 2007)

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Thematik „Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund“. Näher betrachtet wird die Altersspanne 0-10 Jahre. Grund für diese Einschränkung sind die Altersabgrenzungen, die im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (RKI) gezogen wurden. Hier wurde unterschieden zwischen Säugling- und Kleinkindalter (0-2 Jahre), Vorschulalter (3-6 Jahre), Grundschulalter (7-10 Jahre), Pubertät (11-13 Jahre) und Jugendalter (14-17 Jahre). Ab dem 11. Lebensjahr wurden die Kinder schriftlich befragt. Aus dem Grund findet sich in vielen Ergebnissen eine Trennung zwischen der Altersspanne 0-10 Jahre und 11-17 Jahre. Außerdem unterscheiden sich die gesundheitlichen Befunde der einzelnen Altersgruppen. Der gendersensible Titel dieser Arbeit erklärt sich aus den geschlechtsspezifischen Unterschieden im Gesundheitszustand. Bei Mädchen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe 3-10 Jahre wird der „allgemeine Gesundheitszustand“ von den Eltern häufiger als „sehr gut“ eingeschätzt, als bei Jungen. In der Altersspanne 11-17 Jahre dreht sich diese Einschätzung um. Jungen mit Migrationshintergrund zwischen 3 und 10 Jahren leiden häufiger an psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten als Mädchen.

Mädchen mit Migrationshintergrund dagegen sind häufiger adipös¹ und treiben weniger Sport als gleichaltrige Jungen. In der Altersspanne 11-17 Jahre sind es jedoch die Jungen, die häufiger als adipös eingestuft werden, als die gleichaltrigen Mädchen. (Robert-Koch-Institut, 2008b).

In dieser Arbeit wird zuerst geklärt, was unter dem Begriff „Migrationshintergrund“ zu verstehen ist. Danach erfolgt eine Darstellung der strukturellen und der gesundheitlichen Lage von Mädchen und Jungen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Hierbei dienen die Daten des KIGGS und anderer Erhebungen des RKI als Grundlage. Da die vorgestellten Projekte aus Oldenburg in Niedersachsen stammen, erfolgt neben der Darstellung der populationsbezogenen Daten aus Deutschland auch die Vorstellung niedersächsischer Daten aus Erhebungen des Landesbetriebs für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen. Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund leben aufgrund ihres sozioökonomischen Status häufiger in schwierigen sozialen Lagen. Gesundheitsförderung kann ein Weg sein diese soziale Ungleichheit zu bekämpfen. (Robert-Koch-Institut, 2008b) Aus diesem Grund erfolgt anschließend eine Betrachtung der besonderen Lebenslagen der Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund in Deutschland und deren Folgen für ihre Gesundheit.

Die vorhandenen gesundheitsförderlichen Angebote berücksichtigen Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund selten ausreichend oder sind für diese aufgrund von kulturellen, sozialen und sprachlichen Barrieren nur unzureichend zugänglich. Wie die Umsetzung von Projekten für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund und deren Eltern aussehen kann, wird in dieser Arbeit anhand von drei Projekten in Oldenburg/Niedersachsen gezeigt. Um Inhalte, Ziele, Zugangswege zur Zielgruppe, Erfolge und Barrieren beschreiben zu können, wurden Experteninterviews mit den Projektinitiatoren geführt. Diese Projekte werden anhand der vom Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ der BZgA entwickelten Good-Practice-Kriterien auf ihren Gesundheitsförderungsansatz, ihre Zielgruppenerreichung und ihre Verhaltens- bzw. Verhältnisorientierung überprüft. Abschließend erfolgt ein Fazit und eine Vorstellung der aus den Interviews gewonnenen Handlungsempfehlungen. Ergänzend werden die Planungen der Integrationsbeauftragten der Stadt Oldenburg, Ayca Polat, für Umsetzung von Gesundheitsförderung und der Erreichung von gesundheitlicher Chancengleichheit für Mädchen und Jungen aller Bevölkerungsgruppen hinzugezogen.

¹ Übergewicht: BMI > 90 Perzentil; Adipositas: BMI > 97 Perzentil (Referenzkurve nach Kromeyer-Hauschild et al., 2001) Bau et al., 2005

2 Die Situation von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund

Im folgenden Kapitel wird die Situation von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund in Deutschland beschrieben. Nach einer genauen Definition des Begriffes „Migrationshintergrund“ werden populationsbezogene Daten sowie die gesundheitliche Lage der Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund dargestellt.

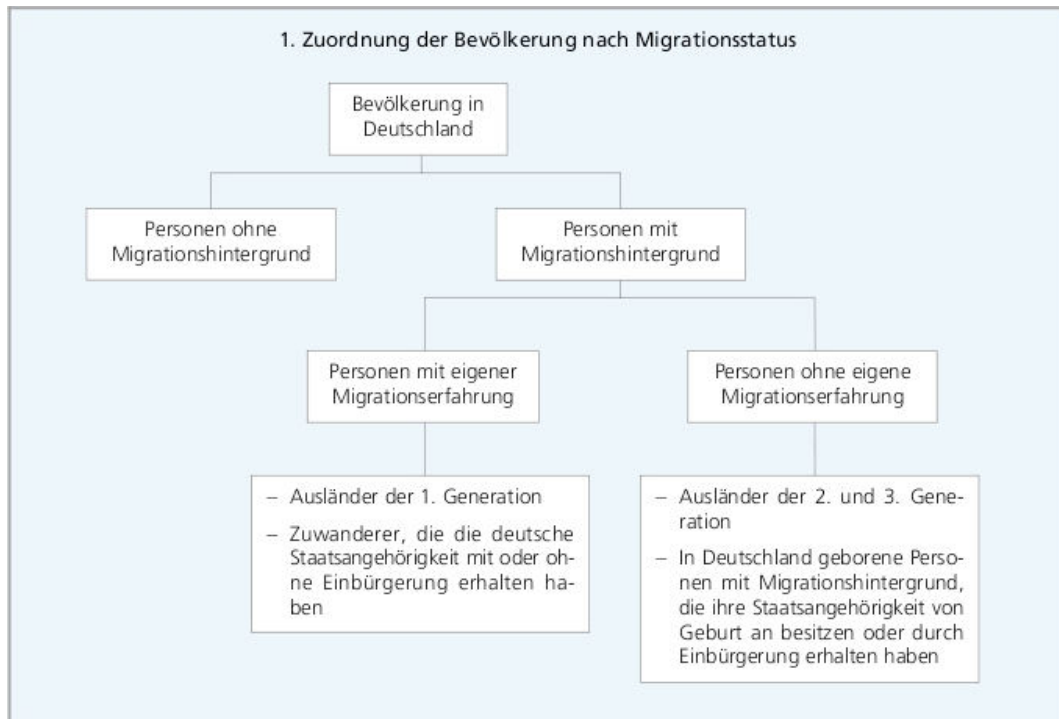
2.1 Definition des Migrationshintergrundes

Eine Sondererhebung des Mikrozensus 2005 ermöglichte zum ersten Mal einen Datenüberblick über die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund. Hierfür war es nötig die in der Vergangenheit benutzte Unterscheidung anhand des Merkmals „Staatsangehörigkeit“ zu erweitern. Vor 2005 wurde nur zwischen Deutschen und Ausländern bzw. Ausländerinnen, d.h.: Menschen ohne deutschen Pass unterschieden. Diese Abgrenzung erfasst jedoch weder zugewanderte (Spät-) Aussiedler/-innen noch Einbürgerungen. (Ebigt, 2007) Für eine Bestimmung des Migrationsstatus wurden die Merkmale Staatsangehörigkeit, Geburtsort (Deutschland/Ausland), Jahr des Zuzugs nach Deutschland, Einbürgerung sowie Staatsangehörigkeit, Einbürgerung und Geburtsort beider Eltern herangezogen. Bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen, die noch bei ihren Eltern leben, wurden diese Merkmale auch von den Großeltern erfasst. (Ebigt, 2007)

In dieser Arbeit werden unter Menschen mit Migrationshintergrund alle Personen gefasst, die **zugewanderte Ausländer/-innen der ersten Generation** oder in **Deutschland geborene Ausländer/-innen der 2. und 3. Generation** sind. Außerdem zählen **Deutsche mit Migrationshintergrund** dazu. In diese Gruppe fallen *zugewanderte Deutsche mit Migrationshintergrund*, wie Spätaussiedler/-innen und eingebürgerte zugewanderte Aussiedler/-innen, und *nicht zugewanderte Deutsche mit Migrationshintergrund*, wie eingebürgerte nicht zugewanderte Ausländer/-innen, Kinder zugewanderter Spätaussiedler/-innen, Kinder zugewanderter oder in Deutschland geborener eingebürgerter ausländischer Eltern, Kinder ausländischer Eltern, die bei Geburt zusätzlich die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben (ius soli)² und Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund, bei denen nur ein Elternteil Migrant/-in oder in Deutschland geborener Eingebürgerter/-e oder Ausländer/-in ist. (Statistisches Bundesamt, 2005)

² Ius-soli-Kinder erhalten im Rahmen des sog. Optionsmodells (§4 Abs.3 Staatsangehörigkeitsgesetz) zusätzlich die deutsche Staatsangehörigkeit zu der Staatsangehörigkeit der Eltern. Voraussetzung ist, dass sie in Deutschland geboren sind, ein Elternteil 8 Jahre dauerhaft in Deutschland gelebt hat und ein unbefristetes Aufenthaltsrecht besitzt. Diese Kinder müssen sich zwischen dem 18. und 23. Lebensjahr für eine Staatsbürgerschaft entscheiden. (Ebigt, 2007)

Abb. 1: Zuordnung der Bevölkerung nach Migrationsstatus



Quelle: Ebigt, 2007, S. 581

Eine Besonderheit bilden Mitarbeiter/-innen und Kinder von Angehörigen des Diplomatischen Dienstes. Obwohl diese oft im Ausland geboren sind, zählen sie nicht zu den Menschen mit Migrationshintergrund. Der Status Migrationshintergrund verliert sich nach drei Generationen. Nachkommen von Eingebürgerten verfügen somit noch über einen Migrationshintergrund, deren Nachkommen nicht mehr. (Ebigt, 2007)

Unter die Begrifflichkeit „Menschen mit Migrationshintergrund“ fällt eine sehr heterogene Gruppe. Zudem werden in verschiedenen Datenquellen unterschiedliche Kriterien für die Definition des Migrationshintergrundes benutzt. Aus diesem Grund erfolgt in dieser Arbeit bei der Einführung einer neuen Datenquelle eine kurze Begriffserklärung. Da es nicht möglich ist, eine einheitliche Definition für „den Migrationshintergrund“ zu finden, sind die bis heute vorhandenen Daten aus unterschiedlichen Quellen nicht vergleichbar. (Robert-Koch-Institut, 2008a)

Der Mikrozensus ermöglicht zwar einen Überblick über den gesundheitlichen Status dieser Personengruppe, jedoch muss bei der Analyse der Ergebnisse beachtet werden, dass die Voraussetzungen für Gesundheit und Krankheit vielfältig sind. Aussagen zum Krankheitsstand und Risikoverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund und zum daraus folgenden Bedarf an Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und –versorgung erfordern eine sehr differenzierte Herangehensweise. Somit ist es notwendig nicht nur das Herkunftsland, den Zuwanderungsstatus und den Geburtsort eines Menschen zu berücksichtigen, sondern auch Fragen der Bildung, der beruflichen Tätigkeit, der Wohnverhältnisse, der finanziellen Situation, des Aufenthaltsstatus u.a.

Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit auch die soziale Lage als Einflussfaktor auf die Gesundheit von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund dargestellt. (7. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung, 2007)

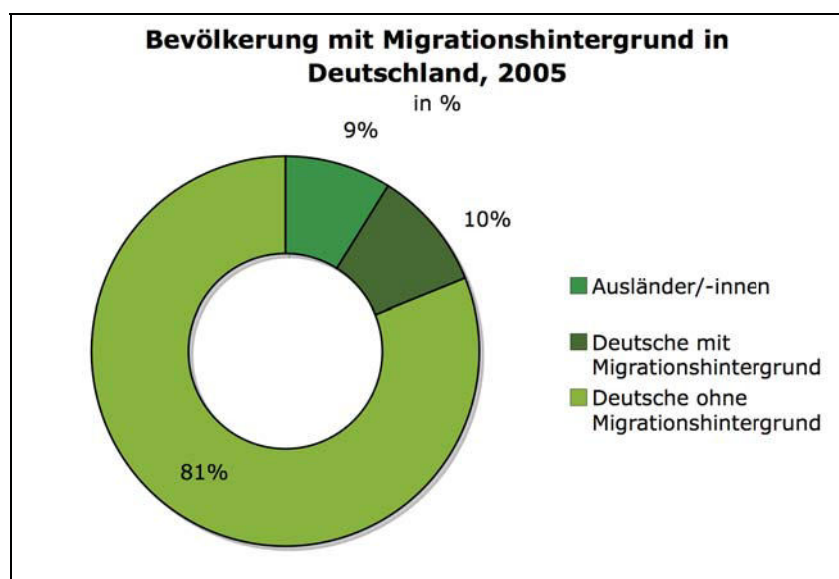
2.2 Populationsbezogene Daten

Im Folgenden wird ein Überblick über die Verteilung von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund in Deutschland und Niedersachsen und deren gesundheitliche Lage gegeben.

2.2.1 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

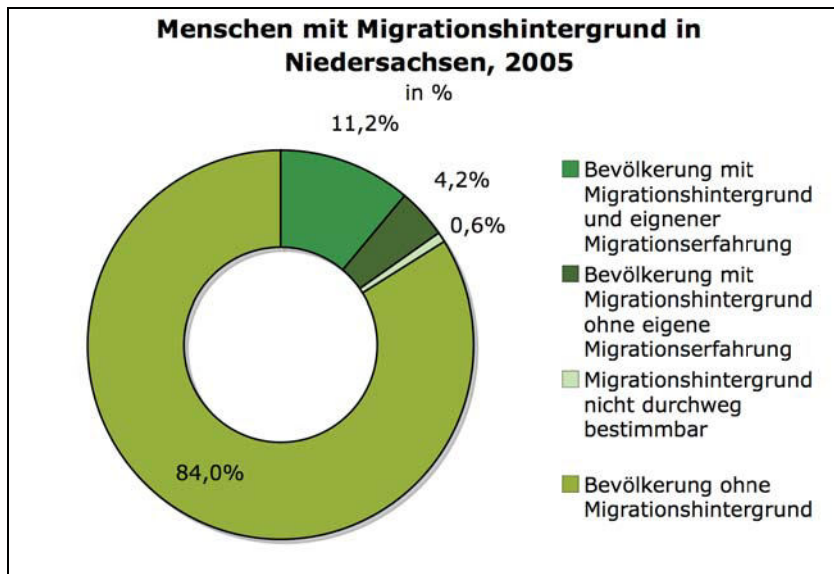
Laut des Mikrozensus von 2005 leben in Deutschland 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Dies macht ein Fünftel der deutschen Bevölkerung aus. Die im Mikrozensus 2005 erhobenen Zahlen zum Migrationshintergrund zeigen, dass der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund mehr als doppelt so hoch ist, wie der, der bislang bekannten Ausländer/-innen. Unter den Menschen mit Migrationshintergrund machen die Deutschen mit Migrationshintergrund mit 10 Millionen Personen die knappe Mehrheit (52%) gegenüber den Ausländern bzw. Ausländerinnen mit 7,3 Millionen aus. Abbildung 3 zeigt den Migrationshintergrund der Bevölkerung in Niedersachsen. Im Jahre 2005 lebten in Niedersachsen 1,28 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund und 6,72 Millionen ohne Migrationshintergrund. Dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Höhe von 16 % steht ein Ausländeranteil von 5,8 % gegenüber. (Ebigt, 2007) Niedersachsen liegt mit einem Anteil von 16% der Menschen mit Migrationshintergrund unter dem westdeutschen Bundesanteil von 19%. Nur Schleswig-Holstein liegt mit einem Anteil von 12,6% noch unter dem niedersächsischen Wert. (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, 2007)

Abb. 2: Migrationshintergrund in der Bevölkerung (Deutschland)



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2006, S.75

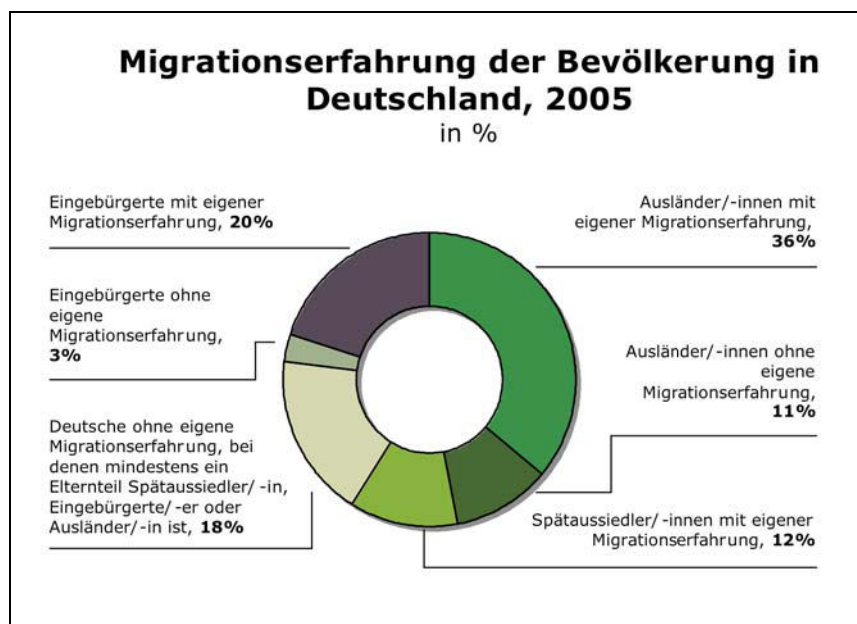
Abb. 3: Menschen mit Migrationshintergrund (Niedersachsen)



Quelle: Ebigt, 2007, S.582

Gliedert man die Menschen mit Migrationshintergrund nach ihren Migrationserfahrungen auf, stellen Ausländer mit eigener Migrationserfahrung (5,6 Millionen) die größte Gruppe dar (s. Abb 3). 2,7 Millionen (18%) der Menschen mit Migrationshintergrund sind Deutsche ohne eigene Migrationserfahrungen bei denen mindestens ein Elternteil Spätaussiedler/-in, Eingebürgerter/-te oder Ausländer/-in ist. Unter diese Gruppe fallen 1,2 Millionen Kinder von Eingebürgerten, Spätaussiedler/-innen und Ausländern/-innen (ius soli) und 1,5 Millionen Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund, bei denen ein Elternteil Ausländer/-in, Eingebürgerter/-e oder Spätaussiedler/-in ist (Statistisches Bundesamt, 2006).

Abb. 4: Migrationserfahrungen der Bevölkerung (Deutschland)



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2006, S.75

Die größte Gruppe der Zugewanderten in Deutschland stammt aus der Türkei (14,2%) gefolgt von Menschen aus der Russischen Föderation (9,4%), Polen (6,9%) und Italien (4,2%). In Deutschland geborene Menschen mit Migrationshintergrund fallen aus der Gruppe der Zugewanderten heraus. (Statistisches Bundesamt, 2008)

2.2.2 Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Die in dieser Arbeit relevante Altersgruppe liegt zwischen 0 und 10 Jahren. In Deutschland leben etwa 2.327.000 Millionen Kinder mit Migrationshintergrund zwischen 0-10 Jahren. Die größte Gruppe bilden hierbei die Kinder mit türkischem Migrationshintergrund (320.000) gefolgt von Kindern mit italienischem (97.000), russischem (84.000) und polnischem (66.000) Migrationshintergrund. 242.000 Mädchen und Jungen zwischen 0 und 10 Jahren verfügen über eigene Migrationserfahrungen. Unter den etwa 2.327.000 Millionen Kinder mit Migrationshintergrund zwischen 0-10 Jahren sind 1.167.000 Jungen und 1.160.000 Mädchen. (Statistisches Bundesamt, 2008)

2.3 Gesundheitliche Lage

Obwohl die Zahl der Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund im Alter zwischen 0 und 10 Jahren nicht unerheblich ist, liegen kaum Daten zu deren gesundheitlicher Situation vor. Von amtlichen Statistiken werden Kinder mit Migrationshintergrund oft nicht erfasst. In empirischen Studien werden oft nur eine bestimmte Migrantengruppe, eine bestimmte Region oder einzelne Aspekte des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheit untersucht. Eine zusätzliche Datenquelle neben der amtlichen Statistik bieten Schuleingangsuntersuchungen. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen lassen sich jedoch nicht auf alle Regionen und Altersgruppen in Deutschland übertragen. (Robert-Koch-Institut, 2008b)

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (RKI) ist es gelungen von Mai 2003 bis Mai 2006 aussagekräftige Daten über den Gesundheitszustand von Kindern mit Migrationshintergrund zu gewinnen. In der KiGGS-Studie wurde der Migrationsstatus durch folgende Merkmale erfasst: Staatsangehörigkeit, Geburtsland sowie Einreisejahr von Mutter und Vater, zu Hause gesprochene Sprache und Zugehörigkeit zu einer bestimmten Zuwanderungsgruppe. Hieraus wurden Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund³ oder einseitigem Migrationshintergrund⁴ definiert. Zum ersten Mal ist es einer Studie gelungen Kinder und Jugendliche entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung zu beteiligen. Ziel der KiGGS-Studie war es repräsentative und umfassende Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren zu erheben. Die Daten des Mikrozensus

³ Beide Elternteile sind in einem anderen Land geboren und/oder sind nicht deutscher Staatsangehörigkeit. Das Kind ist selbst zugewandert und mindestens ein Elternteil ist im Ausland geboren (Robert-Koch-Institut, 2008b)

⁴ Ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren und /oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit (Robert-Koch-Institut, 2008b)

dienten als Anhaltspunkt für die Einschätzung der Repräsentativität. Die Daten des Mikrozensus können aber nur bedingt zum Vergleich herangezogen werden, da sich die Erhebungsinstrumente zur Bestimmung des Migrationshintergrundes unterscheiden. Mit den KiGGS-Daten zu Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sollen bestehende Informationslücken geschlossen, die Gesundheitsberichterstattung und Forschung gefördert und Grundlagen für effektive Präventions- und Interventionsmaßnahmen geschaffen werden. (Robert-Koch-Institut, 2008b)

Die folgenden Beschreibungen der gesundheitlichen Lage von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund fassen einige Ergebnisse der KiGGS-Studie (vgl. Robert-Koch-Institut, 2008b) zusammen. Im Rahmen dieser Arbeit, werden nur einige, von der Autorin für relevant befundene Erhebungen näher dargestellt. Als Quelle diene die Broschüre „Beiträge der Gesundheitsberichterstattung des Bundes/Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland“ des Robert-Koch-Instituts.

Gesundheitsverhalten

Das Ernährungsverhalten von Kindern mit Migrationshintergrund ist insgesamt signifikant schlechter, als das von Kindern ohne Migrationshintergrund. Abhängig ist eine ungünstige Ernährungsweise von einer längeren Aufenthaltsdauer und der damit verbundenen Annahme des westlichen Lebensstils. Besonders türkischstämmige Migrantenkinder konsumieren vermehrt Fast Food, Chips und Süßigkeiten. Jedoch gehören sie auch zur Gruppe derjenigen, die am meisten positiv bewertete Lebensmittel, wie Obst, Reis/Nudeln und Fisch konsumieren. Unterschiede im Ernährungsverhalten lassen sich in der KiGGS-Studie teilweise auch durch die Schichtzugehörigkeit erklären. Kinder mit und ohne Migrationshintergrund mit höherem sozialen Status zeigen ein günstigeres Ernährungsmuster als Kinder mit niedrigerem Sozialstatus. Diese Ergebnisse zeigen, dass im Bereich des Ernährungsverhaltens sowohl Defizite bestehen, die Handlungsbedarf erfordern, jedoch aufgrund des kulturellen Hintergrundes auch Ressourcen vorhanden sind. Der traditionelle Umgang mit gesunden Lebensmitteln sollte bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen genutzt und wieder in den Alltag integriert werden. Wie der Ernährungsaspekt in der Gesundheitsförderung umgesetzt wird, zeigt das Rucksack/Griffbereit-Projekt, welches in Kapitel 5.3 beschrieben wird.

Das Ernährungsverhalten hat Konsequenzen für die Mundgesundheit der Kinder. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen in allen Punkten ein signifikant schlechteres Gesundheitsverhalten auf als Kinder ohne Migrationshintergrund. Besonders im Kleinkindalter sind die migrationspezifischen Differenzen bezüglich des Zähneputzens, der regelmäßigen Zahnarztkontrolle sowie des Konsums von zuckerhaltigen Lebensmitteln enorm. Ursachen für eine ungünstigere Mundgesundheit liegen nicht nur an der Tatsache des häufig niedrigeren sozialen Status, sondern auch in kulturspezifischen und migrationsbedingten Faktoren, wie Sprach- und Zugangsbarrieren und Informationsdefiziten.

Körperliche Gesundheit

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sind mit 19,5% überproportional häufiger von Übergewicht betroffen als Kinder mit einseitigem oder ohne Migrationshintergrund (13,7% bzw. 14,1%). Unterschiede in der Betroffenheit zeigen sich in Abhängigkeit vom Herkunftsland. Mädchen und Jungen aus der Türkei sind am häufigsten von Übergewicht betroffen. Die Zahl der adipösen Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund ist signifikant höher als bei Kindern und Jugendlichen ohne oder mit einseitigem Migrationshintergrund. Das Risiko übergewichtig zu sein, steigt mit der Länge der Aufenthaltsdauer der Familien in Deutschland. Zudem besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Ernährungsverhalten (s.o.) und der Entstehung von Übergewicht und ernährungsbedingten Erkrankungen. Prävention von ernährungsbedingten Erkrankungen sollte deshalb möglichst früh geschehen (Bau et al., 2005).

Auffällig ist, dass Kinder mit Migrationshintergrund seltener persönliche Schutzausrüstung zum Inline-Skaten oder Fahrradfahren benutzen. 50% der 3-10jährigen Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund tragen keinen Fahrradhelm, wobei Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund häufiger (55%) keinen Helm tragen als Kinder mit einseitigem (40%). Kindertagesstätten (Kitas) und Schulen können hierbei geeignete Orte sein, um die Wichtigkeit der Schutzausrüstung zu betonen und die Umsetzung zu gewährleisten.

Subjektive Gesundheit

Die subjektive Gesundheit wurde in der KiGGS-Studie von den Eltern und zusätzlich durch die Selbsteinschätzung der 11-17jährigen erhoben. 94,5% der Eltern von Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund und 89,3% der Eltern von Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund schätzen deren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Auffällig ist, dass von allen Eltern mit Migrationshintergrund für ihre Kinder ein höheres familiäres Wohlbefinden angegeben wird als von Eltern ohne Migrationshintergrund. Die Familie und das damit verbundene Wohlbefinden, sollten als Ressource für gesundheitsförderliche Interventionsmaßnahmen genutzt werden und in diese integriert werden.

Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

Sowohl ein Vergleich der Vollständigkeit als auch der Teilnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund deutliche Defizite aufweisen gegenüber denjenigen mit einseitigem oder ohne Migrationshintergrund. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus, ein geringer Grad der Integration⁵, eine kurze Aufenthaltsdauer und die Zugehörigkeit zur ersten Einwanderergeneration

⁵ Der Integrationsgrad lässt sich durch die Erhebung von Daten zu Deutschkenntnissen, der beruflichen Integration der Eltern, der schulischen Integration der Kinder, den wohnräumlichen Bedingungen, der sozialen Einbindung der Kinder und der aufenthaltsrechtlichen Situation bemessen. (Robert-Koch-Institut, 2008b)

korrelieren mit einer geringen Inanspruchnahme. Bei der Betrachtung der Durchimpfungsraten der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund weisen nach der Geburt Zugewanderte signifikante Defizite im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund auf. In Deutschland geborene Kinder und Jugendliche, vor allem die jüngeren, haben sich den Gleichaltrigen Deutschen angepasst.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Migrationshintergrund nicht grundsätzlich mit einem ungünstigen Gesundheitszustand korreliert. Kinder mit Migrationshintergrund weisen Defizite in den Bereichen Mundgesundheit, Ernährungsverhalten und Inanspruchnahme und Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen sowie ein häufigeres Übergewicht und vermehrte Unfallverletzungen auf. Jedoch sind sie seltener von chronischen und akuten Erkrankungen, Allergien und ansteckenden Kindererkrankungen betroffen als Kinder mit Migrationshintergrund. Zudem wurde ihnen ein höheres familiäres Wohlbefinden attestiert und ein geringer Alkohol- und Tabakkonsum als bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Innerhalb der Migrationgruppen wurden jedoch Unterschiede in den Auffälligkeiten bezüglich des einseitigen bzw. beidseitigen Migrationshintergrundes, des Geschlechts sowie der Aufenthaltsdauer und des Herkunftslandes festgestellt. Diese Ergebnisse geben Hinweise, welche Gruppe der Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund von welchen Gesundheitsförderungsprojekten profitieren kann. Effektiven Zugangswegen und Gestaltungen von Projekten kann so eine Grundlage gegeben werden.

3 Soziale Ungleichheit und Armut

Die folgende Darstellung der Lebenslagen von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund zeigt, dass nicht nur der gesundheitliche Status der Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund Gesundheitsförderungsprojekte fordert, sondern auch deren Lebenslagen und die daraus resultierenden Folgen für die Gesundheit.

3.1 Definition

Der Armutsbegriff wird traditionell durch Einkommensdaten erfasst. Armut im materiell-finanziellen Sinn lässt sich als absolute und relative Armut beschreiben. Unter absoluter Armut wird das Fehlen elementarer Güter und Dienstleistungen durch fehlendes Einkommen gefasst. In Industrienationen wird dagegen die relative Armut gemessen. Die Armutsrisikogrenze liegt laut der Bundesberichterstattung bei einem Nettoeinkommen pro Kopf von weniger als 60% des statistischen Mittelwertes der Gesellschaft. Liegt das Einkommen pro Kopf unter 40% spricht man von strenger Armut (Böhmer/Heimer, 2008)

In Fachdiskussionen wurde erörtert, dass der Begriff „Armut“ nach der oben beschriebenen Definition zu eng gefasst ist. Armut stellt die am weitesten reichende Form von Benachteiligung dar und hat Unterversorgung in allen Lebensbereichen zur Folge. (Holz et al., 2005) Um das mehrdimensionale Phänomen „Armut“ beschreiben zu können, setzt sich der Begriff der „Unterversorgung“ vermehrt durch. Unterversorgung beschreibt nicht nur die monetäre Unterversorgung, sondern auch die Versorgungslage in Lebensbereichen wie Arbeit, Bildung, Wohnen und die Versorgung mit gesundheitlichen und sozialen Diensten. (BZgA, 2007) Soziale Ungleichheit und Benachteiligung entsteht überall dort, wo bestimmten Gruppen der Zugang zu gesellschaftlich anerkannten Werten aufgrund von Schichtzugehörigkeit und Diskriminierung verwehrt oder erschwert wird. (Richter, 2004)

Die Definition des Armutsbegriffes ist ebenso vielschichtig, wie die des Migrationshintergrundes. Das Haushaltseinkommen kann dabei sowohl Folge als auch Ursache für Armut und soziale Benachteiligung sein. (Böhmer/Heimer, 2008) Im 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird Armut als Ungleichheit und Mangel an Teilhabe- und Verwirklichungschancen beschrieben. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008). Der 7. Familienbericht der Bundesregierung erweitert diese Definition um die Komponenten der Ausgrenzung von bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung, Bildung und Erziehung, einem fehlenden Zugang zum Arbeitsmarkt und eine schlechte Wohnraumqualität. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2006) Diese Definitionen zeigen, dass Armut nicht nur auf fehlendes Einkommen zurückzuführen ist, sondern auch auf fehlende individuelle Ressourcen, Teilhabe an der Gesellschaft und der Möglichkeit einer selbstbestimmten Lebensgestaltung. Es spielt somit nicht nur die monetäre Situation, sondern auch der Lebenskontext eine Rolle bei der Beschreibung von Armut.

Eine Methode, soziale Benachteiligung in all ihren Dimensionen fassbar zu machen, ist der Lebenslagenansatz (Weisser 1956). Eine bislang einmalige Langzeitstudie (1997- 2005) des Frankfurter Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt (AWO) (AWO ISS-Studie), hat diesen Ansatz aufgegriffen und ein kindbezogenes Armutskonzept entwickelt. In quantitativen und qualitativen Erhebungen zu 500 Kindern, die 1999 erstmals als Sechsjährige und 2003/04 als Zehnjährige befragt wurden, konnten verschiedene kindspezifische Armutsdimensionen erfasst werden. Es zeigte sich erstmals ein Zusammenhang zwischen Armut und dem schulischen Bildungsweg bis zum Ende der Grundschulzeit. Für diese Arbeit interessant ist, dass ein Migrationshintergrund die weitere Schullaufbahn des Kindes signifikant negativ beeinflusst, allerdings nicht so stark wie der Faktor Armut. (Holz, 2005) Auf den Zusammenhang von Bildung und Gesundheit wird im weiteren Verlauf der Arbeit noch einmal eingegangen. Der Lebenslagenansatz beinhaltet alle Dimensionen, in denen „Unterversorgung“ bzw. soziale Benachteiligung auftreten kann. Zu den Dimensionen, die von finanzieller Armut beeinträchtigt werden, gehören: Einkommen, Arbeit, Bildung, Wohnen, soziale Beziehungen und Versorgung mit gesundheitlichen Diensten. Bei Kindern und Jugendlichen sind besonders die Bereiche Einkommen der Eltern, Bildungschancen, Wohnsituation, Spiel- und Freizeitmöglichkeiten, Kontakt zu Gleichaltrigen und gesundheitliche Faktoren zu beachten. Leben Kinder in Armut, sind sie in allen diesen Bereichen benachteiligt und die Teilhabe an Aktivitäten Gleichaltriger ist nicht möglich. Folgen der Unterversorgung und somit Benachteiligung in diesen Bereichen sind soziale Ausgrenzung, Rückzug, mangelndes Selbstwertgefühl, Aggression/Gewalt, Vernachlässigung durch Eltern und Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Gesundheit. Die gesundheitlichen Folgen von Armut und sozialer Benachteiligung werden im Kapitel 3.4 näher betrachtet. (Richter, 2004)

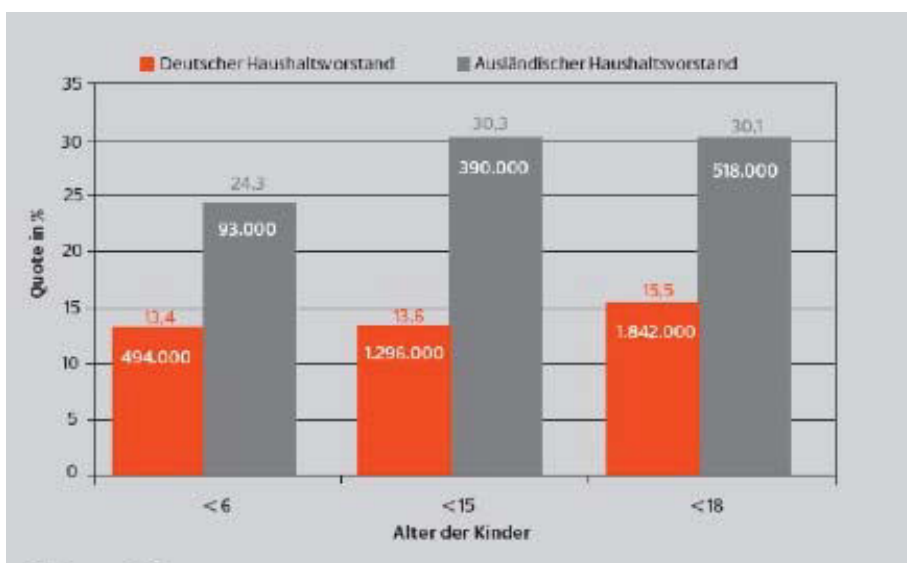
In den meisten Studien und Statistiken wird Armut rein quantitativ aufgrund der Einkommensverhältnisse bestimmt. (Vgl. Armuts- und Reichtumsberichte; Böhmer/Heimer, 2008.) In dieser Arbeit soll jedoch nicht nur dieser Aspekt, sondern auch die Unterversorgung und Benachteiligung durch materielle Armut in anderen Lebensbereichen berücksichtigt werden. Aus diesem Grund bevorzugt die Autorin den Begriff der sozialen Benachteiligung und den Lebenslagenansatz anstatt des Begriffes „Armut“. Durch die Definitionserweiterung des Armutsbegriffes lässt sich Unterversorgung, Benachteiligung und deren Ursachen und Folgen in einzelnen Lebenslagen besser beschreiben und nachvollziehen. Auch die Lebenslagen einzelner Bevölkerungsgruppen lassen sich so herausfiltern. Aus dieser differenzierten Betrachtungsweise lassen sich Konzepte und Ansatzpunkte zur Eindämmung sozialer Ungleichheit entwickeln, die wiederum auch die Eindämmung gesundheitlicher Ungleichheit zur Folge haben können. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird der Begriff der sozialen Benachteiligung bzw. Ungleichheit anstatt des Armutsbegriffes benutzt. Der Begriff „Armut“ wird in dieser Arbeit nur bei Darstellungen der Armutsbetroffenheit, der reinen materiellen Armut und in den Ausführungen zur AWO-ISS-Studie verwendet.

3.2 Armutsbetroffenheit

In Deutschland leben 14,8% der Bevölkerung von einem Einkommen unter der Armutsgrenze. Bei den Menschen mit Migrationshintergrund liegt dieser Anteil bei 28,2% im Gegensatz zu 11,6% bei den Menschen ohne Migrationshintergrund. (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007)

In Deutschland empfangen 10,1 % der Bürgerinnen und Bürger Ende 2006 soziale Mindestsicherung (finanzielle Hilfen des Staates, die zur Sicherung des grundlegenden Lebensunterhalts; Arbeitslosengeld II/Sozialgeld nach dem SGB II, Sozialhilfe nach dem SGB XII). Niedersachsen liegt mit 10,3% knapp über dem Bundesdurchschnitt. Laut des 3.Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung leben im Juni 2007 deutschlandweit 1,9 Millionen Kinder (16,3%) von Hartz-IV. Im Dezember 2007 sind es schon 2,2 Millionen Kinder. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008) Von den 2,36 Millionen von Armut betroffenen Kindern in Deutschland haben knapp 520.000 (22%) eine ausländische Staatsangehörigkeit. Damit ist dieser Anteil deutlich höher als der Anteil ausländischer Kinder in Deutschland insgesamt (14,5 Prozent). (Böhmer/Heimer, 2008).

Abb. 5: Armutsrisikoquote und absolute Zahl von armutsgefährdeten Kinder nach Herkunft des Haushaltsvorstandes, 2006, in Prozent



Quelle: Böhmer/Heimer, 2008, S. 19

In Niedersachsen leben im Juli 2007 200 460 Kinder unter 15 Jahren in Haushalten von „Hartz-IV-Empfängern“ (Niedersächsisches Landesamt für Statistik, 2007) Daten des niedersächsischen Armuts- und Reichtumsberichtes 2008, dass Kinder unter 10 Jahren am häufigsten von Armut betroffen sind und das höchste Armutsrisiko haben.

Ein Vergleich zwischen Ausländern/-innen und Deutschen zeigt, dass sowohl die Armutsbetroffenheit⁶, als auch die Armutsgefährdung⁷ bei Ausländern/-innen drei- bis viermal höher ist als bei Deutschen. (Niedersächsisches Landesamt für Statistik, 2008) Dies lässt den Schluss zu, dass vor allem ausländische Kinder unter 10 Jahren in Niedersachsen ein vielfach erhöhtes Risiko haben unter Armut zu leiden, als ihre deutschen Altersgenossen.

3.3 Strukturelle Rahmenbedingungen

In immer höherem Maße bestimmt in Deutschland die ethnische Zugehörigkeit, der soziale Status und der Integrationsgrad der Jungen und Mädchen mit Migrationshintergrund die Chance auf Bildung und eine gesunde Entwicklung. (Robert-Koch-Institut, KiGGS, 2008b) Auch in der KiGGS-Studie wurden die Lebensbedingungen und das soziale Umfeld der Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund erhoben. Festgestellt wurde, dass 53,7% der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund in sozial benachteiligten Lagen leben, im Vergleich zu Kinder und Jugendliche ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (22,1% bzw. 27,0%). Mit 70,7% gehören Kinder und Jugendliche aus der Türkei am häufigsten der unteren Sozialschicht an. (Robert-Koch-Institut, 2008b) Laut der AWO-ISS-Studie ist die Kombination von Armut und Migrationshintergrund bei Kindern die ungünstigste. Nicht-deutsche Kinder in belastenden Lebenssituationen sind stärker beeinträchtigt als deutsche Kinder. Benachteiligungen ergeben sich vor allem durch die schlechtere Lebenssituation der Familien (z.B. Wohnsituation, schlechterer Schul- und Berufsabschluss, hohe Arbeitslosigkeit) und dadurch bedingte geringere Entfaltung- und Entwicklungsräume (z.B. keine Spielmöglichkeiten in der Wohnung, weniger Spielmaterial, wenig schulische Förderung). (Holz et al., 2005)

Bezieht man die Bereiche, in denen nach dem Lebenslagenkonzept Unterversorgung auftreten kann, auf die Situation von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund ergibt sich folgendes Bild:

Bildung

Ungleichheiten in den Bildungschancen beginnen schon in der frühkindlichen Bildung ab 3 Jahren. Eine Rolle bei der Inanspruchnahme von frühkindlicher Bildung spielt die soziale Herkunft. Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsabschluss sowie zugezogene ausländische Kinder besuchen seltener einen Kindergarten, als deutsche Kinder und Kinder von Eltern mit höherem Bildungsabschluss. (Konsortium Bildungsberichterstattung, 2006) Bei den Übergängen von der 4. Klasse in weiterführende Schulformen haben Schüler aus unteren sozialen Schichten, vor allem solche mit Migrationshintergrund es nicht nur schwerer, auf höher qualifizierende Schularten zu kommen, sondern sich auch dort zu halten (Statistisches Bundesamt, 2006)

⁶ 50% oder weniger des durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens (Niedersächsisches Landesamt für Statistik, 2008)

⁷ 60% oder weniger des durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens, (Niedersächsisches Landesamt für Statistik, 2008)

40% aller Schüler und Schülerinnen an allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen haben einen Migrationshintergrund. Während nur knapp 15% der deutschen Kinder und Jugendlichen eine Hauptschule besuchen, sind es bei den ausländischen über 40 %. Ein Gymnasium besuchen nur 21%. Überproportional häufig werden ausländische Kinder in der deutschen Schulpraxis an Sonderschulen/Förderschulen verwiesen. (Beauftragte der Bundesregierung, 2007)

Die Benachteiligung durch die mangelnde schulische Bildung zeigt sich auch in der Anzahl der Schulabschlüsse und somit der weiteren Erwerbstätigkeit. Menschen mit Migrationshintergrund haben seltener als Personen ohne Migrationshintergrund einen allgemeinen Schulabschluss und einen beruflichen Abschluss. (Statistisches Bundesamt 2005) Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund erwerben seltener als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund eine allgemeine Hochschulreife. Der Anteil der Abiturienten/-innen, der ein Hochschulstudium aufnimmt ist unter denen mit Migrationshintergrund jedoch höher als der unter denjenigen ohne Migrationshintergrund (75% zu 70%). Jedoch ist der Anteil der Männer und Frauen mit Migrationshintergrund an deutschen Hochschulen wesentlich geringer, als der derjenigen ohne Migrationshintergrund. (Robert-Koch-Institut, 2008a)

Der Zugang zu Bildung hat enorme Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund. Durch ein geringeres Bildungsniveau lassen sich gesundheitsförderliche Verhaltensweisen entweder durch Unwissen oder mangelnde Rahmenbedingungen schlechter umsetzen. Auch der Zugang zu Informationsquellen und der gesundheitlichen Versorgung ist eingeschränkt. Es zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen Lage, einem niedrigen Bildungsstand und einem schlechten Gesundheitszustand. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch in Studien, die Korrelationen zwischen Bildungsstatus und Morbidität/Mortalität untersucht haben. (Vgl. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts u.a in: Lampert et al., 2005; Gesundheitsbericht für Deutschland, 2006 in: Robert-Koch-Institut, 2006) Diese Studien zeigen, dass die Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit bei Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten erhöht ist. Die Förderung gleicher Bildungschancen kann somit ein Weg sein gesundheitliche Ungleichheiten verringern. Wie dies in Praxis umgesetzt wird zeigt in dieser Arbeit das Projekt Griffbereit/Rucksack in Kapitel 7.2.

Einkommen

Das durchschnittliche Einkommen der Eltern von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund ist aufgrund der fehlenden Schul- und Berufsabschlüsse (s.o.) geringer als bei Eltern ohne Migrationshintergrund. Personen mit Migrationshintergrund sind seltener erwerbstätig und häufiger erwerbslos bzw. stehen als Nichterwerbstätige dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung als Menschen ohne Migrationshintergrund. (Statistisches Bundesamt, 2008) Fehlendes Einkommen kann Benachteiligung in der allgemeinen Versorgung, aber auch in der Teilhabe an Aktivitäten der Gesellschaft. Konsequenzen sind Ausgrenzung und Rückzug der Familien.

Wohnsituation:

Ein weiterer Indikator für soziale Benachteiligung ist die Haushaltgröße. Jungen und Mädchen mit Migrationshintergrund leben öfter in größeren Haushalten als diejenigen ohne Migrationshintergrund. (2,5 gegenüber 2,1 Personen je Haushalt). (Statistisches Bundesamt, 2008) Bekannt ist, dass Kinder ein Armutsrisiko darstellen. Vor allem kinderreiche Familien (mehr als 3 Kinder), haben ein erhöhtes Risiko von Armut und sozialer Benachteiligung betroffen zu sein. (Geiger/Razum, 2006)

Daten zur Wohnumgebung liegen nur für Ausländer/-innen und nicht für Menschen mit Migrationshintergrund vor. Zu den Ausländern/-innen zählt das Statistische Bundesamt alle Menschen mit ausländischem Pass bzw. nicht-deutscher Staatsbürgerschaft. Die deutsche Bevölkerung hat im Bundesdurchschnitt mehr Wohnfläche pro Person zur Verfügung als die Ausländische. (Robert-Koch-Institut, 2005) Aufgrund der Haushaltgröße und der Wohnfläche pro Person haben Mädchen und Jungen seltener ein eigenes Zimmer als Rückzugsmöglichkeit, welche ein entspanntes Familienklima bedeuten kann. Auch die Möglichkeit Freunde/-innen zu sich nach Hause einzuladen und ungestört zu spielen ist so gemindert. (Lampert/Richter, 2006) Ausländische Menschen besitzen seltener Wohneigentum und leben häufiger in städtischen Gebieten als Deutsche. (Robert-Koch-Institut, 2008a) Durch das Leben in Städten entstehen vermehrte Gesundheitsbelastungen für Kinder. Ein stärkeres Verkehrsaufkommen führt zu vermehrten Unfällen sowie erhöhten Lärm- und Luftbelastungen. Zudem sind meist weniger Grünflächen und Spielmöglichkeiten (Spielplätze, Sportstätten, Schwimmbäder) vorhanden. Statusniedrigere Familien leben häufiger an stark befahrenen Straßen und in schlechterer Innenraumluft und in Wohnungen mit feuchte Wände, Zugluft, Kälte oder Schadstoffbelastungen. (Robert-Koch-Institut, 2005)

Kontakt zu Gleichaltrigen

Der Kontakt zu Gleichaltrigen, der ein Indikator für die Teilhabe in der Gesellschaft und die Ausbildung sozialer Kompetenzen ist, ist bei Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund ebenfalls eingeschränkt. Bedeutende Settings Freunde/-innen kennen zu lernen sind Kita, Schule und organisierte Freizeit. (Settertobulte, 2008) Die Möglichkeit Freunde/-innen in der organisierten Freizeit und in der Kita kennen zu lernen unterscheidet sich zwischen Mädchen und Jungen ohne und mit Migrationshintergrund an der Teilhabe von Aktivitäten in diesen Settings. (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007) Kinder in niedrigeren sozialen Schichten sind seltener in einem Sportverein als Kinder aus höheren Schichten. Obwohl Kinder aus sozial benachteiligten Familien durchschnittlich weniger Freunde/-innen haben, treffen sie sich mit diesen aber häufiger am Nachmittag. Dies könnte erklären, dass sozial benachteiligte Kinder ihre Freizeit häufiger unorganisiert erleben und somit anfälliger für Risikoverhalten (Rauchen/Trinken) sind. (Settertobulte, W., 2008) Diese Anfälligkeit lässt sich für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund jedoch nicht beobachten. (Vgl. Robert-Koch-Institut, 2008b)

Aufgrund der oft eingeschränkten finanziellen Situation ist es den Eltern von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund auch nicht möglich, bestimmte Statussymbole für ihre Kinder zu kaufen. Dies kann zur Ausgrenzung der Kinder von Gleichaltrigen und damit einhergehendem Rückzug, Verunsicherung und einer Minderung des Selbstwertgefühls. In wie weit sich Defizite der materiellen Versorgung auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Kinder auswirkt, hängt u.a. vom Familienklima und dem elterlichen Erziehungsstil ab. (Lampert/Richter, 2006)

Die beschriebenen Indikatoren (Einkommen der Eltern, Bildungschancen, Wohnsituation, Spiel- und Freizeitmöglichkeiten, Kontakt zu Gleichaltrigen und gesundheitliche Faktoren) zeigen, dass Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko haben, von sozialer Benachteiligung betroffen zu sein. Protektive Eigenschaften bei der Bewältigung von sozialer Ungleichheit haben personale Ressourcen der Kinder (Resilienz⁸), soziale Ressourcen aus der Betreuungsumwelt, emotionale Unterstützung durch die Familie, soziale Unterstützung durch soziale Netzwerke, frühe regelmäßige Kita-Besuche und der dadurch angestrebte Erwerb von Basiskompetenzen, gelungene Übergänge von der Kita in die Schule und ein gutes Klassen- und Schulklima. (Richter, 2000)

3.4 Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit

Zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand von Kindern besteht ein enger Zusammenhang. Wie oben beschrieben leben Kinder mit Migrationshintergrund häufiger in sozial benachteiligten Lagen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund hängen erheblich vom sozialen Status ab. (Robert-Koch-Institut, 2008b) Die AWO-ISS-Studie hat hierzu herausgefunden, dass sich im Grundschulalter die deutlichsten Folgen von Armut in der gesundheitlichen Situation der Kinder zeigen. (Holz et al, 2005) Auch andere Berichte zeigen, dass Personen mit niedriger Bildung, niedrigem beruflichen Status und/oder niedrigem Einkommen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und früher sterben. (Vgl. Helmert, 2003; Kamensky et al, 2003; Mielck, 2000; Trabert, 2003)

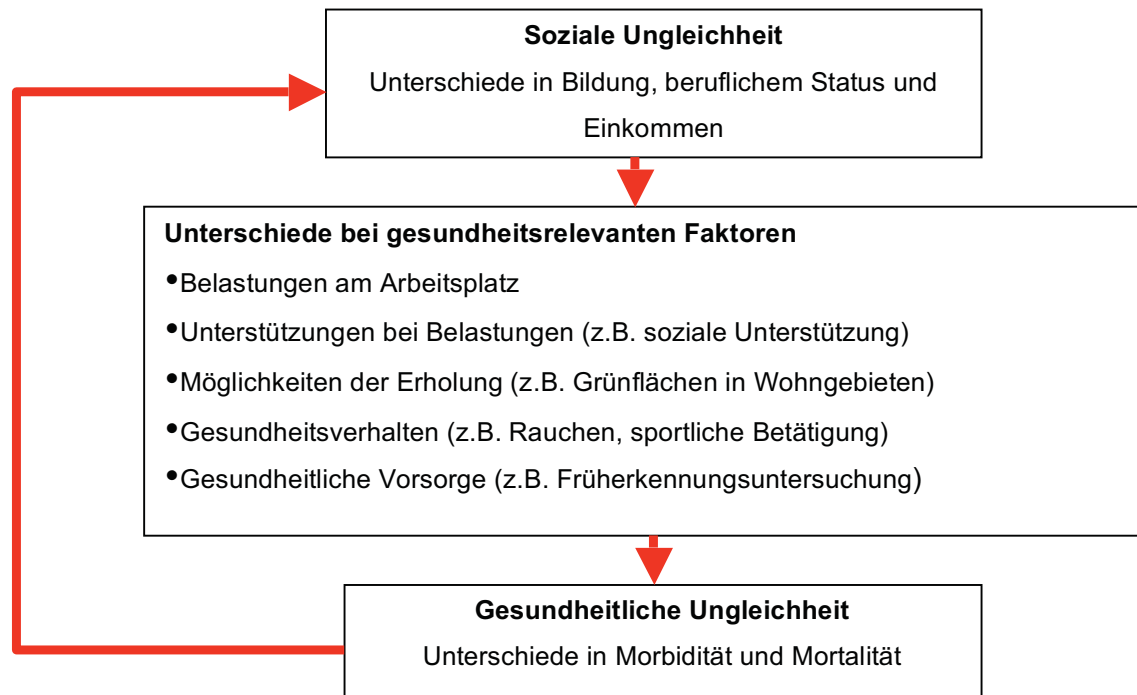
Um den Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Ungleichheit zu verstehen, ist es sinnvoll, die Definition des Gesundheitsbegriffes der World Health Organisation (WHO) zu betrachten. Die WHO beschreibt Gesundheit als einen Zustand umfassenden physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit. (Richter, 2005) Der benannte Aspekt der sozialen Umwelt zeigt, dass auch die Lebensumstände und Rahmenbedingungen Einfluss auf den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung haben.

Soziale Ungleichheit hat Unterschiede bei gesundheitsrelevanten Faktoren (s. Abb. 6) zur Folge. Diese Unterschiede haben wiederum Unterschiede in der Morbidität und Mortalität zur Folge.

⁸ Mit Resilienz wird die psychische Widerstandskraft von Kindern gegenüber Entwicklungsrisiken durch ihre Umwelt und deren Einflüsse beschrieben. (Richter, A., 2005)

Jedoch kann auch aus gesundheitlicher Ungleichheit (z.B.: chronische Erkrankungen) soziale Ungleichheit und Armut entstehen. Abbildung 6 soll diese Wechselwirkungen verdeutlichen.

Abb. 6: Wechselwirkungen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Mielck, 2000

Jungen und Mädchen, die von Armut und sozialer Benachteiligung betroffen sind, haben gesundheitliche Einschränkungen beim Sehen, Hören, der Sprachentwicklung, der Bewegungskoordination, des Bewältigungsverhalten (Coping-Strategien), der Ernährung und dem Ernährungsverhalten sowie daraus resultierende Zahnerkrankungen, Übergewicht und Adipositas. Zudem nehmen sie seltener an Früherkennungsuntersuchungen teil und weisen eine geringere Impfbereitschaft auf. Dies zeigen auch die oben beschriebenen Ergebnisse der KiGGS-Studie für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Die geringe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen lässt sich durch ein Informationsdefizit und ein geringes Gesundheitswissen von sozial Benachteiligten erklären. Doch nicht nur das fehlende Wissen, sondern schon der Zugang zu relevanten Informationen für diese Zielgruppe stellt ein Problem dar. Eine geringe Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen und Nichtmitgliedschaft in Sportvereinen bei allen Kindern mit sozial niedrigem Status bestätigen diese Beobachtungen. (Richter, 2005)

Diese Erkenntnisse und die oben beschriebenen Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen Handlungsfelder für Gesundheitsförderungsprojekten. Wie Gesundheitsförderung als Strategie gegen soziale Ungleichheit und Armut eingesetzt werden kann und wie Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund erreicht werden können, wird im folgenden Kapitel erläutert.

4 Gesundheitsförderung als Strategie gegen soziale Ungleichheit

4.1 Definition und Ziele von Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (Kaba-Schönstein, 2003, S.73) So wurde der Begriff Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta auf der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO 1986 definiert. 1997 wurde diese Definition in der Jakarta-Erklärung für Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert weiterentwickelt: „Gesundheitsförderung wird verstanden als ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern.“ (Kaba-Schönstein, 2003, S.73) Durch Herstellung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen (Lebenswelten) und Befähigung der Menschen zur Stärkung ihrer individuellen Ressourcen zur selbstbestimmten Lebensführung- und -gestaltung (Empowerment), will Gesundheitsförderung als Präventionsstrategie „Gesundheit für alle“ schaffen. (Richter, 2009) Der Ansatz der Gesundheitsförderung fokussiert, gesundheitliche und soziale Ungleichheiten und die Herstellung von Chancengleichheiten im Bezug auf Gesundheit. (Kaba-Schönstein, 2003) Die Menschen sollen Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und befähigt werden diese zu verbessern. Dies kann gelingen, indem jedem Menschen die Möglichkeit gegeben wird, Einfluss auf die Determinanten von Gesundheit zu nehmen. Unter den Determinanten sind Faktoren zu verstehen, die sich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirken (personale und soziale Faktoren und Faktoren des Gesundheitssystems). (Hurrelmann, 2003)

Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Prozess und umfasst sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen (Gesundheitshandeln) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Verhältnissen). Ein weiteres Ziel der Gesundheitsförderung ist die Analyse der Ressourcen und Risiken der Menschen auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Dieser Analyse liegt die salutogenetische Fragestellung zugrunde, wo und wie Gesundheit hergestellt werden kann. (Kaba-Schönstein, 2003) Ressourcen sollen durch Gesundheitsförderung gestärkt werden, um Risiken und Belastungen abzuwehren. Zu finden sind solche Risiken in der Lebensumwelt sowie im Verhalten der Menschen. Durch Stärkung der vorhandenen Ressourcen sollen die Lebensbedingungen und Verhaltensweisen der Menschen verbessert und Gesundheit dadurch geschützt oder wiederhergestellt werden. (Altgelt/Kolip, 2004)

In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurden die Handlungsstrategien und Handlungsfelder- und -ebenen beschrieben. Es werden drei Handlungsstrategien und fünf Handlungsfelder unterschieden. Unter den Handlungsstrategien wird das aktive Eintreten für Gesundheit (Anwaltschaft für Gesundheit) und das Befähigen und Ermöglichen unterschieden des

Gesundheitszustandes zu verringern verstanden. Zudem sollen größtmögliche Gesundheitspotentiale selbständig verwirklicht werden und alle Akteure innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens vernetzt werden. Zu den fünf Handlungsfeldern gehören die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste. (Kaba-Schönstein, 2003)

Der komplexe Ansatz und Prozess der Gesundheitsförderung erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Akteuren innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens sowie die aktive Beteiligung der Bevölkerung. Zielgruppe sind zunächst alle Menschen in allen Lebenslagen, die durch lebenslanges Lernen eventuelle chronische Erkrankungen und Behinderung bewältigen sollen.

4.2 Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund

Die beschriebenen gesundheitlichen Auswirkungen von sozialer Ungleichheit zeigen die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen, die unter diesen Bedingungen leben.

Das saltogenetische Konzept nach Aaron Antonovsky, das sich mit der Frage beschäftigt, was den Menschen gesund hält und wie seine Gesundheitsressourcen gestärkt werden können (Vgl. Franzkowiak, 2003), bietet Unterstützung für die Entwicklung erfolgreicher Gesundheitsförderung. (Richter, 2005) Die Ressourcennutzung und -mobilisierung spielt bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund eine bedeutende Rolle. Im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung verfügen Menschen mit Migrationshintergrund neben den formellen Ressourcen (Beruf, Ausbildung etc.) auch über wichtige informelle Ressourcen, wie der Migrationserfahrung, kulturellem Wissen, Kenntnissen und Kompetenzen in der Herkunftssprache sowie kulturellen und religiösen Wertevorstellungen. (Duman, 2007)

Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund umzusetzen ist aufgrund der Heterogenität der Gruppe sehr schwierig. Unterschiede in Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken zeigen sich in Abhängigkeit vom Herkunftsland, Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderergeneration. Obwohl Kinder mit Migrationshintergrund häufig in sozialer Benachteiligung leben, kann nicht von einer generell schlechten gesundheitlichen Lage dieser Kinder gesprochen werden. Im Kindesalter wirken einige migrationspezifische, protektive Faktoren, die Gesundheitsvorteile im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund mit sich bringen (Vgl. Kapitel 2.3 „Gesundheitliche Lage“). Dennoch ist Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe notwendig und wichtig, da bekannt ist, dass ein niedriger Sozialstatus und erhöhte Krankheitsrisiken korrelieren. Entsprechende gesundheitliche Konsequenzen können bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund nachgewiesen werden. (Robert-Koch-Institut, 2008b)

Bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund ist es notwendig, deren Ausgangssituation eingehend zu analysieren. Bei der Analyse dieser heterogenen Gruppe sollten nicht nur die Nationalität und die Kultur der Zielgruppe berücksichtigt werden, sondern auch das Alter, das Geschlecht, die möglichen Defizite und die Ressourcen der Mädchen und Jungen. Wichtig sind auch die Überlegungen zur sprachlichen Umsetzung (Deutsch oder Muttersprache), der Methodik und zu den Zugangswegen. (Duman, 2007) Aus der Abbildung 6: „Wechselwirkungen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit“ von Mielck ergeben sich folgende Ansätze für Gesundheitsförderungsprojekte für sozial benachteiligte Mädchen und Jungen, die auch für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund sinnvoll sind:

- Unterstützung bei Belastungen (Familienberatung bei psychosozialen Problemen...)
- Stärkung persönlicher Ressourcen (Aufbau sozialer Kompetenzen im Kindergarten und in der Schule)
- verstärkte Information und Motivation zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Frühförderangeboten
- verstärkter Einsatz von zielgruppengerechten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei gesundheitsschädlichem Verhalten
- Abbau von Zugangsschranken, insbesondere auch von sprachlichen Barrieren
- Integration von Gesundheitsdeterminanten in unterschiedliche Politikbereiche (Erziehung, Bildung Wirtschaft, Finanzen, Wohnungsbau...) (Pott/Lehmann, 2003)

Alle diese Ansatzpunkte haben eine Verhinderung und Vermeidung von spezifischen Risiken im Kindes- und Jugendalter sowie eine Förderung und Stärkung von Ressourcen zum Ziel. Auf der Grundlage von Erfahrungen aus deutschen Projekten und Erkenntnissen westeuropäischer Studien haben Lehmann und Pott 2003 folgende Handlungskonsequenzen für Gesundheitsförderungsprojekte zusammengetragen:

- Maßnahmen müssen mit angemessener Ausstattung (Mittel, Personal, Qualifikation) langfristig und interdisziplinär durchgeführt werden.
- Es muss eine persönliche direkte Ansprache Einzelner oder kleiner Gruppen in ihrer alltäglichen Umgebung erfolgen.
- Interventionen sollten von einer Erhebung des bestehenden Bedarfs ausgehen und hierbei schicht- und kulturspezifische Werte und Kommunikationsformen berücksichtigen.
- Die Informationen in den medialen Angeboten müssen in einfacher, gut verständlicher Sprache gegeben werden.
- Es sollten Angehörige der Zielgruppe bei der Planung und Ausführung mit einbezogen werden.
- Durch Vernetzungen und Kooperationen sollte der Zugang zu Informationen, Leistungen, Diensten und materieller Unterstützung erleichtert werden. (Pott/Lehmann, 2003)

In wie weit die in dieser Arbeit dargestellten Projekte die einzelnen Punkte erfüllen, geht aus den Beschreibungen in Kapitel 7 „Die Projekte“ und Kapitel 8 „Bewertung der Qualität der Projekte“ hervor. Erfolgreiche, partizipative Gesundheitsförderung sollte vorhandene Gesundheitspotentiale und Ressourcen stärken und die Lebenswelten der Betroffenen einbeziehen. Bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung vor allem für sozial Benachteiligte hat sich der im Folgenden beschriebene Setting-Ansatz als erfolgreich erwiesen.

4.2.1 Der Setting-Ansatz

Gesundheitsförderung ist am erfolgreichsten, wenn sie nicht nur eine Verhaltensänderung der Adressaten anspricht, sondern auch eine Veränderung der Verhältnisse. Hierfür eignet sich der Ansatz des Settings. Hierbei steht der Begriff „Setting“ für einen Lebensbereich, in dem die Menschen einen großen Teil des Tages verbringen (Kitas, Schulen, Stadtteil) und die einen großen Einfluss auf die Gesundheit haben. Besonders günstig sind daher der Kindergarten und Kindertagesstätten sowie die Schule, weil hier fast alle Kinder und Jugendlichen anzutreffen sind. Projekte in diesen Settings verhindert auch eine Stigmatisierung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher. Gesundheitsförderung, die im Setting stattfindet, kann langfristige und stabile Verhaltensänderungen ermöglichen, da sie in den Alltag der Menschen integriert ist und ihre Gewohnheiten und Werte mit einbezieht. (Grossmann/Scala, 2003) Diese Settings haben einen starken Einfluss auf die Gesundheit der darin lebenden und handelnden Individuen. Erfolgreich können settingorientierte Gesundheitsförderungsprojekte sein, wenn sie die Adressaten gezielt mit einbeziehen (Partizipation) und alle beteiligten Akteure und Organisationsstrukturen berücksichtigen (integrierte Handlungskonzepte). So kann eine erwünschte Nachhaltigkeit und eine erfolgreiche zielgruppenspezifische Umsetzung erreicht werden. Besonders schwer erreichbare Zielgruppen, zu denen sowohl Menschen mit Migrationshintergrund als auch sozial Benachteiligte gehören, lassen sich so in ihrer alltäglichen Umgebung erreichen. (Richter, 2005) Vor allem in der Schule und in der Kita können ungleiche Lebens- und Gesundheitschancen ausgeglichen werden, wenn familiäre Defizite kompensiert und den Kindern die Möglichkeit zur Bildung einer eigenen Lebensperspektive gegeben werden. Die Kita oder Schule bietet zudem ein ideales Setting für gezielte Elternarbeit. (Ottova/Richter, 2008) Obwohl der Settingansatz in der Gesundheitsförderung als erfolgreich gilt, ist er nicht unumstritten. Kritiker verweisen auf die Gefahr einer Verflachung bei der Nutzung des Begriffs und befürchten, dass er künftig als Hülle für eine Vielzahl von Maßnahmen verwendet werden könnte (Vgl. Altgeld, 2004; Sachverständigenrat, 2005). Sie fordern wissenschaftliche Evaluationen der Veränderungen gesundheitsbezogener Rahmenbedingungen und eine differenzierte Unterscheidung der zwei vorhandenen Arten des gesundheitsförderlichen Setting-Ansatzes in der Praxis. Diese Ansätze sind zum einen Gesundheitsförderung *im* Setting und zum anderen Gesundheitsförderung *durch* Settingentwicklung. Gesundheitsförderung *im* Setting nutzt dieses als Zugangsweise zu speziellen Zielgruppen und beschränkt sich vorwiegend auf Informationsvermittlung, Aufklärungs- und Beratungsangebote. Bei der Gesundheitsförderung *durch* Settingentwicklung werden gesundheitsrelevante- bzw.- abträgliche Lebensbedingungen im Setting verändert. (Richter, 2007)

In den vorgestellten Projekten findet Gesundheitsförderung sowohl *in* den Settings Schule, Kita, Stadtteiltreff und Verein als auch durch *Settingentwicklung* im Rucksack-Projekt (Setting Kita) statt.

4.2.2 Die Elternarbeit

In den ersten zehn Lebensjahren, die in dieser Arbeit im Fokus liegen, stellen die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten die wichtigsten Erziehungs- bzw. Identifikationspersonen dar. (Rönnau/Fröhlich-Gildhoff, 2008). In einer Expertise des Landesgesundheitsamtes Stuttgart wird darauf hingewiesen, dass Gesundheitsförderung im Kindesalter nur durch die Beteiligung und Unterstützung der Eltern gelingen kann. Aufgrund ihrer Rolle als Erziehungsinstanzen und Schlüsselfiguren zur Ausbildung von gesundheitsfördernden Lebenskompetenzen ihrer Kinder, werden Eltern mit vielen Herausforderungen konfrontiert. Vor allem Eltern in schweren und benachteiligten Lebenslagen verfügen über weniger Ressourcen und benötigen vermehrt Unterstützung bei der gesundheits- und entwicklungsförderlichen Erziehung ihrer Kinder. Doch gerade diese Eltern nehmen unterstützende Angebote selten an. Einige Gründe dafür sind fehlende oder nicht-zielgruppenorientierte Information, sprachliche, finanzielle und kulturelle Barrieren oder Scham. (Rönnau/Fröhlich-Gildhoff, 2008) Bei Eltern mit Migrationshintergrund stellen die fehlenden Deutschkenntnisse eine Zugangsbarriere zu gesundheitsförderlichen Informationen und Gesundheitsversorgung dar. Aus diesem Grund zielen eine Reihe von gesundheitsfördernden Maßnahmen auch auf die Bildung und gezielte sprachliche Förderung der Eltern. Muttersprachliche Elterninformationen zu Erziehungs- und Gesundheitsfragen (z.B.: Elternbriefe des Arbeitskreises für neue Erziehung) und Maßnahmen zur Sprachförderung durch bzw. für die Eltern (z.B.: „HIPPY“, „Mama lernt Deutsch“ und „Griffbereit“ und „Rucksack“) sind einiger solcher Maßnahmen. (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007) Gesundheitsförderung durch Sprach- und Bildungsförderung der Eltern findet auch in den vorgestellten Projekten Griffbereit und Rucksack statt. Hier sind die Eltern wichtiger Bestandteil der Zielgruppe. Der Zugang zu den Eltern im MICK-Projekt (Mädchen kicken mit - soziale Integration durch Fußball) stellt derzeit noch eine Schwierigkeit dar, für die Lösungen erarbeitet werden müssen. Um jedoch Nachhaltigkeit zu erzeugen scheint es besonders wichtig zu sein, dass Gesundheits-, Entwicklungs- und Erziehungskonzepte von Eltern und relevanten Settings (Kindergärten, Kita, Verein, Schulen) aufeinander abgestimmt werden. (Rönnau/Fröhlich-Gildhoff, 2008)

5 Das Experteninterview

Im Folgenden wird das Experteninterview als Methode der empirischen Sozialforschung näher beschrieben. Das Experteninterview ist ein qualitatives Verfahren, bei dem die Aussagen des/der Interviewten ohne Berücksichtigung seiner/ihrer Biographie analysiert wird (Mauser/Nagel, 1991).

Für die Forscherin bzw. den Forscher ist es wie bei jeder qualitativen Forschung notwendig, genaue Forschungsfragen zu formulieren, dabei jedoch neue Erkenntnisse und Entwicklungen in seine Fragestellungen aufnehmen zu können. Während des gesamten Forschungsprozesses sollte die Forscherin bzw. der Forscher eine klare Vorstellung über seine Fragestellungen haben. Dies dient der Überprüfung der Richtigkeit der methodischen Entscheidungen. (Flick 1996).

In dieser Arbeit wurde das qualitative Experteninterview gewählt, um Projektinitiatoren zu Zielen, Inhalten, Barrieren und Zugangswegen zur Zielgruppe ihrer Programme zu befragen. Erwartet werden vertiefte Informationen über die einzelnen Projekte zu denen die Forscherin ohne die Interviews der Expertinnen keinen Einblick bekommen würde.

In diesem Kapitel wird auf das methodische Vorgehen bei den Interviews, die Auswahl der Experten, Durchführung der Interviews, die Auswertungsmethode und die Aufbereitung des Materials eingegangen. Das Interview dient der Erarbeitung von Zugangsmöglichkeiten zu Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund und Umsetzungsmöglichkeiten von Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe.

5.1 Die Erhebungsmethode

Die Methode des Experteninterviews ist Bestandteil der empirischen Sozialforschung. Mit Hilfe dieser qualitativen Erhebungsmethode lässt sich vertiefendes fachliches Wissen zur Klärung einer Forschungsfrage gewinnen. Experte/-in ist ein relationaler Status und vom Forschungsinteresse abhängig. Der Forscher bestimmt den Experten/-innenstatus des Interviewten, indem er sein/ihr Wissen für forschungsrelevant erklärt. Grund hierfür ist der besondere Zugang des Experten/-in zu vertiefenden Informationen und Wissen über den Forschungsgegenstand, über den der/die Forscher/-in nicht verfügt. (Mauser/Nagel 1991)

Mauser und Nagel unterscheiden zwischen zwei Stellungen von Experten/-innen und deren Erfahrungswissen. Im ersten Fall verfügen die Experten/-innen über ein Kontextwissen und sind nicht Element der Zielgruppe. Die Interviews zielen darauf ab, Informationen über die Handlungszusammenhänge der Zielgruppe zu liefern. Die Experten/-innen sind hierbei oft eine Datenquelle neben anderen, wie Zielgruppeninterviews und teilnehmenden Beobachtungen. Im zweiten Fall spricht man vom Betriebswissen des Experten/der Expertin. Hier gibt diese/-r Auskunft über sein eigenes Handlungsfeld. Er/Sie ist Element der Zielgruppe. Bei diesem Fall ist das Experteninterview die Hauptdatenquelle. (Mauser/Nagel 1991)

In dieser Arbeit verfügten die Expertinnen sowohl über Betriebswissen als auch über Kontextwissen. Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde ausschließlich das Betriebswissen analysiert. Es fanden keine weiteren Datenerhebungen außer den Experteninterviews statt.

5.2 Die Auswahl der Experten

Die Auswahl der Experten/-innen erfolgte auf zwei unterschiedlichen Wegen. Zuerst wurden 73 Teilnehmer/-innen der Fachtagung „Gesundheit für alle Kinder“ am 30.09.2008 in Oldenburg per E-Mail angeschrieben. Da die Teilnehmer/-innen der Fachtagung aus dem Praxisfeld kommen bzw. gute Kontakte dorthin haben, war dies eine geeignete Möglichkeit passende Interviewpartner/-innen zu finden. In der E-Mail wurde um Informationsweitergabe zu Projekten, die sich mit der Zielgruppe befassen, gebeten. Insgesamt meldeten sich fünf Teilnehmer/-innen mit hilfreichen Informationen zu ihren eigenen Projekten oder Adressen von anderen Stellen zurück. Aus diesen fünf Rückläufen resultierte ein Interview mit einer Mitarbeiterin des Stadtteiltreff Kreyenbrück in Oldenburg. Diese Mitarbeiterin wurde auf Grund ihrer langjährigen Berufserfahrung in der Gemeinwesenarbeit mit Kindern mit Migrationshintergrund und ihrer sozialpädagogischen Ausbildung als Expertin ausgewählt. Zudem besitzt sie einen russischen Migrationshintergrund. Dies macht sie zu einer Expertin mit Betriebs- und Kontextwissen.

Das zweite Interview ergab sich durch die telefonische Ansprache einer Teilnehmerin der Fachtagung. Die Koordinatorin des Projektes erklärte sich nach dem Telefonat zu einem Interview bereit. Als Expertin qualifizierte sie sich durch ihr abgeschlossenes Studium der Pädagogik in den Schwerpunkten georgische Sprache und Literatur. Zudem war sie als Konfliktberaterin einer Au-pair-Vermittlung tätig. Bis heute engagiert sie sich ehrenamtlich in verschiedenen kulturellen Vereinen. Durch ihren georgischen Migrationshintergrund verfügt sie somit ebenfalls über Betriebes- und Kontextwissen.

Auf der Fachtagung „Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund im Stadtteil- eine Frage der Integration!?“ an der Fachhochschule Oldenburg, Ostfriesland, Wilhelmshaven am 27.11.2008 in Oldenburg wurde ein Sportprojekt für Mädchen mit Migrationshintergrund vorgestellt. Durch die persönliche Ansprache vor Ort konnte die dritte Interviewpartnerin gewonnen werden. Als Expertin qualifizierte sie sich durch ihre Aufgabe als Projektverantwortliche und ihr Studium der Sportwissenschaft. Zudem schrieb sie Ihre Abschlussarbeit über das MICK-Projekt und arbeitet seitdem in diesem mit. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universität Osnabrück und einen sehr umfassenden und tiefen Einblick in die Projektarbeit. Zusätzlich befasst sie sich im Rahmen ihrer Doktorarbeit mit dem Integrationspotential schulischer Sportangebote und evaluiert dieses Projekt. Dieses fundierte Wissen und die langjährige Mitarbeit in diesem Projekt machte die Interviewte zu einer Expertin mit Betriebswissen.

5.3 Durchführung der Interviews

Alle Interviewterminabsprachen wurden telefonisch vereinbart. Die Expertinnen bekamen vor dem vereinbarten Termin den Interviewleitfaden sowie eine kurze Erklärung zu dessen Ziel zugesandt. So konnten vorherige Begriffsunklarheiten geklärt werden und die Expertinnen sich auf das Interview vorbereiten.

Das Interview wurde mit Hilfe eines Interviewleitfadens geführt. Dieser strukturiert das Interview, bietet jedoch Freiräume für weitere inhaltliche Ausführungen und unerwartete Themendimensionen (Mauser/Nagel, 1991). Die Stichworte und Fragestellungen des Leitfadens orientieren sich am Ziel des Interviews, einen vertieften Einblick in vorhandene Projekte im Raum Oldenburg zu erlangen. Im Verlauf des Interviews soll eine umfassende Darstellung des Projektes durch die interviewte Expertin erfolgen. Es sollen Inhalte, Ziele und gesundheitsförderliche Ansätze der Projekte, Zugangswege zur Zielgruppe, erfolgreiche Ansätze und Barrieren beschrieben werden. Der Leitfaden für die Expertinneninterviews ist im Anhang zu finden.

Da die Expertinnen den Leitfaden schon vor dem Interview zugeschickt bekommen hatten, konnten sie sich auf die Fragen vorbereiten und begannen ohne lange Einführung mit ihren Berichten. Zwei Interviewpartnerinnen hielten sich sehr eng an die vorgeschlagenen Leitfragen. So kam es weniger zu einem Gespräch als zu einem „abarbeiten“ der Fragen. Das dritte Interview wurde von der Interviewerin und zwei Expertinnen geführt. Die zweite Expertin qualifizierte sich durch ihren Abschluss in den Sozialwissenschaften, langjährige Erfahrung in der Projektkoordination und ihre Stelle als Projektkoordinatorin für Präventionsprojekte in Oldenburg. Hier kam es zu einem freien Gespräch, in dem alle Fragen detailliert geklärt werden konnten. Der Leitfaden diente nur als Orientierungshilfe. Alle Expertinnen stellten ergänzendes Informationsmaterial zur Verfügung.

5.4 Methoden der Auswertung und Aufbereitung des Materials

Eine Auswertung und Beschreibung der Umgebungs-, Interaktionssituation und Biographie der Expertinnen findet nicht statt. Bei der Methode des Experteninterviews steht nicht die Person als Ganzes mit ihren Einstellungen und Orientierungen im Interesse des Forschers, sondern die Person als Expertin für ihr Handlungsfeld. Dieses Handlungsfeld ist Forschungsgegenstand und ist zu analysieren. (Mauser/Nagel, 1991)

Handlungsfelder stellen in dieser Arbeit die einzelnen Projekte dar. Um die Forschungsfrage nach Inhalten, Zielen, Barrieren, Besonderheiten und Zugangswegen zur Zielgruppe beantworten zu können, ist eine Inhaltsanalyse der geführten Expertinneninterviews notwendig. Das persönliche, leitfadengestützte Interview wurde von der Forscherin mit Hilfe eines Tonbandgerätes aufgezeichnet.

Bevor die Tonbandaufnahmen transkribiert wurden, entwickelte die Forscherin Kategorien für die spätere Auswertung der Interviews. Diese Kategorien ergaben sich aus den Fragestellungen des

Interviewleitfadens (s. Anhang 1) und sind unter Kapitel 5.4.1 „Die Kategorien“ tabellarisch dargestellt.

Für die Dokumentation der Tonbandaufnahmen entschied sich die Forscherin für ein zusammenfassendes Protokoll nach Mayring. Hierbei wird vom Tonband eine Zusammenfassung des Inhaltes vorgenommen. Ist die Zusammenfassung noch nicht allgemein genug ist, wird eine weitere Selektion der Inhalte vorgenommen. Das Abstraktionsniveau des Inhalts wird dabei ständig erhöht, so dass sich der Materialumfang immer weiter reduziert. Die Zusammenfassung der transkribierten Interviews orientierte sich an den vorher entworfenen Kategorien. Nur für die Kategorien relevante Antworten wurden dokumentiert. Da die Forscherin an der inhaltlich-thematischen Seite des Materials interessiert ist und eine Materialfülle durch ein zusammenfassendes Protokoll am einfachsten zu bearbeiten ist, entschied sie sich für diese Methode der Materialaufbereitung. (Mayring, 1999) Bei der Transkription des Interviews verzichtete sie auf das notieren von Füllwörter und Artikulationen wie „ähs“ und „ehms“.

Zur Aufbereitung des Materials orientierte sich die Forscherin an der qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse können Analyseaspekte durch vorher festgelegte Categoriesysteme festgelegt werden. Dies dient der theoriegeleiteten Bearbeitung des Materials (Mayring, 1999). Mayring unterscheidet drei Grundformen: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung.

In dieser Analyse wurde die Methode der Strukturierung verwendet. Mit Hilfe des Leitfadens und der Forschungsfrage wurden schon vor der Arbeit Kategorien definiert (s.a. 5.4.1 „Die Kategorien“). Nach der zusammenfassenden Transkription wurden die Inhalte durch definierte Signalwörter den Kategorien zugeordnet. (Mayring, 1999).

5.4.1 Die Kategorien

Tabelle 1 zeigt die gebildeten Kategorien und dazugehörigen Fragestellungen des Interviewleitfadens und passende Signalwörter. Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang zu finden.

Tabelle 1: Kategorien und Fragestellungen/Signalwörter

Kategorien	Fragestellungen/Signalwörter
Standortbeschreibung	<ul style="list-style-type: none"> • Stadtteil, Einwohnerzahl, Besonderheiten des Stadtteils (strukturell, sozial) • Warum führen Sie das Projekt an diesem Standort durch?
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Zielgruppe soll erreicht werden? • Gibt es genderspezifische Angebote?
Zugangswege zur Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Wie haben sie Zugang zur Zielgruppe gefunden?
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind Ziele Ihres Projektes?

Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gehen Sie in Ihrem Projekt vor? Aufsuchend, kommend, begleitend, niedrigschwellig? • Wie lange läuft ihr Projekt schon?
Gesundheitsbezug	<ul style="list-style-type: none"> • Sehen Sie Verknüpfungen bzw. Ansatzpunkte zwischen Ihrem Projekt und der Gesundheitsförderung? • Wie wird die Gesundheit der Zielgruppe durch Ihr Projekt gefördert?
Besonderheiten dieses Projektes	<ul style="list-style-type: none"> • Was hebt Ihr Projekt von anderen ab? • Gibt es andere vergleichbare Projekte?
Hindernisse/Erfolge	<ul style="list-style-type: none"> • Wie merken Sie, dass Sie die Zielgruppe erreicht haben? • Was waren/sind Hindernisse und Barrieren? • Nachfrage und Bedarf
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt/Gab es eine Evaluation? • Ist eine Evaluation geplant? • Bekommen Sie Feedback von den Nutzern des Projektes?

6 Regionale Rahmenbedingungen von Jungen und Mädchen mit Migrationshintergrund in Oldenburg/Niedersachsen

Im diesem Kapitel wird ein Überblick über die strukturelle Lage und Armutsbetroffenheit der Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund in Oldenburg/Niedersachsen gegeben. Diese Darstellungen sollen einen Einblick in die vorgefundenen Bedingungen der Projektinitiatoren geben.

6.1 Strukturelle Lage

Eine Betrachtung der strukturellen Situation von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund in Oldenburg/Niedersachsen ermöglicht es die Bedingungen, mit denen Anbieter von gesundheitsförderlichen Maßnahmen konfrontiert werden, besser zu verstehen.

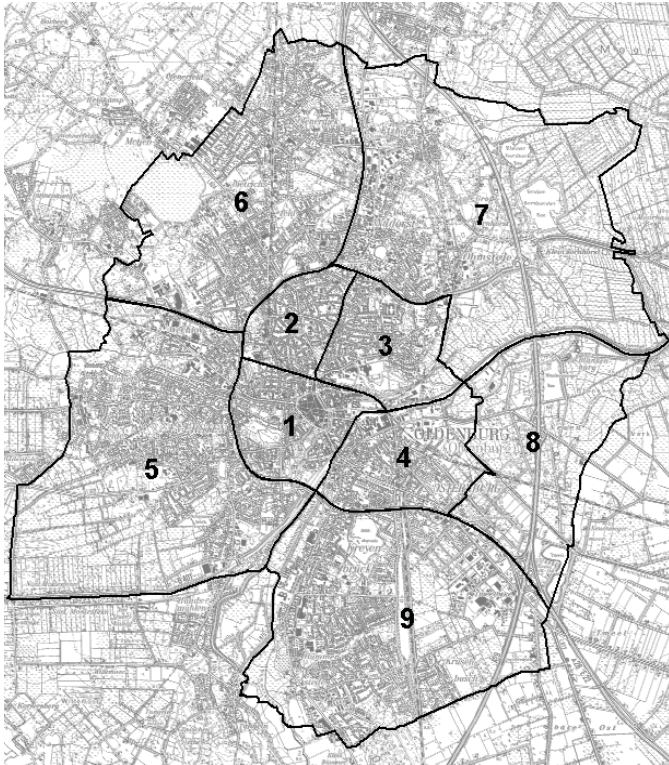
Das Statistische Jahrbuch 2008 für Oldenburg befasst sich bei seinen ethnienbetreffenden Bevölkerungserhebungen zum größten Teil mit der Gruppe der Ausländer. Obwohl sich diese Arbeit mit dem Migrationshintergrund beschäftigt, werden diese Daten zur ausländischen Bevölkerung Oldenburgs benutzt. Stadt- und stadtteilbezogene Daten zu Menschen mit Migrationshintergrund liegen für Oldenburg nur sehr gering vor. Mit der Besetzung einer neuen Stelle, die sich mit der Datenerhebung dieser Zielgruppe beschäftigt, soll die bestehende Datenlücke geschlossen werden.

Als Ausländer und Ausländerinnen werden Menschen ohne deutschen Pass verstanden. (Stadt Oldenburg, 2008) Als Menschen mit Migrationshintergrund werden Personen bezeichnet, die selber zugewandert sind, also über eine eigene Migrationserfahrung verfügen und auch deren Nachkommen. Menschen, die in Deutschland geboren sind, aber deren Eltern oder Großeltern zugewandert sind, werden ebenfalls als „Menschen mit Migrationshintergrund“ bezeichnet. So fallen auch Ausländer/-innen und Spätaussiedler/-innen unter diese Definition. (Ebigt, 2007)

In Oldenburg/Niedersachsen leben 155.914 Einwohner. Davon sind 9.610 Ausländer/-innen, was einem Ausländeranteil von 6,2% entspricht. Der Migrantenanteil in Oldenburg beträgt 14,3% (22.700). Bei den 3-jährigen liegt der Migrantenanteil bei 21%. Von den 9.610 Ausländern sind 1.259 unter 15 Jahre alt. Davon sind 617 Jungen und 642 Mädchen. Seit Jahren sind die türkischen Staatsangehörigen - im Jahr 2007 mit 1.991 Personen - mit Abstand am stärksten vertreten. Sie machen mehr als ein Fünftel der Oldenburger mit fremdem Pass aus. (Stadt Oldenburg, 2008) Diese Gruppe ist auf Landes- und Bundesebene ebenfalls am stärksten vertreten. (Statistisches Bundesamt, 2008) Die zweitgrößte Gruppe bilden die Polen mit 843 Einwohnern und Einwohnerinnen gefolgt von den Bürgerinnen und Bürgern der Russischen Föderation mit 500 Einwohnern. (Stadt Oldenburg, 2008) Im gesamten Niedersachsen bilden die Polen ebenfalls die zweitstärkste Gruppe, gefolgt von den Niederländern. (Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen, 2008)

Oldenburg besteht aus 9 statistischen Bezirken. Der höchste Ausländeranteil ist in Blankenburg (Bezirk 8) zu finden. Diese hohe Zahl von 34,7% ist auf den dortigen Sitz der Zentralen Aufnahme- und Ausländerbehörde Oldenburg (ZAAB) des Landes Niedersachsen zurück zuführen. Überdurchschnittliche Zahlen lassen sich auch in Osternburg (Bezirk 4), Bloherfelde (Bezirk 5) und Kreyenbrück (Bezirk 9) feststellen. Sie liegen zwischen 6,6 und 7,5%. (Stadt Oldenburg, 2008)

Abb. 7: Die 9 statistischen Bezirke der Stadt Oldenburg



Quelle: Stadt Oldenburg, 2008

Bezirk Ortsteilangabe

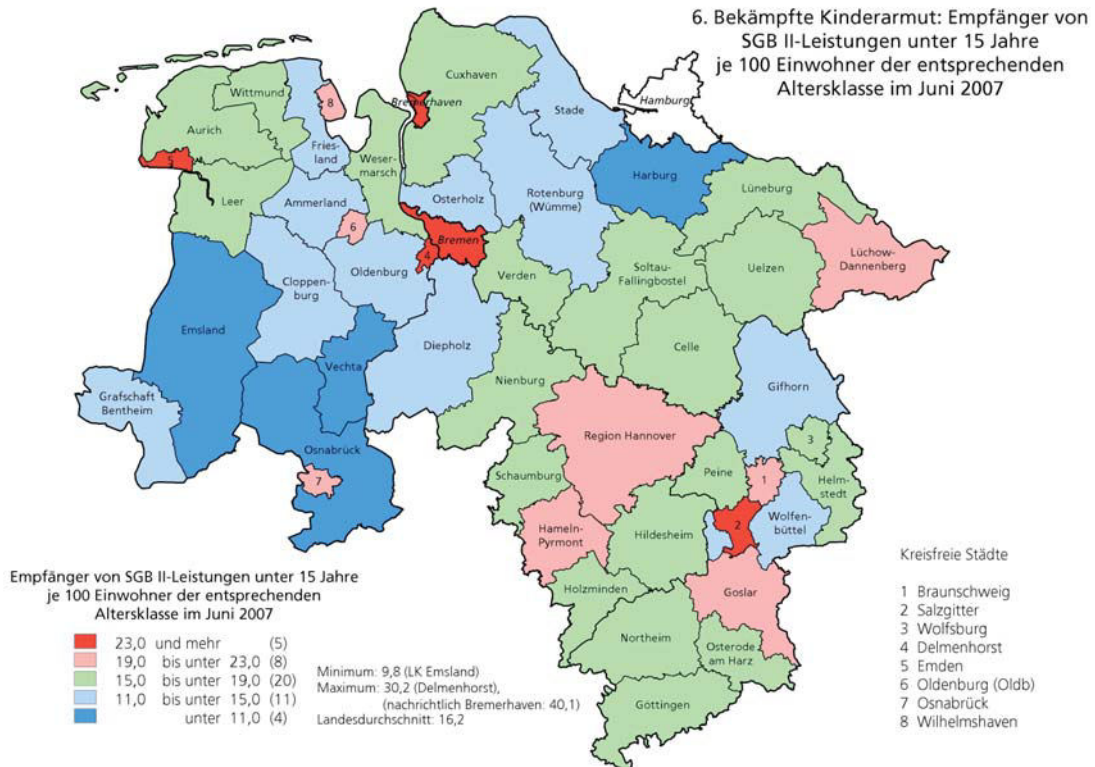
- 1 Zentrum, Dobben, Haarenesch, Bahnhofsviertel, Gerichtsviertel
- 2 Ziegelhof, Ehnern
- 3 Bürgeresch, Donnerschwee
- 4 Osternburg, Drielake
- 5 Eversten, Hundsmühler Höhe, Thomasburg, Bloherfelde, Haarentor, Wechloy
- 6 Bürgerfelde, Rauhehorst, Dietrichsfeld, Flugplatz, Ofenerdiek, Nadorst
- 7 Etzhorn, Ohmstede, Bornhorst
- 8 Neuenwege, Kloster Blankenburg
- 9 Kreyenbrück, Bümmerstede, Tweelbäke West, Krusenbusch, Drielakermoor

6.2 Armutsbetroffenheit

Die Arbeitslosenquote in Oldenburg/Niedersachsen liegt im Jahr 2007 bei über 10,5% (Landesdurchschnitt: 8,9%). Etwa jeder zehnte Einwohner erhält SGB-II-Leistungen (Landesdurchschnitt: 8,8%). 7,8% der Oldenburger/-innen sind von Armut betroffen und 14,5% armutsgefährdet. Die Werte für Niedersachsen liegen bei 8,0% bzw. 14,6% und in Deutschland bei 7,9% bzw. 14,2%. Oldenburg/Niedersachsen liegt bei der Armutsbetroffenquote somit unter dem Landes- und Bundesdurchschnitt und bei der Armutsgefährdungsquote unter dem

Landesdurchschnitt und 0,3 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt. (Niedersächsisches Landesamt für Statistik, 2008)

Abb 8: Empfänger von SGB II-Leistungen unter 15 Jahren, 2007



Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, 2008, S.16

Für Oldenburg liegen zudem Daten zur Armutsbetroffenheit durch den Faktor Hilfebedürftigkeit nach SGB II vor. Bei den unter 15-jährigen der ausländischen Bevölkerung sind über 60% auf Leistungen nach SGB II (Arbeitslosengeld II, Sozialgeld) angewiesen. Armutsbetroffenheit zeigt sich bei ausländischen Kindern in Oldenburg auch am Faktor Bildung. Der Anteil an ausländischen Kindern an Hauptschulen ist im Schuljahr 2007/08 mit 14,3%, im Gegensatz zu dem an Realschulen (7,6%) und Gymnasien (2,9%) am höchsten. (Stadt Oldenburg, 2008) Daten über Mitgliedschaften in Sportvereinen von ausländischen Mädchen und Jungen oder Kindern mit Migrationshintergrund liegen nicht vor. Die Mitgliedschaft in Sport- und anderen Vereinen kann ein Indikator für die Teilhabe am sozialen Leben sein.

7 Die Projekte

Ziel der oben beschriebenen Expertinneninterviews war es, herauszufinden, wie Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund praktisch umgesetzt werden kann. Wie Gesundheitsförderung in Oldenburg/Niedersachsen durchgeführt wird, wird nun genauer beschrieben und im Anschluss bewertet.

7.1 Gesundheitsberatung im Stadtteiltreff Kreyenbrück

Kreyenbrück liegt im Süden der Stadt Oldenburg. Der Ausländeranteil von 7,5% ist der zweithöchste der gesamten Stadt (Stadt Oldenburg, 2008). Der Stadtteiltreff Kreyenbrück ist einer von vier Stadtteiltreffs in Oldenburg. Stadtteiltreffs sind Umsetzungsorte der Gemeinwesenarbeit Oldenburgs. Gemeinwesenarbeit beinhaltet soziale Gruppenarbeit und Einzelfallhilfe vor allem in sozialen Brennpunkten der Stadt. Oberstes Ziel der Gemeinwesenarbeit ist, Armut und soziale Ungerechtigkeit gemeinsam mit den Betroffenen im Setting Stadtteil zu bekämpfen. Hierbei zielt sie nicht nur auf eine Verhaltensänderung des Einzelnen ab, sondern will in Kooperation mit verschiedenen Akteuren auch die Verhältnisse verändern (s. Kapitel 4.2.1 „Der Setting-Ansatz“).

7.1.1 Durchführung, Ziel und Zielgruppe

Die Gesundheitsberatung im Stadtteiltreff Kreyenbrück ist Element der Eltern-Kind-Gruppe. Die Eltern-Kind-Gruppe trifft sich einmal wöchentlich in den Räumlichkeiten des Stadtteiltreffs. Zielgruppe der Eltern-Kind-Gruppe sind alle Eltern mit Kindern zwischen einem und drei Jahren. Da der Stadtteil einen hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund und Ausländern/-innen aufweist, sind in der Eltern-Kind-Gruppe auch Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund und deren Eltern anzutreffen. Die Gruppe wird von einer festen Mitarbeiterin geleitet. Dies ist notwendig um ein Vertrauensverhältnis zu den Eltern und Kindern aufbauen zu können. Obwohl das Angebot auf freiwilliger Basis stattfindet, wird bei Anmeldung eine Gebühr von 10€ erhoben, um eine regelmäßige Teilnahme zu gewährleisten. Während die Kinder spielen, besteht für die Mütter die Möglichkeit sich untereinander oder mit der Gruppenleiterin, einer Sozialpädagogin, auszutauschen. Das Gruppentreffen beginnt und endet mit einem Sing- oder Fingerspielritual der Kinder und Eltern.

Eine Besonderheit der Eltern-Kind-Gruppe des Stadtteiltreffs Kreyenbrück ist die integrierte Gesundheitsberatung. Diese entstand durch den großen Bedarf an Klärung von gesundheitlichen Fragen der Teilnehmer/-innen zu ihren Kindern. Die Gesundheitsberatung findet einmal im Monat statt und wird von einer Ärztin des Gesundheitsamtes Oldenburg durchgeführt. Die Ärztin nimmt dabei an der Gruppenstunde teil und ist Ansprechpartnerin für die Eltern. Themen sind vor allem die Entwicklung des Kindes, Kindererkrankungen, Impfungen und Ernährung. Durch ihre langjährige Tätigkeit in der Gruppe ist ein Vertrauensverhältnis zwischen ihr und den Eltern entstanden. Dies ist ein Erfolgskriterium ihrer Arbeit und Grund für die beständige Nachfrage nach diesem monatlichen Angebot.

7.1.2 Erfolge, Schwierigkeiten, Evaluation

Als einziger der vier Stadtteiltreffs steht der Stadtteiltreff in Kreyenbrück unter kirchlicher Trägerschaft. Dadurch bekommt der Stadtteiltreff die Möglichkeit nicht stadtkonforme Entscheidungen zu treffen und nach den Bedürfnissen der Stadtteilbewohner/-innen zu handeln und seine Angebote nach ihren Wünschen zu strukturieren. Zugang zu den Teilnehmer/-innen für die Eltern-Kind-Gruppe wurde zum größten Teil über Stadtteilarbeit gewonnen. Aushänge in Kindergärten, Schulen und der Arbeitskreis Kreyenbrück, in dem Institutionen aus Kreyenbrück sitzen, erreichen einen großen Teil der Zielgruppe. Ein zweites wichtiges Werbemittel ist Mund-zu-Mund-Propaganda.

Schwierigkeiten und Hindernisse von Seiten des Trägers sind in der Eltern-Kind-Gruppe nicht vorhanden. Allein die kulturellen Unterschiede und die verschiedenen Lebenslagen der Frauen erfordern Kompromisse. Einzelgespräche mit den Eltern sind hier sehr wichtig. Eine Evaluation des Programms fand bis jetzt nicht statt. Positive Rückmeldungen der Teilnehmer/-innen, eine große Nachfrage und Wartelisten sprechen für ein erfolgreiches Konzept. Wird die Nachfrage zu groß besteht die Möglichkeit eine zweite Gruppe zu eröffnen.

Die Eltern-Kind-Gruppe und die integrierte Gesundheitsberatung sind eine Anlaufstelle für Eltern im Stadtteiltreff. Die Gesundheitsberatung stellt ein besonders niedrigschwelliges Angebot zur Klärung gesundheitlicher Fragen durch eine Ärztin dar. Vor allem bei Eltern mit Migrationshintergrund und eventuellen Sprachproblemen besteht eine hohe Hemmschwelle mit Fragen zur Gesundheit und Entwicklung ihres Kindes zu einem Arzt zu gehen. Mit der Eltern-Kind-Gruppe und der integrierten Gesundheitsberatung wird eine Versorgungslücke vor dem Besuch der Kita geschlossen. Für viele Kinder ist diese Gruppe die erste Möglichkeit Gleichaltrige kennen zu lernen und in einer neuen Umgebung zu spielen. Eltern, vor allem die mit Migrationshintergrund, bekommen durch die Gruppe außerdem Kontakt zu anderen Eltern und erfahren mehr über Angebote im Stadtteiltreff (Sprachkurse, Oldenburger Tafel, Hausaufgabenhilfe...) und in ihrem Stadtteil.

7.2 Rucksack und Griffbereit - Projekte zur Bildung und Sprachförderung

Rucksack und Griffbereit sind zwei Projekte zur Bildung und Sprachförderung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund. Angesiedelt ist die Koordination im Jugendamt der Stadt Oldenburg. Seit November 2007 läuft das Projekt Griffbereit und seit September 2008 auch Rucksack. Beide Programme kommen ursprünglich aus Rotterdam und wurden bereits seit 1999 von den Regionalen Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien (RAA) in Nordrhein-Westfalen erfolgreich durchgeführt. Die Koordination für alle niedersächsischen Projekte hat die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Soziale Brennpunkte in Hannover übernommen. Die Finanzierung der Projekte erfolgt durch das Landesprojekt „Familie mit Zukunft“ und die Stadt Oldenburg. Das Projekt ist zunächst für fünf Jahre konzipiert und läuft jetzt im dritten Förderjahr.

Zielgruppe beider Projekte sind Mütter mit Migrationshintergrund und ihre Kinder. Sollten sich genug Väter für eine Gruppe finden, ist auch eine Vater-Kind-Gruppe möglich. Eine gemischtgeschlechtliche Gruppe ist aufgrund der dezidierten Stellung von Frauen in den angesprochenen Kulturkreisen von den Initiatoren und den teilnehmenden Frauen nicht erwünscht.

7.2.1 Die Elternbegleiterinnen

Sowohl Griffbereit als auch Rucksack-Gruppen werden von Elternbegleiterinnen geleitet. Elternbegleiterinnen sind ebenfalls Frauen mit Migrationshintergrund. Alle der zurzeit 18 aktiven Elternbegleiterinnen sind selbst Mütter. Die Elternbegleiterinnen setzen die Erziehungs- und Ernährungsmethoden, die sie weitergeben sollen, selbst um. Dadurch werden sie zu Vertrauenspersonen und Vorbildern. Diese Frauen werden zum größten Teil direkt in Kitas angesprochen oder es wird auf bereits im Stadtteil aktive Mütter zurückgegriffen. Eine Elternbegleiterin muss eine gut vernetzte Frau im Stadtteil sein. Sie muss die Mütter direkt – am besten in deren Muttersprache – auf Spielplätzen oder bei Festen ansprechen. Über direkte Ansprache und Mund-zu-Mund-Propaganda erfolgt die Aqoise der Zielgruppe. Die Elternbegleiterinnen werden von der Koordinatorin der Projekte und externen Referenten der evangelischen und katholischen Erwachsenenbildung weitergebildet. Themen sind interkulturelle Kommunikation, Rassismus, Vorurteile abbauen, Konfliktmanagement und allgemeine Sprachentwicklung.

7.2.2 Griffbereit

Das Projekt Griffbereit bietet eine zweisprachige (Landes- bzw. Herzessprache und Deutsch) Spielgruppe für Mütter und ihre ein- bis dreijährigen Kinder an. In den Gruppenstunden werden Lieder, Spiele und Rituale zweisprachig eingeübt. Hierfür stehen Übungsmaterialien in deutscher, türkischer, russischer und arabischer Sprache zur Verfügung. Ziel ist es, dass die Kinder nicht nur deutsch lernen, sondern auch die Sprache ihrer Eltern sprechen und verstehen können. Doch nicht nur das spielerische Lernen für die Kinder steht im Vordergrund auch die Weiterbildung der Mütter. Beim gesunden Frühstück dürfen nur gesunde Lebensmittel und Getränke mitgebracht werden. Die Elternbegleiterinnen erklären anhand ihres eigenen und des mitgebrachten Frühstücks der Eltern, was unter gesunden Lebensmitteln und Getränken verstanden wird. Gesunde Verarbeitungsweisen und Lebensmittel aus den Kulturen der Mütter sind hierbei eine große Ressource.

Integriert in Tanz- und Bewegungsspiele oder Ausflüge auf Spielplätze wird Bewegung in das Projekt eingebracht. Ziel ist es, Müttern die Notwendigkeit und Möglichkeiten von Bewegung im Alltag näher zu bringen. Die Elternbegleiterinnen sollen die Mütter dabei unterstützen, ihre Kinder durch spielerische Anregungen optimal zu fördern. Ein Fokus liegt auf der Steigerung der Erziehungskompetenzen und der Stärkung des Selbstwertgefühls der Mütter und ihrer Kinder. Durch die erlernten Rituale und Lieder werden die Kinder auf die Anforderungen und Abläufe in

Kitas vorbereitet. Auch die Mütter finden schneller Anschluss, verstehen, was in der Kita passiert und sind somit selbstbewusster.

7.2.3 Rucksack

Rucksack richtet sich an Mütter mit vier- bis sechsjährigen Kindern. Anders als bei Griffbereit findet nicht nur eine Zusammenarbeit von Müttern, Elternbegleiterinnen und Koordinatorinnen statt, sondern auch die Kindertagesstätten (Kitas) werden mit einbezogen. Ebenso wie Griffbereit zielt Rucksack auf die Förderung der Mehrsprachigkeit der Kinder und die Stärkung der Erziehungskompetenzen der Mütter. Auch bei Rucksack werden die Mütter angehalten ihre Kinder zu Hause in ihrer Mutter- bzw. Herzenssprache zu fördern. Parallel dazu lernen sie in der Kita die deutsche Sprache. Rucksack geht von der Annahme aus, dass Kinder die ihre Mutter- bzw. Herzenssprache beherrschen in der Schule einfacher die deutsche Sprache erlernen. Chancenungleichheit und Bildungsbarrieren werden so abgebaut.

Zusammen mit den Erzieher/-innen erarbeiten die Elternbegleiterinnen Themen (Herbst, Winter, Feste, Ernährung,...), die in der Rucksack-Gruppe und in der Kita bearbeitet werden. Zu Hause werden die Kinder durch die Mütter in ihrer Landes- bzw. Herzenssprache mit dem Thema vertraut, in der Kita in der deutschen Sprache. Rucksack kann als Projekt in den Kita-Alltag integriert werden oder als selbständige Gruppe neben dem Kita-Betrieb laufen. Bei Rucksack sollen auch die Mütter in den Kita-Alltag integriert werden (Vorlesestunden, Kochtage).

7.2.4 Erfolge, Schwierigkeiten, Evaluation

Für das Bestehen und den Erfolg der Projekte sind Kooperationen ein wichtiges Hilfsmittel. Zum einen wird das Rucksack/Griffbereit Projekt bereits im „Begrüßungsprojekt“ der Stadt Oldenburg vorgestellt. Zum anderen kooperieren die Projekte mit anderen Anbietern in Oldenburg. Hierbei sind Absprachen unter den Anbietern erforderlich, damit Angebote sich nicht überschneiden. Dies gelingt in Oldenburg sehr gut. Zur besseren Vermittlung von ernährungsspezifischen Inhalten wären Materialien für Ernährungsmodule in verschiedenen Sprachen wünschenswert. Die Materialien des Ernährungsmoduls sollten einfach, bebildert und interkulturell vermittelbar aufbereitet werden. Mögliche Themen sind Ernährung, Entwicklung und Hygiene. Einen hohen Arbeits- und Zeitaufwand erfordert die Akquise der Mütter.

Eine externe, wissenschaftliche Evaluation beider Projekte in Oldenburg fand bis jetzt noch nicht statt, obwohl der Wunsch bei den Koordinatorinnen vorhanden ist. Als Anhaltspunkt für das Gelingen des Projektes dienen die Rückmeldungen der Elternbegleiterinnen.

Durch die Projekte Griffbereit und Rucksack erhalten Mütter mit Migrationshintergrund Informationen zur Gesundheitsförderung, Förderung der kindlichen Entwicklung und Sprachkompetenz, zu denen sie sonst keinen oder nur bedingt Zugang hätten. Die Vorbildfunktion, die Erfahrungsberichte und das Vorleben der Elternbegleiterinnen sind die Grundprinzipien der

niedrigschwellige Arbeitsweise der Projekte Griffbereit und Rucksack. Eine Integration der Frauen in den Stadtteil und dessen Angebote wird angestrebt, in dem sie Selbstbewusstsein und Sprachkompetenzen erwerben. Bei den Kindern sollen Entwicklungsbeeinträchtigungen, Chancenungleichheiten und Bildungsbarrieren durch frühzeitige, ganzheitliche Förderung abgebaut werden.

7.3 MICK – Mädchen kicken mit

„MICK - Mädchen kicken mit“ ist ein Projekt zur sozialen Integration von Mädchen durch Fußball. Es werden besonders Mädchen mit Migrationshintergrund angesprochen, da diese im organisierten Sport unterrepräsentiert sind, jedoch keineswegs als sportabstinent bezeichnet werden dürfen. Mädchen mit Migrationshintergrund haben sehr viel Interesse und Spaß an Bewegung, brauchen aber unterstützende Faktoren, die ihnen den Weg in den Sport und die Vereine ebnen. Hier setzt das Projekt an. Bei den zugewanderten Mädchen ist das traditionell eher männlich besetzte Fußballspiel sehr beliebt. Wer Fußball spielen kann, erhält besondere Anerkennung in Schule und im Bekanntenkreis.

7.3.1 Die Projektverteilung

Integration von Mädchen durch Fußball läuft in Deutschland als Bundesprojekt, Niedersachsenprojekt und Oldenburger Projekt. Im Bundesprojekt sind zehn Standorte (Berlin, Hannover, Duisburg, Hamburg, Dietzenbach, Saarbrücken, Nürnberg, Rostock, Neuruppin, Leipzig) vertreten. In Niedersachsen wurden die Städte Wolfsburg, Osnabrück, Hildesheim, Delmenhorst, Salzgitter, Nienburg, Lüneburg und Stade ausgewählt. Die Idee des Projektes ist vor 10 Jahren in Oldenburg entstanden und wird auch seitdem im Stadtteil Ohmstede durchgeführt. Da die Idee jedoch die ersten Jahre innerhalb der kommunalen Öffentlichkeit auf wenig Resonanz stieß, kam es bis zum Februar 2008 zu keiner Ausweitung des Projektes in Oldenburg. Doch infolge der positiven Resonanz im Bundesgebiet entschied sich die Stadt, das Ohmsteder Modell an seinen Entstehungsort zurückzuholen und in Form des MICK-Projektes auch in Oldenburg an sechs Standorten umzusetzen. Hierzu gehören Bloherfelde, Kreyenbrück, Dietrichsfeld, Ohmstede, Nadorst und Klingenbergstraße (Kreyenbrück) (s. Abb 9). Drei der beteiligten Grundschulen (Grundschule Kreyenbrück, Grundschule Klingenbergstraße, Grundschule Bloherfelde,) befinden sich in Soziale-Stadt-Gebieten⁹, hier ist der Migrationsanteil besonders hoch. Alle Standorte wurden aufgrund ihres hohen Anteils an sozial Benachteiligten ausgewählt.

7.3.2 Zugangswege, Durchführung

Die Mitgliedszahlen im organisierten Sport zeigen deutlich, dass die Vereine es bislang kaum schaffen, Mädchen mit Migrationshintergrund zu erreichen. Über Schulen kann es gelingen, auch Mädchen mit Migrationshintergrund für den Fußballsport zu begeistern und durch Kooperation mit

⁹ Das Städtebauförderungsprojekt „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt“ wurde 1999 vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung ins Leben gerufen. Ziel ist, die negativen Entwicklungen in benachteiligten Stadtteilen zu aufzuhalten und die Lebensbedingungen vor Ort umfassenden zu verbessern.(www.sozialestadt.de, 2007)

Vereinen Wege in den organisierten Sport aufzuzeigen. MICK nutzt diese Zugangswege erfolgreich. In den Schulen wird MICK von den AG- und Projektleitungen in den 3. und 4. Klassen vorgestellt. Interessierte Mädchen können sich dann für ein Halbjahr einer Fußball-AG anschließen. Um die Mädchen auch in die lokalen Sportvereine zu integrieren, kooperieren die beteiligten Grundschulen mit Vereinen im Stadtteil. Vereinstrainer leiten zusammen mit den jugendlichen Fußballassistentinnen des Projektes die Fußball-AGs der Schulen. So besteht schon während der an die Schulen gegliederten AGs der direkte Kontakt zum Verein. Auch die Mädchenfußballturniere finden auf den Anlagen der Sportvereine statt. In diesem Rahmen bekommen die Mädchen die Möglichkeit den Verein und dessen Angebote kennen zu lernen.

Neben den Mädchenfußball-AGs und Fußballturnieren bildet die Ausbildung jugendlicher Mädchen der Klassen 8-10 zu Fußballassistentinnen den dritten Baustein des MICK-Projektes. Jeweils 15 Mädchen werden pro Ausbildung in die Arbeit mit Kindern im Sport herangeführt. Die Ausbildung weiblicher Übungsleiter ist in diesem Projekt wichtig, da eine weibliche sportliche Bezugsperson für alle Mädchen und insbesondere für viele migrantische Mädchen von hoher Bedeutung ist.

Ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsförderung ist Bewegungsförderung, die im MICK-Projekt neben dem Integrationsgedanken klar fokussiert wird. Das Thema „gesunde Ernährung“ wird zudem bei den Mädchenfußballturnieren aufgegriffen, indem geschnittenes Obst und Gemüse und gesunde Getränke kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Auch die Schulen profitieren von dem Projekt. Neben einem zusätzlichen Sportangebot besteht der größte Gewinn in der Anerkennung und der Stärkung des Selbstvertrauens der Mädchen. Diese Stärkung wirkt weit über das Fußballspielen hinaus. So verbessern sich teilweise die schulischen Leistungen der Mädchen.

7.3.3 Erfolge, Schwierigkeiten, Evaluation

Aufgrund der hohen Nachfrage und des Erfolges von MICK wird das Projekt voraussichtlich auch über 2009 hinaus fortgesetzt. In Oldenburg ist zudem das Projekt Migration und Mobilität vorhanden, das sich jedoch eher an Frauen als an Mädchen mit Migrationshintergrund richtet. Andere vergleichbare Angebote gibt es nicht.

Eine Schwierigkeit bei der Einführung von MICK stellte die Akzeptanz für die Idee und das Projekt auf allen Ebenen (Politik, Verwaltung, Fußballkreis, Schulen, Vereine, migrantische Communities) dar. Da die Arbeit jedoch an den sechs Oldenburger Standorten gut läuft, wird das Projekt jetzt von lokalen Sportvereinen, der AOK, der Stadt Oldenburg, der Universität Osnabrück und dem Niedersächsischen Fußball Verband unterstützt und finanziert. Durch zahlreiche Medienberichte wird das Projekt zudem vermehrt von der Öffentlichkeit wahrgenommen.

Eine weitere Problematik stellt das Armutphänomen dar. Viele Kinder kommen ohne Sportschuhe zu den Übungseinheiten. Später können auch die Mitgliedsbeiträge für den Sportverein nicht aufgebracht werden. Hierfür müssen Lösungen gefunden werden.

Eine große Herausforderung ist nach wie vor die Elternarbeit. Die Erreichbarkeit der Kinder ist durch das Vorstellen des Projektes in den Schulen gewährleistet. Ohne die Unterstützung und Hilfe der Eltern ist es jedoch schwer die Kinder im Projekt zu halten und später in Sportvereine zu integrieren. Obwohl die Eltern informiert und in fast alle Projektaktionen einbezogen werden, steht MICK in diesem Punkt noch am Anfang.

Eine Aufstellung hinsichtlich der Zusammensetzung der Teilnehmerinnen (Herkunft, Alter, Sportvereinszugehörigkeit) der AGs wurde bereits 2008 durchgeführt. Eine tabellarische Übersicht ist im Anhang zu finden. Weitere Evaluationen werden 2009 folgen. Feedback bekommen die Initiatoren durch regelmäßige Gespräche und Besuche in den Schulen, mit den AG-Leitern, Schulleitern und Vereinsvertretern.

MICK zeigt einen genderspezifischen Ansatz der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund. Gerade Mädchen, die in vielen Kulturkreisen eine dezidierte Stellung haben, sind die Zielgruppe des MICK-Projektes. Durch den Fußball sollen Mädchen mit Migrationshintergrund für Bewegung begeistert werden. Weiterführend wird eine Integration in den Vereinssport angestrebt, in dem Mädchen mit Migrationshintergrund eine klare Minderheit darstellen. Gesundheitsförderlich wirkt sich jedoch nicht nur die Bewegung, sondern auch die Steigerung des Selbstbewusstseins der Mädchen und die Anerkennung der Familie aus. MICK bietet durch die direkte Ansprache der Mädchen in den Grundschulen ein niedrighwelliges Gesundheitsförderungs- und Integrationsprojekt für (soziale benachteiligte) Mädchen mit Migrationshintergrund durch Sport.

8 Bewertung der Qualität der Projekte

Die Bewertung der vorgestellten Projekte erfolgt mit Hilfe der Kriterien zur Ermittlung von „Models of Good Practice“. Zunächst wird ein kurzer Überblick über den Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ gegeben. Danach erfolgt eine Bewertung der Projekte nach ausgewählten Kriterien.

8.1 Der Good-Practice-Ansatz der BZgA

Der Setting-Ansatz, der in der gesundheitsförderlichen Praxis für sozial Benachteiligte einen hohen Stellenwert hat, ist sehr komplex und fordert von Praktiker/-innen ein hohes Maß an Projektplanungskompetenz und methodischem Wissen. Finanzielle Einsparungen lassen zudem Effektivität und Effizienz in den Vordergrund rücken. Aus diesen Gründen ist es notwendig Methoden der Qualitätsentwicklung zu gestalten, die die Anbieter unterstützen und Beispiele guter Praxis darlegen. (BZgA, 2007)

Der Good-Practice-Ansatz stellt einen pragmatischen Ansatz zur Qualitätsentwicklung dar. Abgeleitet ist der Begriffe vom „Hochleistungsansatz“ bzw. "Best Practice" aus der Wirtschaft. Best Practice ist eine Weiterführung des sogenannten Benchmarking. Unter Benchmarking versteht man zunächst den systematischen Vergleich mit anderen Organisationen und deren Prozessen. Ziel dabei ist aus deren Problemlösestrategien zu lernen. Verfolgt ein Unternehmen den Best-Practice-Ansatz hat es das Ziel alle vorhandenen Ressourcen zu nutzen, um vorbildliche Verfahrensweisen und Lösungen zu finden und Höchstleistungen zu erreichen. Vorhandene Erfahrungen erfolgreicher Organisationen (oft auch Konkurrenten) werden hierzu systematisiert und verglichen. (Krems, 2009)

Good Practice wird durch den Kooperationsverbund und den beratenden Arbeitskreis der BZgA beschrieben als „*ein Prozess, der von der Kriterienentwicklung über die Auswahl von Beispielen und den Transfer in andere Projekte und Handlungsfelder bis hin zur Qualitätsoptimierung von Angeboten reicht.*“ (BZgA, 2007, S.12). Beispiele guter Praxis sollen Anbieter von Projekten die Möglichkeit geben von anderen zu lernen und bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten helfen. (BZgA, 2007)

Wie in dieser Arbeit vorgesehen, konzentriert sich der Kooperationsverbund bei der Auswahl von Beispielen guter Praxis nur auf einige Kriterien. Aus der Erfahrung ist deutlich geworden, dass kein Projekt alle 12 entwickelten Kriterien erfüllt. Aus diesem Grund konzentriert sich die Auswahl und Darstellung jeweils auf maximal drei herausragende gute Praxisbereiche eines Projektes. Als Grundvoraussetzung wird jedoch immer die Erfüllung der zwei Kriterien „Vorliegen einer Konzeption und gesundheitsförderndes Selbstverständnis“ und „Zielgruppe in schwieriger sozialer Lage“ benannt, so dass die ausgewählten Projekte insgesamt mindestens fünf Kriterien erfüllen. Mit der Beschränkung auf die Auswahl und Darstellung der herausragenden Bereiche werden zwei

wesentliche Ziele verfolgt. Zum einen soll eine Überforderung und Konfrontation mit überhöhten Erwartungen an die Projektanbieter vermieden werden. Dies hätte abschreckende und demotivierende Reaktionen zu Folge. Zum anderen wird durch die Auswahl von nur einigen Kriterien die Konzentration auf die herausragenden Inhalte gefördert. Interessierte Projektanbieter bekommen so die Informationen, die sie zur Implementierung guter Praxisbereiche in ihre Arbeit benötigen. (BZgA, 2007)

8.2 Bewertung der Projekte nach ausgewählten Kriterien guter Praxis

Die Kriterien guter Praxis, die vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsprojektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt wurden, berücksichtigen drei Aspekte, resultierend aus Forschungsergebnissen und entwickelten Qualitätsinstrumenten. Zum einen richten sich die Kriterien an den inhaltlichen Zielen der Projekte - die Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit durch Einbindung der Zielgruppe in Prozesse - aus. Außerdem spiegeln die Kriterien das ganzheitliche Konzept von Gesundheitsförderung der WHO wider. Auch das wachsende Interesse der beteiligten Akteure an Qualität von Projekten und der Rechtmäßigkeit der Verwendung öffentlicher Mittel und Spenden wird berücksichtigt. (BZgA, 2007)

Die entwickelten Kriterien werden im Folgenden kurz genannt:

1. Konzeption/Selbstverständnis
2. Zielgruppe
3. Innovation und Nachhaltigkeit
4. Multiplikatorenansatz
5. Niedrigschwellige Arbeitsweise
6. Partizipation
7. Empowerment
8. Gestaltung der Lebenswelt/Settingansatz
9. Vernetzung/Integriertes Handlungskonzept
10. Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung
11. Dokumentation und Evaluation
12. Kosten-Nutzen-Relation (BZgA, 2007)

Im Rahmen dieser Arbeit und unter Berücksichtigung der Forschungsfrage und des Titels nach Umsetzungsmöglichkeiten von Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund werden nur die Kriterien der Konzeption bzw. des Selbstverständnisses sowie der Zielgruppe behandelt. Ergänzend erfolgt eine Analyse bezüglich der Verhaltens- oder Verhältnisorientierung der Projekte.

8.2.1 Konzeption und Selbstverständnis

Der Kooperationsverbund erwartet von einer Projektkonzeption bzw. dem Projektselbstverständnis, dass „(...) *ein klarer Zusammenhang zur Gesundheitsförderung und/oder Prävention hervorgeht, sowie eine hierauf basierende Zielformulierung*“. Zudem muss eine „(...) *Verminderung der sozialen Ungleichheit explizit und systematisch angestrebt (...)*“ werden (BZgA, 2007, S.18)

In allen drei beschriebenen Projekten liegt dieser Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und den Projektzielen vor. In der Gesundheitsberatung der Eltern-Kind-Gruppe bekommen Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund auf einem zugehenden und niedrigschwelligen Weg Informationen zur Entwicklung und Förderung ihres Kindes. Durch die Anwesenheit einer Kinderärztin vom Gesundheitsamt erhalten sie zusätzlich eine erste Möglichkeit Fragen bezüglich des Gesundheitszustandes des Kindes zu klären. Ziel ist mögliche Entwicklungsverzögerungen oder Erkrankungen des Kindes frühzeitig zu erkennen und Mütter im Umgang mit ihren Kindern gesundheitsförderlich zu sensibilisieren. Diese Sensibilisierung der Mütter ist auch Ziel der Projekte Griffbereit und Rucksack. Griffbereit und Rucksack führen Kinder spielerisch an Bewegung und gesunde Ernährung heran. Zudem erhalten Sie Bildungs- und Entwicklungsanreize durch Spiel- und Sprachförderung. Vermittelt werden ihnen diese durch ihre Mütter, die durch Elternbegleiterinnen geschult werden. So erhalten die Eltern, als Erziehungspersonen, wie in der Eltern-Kind-Gruppe einen sehr niedrigschwelligen Zugang zu gesundheits- und entwicklungsförderlichen Informationen. Die Mütter werden zudem besser in den Stadtteil integriert und werden dadurch selbstbestimmter und selbstbewusster. Den Kindern sollen gleichwertige Bildungschancen, wie Kindern ohne Migrationshintergrund, durch frühe Sprach- und Spielförderungen eröffnet werden. Eine gesundheitsförderliche Erziehung durch gesunde Ernährung und Bewegung soll Entwicklungsdefizite und Erkrankungen verhindern. MICK greift den gesundheitsförderlichen Aspekt durch Bewegung, Ernährung und Steigerung des Selbstvertrauens auf. Mädchen mit Migrationshintergrund werden durch Fußball-AGs an Schulen gezielt für Bewegung begeistert und in Sportvereine integriert. Was gesunde Ernährung bedeutet, erfahren sie durch die kostenlos angebotenen Speisen bei den Mädchenfußball-Turnieren. Durch das Fußballspielen gewinnen die Mädchen zusätzlich an Anerkennung und Selbstvertrauen. Dies wirkt sich positiv über das Fußball spielen auf andere Lebensbereiche aus.

8.2.2 Die Zielgruppe – Zugangswege und Erreichung

Die Zielgruppe muss nach der Definition des Kooperationsverbundes sozial benachteiligt sein. In wieweit die Zielgruppe erreicht wird, kann durch Interviews mit Koordinatoren und Initiatoren geprüft werden. Die soziale Benachteiligung der Zielgruppe wurde im Kapitel „2. Armut und soziale Ungleichheit von Mädchen und d Jungen mit Migrationshintergrund“ ausführlich beschrieben. Ob diese Zielgruppe auch in den drei Projekten angesprochen und erreicht wird, wurde durch die Experteninterviews ermittelt.

In allen drei Projekten wird die Zielgruppe „Menschen mit Migrationshintergrund“ angesprochen. Differenzierter betrachtet, stellt sich heraus, dass in der Gesundheitsberatung im Stadtteiltreff Kreyenbrück und bei Rucksack und Griffbereit nicht nur die Mädchen und Jungen, sondern auch ihre Eltern die Zielgruppe darstellen. Die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Elternarbeit bei den Projekten für 0-10 jährige Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund wurde im Kapitel „3.2.1 Elternarbeit“ bereits erläutert. Eine Erreichung und Beteiligung der Eltern der angestrebten Zielgruppe trägt zum erfolgreichen Gelingen von Gesundheitsförderungsprojekten bei. Denn als Erziehungs- und Bezugspersonen sind sie für gesundheitsförderliche Verhaltens- und Lebensweisen verantwortlich und können durch eigenes Vorleben, als Vorbilder für ihre Kinder dienen. (Rönnau/Fröhlich-Gildhoff, 2008)

In zwei Projekten (Griffbereit/Rucksack, Gesundheitsberatung) werden diese unterstützungsbedürftigen und für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung von Mädchen und Jungen benötigten Eltern, auf verschiedenen Wegen erreicht. In die Eltern-Kind-Gruppe kommen die Eltern durch Aushänge in Kitas und im Stadtteil. Auch der Arbeitskreis des Stadtteils macht Werbung für die Gemeinwesenarbeit in allen Institutionen. Doch ebenso wie bei Griffbereit und Rucksack gelingt – gerade unter Eltern mit Migrationshintergrund – die Mund-zu-Mund-Propaganda. Alle Expertinnen berichteten, dass die direkte Ansprache der Eltern durch andere Eltern am wirkungsvollsten sei. Erfahrungen mit den Projekten können so an andere Eltern auch in der Landessprache weitergegeben werden. Die Überzeugungsarbeit ist auf diesem Weg wesentlich einfacher. Griffbereit und Rucksack bilden für diese Art der Aquse die oben beschriebenen Elternbegleiterinnen aus, die als kommunikative, gut vernetzte Stadtteilmütter andere Mütter für die Projekte gewinnen. Im MICK-Projekt wird die Zielgruppe der Mädchen mit Migrationshintergrund über die Schulen erreicht. Die Schule, als Setting, in dem sich Kinder einen großen Teil des Tages aufhalten, ist sehr gut für die Erreichung der erwünschten Zielgruppe geeignet. Durch das niedrigschwellige Angebot der Fußball-AGs in den Schulen entstehen keine zusätzlichen Wege oder Barrieren.

Alle drei Interviews ergaben nicht nur einen niedrigschwiligen Zugangsweg zur Zielgruppe, sondern auch eine erfolgreiche Erreichbarkeit der Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund durch diese Zugangswege. Eine steigende Nachfrage für alle Gruppen und ein überwiegend positives Feedback der Nutzer und Kooperationspartner, lässt auf erfolgreiche Projekte und den Bedarf in der Bevölkerung schließen.

8.2.3 Verhältnis- und Verhaltensorientierung

Nach der Definition der WHO strebt Gesundheitsförderung sowohl eine Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen, als auch der gesundheitsrelevanten Lebensweisen an. Gesundheitsförderung soll Menschen nicht nur zur Verbesserung ihrer Gesundheit befähigen, sondern auch Einfluss nehmen auf soziale, ökologische, kulturelle und ökonomische Determinanten von Gesundheit. Wird nicht nur gesundheitsförderliches Verhalten erlernt, sondern

auch die Umgebung gesundheitsförderlich gestaltet, haben Projekte die Chance nachhaltig und somit längerfristig effektiv zu sein. (Lehmann, 2003) Aus diesem Grund erfolgt eine Analyse der Projekte hinsichtlich ihrer Ebene, auf der sie Veränderung anstreben. Verhältnisorientierte Strategien haben Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, politisch-administrative Veränderungen der Rahmenbedingungen oder die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten zum Ziel. Chancengleichheit soll durch politische Strategien erreicht werden, z.B.: in der Steuerpolitik, Verbreitung von Maßnahmen der Kindersicherheit und Interventionen zur sozialen Integration. Verhaltensorientierte Strategien zielen auf die Individualeben ab. Menschen sollen durch Gesundheitsförderung lernen, ihr persönliches Gesundheitspotenzial zu entfalten. Schwerpunkte sind hierbei individuelle Ressourcenstärkung und Kompetenzsteigerung und damit das Konzept der Förderung von individuellen Lebenskompetenzen (Life Skills). (Richter, A., 2007)

In der Gesundheitsberatung im Stadtteiltreff Kreyenbrück wird eine Verhaltensänderung der Zielgruppe angestrebt. Zwar beschreibt die Gemeinwesenarbeit in ihren Grundsätzen das Ziel sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisänderungen anzustreben, doch wird in der Gesundheitsberatung eine Sensibilisierung der Mütter im Umgang mit ihrem Kind angestrebt. Verhältnisbezogene Strategien, die die Unterstützung der Politik durch Prioritätensetzung des Themas gesundheitliche Chancengleichheit und Einbeziehung von Akteuren, die nicht dem Gesundheitsbereich zuzurechnen sind, sind nicht vorgesehen. Diese individuenbezogene Strategie, lässt sich auch bei Griffbereit und Rucksack finden. Hier bekommen die Mütter gezielte Informationen zur Gesundheits- Sprach- und Spielförderung ihrer Kinder. Die Kinder selbst bekommen die Möglichkeit sowohl deutsch als auch ihre Herzens- bzw. Muttersprache richtig zu lernen und spielerisch Bewegung und gesunde Ernährung kennen zu lernen. Im Gegensatz zu der Gesundheitsberatung findet bei Rucksack auch eine Verhältnisorientierung statt. So werden auch die Kitas mit in das Projekt einbezogen und die Abläufe dort gesundheitsförderlich verändert (gesundes Frühstück, Vorlese-Aktionen). MICK zielt auf eine Verhaltensänderung der Mädchen mit Migrationshintergrund ab. Durch Fußball sollen sie Spaß an Bewegung bekommen, in den Vereinssport integriert werden, und ihr Selbstbewusstsein steigern. Auf der Verhältnisebene wird durch Kooperationen mit ansässigen Sportvereinen deren interkulturelle Öffnung angestrebt. Somit wird auch bei MICK sowohl eine individuenbezogene als auch eine gesellschaftsbezogene Strategie angewendet.

Bei allen drei Projekten liegt der Fokus auf der Verhaltensänderung der Zielgruppe durch Befähigung zu gesundheitsförderlichen Lebensweisen. Um eine Nachhaltigkeit der Projekte zu erreichen, wird versucht die Verhältnisse gesundheitsförderlich zu strukturieren. Dies erfordert jedoch Veränderungen auf politischer Ebene, denen längere Erklärungs-, Diskussions- und Überzeugungsprozesse vorausgehen. Individuenbezogene Strategien (Verhaltensorientierung) und gesellschaftsbezogene Strategien (Verhältnisorientierung) sollten in einem ganzheitlichen, nachhaltigen Gesundheitsförderungsprojekt miteinander kombiniert sein. Die Praxis zeigt jedoch, dass dies aufgrund von zeitlichen, strukturellen oder finanziellen Mitteln nicht immer möglich ist.

9 Fazit

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund häufiger als ihre deutschen Altersgenossen/-innen in sozial benachteiligten Lagen leben und bei einigen gesundheitlichen Determinanten (Mundgesundheit, Ernährungsverhalten, Adipositas, Unfallgefährdung) Defizite aufweisen. Um die heterogene Gruppe der Jungen und Mädchen mit Gesundheitsförderung zu erreichen, ist es notwendig eine genaue Zielgruppendefinition und -analyse vorzunehmen. Unterschiede in den Bedürfnissen bestehen zwischen den Geschlechtern, den Nationalitäten und Aufenthaltslängen in Deutschland. Inwieweit Menschen mit Migrationshintergrund einen besonderen genderspezifischen Bedarf der Gesundheitsversorgung haben, ist noch nicht ermittelt. (Robert-Koch-Institut, 2008a) Bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung sollten die Adressaten bei allen Entwicklungsprozessen mitwirken und mitentscheiden können, denn sie sind „Experten/-innen“ für ihre Bedürfnisse. Partizipation kann auch beim Zugang zur Zielgruppe helfen. Rucksack und Griffbereit bilden Elternbegleiterinnen aus der Gruppe der Adressaten aus, die dann als Vorbilder und Zugang zu weiteren Müttern dienen. Auch bei den Inhalten der Gruppenstunden und Aktionen entscheiden und wirken die Teilnehmerinnen mit.

Die vorgestellten Projekte aus Oldenburg zeigen, wie Gesundheitsförderung erfolgreich umgesetzt werden kann. Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung sind hierbei die stetig steigende Nachfrage der Zielgruppe. Der Zugang zur Zielgruppe stellt durch die zugehende, niedrigschwellige Arbeitsweise und Mund-zu-Mund-Propaganda keine Schwierigkeit dar. In anderen Bereichen sind Hindernisse allerdings keine Seltenheit. So fehlen gezielte Angebote für Jungen und einzelne Nationalitäten. Auch die Elternarbeit und das Verstehen und der Umgang mit kulturellen Unterschieden stellen Projektinitiatoren/-innen vor Schwierigkeiten. Der befristete Projektcharakter von Griffbereit/Rucksack und MICK verhindert zudem nachhaltige Effekte. Sobald ein Projekt nicht mehr finanziert wird, bedeutet dies das Ende für viel Arbeit und erzielte Erfolge. Es sollte eine Bestrebung der Landes- und Bundespolitik sein, erfolgreiche Programme aus dem befristeten Projektstatus herauszuholen und langfristig in eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik zu integrieren. Hierzu sind umfassende Evaluationen und kontinuierliche Qualitätsverbesserungen und Bedürfnisanpassungen erforderlich. Bei den vorgestellten Projekten zeigte sich jedoch, dass eine Evaluation zur Qualitätssicherung, -verbesserung und Überprüfung der Zielerreichung fehlt. Evaluationen von Gesundheitsförderungsprojekten werden vielfach aus Kostengründen gar nicht oder nur unzureichend durchgeführt. Dies hat eine fehlende Transparenz von Notwendigkeit, Erreichbarkeit der Ziele, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit zur Folge. (Robert-Koch-Institut, 2008a) Es sollte also ein Ziel der Politik, Sponsoren und Förderer von Projekten sein, Evaluationen aus Gründen der Qualitätskontrolle, -verbesserung und Nachhaltigkeit zu finanzieren.

Die in dieser Arbeit diskutierte und vom MICK-Projekt festgestellte Armutsproblematik, sollte Handlungsanreize für die Politik stellen. Der erklärte Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit fordert Maßnahmen zur Verringerung der sozialen Ungleichheit, die zur Verbesserung der Gesundheit von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund beitragen.

Wie strukturelle Verbesserungen für Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene aussehen können, zeigen die Vorhaben der Integrationsbeauftragten der Stadt Oldenburg, Ayca Polat. Für die kommenden Jahre ist für Menschen mit Migrationshintergrund eine vermehrte gesundheitliche Aufklärung in Kooperation mit Kinderärzten geplant. Hierzu werden Informationen in verschiedene Sprachen übersetzt und in Praxen und über das Gesundheitsamt verteilt. Als Vorbild dienen die türkisch-deutschen Elternbriefe des Arbeitskreises Neue Erziehung e.V. Die erfolgreichen Projekte mit Stadtteilmüttern bzw. -vätern und die Schwangerenvor- und nachsorge für Familien mit Migrationshintergrund sollen ausgebaut werden. Hierzu ist eine Broschüre in türkischer, arabischer und russischer Sprache geplant, die Anlauf- und Informationsstellen in Oldenburg zusammenfasst. Ein Arbeitskreis Migration, Gesundheit und Sport soll sich vor allem mit gesundheitsförderlichen Aspekten des Sports für Menschen mit Migrationshintergrund befassen und Umsetzungsmöglichkeiten erarbeiten. Für Oldenburg soll zudem eine migrantenspezifische Gesundheitsberichterstattung (GBA) aufgebaut werden.

Eine migrantenspezifische GBA liefert wichtige Daten zu Gesundheitsressourcen und Krankheitsrisiken der Menschen mit Migrationshintergrund. Zum Aufbau und der erfolgreichen Umsetzung gesundheitsförderlicher Projekte sind diese Daten eine wichtige Grundlage. Die migrantenspezifische GBA befindet sich in Deutschland noch am Anfang. Erst seit 2005 werden durch den Mikrozensus auch Daten zu Menschen mit Migrationshintergrund erfasst. Mit dem KiGGS-Studie wurden erstmals Daten zur Gesundheit und Krankheit von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund erhoben. Differenziertere Untersuchungen und das Erstellen von Korrelationen können zu einer Ausweitung zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderungsmaßnahmen beitragen. Auch zur Verminderung von Zugangsbarrieren und Gründen für Nichtinanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderungsprojekten können diese Daten Hinweise und Anreize geben. Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit eine Zusammenarbeit der Finanz-, Bildungs- und Sozialpolitik. Nur eine Gesamtpolitik, die eine Reduzierung der sozioökonomischen, gesundheitlichen und bildungsbezogenen Ungleichheit anstrebt, kann gesundheitsförderliche Verhältnisse schaffen, in der gesundheitsförderliches Verhalten erlernt und umgesetzt werden kann. (Ottova/Richter, 2008) Doch nicht nur die Bundespolitik, sondern auch kommunale Vertreter, Migrantenorganisationen, der Öffentliche Gesundheitsdienst, Krankenkassen, Sportvereine, Schulen und Kitas müssen für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund zusammenarbeiten.

„(...) Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht. Aber der Zugang ist es nicht allein, der gewährleistet werden muss. Darüber hinaus muss jede Gesellschaft dafür Sorge tragen, dass die Chancen aller Bürger/-innen auf ein Leben in guter Gesundheit gut verteilt sind. Es kann nicht hingegenommen werden, dass die Gesundheitschancen davon abhängen, wie reich oder arm, wie gebildet oder ungebildet jemand ist, ob er die Sprache des Aufenthaltslandes gut oder schlecht versteht oder ob jemand Arbeit hat oder nicht.(...)“ (Schröder, 2004, S. 19)

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T/ Kolip, P: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung, In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Hans Huber, Bern, 2004
- Altgeld, T.: Gesundheitsfördernde Settings in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI, Berlin, 2004.
- Altgeld, T.: Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen, In: Richter, M/ Hurrelmann, K: Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Perspektiven, Probleme, VS-Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlag GmbH, Wiesbaden, 2006
- Bau, A.-M./Gothe, R. M./ Borde, T.: Gibt es Unterschiede im Ernährungsverhalten von Kita-Kindern verschiedener Ethnien - Ergebnisse aus Berlin-Wedding, In: Borde,T./David, M.(Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund - Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2005
- Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): 7. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Berlin, 2007
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung - Lebenslagen in Deutschland, Bundesanzeiger-Verlag, Berlin, 2008
- Böhmer, M/ Heimer, A./ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dossier - Armutsrisiken von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Materialien aus dem Kompetenzzentrum für familienbezogene Leistungen im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, 2008
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Siebter Familienbericht – Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit – Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik, Berlin, 2006
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): „ Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei soziale Benachteiligten – Ansatz, Beispiel, weiterführende Information, 3. erweiterte und überarbeitete Auflage, Köln, 2007
- Deneke, C./ Hofrichter, P./ Waller, H. (unter Mitarbeit von Richter, Antje): Armut und Gesundheit – Bestandsaufnahme, Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen, Forschungsbericht des Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG) der Universität und der Fachhochschule Lüneburg, Lüneburg, 2002
- Duman, T.: Migration im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit, In: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V. Niedersachsen (Hrsg.): Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung, 2. Quartal, Heft 55, Hannover, 2007
- Ebigt, S.: Menschen mit Migrationshintergrund in Niedersachsen, In: Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Statistische Monatshefte Niedersachsen, 61. Jahrgang, Heft 10, Hannover, 2007
- Fein, H.-P./ Statistisches Landesamt Rheinland- Pfalz: Internationaler Tag der Migranten - Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Rheinland-Pfalz im Ländervergleich unterdurchschnittlich, Pressemitteilung Nr. 185, vom 17.12.2007, <http://www.statistik.rlp.de/hau/presse/pm07185.html>, Stand 09.02.2009
- Flick, U.: Qualitative Forschung – Theorie, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaft, 2. Auflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Hamburg, 1996

- Franzkowiak, P.: Salutogenetische Perspektive, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo, Schwabenheim, 2003
- Geiger, I./ Razum, O.: Migration: Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften, In: Hurrelmann, K./ Laaser, U./ Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4. Auflage, Juventa, Weinheim, 2006
- Grossmann, R./ Scala, K.: Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo, Schwabenheim, 2003
- Helmert, U.: Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken, Maro-Verlag, Augsburg, 2003
- Holz, G./ Richter, A./ Wüstendörfer, W./ Giering, D.: Zukunftschancen für Kinder!? – Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit – Zusammenfassung des Endberichts der 3. Phase der AWO-ISS-Studie, AWO- Bundesverband e.V. Verlag, Bonn, 2005
- Hurrelmann, K.: Determinanten von Gesundheit, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo, Schwabenheim, 2003
- Kaba-Schönstein, L.: Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder- und Strategien, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo, Schwabenheim, 2003
- Kamensky, J./Mielck, A./ Richter, A./ Gickeleiter, M.: Gesunde Kinder – gleichen Chancen für alle? - Ein Leitfaden für den öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd), Bielefeld, 2003
- Krems, B.: Benchmarking, Online -Verwaltungslexikon - Management und Reform der öffentlichen Verwaltung, <http://www.olev.de/b/benchm.htm>, Stand 10.02.2009
- Konsortium Bildungsberichterstattung (Hrsg.): Bildung in Deutschland – Ein Indikatoren gestützte Bericht mit einer Analyse zur Bildung und Migration – Zusammenstellung wesentlicher Ergebnisse des Berichts, W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld/ Frankfurt am Main, 2006
- Lampert, T./ Saß, A.-C./ Häfeling, M./Ziese, T./ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin, 2005
- Lampert, T./ Richter, M.: Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen In: Richter, M/ Hurrelmann, K: Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Perspektiven, Probleme, VS-Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlag GmbH, Wiesbaden, 2006
- Lampert, T.: Gesundheit von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), Vortrag auf der Tagung „Gesundheit für alle Kinder!“ am 30.09.2008, Oldenburg, <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/30.09.08.vortrag.lampert.pdf>, Stand 16.01.2009

- Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (Hrsg.):
Statistische Berichte Niedersachsen – Ausländer am 31.12.2007 – Ergebnisse des
Ausländerzentralregisters, Hannover, 2008
- Lehmann, M.: Verhaltens- und Verhältnisprävention, In: Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten,
Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 4. Erweiterte und überarbeitete
Auflage, Peter Sabo, Schwabenheim, 2003
- Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung, 4. Auflage, Psychologie Verlags
Union, Weinheim, 1999
- Meuser, M./ Nagel, U.: ExpertInneninterviews- vielfach erprobt, wenig bedacht - Ein Beitrag
zur qualitativen Methodendiskussion, In: Garz, D./ Kraimer, K. (Hrsg.): Qualitativ-
empirische Sozialforschung, Opladen 1991
- Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit - Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze,
Interventionsmöglichkeiten, Huber-Verlag, Bern, 2000
- Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Statistische Monatshefte Niedersachsen,
61. Jahrgang, Heft 11, Hannover, 2007
- Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Niedersächsischer Armuts- und
Reichtumsbericht 2008, Statistische Monatshefte Niedersachsen, 62. Jahrgang, Heft 12,
Hannover, 2008
- Ottova, V./ Richter, M.: Gesundheit , Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten – ein
Resümee, In: Richter, M./ Hurrelmann, K./ Klocke, A./ Melzer, W./Ravens-Sieberer, U.
(Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten- Ergebnisse der zweiten
internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO,
Juventa Verlag, Weinheim/ München, 2008
- Pott, E./ Lehmann, F.: Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen
aus soziale benachteiligten Gruppen, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
(Hrsg.): Gesundheitsförderung für soziale Benachteiligte – Aufbau einer Internetplattform
zur Stärkung der Vernetzung der Akteure, Forschung und Praxis der
Gesundheitsförderung, Band 22, Köln, 2003
- Programm Soziale Stadt, Deutsches Institut für Urbanistik GmbH, im Auftrag des
Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtplanung, vertreten durch das Bundesamt
für Bauwesen und Raumordnung, <http://www.sozialestadt.de/programm>, Stand 28.01.2008
- Richter, A.: Armutsprägung bei Kindern, Jugendlichen, Frauen und Familien – Expertise im
Auftrag des Bundesministeriums Familie, Senioren, Frauen und Jugend für den ersten
Armuts- und Reichtumsbericht, Berlin, 2000
- Richter, A.: Soziale Lage und Gesundheit, Vortrag am 15.9.2004 auf der Fortbildungstagung
der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Jugendzahnpflege, Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover, 2004
- Richter, A.: Armutsprävention - ein Auftrag für die Gesundheitsförderung In: Zander, M.
(Hrsg.): Kinderarmut - Ein einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis,
Wiesbaden 2005
- Richter, A.: Beispiele Guter Praxis in Europa - Qualitative Analyse der
zielgruppenspezifischen Modelle für die Altersgruppe Kinder und Jugendliche aus „Closing
the Gap“, im Auftrag der BZgA, Köln, 2007; <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/richtergutepraxiseuropa2006endfassung.pdf>, Stand 11.02.2009,

- Richter, A.: Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen mit Benachteiligung, In: Stein, R./ Orthmann Bless, D. (Hrsg.): Private Lebensgestaltung bei Behinderung und Benachteiligung im Kindes- und Jugendalter, Basiswissen Sonderpädagogik, Band 3, Schneider Verlag Hohengehren GmbH, Baltmannsweiler, 2009
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut bei Kindern und Jugendlichen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes/ Statistisches Bundesamt, Heft 4, überarbeitete Neuauflage, Berlin, 2005
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes/ Statistisches Bundesamt, Berlin, 2006
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes/ Gesundheitsberichterstattung des Bundes/ Statistisches Bundesamt Berlin, 2008a
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung der Bundes, Berlin, 2008b
- Rönnau, M./ Fröhlich-Gildhoff, K.: Elternarbeit in der Gesundheitsförderung – Angebote, Zugangswege unter der besonderen Berücksichtigung der Zielgruppe „schwer erreichbare Elter“, Expertise für das Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2008
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen – Gutachten, Berlin, 2005
- Schröder, K.-T.: Realisierung gleicher Gesundheitschancen, In: Geene, R./ Halkow, A. (Hrsg.): Armut und Gesundheit – Strategien der Gesundheitsförderung, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2004
- Settortobulte, W.: Der Einfluss der Gleichaltrigen auf das Risikoverhalten im Kontext sozialer Ungleichheit, In: Richter, M./ Hurrelmann, K./ Klocke, A./ Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten- Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, Juventa Verlag, Weinheim/ München, 2008
- Stadt Oldenburg (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2008, Fachdienst Stadtinformation und Geodaten, Oldenburg, 2008
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Leben in Deutschland – Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Wiesbaden, 2006
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1, Reihe 2.2, korrigierte Auflage, Wiesbaden, 2008
- Trabert, G.: Kinderarmut und Gesundheit - Wie Armut krank und Krankheit arm machen kann, In: Sozialmagazin, 28.Jahrgang, Nr. 4, Juventa-Verlag GmbH, Weinheim, 2003
- Weisser, G.: Wirtschaft, In: Ziegenfuss, W. (Hrsg.): Handbuch der Soziologie, F.Henke Verlag, Stuttgart, 1956

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfestellung selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hannover, 26.02.2008

Stephanie Schluck

10 Anhang

Anhang 1:	Der Interviewleitfaden	52
Anhang 2:	Kategorisiertes Interview Gesundheitsberatung im Stadtteiltreff Kreyenbrück	53
Anhang 3:	Kategorisiertes Interview Griffbereit/Rucksack	56
Anhang 4:	Kategorisiertes Interview MICK	63
Anhang 5:	Evaluation MICK	66

Anhang 1

Der Interviewleitfaden

Interviewfragen zu Projekten im Raum Oldenburg für die Bachelor-Arbeit „Gesundheitsförderung für Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund“ von Stephanie Schluck

Interviewerin: Stephanie Schluck, HAW Hamburg

Interviewte(r):

Datum:

Dauer:

Projektname:

Diese Fragen dienen als Leitlinien. Es soll sich ein lockeres Gespräch zwischen den Interviewpartnern ergeben.

Ziel der Befragung ist eine Darstellung von Projekten aus dem Raum Oldenburg/Niedersachsen, die sich mit Gesundheitsförderung von Jungen und Mädchen mit Migrationshintergrund befassen. Es sollen Inhalte und Ziel der Projekte, Zugangswege zur Zielgruppe, erfolgreiche Ansätze und Barrieren beschrieben werden. Die Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Projekte. Die Biographie des/ der Befragten wird nicht berücksichtigt. Das Interview dient der Erarbeitung von Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe und Umsetzungsmöglichkeiten von Gesundheitsförderung für die Zielgruppe.

1. Was sind die Inhalte und Ziele Ihres Projektes?
 - Welche Zielgruppe sprechen Sie an?
 - Wie haben Sie Zugang zu dieser Zielgruppe gefunden?
 - Wie merken Sie, dass Sie Ihre Zielgruppe erreichen?
 - Gibt es genderspezifische Angebote?
 - Wie gehen Sie bei Ihrer Arbeit vor? Aufsuchend, Komm-Struktur, begleitend?
 - Wie lange läuft Ihr Projekt schon? Ist die Laufzeit begrenzt?
2. Wo sehen Sie die Verknüpfungen/Ansatzpunkte zwischen Ihrem Projekt und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe? Wie wird die Gesundheit der Zielgruppe durch ihr Projekt gefördert?
3. Was waren Gründe für Sie, dass Projekt an diesem Standort einzuführen?
 - Welche vergleichbaren Angebote in Ihrer Umgebung gibt es?
4. Was gab/ gibt es für Hindernisse/ Barrieren?
5. Was läuft gut? Wodurch zeichnet sich ihr Projekt aus?
6. Gab/gibt es eine Evaluation? Bekommen Sie Feedback von den Nutzern?

Anhang 2

Kategorisiertes Interview zur Gesundheitsberatung im Stadtteiltreff Kreyenbrück mit Frau Anna Kheikhel am 13.11.2008

1. Standortbeschreibung

Die Bewohner kommen aus verschiedenen Heimatländern und so Prozentmäßig würde ich sagen, der Migrantanteil ist groß im Vergleich zu ganz Oldenburg. Die Menschen wohnen auch in verschiedenen Lebenssituationen, fühlen sich öfter nicht wohl, leiden unter Arbeitslosigkeit. Ein Kindergarten wird komplett von der Stadt und dem Jugendamt bezahlt. Kein Elternteil arbeitet dort selbst. Das ist schon ein Zeichen...

2. Zielgruppe

Kinder zwischen 1 und 3 Jahren und deren Eltern

3. Zugangswege zur Zielgruppe

Stadtteilarbeit und Aushänge in Kindergärten, Schulen und des Arbeitskreis Kreyenbrück. Im Arbeitskreis sitzen alle Institutionen aus Kreyenbrück. Dort kann man Werbung machen, was wir für Angebote haben. Auch ganz wichtig ist Mund-zu-Mund-Propaganda. Die Mütter sprechen sich dann selbst an und empfehlen uns weiter

4. Inhalte (Arbeitsweise, genderspezifische Angebote, Beziehung zur Gesundheit/GF, Zeitlicher Rahmen, Finanzierung,)

Die Eltern-Kind-Gruppe ist ein Teil von verschiedenen Angeboten. Der Stadtteiltreff ist hier seit 1991, seit dem gibt es auch die Eltern-Kind-Gruppe. Die Gruppe wird von einer festen Mitarbeiterin, mir, geleitet. Das ist ganz wichtig. Dort treffen sich die Frauen, und Männer auch, einmal im Jahr kommt einer oder zwei.

Früher hieß es Mutter-Kind-Gruppe, das wurde aber von mir geändert, denn das Angebot ist ja für Eltern. Wir treffen uns einmal in der Woche donnerstags von 10-11:30h. Es ist ein unverbindlicher Treff, obwohl es sehr wichtig ist, dass die Mütter den Treff regelmäßig besuchen. Man kann jederzeit ein- oder aussteigen. Es ist alles auf freiwilliger Basis.

In der Gruppe machen wir Liederspiele und Fingerspiele und alles was die Motorik fördert und einmal im Monat haben wir die Gesundheitsberatung durch das Gesundheitsamt. Da kommt Frau Dr. Holtzenbein und berät die Frauen in gesundheitlichen Fragen.

Laufzeit befristet? Nein, obwohl die Mitarbeiterverträge befristet sind?

Es gibt kein genderspezifisches Angebot

Finanzierung: 95% Stadt, 5% Kirchengemeinde. Wir sind die einzigen in kirchlicher Trägerschaft, die andern drei Gemeinwesenarbeiten sind in städtischer Trägerschaft. Wir müssen jedes Jahr einen Haushaltsantrag stellen. Es kam mal die allgemeine Frage auf, ob Gemeinwesenarbeit überhaupt in städtischer Hand sein darf, weil man eben Dinge benennen muss, die nicht stadtkonform sind.

5. Gesundheitsbezug

Es kommen öfter Fragen zur Erziehung, was mache ich mit meinem Kind gesundheitlich. Es waren schon viele Fragen da und ich fühlte mich überfordert, deshalb habe ich das Gesundheitsamt angerufen und so entstand der Kontakt zu Frau Dr. Holtzenbein. Ich habe Sie gefragt, ob Sie nicht im Rahmen der Eltern-Kind-Gruppe eine Beratung anbieten kann. Das läuft jetzt seit 2003.

Die Gruppe ist eine gute Anlauf- und Austauschstelle. Die Kinder selbst sind auch mal unter gleichaltrigen. Die Eltern tauschen sich dann über die Entwicklungsstände der Kinder aus. Durch die Gesundheitsberatung werden dann auch direkte Fragen zum Entwicklungsstand des eigenen Kindes gestellt. Natürlich stärkt das so ein bisschen

6. Ziele

Anlauf- und Austauschstelle für Eltern integriert in den Stadtteiltreff

Kontakt der Kinder mit Gleichaltrigen schon vor der Kita und als Vorbereitung auf den Alltag in der Kita. Oft auch als kleiner Ersatz für die Kita.

Es können auch Fragen zu anderen Themen geklärt werden und man hat eine Zielgruppe vor Ort. Kann diese auch in andere Projekte und Programme bringen (Sprachkurse...)

7. Besonderheiten dieses Projektes

Ein Vorteil der kirchlichen Trägerschaft ist die Unabhängigkeit. Die städtischen Einrichtungen müssen sich natürlich an städtische Vorgaben halten. Manchmal gibt es ja brisante politische Themen gerade in der Gemeinwesenarbeit. Wir können politische Probleme klar eher benennen und Änderungen fordern. Das können die städtischen nicht, weil sie ihrem Arbeitgeber loyal sein müssen. Auch Pressearbeit können wir so machen, wie wir es für richtig halten. Städtische Einrichtungen müssen das dann mit dem Pressebüro der Stadt abklären. Wir sind da schon freier.

Wir handeln also nach unserem Bedarf, nicht nach dem Willen der Stadt. Wenn keine Nachfrage mehr besteht beenden wir eine Gruppe. Der Arbeitgeber Kirche mischt sich da nicht so ein.

Die integrierte Gesundheitsberatung ist für alle Nationen, allein erziehende und nicht allein erziehende, Menschen aus allen Lebenslagen offen. Neu ist das Projekt Griffbereit, welches sich mit der Förderung der Muttersprache befasst. Dieses Programm spricht dann besonders Migrantinnen an. Ein offenes, niedrighschwelliges Angebot

8. Hindernisse/Barrieren/Unterstützung/Bedarf

Der Bedarf war immer da. Es gab Schwankungen, aber wir haben eigentlich immer eine große Warteliste. Wenn es zu viele werden, dann machen wir auch eine zweite Gruppe auf. Eine Gruppe hat immer so 10-15 Eltern. Wir hatten nicht einen Tag, an dem wir gesagt haben, dass Angebot fällt aus unserem Programm raus.

Schwierigkeiten: Nicht bei der Kooperation mit dem Gesundheitsamt. Durch die Persönlichkeit von Fr. Dr. Holtzenbein läuft die Kooperation sehr gut. Sie kommt einfach rein in die Gruppe, spricht jede Mutter an. Da ist ein Vertrauensverhältnis, Die Frauen mögen sie. Wenn sie wollen ziehen sie sich zurück und sprechen mit ihr. Es gibt keinen abgetrennten Raum in den die Mütter extra gehen müssen. Die Beratung findet integriert in der Gruppe statt. Das finde ich ganz wichtig. Als Schwierigkeiten kann man die verschiedenen Lebenslagen und kulturellen Unterschiede der Frauen nennen. Es ist schwierig eine Linie zu fahren. Kompromisse sind ganz wichtig in meiner Arbeit und auch Einzelgespräche, damit eine Gruppe entsteht.

9. Andere vergleichbare Angebote

Es gibt vier Stadttreffs. Dort gibt es auch Etern-Kind-Gruppen, aber mit anderem Konzept. Ob die dann Gesundheitsberatung haben, weiß ich nicht.

10. Evaluation

Mündlich ja, aber sonst keine Evaluation. Wir schreiben einen Jahresbericht. Die große Nachfrage spricht für ein erfolgreiches Konzept. Wir erfahren viel von anderen ähnlichen Gruppen, die sich gründen und dann schnell wieder aufgeben müssen. Es gibt auch Frauen, die aus anderen Gruppen zu uns kommen und sagen sie möchten lieber unsere Gruppe mit ihrem Kind besuchen. Das ist sehr subjektiv.

Anhang 3

Kategorisiertes Interview zu Rucksack und Griffbereit mit Frau Bunjes und Frau Göhler am 13.11.2008

- 1. Standortbeschreibung**
- 2. Zielgruppe**

Die Zielgruppe spezielle sind Eltern mit Migrationshintergrund, aber mehr die Mütter. Die Väter sind nicht ausgeladen, passen aber nicht rein, weil die Frauenarbeit in diesen Kulturen sehr dezidiert ist. Finden sich genug Väter für ein e Gruppe können Sie natürlich auch so eine Gruppe bilden, aber wir wollen keine gemischt geschlechtliche Gruppe.

Bei Griffbereit sind es Kinder zwischen 1- und 3 und bei Rucksack zwischen 4 und 6 Jahren.

- 3. Zugangswege zur Zielgruppe**

Elternbegleiterinnen bekommen wir über die GWAs. Dort sind Frauen, die sich zum Kaffee treffen oder schon Gruppen haben. Frau Bunjes hat sie dann angesprochen und sie haben sich bereit erklärt dies zu machen. Oder über Mund-zu-Mund-Propaganda. Wir hatten keine Schwierigkeiten die Begleiterinnen zu finden. Wir haben auch eine Nachbesetzungsliste, falls jemand ausfällt. Die Aquse der Gruppe erfordert etwas Zeit. Teilweise sind die Gruppen schon vorhanden, teilweise müssen sic sich erst bilden. Elternbegleiterinnen sprechen potentielle Teilnehmer auf Spielplätzen oder sonstigen Aktivitäten an oder es läuft über Mund-zu-Mund-Propaganda. Es wird nicht über die schriftliche Form gemacht, sondern über persönliche Ansprache. Texte sind oft zu schwierig und werden nicht gelesen oder können nicht gelesen werden.

Zugangswege zu Müttern bei Beginn einer neuen Gruppe sind: Kitas, Spielplätze, Feste, Elternbegleiterinnen/Stadtteilmutter. Eine Elternbegleiterin muss eine gut vernetzte, aktive, offene Mutter in einem Stadtteil. Sie muss die Mütter direkt - am besten in der Muttersprache--ansprechen. ZAUBERWÖRTER!! Durch sie bekommst du den Zugang zu deiner Zielgruppe. Ansonsten hast du keine Chance.

- 4. Inhalte (Arbeitsweise, genderspezifische Angebote, Zeitlicher Rahmen, Finanzierung,)**

Unterschied Griffbereit und Rucksack

Rucksack: Zielgruppe Kinder 4-6 Jahre, andere Form, 1 Elternbegleiterin, die im Kindergarten arbeitet, sollte Zusammenarbeit mit der Erzieherin suchen. Treffen sich einmal in der Woche. Erzieherinnen und Elternbegleiterinnen erarbeiten ein Thema (z.B.: Herbst oder Feste) und versuchen dieses an die Mütter weiterzugeben. Dasselbe Thema wird dann in der Rucksack-

Gruppe und im Kiga bearbeitet. Zu Hause werden die Kinder dann ihrer Landessprache mit dem Thema vertraut und im Kiga in Deutsch. Es gibt Kigas die Gruppen bilden, in denen dann interkulturelle Kommunikation stattfindet, und andere integrieren dieses Angebot im ganzen Kiga. Bei Rucksack findet also noch eine Zwischenschaltung des Kindergartens statt. Elternbegleiterinnen+Erzieherinnen-Mütter

Griffbereit: Zielgruppe Kinder 0-3 Jahre, 2 Elternbegleiterinnen pro Gruppe, direkt Elternbegleiterinnen-Mütter

- andere Struktur, andere Integration
- Zielgruppe Mütter und ihre Kinder

Bei Rucksack sollen die Eltern mit einbezogen werden in den Kita-Alltag. Z.B.: Leseunterricht. Es sollte dann eine Mutter kommen und etwas auf arabisch vorlesen. Oder Koch-Aktionen. Eltern aus anderen Kulturen und Erzieherinnen und Kinder kochen dann etwas speziell Türkisches oder arabisches.

Wir sind jetzt im ersten Jahr tätig. Wir haben letztes Jahr im November gewonnen mit dem Projekt Griffbereit. Wir hatten am Anfang 6 Gruppen. Seit dem 01.09.2008 haben wir auch Rucksack-Gruppen. Insgesamt laufen jetzt 4 Gruppen Rucksack und 10 Gruppen Griffbereit.

Diese Projekte sind schon ein Jahr vor Beginn mit Interessente der Stadt Oldenburg konzipiert worden. Mit dem Jugendamt, Erwachsenenbildungsstätten.

Die Griffbereit -Gruppen sind bei uns angesiedelt in den GWAs in Oldenburg sind es vier Stadtteiltreffs. Es kommt darauf an, ob genügend Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Es kann auch sein, dass wir kirchliche Räume oder Kitas nutzen.

Ist eine Gruppe heterogen, ist die Kommunikationssprache deutsch, ist eine Gruppe homogen, findet der Austausch in der jeweiligen Landessprache und die Informationsvermittlung möglichst auf Deutsch statt. Es kann auch sein, dass sich eine homogene Gruppe entschließt deutsch besser zu lernen und alles auf Deutsch macht.

Wir gehen nach Mütterwünschen. Nur zu viel Vermischungen oder ständige Wechsel sollen vermieden werden, damit eine Klarheit für die Kinder entsteht.

Die Kinder sollen nicht nur deutsch können, sondern auch in ihrer Landessprache oder Herzenssprache unterrichtet werden. Wir gehen davon aus, dass die Eltern die Sprache, die sie am besten sprechen auch mit den Kindern sprechen. Dies ist oft ihre Landessprache. Es gibt natürlich auch Frauen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind und für diese ist natürlich deutsch die Muttersprache. Es soll an die Kinder die Sprache vermittelt werden, die die

Eltern gut sprechen und das ist dann auch die Sprache mit der sie zu Hause arbeiten sollen. Grundsätzlich ist es ein Elternbildungsprogramm mit Sprachförderung und Spielförderung.

Wir suchen im Stadtteil Elternbegleiterinnen. Die Gruppen von Müttern betreuen. Die Elternbegleiterinnen sind dann auch überwiegend Frauen mit Migrationshintergrund. Diese werden auch bezahlt und treffen sich dann einmal die Woche mit den Müttern. Bei Griffbereit sind es Kinder zwischen 1- und 3 und bei Rucksack zwischen 4 und 6 Jahren. Die Gruppengröße liegt zwischen 3 und 10 Müttern.

Da Elternbegleiterinnen oft selber Mütter sind, können Sie von ihren Erfahrungen berichten und wirken glaubwürdig. Wir haben 18 Elternbegleiterinnen, davon haben 11 selber Kinder und können von ihren Erfahrungen berichten und leben Verhalten vor. Die Elternbegleiterinnen lehren die Erziehungs- und Ernährungsmethoden, die sie weitergeben sollen.

Die Elternbegleiterinnen sollen die Mütter anregen. Sie sollen Vertrauenspersonen werden und nicht so einen hohen Bildungsanspruch haben. Es soll ein Austausch darüber stattfinden, was die Mütter zu Hause mit ihrem Kinde machen können. Sie können sich in den Gruppen aber auch untereinander austauschen, Selbstbewusstsein und Sicherheit im Umgang mit dem Kind entwickeln. Sie bekommen die Möglichkeit den Stadtteil kennen zu lernen. Was können sie benutzen, wo bekommen sie Informationen? Auch die Elternbegleiterin steht für solche Fragen zur Verfügung. Die Elternbegleiterinnen werden durch Frau Bunjes weitergebildet und einmal im Monat treffen sie sich für einen Tag und bekommen theoretisches Hintergrundwissen vermittelt. Themen sind: Interkulturelle Kommunikation, Rassismus, Vorurteile abbauen, Konfliktmanagement, allgemeine Sprachentwicklung von 1-3 Jahren (Griffbereit) und 3.-6 Jahren (Rucksack)

Kooperationspartner: ev. Und kath. Erwachsenenbildung besorgen Referenten für diese Weiterbildung.

Finanzierung: Über Landesprojekt „Familie und Zukunft“, 50% zahlt die Stadt und 50% das Land. Das Projekt ist erstmal für 5 Jahre konzipiert und läuft jetzt im 2. Förderjahr.

Die Elternbegleiterinnen bekommen einen Honorarvertrag und arbeiten 4 Std. in der Woche.

Griffbereit: 10€ nicht professionelle/ 12€ Professionelle mit Ausbildung im päd. Bereich

Die Bezahlung für die Begleiterinnen wirkt motivierend und honoriert die Ressourcen der Frauen, steigert das Selbstbewusstsein und Freiheit, Unabhängigkeit.

Hier wird Mutter-Arbeit bezahlt und honoriert, was in unserer Gesellschaft sehr selten ist.

Begleitende Fortbildung 1xMonat/ 6 Stunden nicht bezahlt ist Voraussetzung und wird zertifiziert von der LAG

5. Gesundheitsbezug

Es soll ein Austausch darüber stattfinden, was die Mütter zu Hause mit ihrem Kinde machen können. Sie können sich in den Gruppen aber auch untereinander austauschen, Selbstbewusstsein und Sicherheit im Umgang mit dem Kind entwickeln. Sie bekommen die Möglichkeit den Stadtteil kennen zu lernen. Was können sie benutzen, wo bekommen sie Informationen?

Ernährungs-Modul: Beim Gesunden Frühstück darf keine Mutter Süßigkeiten oder süße Getränke mitbringen. Das ist eine kleine Einführung in gesunde Ernährung. Es ist ganz wichtig, dass die Elternbegleiterinnen Vorbilder sind und auch gesundes Essen mitbringen. Die Mütter sollen sich anschauen können, was gesundes Frühstück sein kann. Wir wollen ihnen nicht mit erhobenem Zeigefinger sagen, was richtig oder falsch ist. Sie sollen einfach mitbringen, was sie sich unter gesundem Essen vorstellen und die Elternbegleiterin, erklärt ihnen oder zeigt ihnen was gesund ist und was eher nicht.

Elternbegleiterinnen sind Vorbilder. Sie können meistens beide Sprachen gut und sind schon sehr weit integriert. Dies ist oft auch ein Ziel der teilnehmenden Mütter. Die Begleiterinnen sollen ihr Engagement auch an die Mütter weitergeben und sie motivieren auch aktiv zu sein und gesunde Ernährung umsetzen.

Viele Mütter sagen, mein Kind mag kein Obst, obwohl es noch nie welches gegessen hat. In der Gruppe versuchen sie es und meistens schmeckt es den Kindern gut.

Griffbereit soll eine Vorbereitung auf den Kindergarten sein, denn wie sollen Eltern ihren Kindern ein gesundes Frühstück mitgeben, wenn sie nicht wissen, was das ist? Wir wollen gleiche Rituale, gleiche Essgewohnheiten, gleiche Brotdosengeschichten machen, wie es der Kindergarten erfordert.

Essen aus anderen Kulturen ist oft gesünder als unser Essen mit amerikanischen Einflüssen. Es sollten also Gerichte und Zubereitungen aus anderen Kulturen als Ressourcen genutzt werden. Das kochen muss wieder als tägliches Ritual in Familien eingeführt werden. In Familien mit Migrationshintergrund ist diese Tradition des Kochens noch wesentlich tiefer verankert und muss gefördert und erhalten bleiben.

Kochunterricht in Schulen sollte wieder eingeführt werden.

Thema Trinken:

- Aufklärung über gesunde Getränke
- Präventive Arbeit
- aber wir sind fast zu spät ,weil wir die Kinder frühestens mit einem Jahr bekommen.
- hat es nur Saft getrunken, schmeckt ihm Wasser nicht mehr.
- Ärzte/Hebammen müssen hier ansetzen/informieren; auch Ernährungs-Themen

Chancen durch Bildung

Bewegung: Viele Kinder bleiben im Winter, bei Regen zu Hause, weil angemessene Kleidung fehlt. Elternbegleiterinnen versuchen Kleidung zu organisieren und Wichtigkeit der Bewegung draußen zu vermitteln.

Es finden auch Ausflüge zu Spielplätzen im Stadtteil statt. Viele Mütter kennen keine Spielplätze und wissen nicht, das man mit Kindern dort hingehen kann und somit Bewegung zu fördern.

Wir haben auch viele Bewegungsspiele und Rituale in den Gruppen, die die Mütter auch zu Hause mit den Kindern machen können. Auch die Mütter freuen sich, so Bewegung zu finden. Es ist integrierte Gymnastik mit Spaß.

Auch sonstige Bewegungsangebote außerhalb der Gruppen für Kinder im Stadtteil werden vorgestellt. Auch die Mütter untereinander informieren und animieren sich gegenseitig zu Aktionen. Z.B.: Werbung für „Migration und Mobilität“ oder Vorstellung der Angebote des Stadtteiltreffs in Rucksack-Gruppen.

Es werden zu dem Hintergründe und Zusammenhänge von Ernährung und Gesundheitsförderung einfach vermittelt, zu denen die Mütter sonst keinen Zugang haben. Z.B.: Warum keine Süßigkeiten vor dem Schlafen gehen oder Warum Zähne putzen?

6. Ziele

Frauen aus allen Kulturen zu erreichen, auch deutsche Frauen. Es können homogene oder heterogene Gruppe sein.

Grundsätzlich ist es ein Elternbildungsprogramm mit Sprachförderung und Spielförderung.

Integration der Frauen in die Stadtteile!!!

Chancen durch Bildung

Griffbereit: Vorbereitung auf Kiga, sie verstehen mehr und besser, was um sie herum passiert. Kennen Rituale und Abläufe. Auch Mütter finden schneller Abschluss und verstehen, was im Kiga passiert. Sind selbstbewusster. Die Integration der Kinder und Eltern in den Bildungsalltag bzw. dass Bildungswesen wird gefördert.

Rucksack: Sprachförderung; Annahme- wenn sie ihre Muttersprache richtig beherrschen, könne sie auch besser deutsch lernen in der Schule. Wenn sie keine, sowohl ihre Muttersprache, als auch die deutsche Sprache, nicht richtig beherrschen, haben sie es viel schwerer richtiges deutsch in der Schule zu lernen. Das ist dann gleich eine Bildungsbarriere. Das hat wenig mit Intelligenz, sondern viel mit den Möglichkeiten der Kinder zu tun.

Die Kinder sollen verstehen, was um sie herum passiert und auch die Sinne der Mütter geschärft werden, was mit dem Kind gefühlsmäßig passiert. Auch der Umgang mit den verschiedenen Entwicklungsphasen, soll erlernt werden. Der zwischenmenschliche Kontakt zwischen Mutter und Kind wird durch unser Projekt gefördert.

Es werden zu dem Hintergründe und Zusammenhänge von Ernährung und Gesundheitsförderung einfach vermittelt, zu denen die Mütter sonst keinen Zugang haben. Z.B.: Warum keine Süßigkeiten vor dem Schlafen gehen oder Warum Zähne putzen?

Gesundheitsförderung durch Vorleben/Vorbilder „learning by doing“

Wir wollen den Müttern nicht sagen, was sie alles falsch machen, sondern vorleben und dadurch Alternativen geben. Das Selbstbewusstsein soll gestärkt werden. Der Austausch unter Müttern ist das wichtigste.

7. Besonderheiten dieses Projektes

DAS VORLEBEN macht das Besondere des Projektes aus. Informationen von Mutter zu Mutter. Das Vorleben ersetzt das Belehren. Die Elternbegleiterin ist eine Mutter aus dem Stadtteil. Sie hat das Vertrauen der Mütter. Der Austausch der Mütter untereinander führt meistens zu den besten Antworten.

Elternbegleiterinnen machen auch Ausbildungen als Erzieherinnen und werden so zu Ressourcen/ Schlüsselpersonen für einen Kiga.

8. Hindernisse/Barrieren/Unterstützung/Bedarf

Rucksack/Griffbereit –Projekt kooperieren mit anderen Angeboten und vermitteln an andere Projekte.

Kooperationen und Absprachen sind notwendig, da der Bedarf da ist. Bedarf zeigt sich durch die starke Nachfrage.

Für Elternschulungen fehlt das Material. Inhalte müssen einfach, bebildert, interkulturell vermittelt werden. Themen: Ernährung, Entwicklung, Hygiene....

Auch Kinderärzte/Hebammen sollten diese Themen (Süßes, Salziges vor einem Jahr!) ansprechen.

Bei Rucksack gibt es das Modul „Essen und Trinken“. Materialien werden selber erstellt. Vermittlung des Wissens durch vorleben und mündliche Weitergabe/Wiederholungen. Zettel und Tabellen verschwinden und gehen verloren.

Wir haben diesen Bedarf festgestellt und die Angebote werden auch angenommen.

Aber in der breiten Masse sind die Problematiken und Notwendigkeit von Gesundheitsförderung noch nicht angekommen.

Arbeits- und Zeitaufwand

Durch das neue „Begrüßungsprojekt“ der Stadt Oldenburg, wird auch das Rucksack/Griffbereit-Projekt vorgestellt.

Die Zusammenarbeit von Professionellen und nicht Professionellen (Stadtteilmüttern) ist oft schwierig. Deshalb wird auf Schulungen Augenhöhenkontakt geübt und Probleme werden angesprochen. Jedoch sind beide Seiten notwendig für das Gelingen des Projektes:

Die Professionelle hat einen anderen Blickwinkel und bringt Fachwissen mit. Die Gruppenarbeit läuft auch anders ab. Sie hat eine andere Sicherheit.

Die Stadtteilmutter hat den Kontakt zu den Müttern, das Vertrauen und Spricht die Sprache.

Sie tun die gleiche Arbeit, nur auf anderen Wegen!

9. Andere vergleichbare Angebote

Wir sind mit unserem Projekt Vorreiter. Sind zwar an die LAG (Hannover) angebunden und die arbeitet mit der RAA (NRW) zusammen und die sind schon viel weiter. Die haben das Rucksack – Projekt vor 15 Jahren aus Holland übernommen. Die LAG konnte das Projekt dann in Nds. umsetzen. Wir waren in NRW zur Weiterbildung.

In Hannover gab es auch Griffbreit und Rucksack. Die haben uns auch informiert, aber das sind die einzigen in Nds.

10. Evaluation

Wunsch war/ist da. Aber Abgelehnt! Rückmeldungen gibt es von Elternbegleiterinnen. Frau Bunjes ist Ansprechpartner für Probleme und Schwierigkeiten.

Keine externe wissenschaftliche Evaluation!

Griffbreit/Rucksack in Stadtteil Krusenbusch wird jetzt im Zuge von „Starker Stadtteil, Starke Kinder!“ (vom Nifbe finanziert) mitevaluiert.

Rucksack und Griffbreit läuft inhaltlich in den Stadtteilen ganz unterschiedlich.

Anhang 4

Kategorisiertes Interview zu MICK - Mädchen kicken mit mit Frau Julika Vosgerau am 06.12.2009

1. Standortbeschreibung

MICK ist in Oldenburg entstanden, weil die Projektidee ursprünglich aus Oldenburg stammt, dann im gesamten Bundesgebiet viel Zuspruch erhielt, so dass der Oberbürgermeister sich entschied, die Idee auch wieder zurück nach Oldenburg zu holen.

Die sechs Standorte des MICK-Projektes in der Stadt Oldenburg wurden im Hinblick auf die Bevölkerungsstruktur ausgewählt. Aufgenommen wurden Grundschulen in den Stadtteilen, die besonders von sozialen Problemen und Exklusionsmechanismen betroffen sind und in denen viele Menschen mit Migrationshintergrund leben. Drei beteiligte Grundschulen befinden sich in Soziale-Stadt-Gebieten, hier ist der Migrationsanteil besonders hoch.

2. Zielgruppe

Mädchen der Klassen 3 und 4 für unsere AGs und Turniere und jugendliche Mädchen (Klasse 8-10) für unsere Ausbildungen.

3. Zugangswege zur Zielgruppe

Über die Grundschulen und weiterführenden Schulen. Wir merken, dass wir die Zielgruppe erreicht haben an dem großen Zulauf zu unseren AGs (immer mehr Interessierte als Plätze), Turnieren und Ausbildungen und der positiven Resonanz der Beteiligten, der Behörden, der Politik, der Stadtteilinstitutionen und der Medien.

4. Inhalte (Arbeitsweise, genderspezifische Angebote, Zeitlicher Rahmen, Finanzierung,)

Kurz vor Start des AG-Angebotes stellen AG- und Projektleitung gemeinsam allen Mädchen der dritten und vierten Klassen das Angebot vor. Auch die Jugendlichen werden direkt in den Vereinen und Schulen angesprochen.

Wenn die Angebote laufen, unterstützt die Projektleitung begleitend durch regelmäßige Besuche und Kommunikation.

Die Jugendlichen werden in den Schulen und Vereinen angesprochen und während und nach der Ausbildung von der Projektleitung begleitet.

Genderspezifisches Angebot: Ja, unser Projekt richtet sich speziell an Mädchen, da Mädchen mit Migrationshintergrund im organisierten Sport unterrepräsentiert sind, jedoch keineswegs als sportabstinent bezeichnet werden dürfen. Sie haben sehr viel Interesse und Spaß an Bewegung,

brauchen aber unterstützende Faktoren, die ihnen den Weg in den Sport und die Vereine ebnen. Hier setzt unser Projekt an.

Laufzeit: Seit Februar 2008, es wird von Jahr zu Jahr verlängert, es läuft also noch sicher bis Ende 2009, wobei es zurzeit so viel Zuspruch findet, dass es sehr wahrscheinlich auch darüber hinaus finanziert wird.

Finanzierung: MICK wird in Oldenburg lokalen Sportvereinen, der AOK, der Stadt Oldenburg, der Universität Osnabrück und dem Niedersächsischen Fußball Verband unterstützt und finanziert.

5. Gesundheitsbezug

Ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsförderung ist Bewegungsförderung, die in unserem Projekt neben dem Integrationsgedanken klar fokussiert wird. Das Thema „gesunde Ernährung“ wird zudem bei unseren Turnieren aufgegriffen, indem wir geschnittenes Obst und Gemüse und gesunde Getränke kostenlos zur Verfügung stellen.

Außerdem wird durch den Fußball die Anerkennung in der Familie und von Freunden und dadurch das Selbstbewusstsein der Mädchen gestärkt. Dies wirkt sich auch auf die schulischen Leistungen aus.

6. Ziele

Ziele sind, Freude an Bewegung zu vermitteln, die Integration der Mädchen in den Vereinssport und somit die soziale Integration in die Gesellschaft.

7. Besonderheiten dieses Projektes

Besonderheiten sind der genderspezifische Ansatz, also die reine Ansprache von Mädchen zu einem männerdominierten Sport. Außerdem ist der Zugangsweg über die Grundschulen sehr erfolgreich. Die Ausbildung der Jugendlichen zu Fußballassistentinnen ist ebenfalls eine Besonderheit dieses Projektes.

8. Hindernisse/Barrieren/Unterstützung/Bedarf

Es dauerte, bis sich Akzeptanz für die Idee und das Projekt auf allen Ebenen (Politik, Verwaltung, Fußballkreis, Schulen, Vereine, migrantische Communities) entwickelte. Da haben wir schon viel erreicht, werden nun von vielen Seiten unterstützt.

Eine große Herausforderung ist nach wie vor, die Eltern ins Boot zu holen. Die Kinder erreichen wir, bei den Eltern ist es schon schwieriger. Wir versuchen, sie immer mitzunehmen, zu informieren, einzuladen, zu ermutigen, aber es ist ein Prozess und wir stehen da noch am Anfang.

Eine weitere Problematik ist die Armut in einigen Stadtteilen. Kinder kommen ohne Sportschuhe zum Training und könne sich auch den Vereinsbeitrag dann nicht mehr leisten. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Gut läuft die Arbeit an den sechs Oldenburger Standorten, viele Mädchen (über 100) nehmen begeistert teil und auch die Turniere sind jedes Mal ein großer Erfolg (2008: 220 Teilnehmerinnen). Auch gut laufen die Ausbildungen für jugendliche Mädchen, die 2008 zweimal stattfanden und auch für 2009 zweimalig geplant sind.

Und die Resonanz auf unser Projekt ist mittlerweile hervorragend, wir werden von vielen Seiten wahrgenommen und unsere Arbeit findet Anerkennung. Der Oberbürgermeister, Herr Schwandner, hat schon mehrmals erklärt, dass es sich bei unserem Projekt um sein Lieblingsprojekt handelt.

9. Andere vergleichbare Angebote

In einem Oldenburger Stadtteil gibt es ein weiteres Angebot (Migration und Mobilität), das sich jedoch eher an Frauen als an Mädchen mit Migrationshintergrund richtet. Andere vergleichbare Angebote gibt es nicht.

10. Evaluation

Es gab bereits eine Evaluation hinsichtlich der Teilnehmerinnenzusammensetzung (Herkunft, Alter, Sportvereinszugehörigkeit) der AGs. Weitere Evaluationen werden 2009 durchgeführt.

Feedback bekommen wir durch regelmäßige Gespräche und Besuche in den Schulen, mit den AG-Leitern, Schulleitern und Vereinsvertretern.

Anhang 5

Evaluation zu MICK

Übersicht der Teilnehmerinnen der Mädchenfußball-AGs im MICK-Projekt, Stand November 2008

	GS Bloherfelde	GS Nadorst	GS Ohmstede	GS Dietrichsfeld	GS Kreyenbrück	GS Klingenbergstraße	Gesamt
Teilnehmerinnenzahl	16	17	15	13	17	13	91
Migrationsanteil (%)	56	47	60	15	59	31	46
Herkunftsland	Deutschland, Türkei, Irak, Togo, Libanon, Vietnam, Kasachstan, Tunesien	Deutschland, Afrika, Kasachstan, Russland, Indien, Türkei	Deutschland, Türkei, Albanien, Kasachstan, Russland, Tschechien	Deutschland, Türkei	Deutschland, Türkei, Italien, Kasachstan, Russland, Afrika, Weißrussland, Ukraine	Deutschland, Bulgarien, Irak, Kosovo	
Durchschnittliche Kinderzahl pro Familie	3,8	2,9	2,1	2,8	3,1	2,9	2,9
Mitgliedschaft in einem Verein (%)	43	47	60	85	35	69	55

GS= Grundschule

Quelle: eigene Aufstellung der Projektverantwortlichen