

Gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder

Handreichung für die pädagogische Arbeit
in Kindertagesstätten



Fachgespräche

Diese Handreichung wurde erarbeitet im Rahmen der Fachgespräche „Gesundheitliche Chancengleichheit“ in der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern, beteiligt waren (in alphabetischer Reihenfolge):
Prof. Dr. phil. Angela Gosch, Hochschule München
Prof. Dr. med. Johannes Gostomzyk, LZG, München
Iris Grimm, Dipl. oec. troph., Regionaler Knoten Bayern in der LZG, München
Martin Heyn, Dipl. Soz. Päd. (FH), M.S.M., Gesundheitsamt Würzburg
Prof. Dr. phil. Christian Janßen, Hochschule München
Maria Marberger, Kita St. Elisabeth, Augsburg
Petra Stöberer-Günther, Dipl. Soz. Päd. (FH), Evangelischer Kita-Verband Bayern e.V., Nürnberg
Gabriele Schmitt, Geschäftsführung LZG, München

Impressum

Herausgeber:

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG), 2011
Regionaler Knoten Bayern zur Gesundheitsförderung
bei sozial Benachteiligten
Pfarrstraße 3, 80538 München
Tel. 089-2184-362, Fax 089-2184-359
www.lzg-bayern.de

Redaktion: Iris Grimm, Dr. med. Martina Enke
Gestaltung und PrePress: Manfred Dilling, Eurasburg
Druck: Gebr. Geiselberger GmbH, Altötting
Titelbild: Anatolij Samara/Shutterstock
ISBN 978-3-933725-33-2

Die LZG wird gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit.

Hinweis: Die Personenbezeichnungen in dieser Schrift beziehen sich, wenn nicht ausdrücklich differenziert, gleichermaßen auf Frauen wie auf Männer. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde jedoch darauf verzichtet, in jedem Fall beide Geschlechter zu benennen.

Gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder

Handreichung für die pädagogische Arbeit
in Kindertagesstätten

Inhalt

Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in Kindertageseinrichtungen	4
Prof. Dr. Johannes Gostomzyk, Landeszentrale für Gesundheit in Bayern	
Grußwort	6
Prälat Karl-Heinz Zerrle, Landes-Caritasverband Bayern	
Grußwort	8
Diakon Friedemann Götzger, Landesarbeitsgemeinschaft der Öffentlichen und Freien Wohlfahrtspflege in Bayern	
Die Module	
Motivation	10
Vorurteile	12
Eltern als Partner	14
Vernetzung	16
Partner für Vernetzungen	18
Unser Netzwerk: Anschriften und Kontakte	20
Aus den partizipativen Fachgesprächen mit pädagogischen Fachkräften	22

Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in Kindertageseinrichtungen

Johannes G. Gostomzyk

Jedes Kind hat das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, so die UN-Kinderrechtskonvention. Die vorliegende Schrift ist daran orientiert und wendet sich an das pädagogische Personal in Kindertageseinrichtungen (Kitas). Bei Kindern aus sozial benachteiligten Situationen soll der Prozess zur optimalen Entwicklung ihrer Gesundheitschancen und damit ihrer Fähigkeiten gefördert und verstetigt werden.

Sozialberichte und wissenschaftliche Studien zu gesellschaftlichen Entwicklungen in Deutschland zeigen seit ca. zwei Jahrzehnten zunehmende soziale Ungleichheit und damit einhergehend eine ungleiche Verteilung der Krankheitslast (Morbidity). Ein Sozialgradient gesundheitlicher Ungleichheit ist bereits im Kindesalter nachweisbar (KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts). Dabei ist die hohe Kinderarmut, von der jedes neunte Kind betroffen ist, Grund zur Besorgnis und Kinder selbst gelten als Armutsrisiko, besonders für Alleinerziehende. Andere prekäre Lebenssituationen der Eltern wie Arbeitslosigkeit, Bildungsferne, Migration und süchtiges Verhalten sind ebenfalls Risiken für die gesunde Entwicklung ihrer Kinder.

Die Kita spielt für die vorschulische Entwicklung aller Kinder eine wichtige Rolle. Dies trifft verstärkt zu für Kinder aus sozial benachteiligten Lebenssituationen, wobei die Kita weder die soziale noch eine belastende kulturspezifische Lage dieser Kinder grundsätzlich verändern kann. Aber in der Lebenswelt (Setting) Kita kann gesundheitsförderlich viel unternommen werden, um vorhandene Ressourcen zu stärken und bereits bestehenden Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. Betroffene Kinder können sich durch Lernen von Vorbildern ein positiv präventives Verhalten zur eigenen Gesundheit aneignen, insbesondere wenn auf vorhandene Bildungs- und Verhaltensstärken und -schwächen des einzelnen Kindes eingegangen wird.

Prävention und Gesundheitsförderung sind zentrale Aufgaben aller Beteiligten im Setting Kita.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt für präventive Interventionen folgende Systematik:

Universelle Prävention: richtet sich an eine größere Gruppe (z.B. Bevölkerung) mit insgesamt gering erhöhtem Risiko

Selektive Prävention: richtet sich an eine definierte Zielgruppe mit hohem Risiko

Indizierte Prävention: richtet sich an Personen oder Gruppen mit gesicherten Risikofaktoren bzw. Gesundheitsstörungen.

Die Intervention in der Kita (Setting) bei Kindern mit Gesundheitsrisiken und sozialer Benachteiligung ist gleichzeitig universell und selektiv. Sie lässt für die betroffenen Kinder einen größeren Gesundheitsgewinn erwarten als ein für alle Kinder gleichwertiges universales Vorgehen und vor allem wird die gesundheitliche Ungleichheit abgebaut.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind nachhaltig erfolgreich, wenn es gelingt, die Verhältnisse im Sinne der Verhältnisprävention in der Kita und das Verhalten aller Beteiligten, der Kinder, der Eltern und des Kita-Personals gesundheitsorientiert zu verändern. Die Aufgabe ist eine differenzierte Herausforderung an die Vorbildfunktion des pädagogischen Personals im Rahmen des Bildungsauftrages der Kita.

Entstehung und Ziel dieser Schrift

Im bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ist die LZG Partner, vertreten durch ihren Regionalen Knoten Bayern. Sie hat 2008 eine Arbeitsgruppe gebildet mit Vertreter/innen aus Wohlfahrtsverbänden, Kita-Praxis, Hochschule für angewandte Wissenschaften und Regionalem Knoten, um das Anliegen bereits im frühen Kindesalter anzugehen.

Die Gruppe erarbeitete vier kompakte Module für die trägerinterne Fortbildung, die sich primär an das pädagogische Personal in Kitas richten. Es werden damit keine zusätzlichen Aufgaben formuliert, sondern Hilfen zur differenzierten Auseinandersetzung mit aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen, die wohl jede Kita betreffen, wenn auch in verschiedenartiger Ausprägung und Intensität. Die vier Module befassen sich mit folgenden Themen:

Motivation

Als pädagogische Fachkraft widme ich mich allen Kindern gleichermaßen, warum soll ich mich mit der spezifischen Situation sozial benachteiligter Kinder extra befassen und engagieren? Was ist gerecht? Was schulden wir einander?

Vorurteile

Treffen meine Vorstellungen über Kinder und Eltern in sozial benachteiligten Situationen deren Realität? Die Würde des Menschen, was ist damit gemeint?

Eltern als Partner

Werden die Eltern auch bezüglich der Gesundheitsförderung für ihr Kind in der Erziehungspartnerschaft mit der Kita gleichermaßen wertgeschätzt und beteiligt? Was bedeutet Solidarität im Alltag der Kita?

Vernetzung

Sind die Partnerschaften im Netzwerk meiner Kita auch für die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder förderlich?

Jedes Modul besteht aus einem Fragenkatalog und einer kurzen Erläuterung.

Die Fragen sollte in der Fortbildung jeder aus seiner Sicht beantworten, dann ist zu reflektieren, ob die Inklusion einschließlich gezielter Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder in der eigenen Kita gelingt. Die Fragen sind erneut aufzuwerfen, wenn die Problematik in der täglichen Arbeit nicht mehr sensibel beachtet wird, z.B. wenn es um die prekäre Situation eines Kindes oder den Umgang mit Eltern geht.

Bezüglich der „neuen Kinderkrankheiten“ wie Störungen der psychischen, kognitiven, sprachlichen und motorischen Entwicklungen sowie des Sozialverhaltens, für deren Entstehung soziale Bedingungen konstitutive Bedeutung haben, kann lediglich auf die Fachliteratur verwiesen werden. Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat mit der KiGGS-Studie repräsentative Daten über sozialgradienten-assoziierte ungleiche gesundheitliche Entwicklungen im Alter von 0 bis 17 Jahren vorgelegt. Auch bezüglich bereits verbreiteter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stress, süchtige Entwicklungen sowie Inanspruchnahme verfügbarer Beratungs- und vorsorgender Gesundheitsleistungen für Kinder, Resilienzentwicklungen u.a. wird auf bereits vorliegende Fachliteratur und Arbeitsanleitungen verwiesen. Die vorliegenden Module sind explizit als Anregung und praxisbezogene Hilfe für pädagogisches Personal gedacht, damit das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und an Verwirklichungschancen für alle Kinder ein mit Engagement verfolgtes Ziel jeder Kita ist.

Prof. Dr. med. Johannes G. Gostomzyk
Vorsitzender der Landeszentrale für
Gesundheit in Bayern e.V. (LZG)



Bild: DAK

Gesundheitliche Chancengleichheit in Kindertageseinrichtungen

Karl-Heinz Zerrle*

Die Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V., Regionaler Knoten Bayern, hat Sie und uns eingeladen zu einer Fachtagung bzw. Auftaktveranstaltung mit dem Ziel, den Blick auf die gesundheitliche Chancengleichheit der Kinder in unseren Kindertagesstätten zu richten. Die aktuelle Diskussion, die wir in diesen Tagen lebhaft führen, ausgelöst durch die Vorgaben der Bundesregierung hinsichtlich der neuen Regelsätze für Hartz IV-Empfänger und besonders für die Kinderregelsätze, zeigt uns, wie wichtig diese Thematik ist. Als derzeitiger Sprecher der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern habe ich mich zu den neuen Regelsätzen geäußert und wir werden dies auch weiterhin tun. Aus Sicht der Freien Wohlfahrtsverbände ist die vorgesehene – und so auch wohl beschlossene – Festschreibung der Regelsätze unbefriedigend.

Am 20. September 2010 fand der Weltkindertag statt, dieses Mal mit dem besonderen Akzent „gegen die Armut und soziale Ausgrenzung“. Seit Jahren beschäftigt uns diese Thematik der Kinderarmut und wir stellen entsprechende Überlegungen an, wie wir dieser begegnen können. Es ist allerhöchste Zeit, dass sich Staat und Gesellschaft der Kinder- und Jugendarmut entschieden annehmen und vor diesem Phänomen nicht weiterhin die Augen verschließen. Es muss sichergestellt werden, dass auch Kindern aus so genannten bildungsfernen Schichten Zugang zu Bildung und zur gesellschaftlichen Teilnahme ermöglicht wird. Grundsätzlich muss der Zugang zur Bildung unabhängig von der sozialen Herkunft gewährleistet sein. Anlässlich des Weltkindertages gegen Armut und soziale Ausgrenzung fordern die Wohlfahrtsverbände die allgemeine Lehr- und Lernmittelfreiheit. Für Kinder und Jugendliche sollen die Möglichkeiten zur Teilnahme an außerschulischen kulturellen und sportlichen Möglichkeiten verbessert werden. Ein

* Rede bei der Auftaktveranstaltung für pädagogische Fachkräfte zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in Kindertageseinrichtungen am 5. Oktober 2010 in Nürnberg

kostenfreies Mittagessen auch in Kindertagesstätten soll angeboten werden. Auch sind gesundheitsfördernde Angebote und Versorgungseinrichtungen für Kinder aufzubauen. In Bayern leben nach Angaben des Berichts des Bayerischen Sozialministeriums „Soziale Lage in Bayern 2010“ im Jahr 2008 rund 335.000 Personen unter 18 Jahren unter der Armutrisikoschwelle.

Sie, die Erzieher/innen und Leiter/innen von Kindertagesstätten, werden wohl täglich mit diesem Phänomen der Kinderarmut konfrontiert. Sie erleben die Kinder, wie sie oft ohne ausreichendes Frühstück oder vernünftige Ernährung in der Kindertagesstätte erscheinen. Es geht unter anderem auch um die gesundheitliche Chancengleichheit in Kindertageseinrichtungen, und das ohne Ausgrenzung. Und damit, meine sehr geehrten Damen und Herren, sind wir bei der Thematik der heutigen Veranstaltung.

Zielsetzung sollte sein, die pädagogischen Fachkräfte in der Vorgehensweise zu unterstützen, wenn sie das Thema „Gesundheitliche Chancengleichheit“ in ihrer Einrichtung im Sinne von Inklusion (= gleichberechtigte Teilhabe für alle Kinder) einbringen und vertiefen möchten. Heute werden Ihnen hierzu sowohl theoretische Hintergründe als auch Beispiele und Anregungen für Ihre tägliche Praxis im Rahmen dieser Veranstaltung angeboten.

Eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Professor Gostomzyk, die sich schon seit längerem mit dieser Thematik beschäftigt – wofür ich auch herzlich danke –, hat sich viele Gedanken gemacht und Überlegungen angestellt, wie dieses Thema praktikabel in den Alltag der Kindertagesstätten umgesetzt werden könnte. Dazu wurden vier Module erarbeitet, die Sie kennenlernen und auf ihre Tauglichkeit hin überprüfen können. Nach eventuell noch vorzunehmenden Veränderungen oder Ergänzungen werden diese Module in gedruckter Form allen Kindertagesstätten in Bayern zur Verfügung gestellt. Kompetente Persönlichkeiten, das heißt pädagogische Fachkräfte und Sozialwissenschaftler, haben diese Module mit erarbeitet. Sie sollen dann auch der Fortbildung pädagogischer Fachkräfte dienen und vor allem zur Stärkung gesundheitsorientierter Prävention für Kinder aus sozial prekären Situationen beitragen. In diesem Zusammenhang wäre es aus meiner Sicht wünschenswert, wenn dieses Thema, das unsere Einrichtungen alle mehr oder weniger „berührt“, vernetzt wird mit den Inhalten und Zielen der pädagogischen Arbeit, so wie diese auch im Bildungs- und Erziehungsplan (BayBEP) dargelegt sind.

Es ist uns auch bewusst, dass dieses Anliegen für viele von Ihnen noch eine weitere Anforderung in den ohnehin schon vielfältigen Aufgaben bedeutet. Ich glaube aber, wir sind es den Kindern schuldig, diese gesundheitliche Chancengleichheit anzustreben und nach Möglichkeit auch zu erreichen. Auch bei der Vorstellung des 13. Kinder- und Jugendberichtes wurde deutlich, wie wichtig das Thema gesundheitliche Chancengleichheit ist. Der Bericht bestätigt letztlich auch die Auffassung, dass gesundheitliche Förderung in der Kinder- und Jugendhilfe Standard werden sollte. Bewusst ist uns auch die zentrale Rolle der Eltern in diesem Bereich. Nicht zuletzt sind ja auch die Kindertageseinrichtungen der wichtigste Zugang zu den Familien bzw. Eltern. Die Frage wird sein, ob es gelingen kann, Sie, die pädagogischen Fachkräfte zu ermutigen, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. In den Fortbildungsprogrammen der Trägerverbände der Einrichtungen ist sicher schon einiges zu diesem Thema aufgegriffen. In diesem Zusammenhang möchte ich auf diese Angebote, die Sie unter www.blv-kita.de auch im Internet einsehen können, hinweisen.

Vonseiten der Träger der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern halten wir die Thematik für wichtig und wären dankbar, wenn Sie diese Thematik mit uns diskutieren und in den Einrichtungen individuelle Konzepte erarbeiten und umsetzen. Es geht uns allen sicherlich gemeinsam um unsere Kinder. Es geht auch um deren Gesundheit und Chancengleichheit. Wir müssen uns gemeinsam auf den Weg machen, die Kinder zu stärken und zu ermutigen, und sie so zu einem eigenständigen Leben hinzuführen. Bei dieser Gelegenheit erlaube ich mir den Hinweis, dass die Bedingungen in den Einrichtungen insgesamt so zu verbessern sind, dass genügend Zeit für die Fachkräfte zur Verfügung steht, dass Sie in die Lage versetzt werden, den vielfältigen Anforderungen Rechnung zu tragen. Dafür setze ich mich sowohl als Landes-Caritasdirektor als auch als 1. Vorsitzender des Bayerischen Landesverbandes katholischer Tageseinrichtungen für Kinder ein, zum Beispiel im Rahmen der derzeitigen Novellierungsdebatte zum BayKiBiG.

Ich wünsche dieser Auftaktveranstaltung einen guten Verlauf und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Prälat Karl-Heinz Zerrle
Landes-Caritasdirektor
Landes-Caritasverband Bayern e.V., München

Gesundheitliche Chancengleichheit in Kindertageseinrichtungen

Friedemann Götzger*

In welchem Film wir uns befinden? So ist man versucht zu fragen, wenn man die widersprüchlichen Nachrichten dieser Tage hört. Zwischen 2000 und 2010 hat sich die Zahl der Tafeln in Deutschland nahezu verzehnfacht. Die Gebrauchtkaufhäuser erleben einen Boom. Wir hören von Millionenboni in Banken, die sich vor zwei Jahren böse verzockt haben. Das Starterpaket für Schulanfänger aus den Familien von Geringverdienern steht auf der Kippe. Die Autoproduzenten der Premiummarken in Bayern und Baden-Württemberg erfreuen sich im Luxussegment außerordentlicher Nachfrage. Gleichzeitig ein heftiger Diskurs über das, was Menschen zum Leben brauchen. Was gehört zum Existenzminimum, was ist unverzichtbar für die gesellschaftliche Teilhabe?

Sozial Benachteiligte werden sie genannt, um die es hier geht, auch sozial Schwache. Aber: Wer ist hier schwach? Die Menschen, deren Löhne für ein normales Leben nicht auskömmlich sind und als „Aufstocker“ auf staatliche Hilfe angewiesen sind? Die alleinerziehende Mutter, die keinen Arbeitgeber findet, der ihre Kinder nicht als potentiell Ausfallrisiko betrachtet? Menschen ohne schulischen und beruflichen Abschluss, die liebend gerne arbeiten würden – aber Absage für Absage bekommen und damit in ein dauerhaftes Hartz IV-Dasein zu geraten drohen? Die steigende Zahl von Kindern, die in Hartz IV-Familien aufwachsen? Wer ist da schwach? Die Menschen, oder ein Staat, der über dem Fordern das Fördern zu vergessen droht? Es ist Fakt und keine Polemik: Wir sind auf dem besten Weg vom Wohlfahrtsstaat zum Almosenstaat.

In keinem anderen europäischen Land besteht ein so enger Zusammenhalt zwischen sozialer Herkunft von Kindern und deren Bildung, Gesundheit, Chancengleichheit.

Gesellschaftliche Teilhabe nennt man das heute so schön. Sie erfahren in Ihrer Praxis Tag für Tag, was das Forschungsinstitut der Universität Bonn bestätigt: Menschen, die Arbeitslosengeld II empfangen, können ihre Kinder kaum ausgewogen und gesund ernähren.

* Rede bei der Auftaktveranstaltung für pädagogische Fachkräfte zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in Kindertageseinrichtungen am 6. Oktober 2010 in München

Der Regionale Knoten hat dieses Problem erkannt. Er beklagt es nicht nur. Er findet sich damit nicht ab. Er schafft Bewusstsein und gibt Hilfen an die Hand, damit sich etwas verändern kann. Die Fachtagungen für pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen, heute in München, gestern in Nürnberg, sind ein beredtes Beispiel dafür. Sie werden sich heute mit der Motivation für soziales Handeln auseinandersetzen. Sie werden sich mit Urteilen und Vorurteilen befassen. Sie werden den Stellenwert der Eltern als Kooperationspartner bedenken. Und Sie werden über die Chancen von Vernetzungen diskutieren – das alles mit dem Ziel einer gesundheitlichen Chancengleichheit in Kindertageseinrichtungen.

Es geht heute nicht um die akademische Diskussion eines weit entfernten Themas. Sie erfahren, vielleicht auch erleiden dieses Problem täglich. München – damit verbindet sich ein offen, manchmal auch protzig zur Schau gestellter Reichtum. Und die Kehrseite? Fast jedes achte Münchener

Kind wächst in einer armen oder von Armut bedrohten Familie auf. Konkret und in Zahlen: 21.600 Kinder und Jugendliche leben in Hartz IV-Haushalten. Da gibt es viel zu tun. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern – Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz und Parität – halten viel vom Regionalen Knoten Bayern und wissen dessen beispielgebendes Engagement zu schätzen. Was er tut, erinnert an Franz von Sales, den französischen Ordensgründer des ausgehenden 16. Jahrhunderts. Er sagt: „Ein Gramm Beispiel wiegt schwerer als ein Zentner guter Worte.“ In der Frage auch gesundheitlicher Chancengleichheit von Kindern sind mehr denn je Beispiele gefragt. Wir brauchen sie, damit wir ein Wohlfahrtsstaat bleiben und kein Almosenstaat werden.

Diakon Friedemann Götzger
Geschäftsführer der Landesarbeitsgemeinschaft der
Öffentlichen und Freien Wohlfahrtspflege in Bayern,
München



Bild: Golden Pixels LLC/Shutterstock

Worum geht es?

Motivation ist die Gesamtheit subjektiver Beweggründe, welche die Wahl eines bestimmten Verhaltens zur Erreichung eines Zieles beeinflussen. Es kann zwischen intrinsischer Motivation („aus sich heraus“) und extrinsischer Motivation („mit Belohnung oder Strafe verbunden“) unterschieden werden. Handeln setzt Motivation voraus. Soziales Handeln geht u.a. davon aus, dass mehr Chancengerechtigkeit möglich ist.

Was wollen wir erreichen?

- Motivation zur ganzheitlichen Betrachtung und Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Chancengleichheit: Gesundheit als eine Bedingung für Bildung und Lebenschancen und als ein Grundrecht für Kinder (UN-Kinderrechtskonvention von 1989) und deren Eltern
- Wer ist sozial benachteiligt? Wie entsteht daraus gesundheitliche Benachteiligung?
- Motivation zur nachhaltigen Umsetzung gezielter Präventionsmaßnahmen im Rahmen der alltäglichen Arbeit – Austausch und Darstellung von gelingenden Praxisbeispielen.

Welche Fragen wollen wir beantworten?

Analyse der eigenen Einstellung und der aktuellen Situation in der Einrichtung:

- Woher nehme / erhalte ich meine eigene Motivation, gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder anzustreben?
- Wie kann ich mein Gegenüber zu einer Verhaltensänderung motivieren? Was sind die Rahmenbedingungen für Kinder und Eltern in meiner Einrichtung?
- Wie gelingt es, genau die Kinder / Eltern zu erreichen und zu motivieren, die Hilfe brauchen? Welche „Schlüsselaktionen“ sind erfolgversprechend?
- Wie integrieren wir die gesundheitsförderliche Sichtweise bereits in unseren Alltag? Wo bestehen weitere Bedarfe?
- Gelingt es, die Gesundheitsförderung in unserer Einrichtung um den Aspekt Chancengleichheit zu erweitern? Welche Strategie erscheint hilfreich?

Was können wir tun?

- Soziale Benachteiligung, woran erkenne ich diese? Wen (be-)trifft es?
- Gesundheit als eine Bedingung für Bildung und Lebenschancen?
- Gesundheitsziel: gesundheitliche Chancengleichheit, siehe u.a. auch deren Verankerung im Bayerischen Bildungs- und Erziehungsplan (BEP)

- Auseinandersetzung des pädagogischen Personals in der Gruppe mit sozialer Benachteiligung von Kindern in der eigenen Einrichtung und evtl. bestehenden Vorurteilen
- Welche Maßnahmen der Verhältnisprävention sind neben der Verhaltensprävention in der Einrichtung förderlich? Welche Unterstützer und Kooperationspartner sollten wir ansprechen?
- Positiver Einfluss auf die Bildungs- und Verwirklichungschancen von Kindern
- Höhere Lebensqualität und Zufriedenheit, Respekt und Vertrauen untereinander; im Ergebnis höheres psychisches und physisches Wohlbefinden bei Kindern, Eltern und pädagogischem Personal
- Bessere, effektivere Zusammenarbeit in der Einrichtung und deren Netzwerk
- Höhere Sozialkompetenz speziell im Bereich Gesundheit.

Was bringt uns weiter?

Positiver Nutzen für Kinder und Eltern, für das pädagogische Personal und die Einrichtung durch Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit:

Erläuterung

Als Motivation bezeichnet man die Beweggründe, die unser Handeln bestimmen. Diese kommen aus individuellen, gesellschaftlichen, religiösen sowie politischen Überzeugungen und Wertvorstellungen. Sie sind zudem auch Ergebnis von Erfahrungen, rationalen Überlegungen und werden in hohem Maß von Gefühlen geprägt. Weiter können auch Wünsche, Erwartungen, festgeschriebene Regeln oder Aufforderungen bestimmend wirksam werden. Die meist vielschichtigen Beweggründe gehen der Selbstwirksamkeit voraus, ihnen folgt die bewusste Handlung oder Unterlassung mit der ein Ziel erreicht werden soll.

Was begründet mein pädagogisches Handeln? Warum überhaupt und wie soll ich mich in der täglichen Arbeit in der Kita auch noch mit gesundheitlichen Folgen aus sozialer Ungleichheit, d.h. konkret mit prekären Problemlagen und deren Folgen einzelner Kinder befassen, zumal ich materielle Armut, ihren Einfluss auf soziale Teilhabe und soziale Ungerechtigkeiten in der Gesellschaft doch nicht beheben kann? Aber geht es mir besser, bin ich zufriedener mit meiner Arbeit, wenn ich individuelle Gesundheitsrisiken und Defizite bewusst nicht wahrnehme, gezielte Empathie und Zuwendung nicht zulasse?

Materielle Armut beeinflusst Teilhabe und Zugehörigkeit in der Gesellschaft, beeinflusst die Möglichkeiten der

Selbstbestimmung betroffener Eltern und ihrer Kinder. Oft verbunden mit Gefühlen von Ohnmacht, Sinnlosigkeit, Stigmatisierung auch gegenüber sozialen Einrichtungen wie der Kita. Eine beschädigte Selbstwahrnehmung beeinflusst nicht nur das Bildungs- und Gesundheitsverhalten betroffener Eltern und Kinder, sondern auch das sich abgrenzende Verhalten ihnen gegenüber tretender Personen bei sozialen Kontakten, in der Öffentlichkeit, in Kitas, Schulen, Verwaltungen etc. Hemmt diese abgrenzende Selbstachtung den Respekt, den ich als pädagogische Fachkraft betroffenen Eltern schulde als Voraussetzung für einen gleichberechtigten Umgang auf Augenhöhe, den ich aber auch von ihnen einfordern darf?

Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit. Welche sozialen Ideen und Vorstellungen bestimmen die Verhältnisse in der Kita? Was kann ich bewegen wenn ich Kinder und Eltern ganzheitlich erreiche? Wie stehe ich persönlich zum Konzept der Inklusion von sozial benachteiligten Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen, Sprachdefiziten, Verhaltensauffälligkeiten und deren Teilhabe an der „Peer-Kultur“ in unserer Kita? Reicht meine bzw. unsere Motivation für die Inklusion, d.h. die Annahme aller Kinder mit ihren sehr unterschiedlich großen individuellen Bedarfen und erfülle ich diesbezüglich den gesellschaftlich und von den Trägern der Einrichtung von mir erwarteten Erziehungsauftrag mit der dafür unverzichtbaren Empathie?

Worum geht es?

Vorurteile sind Urteile über eine Sache, Person oder Personengruppe, die auf einem ungeprüften „Vorwissen“ beruhen. Eigene (negative) Erfahrungen, Norm- und Wertvorstellungen werden meist verallgemeinert, sie können durch neue Information oder Erfahrung verändert werden. Vorurteile führen nicht selten zur Diskriminierung von Fremden und Andersartigem.

Was wollen wir erreichen?

- Erkennen eigener Vorurteile gegenüber sozial benachteiligten Kindern und Eltern
- Erkennen bestehender Vorurteile in der Einrichtung bzw. in deren Netzwerk
- Abbau bzw. „produktive Nutzung“ von Vorurteilen für die Arbeit mit Kindern und Eltern.

Welche Fragen wollen wir beantworten?

Ausprägung von Vorurteilen gegenüber benachteiligten Menschen:

- *„Das Kind hat keine Brotzeit dabei oder nur Süßes“ ...
„Zwei Toastscheiben und man weiß schon Bescheid“*
- *„Die gehen auch nicht zum Arzt, wenn die Kinder verfaulte Zähne haben!“*
- *„Die Kinder können sich nicht koordinieren, weil sie ja von zu Hause nichts mitbekommen.“*
- *„Oft fehlt es an der Bildung, was ein gutes Gesundheitsverhalten ist.“*
- *„Da ärgert man sich maßlos, weil man alles organisiert und dann kommen die Familien nicht.“*

Ist soziale Ungleichheit gleichzusetzen mit den „4 A's“ (**A**rbeitslosigkeit, **A**rmut, **A**lleinerziehende, **A**usländer)?

Was können wir tun?

- Vorurteile basieren oft auf ungeprüften Alltagserfahrungen („Erfahrungswissen“), sie können sowohl positive als auch hinderliche Funktionen einnehmen.
- Wann spricht man von Erfahrungswissen und wann von Vorurteilen?
- Umgang mit Vorurteilen, d.h. die subjektiv günstige, aber unreflektierte, vereinfachte Problemsicht ist zu hinterfragen.

- Wodurch werden Gesundheitschancen für Kinder aus sozial benachteiligten Familien ver- oder behindert?
- Welche Förderstrategien können Gesundheitschancen einzelner Kindern aus sozial benachteiligten Situationen optimieren?
- Bedeutung von Vorurteilen für die Vorbildfunktionen des pädagogischen Personals

Was bringt uns weiter?

- Wie gelingt Anpassung und Nachhaltigkeit der gezielten Gesundheitsförderungsmaßnahmen unter den jeweiligen Rahmenbedingungen der Einrichtung?
- Realistische und respektvolle Einstellung und Haltung gegenüber Kindern und Familien mit sozialer Benachteiligung entwickeln, z.B. durch Fortbildung, Supervision u.a.
- „Vorurteilsbewusste“ Umgebung schaffen
- Erwerb interkultureller Kompetenz im Feld Migration, u.a. Erfahrungsaustausch mit Menschen aus anderen Ländern

Erläuterung

Eine effektive Gesundheitsförderung für Kinder aus sozial benachteiligten Situationen in der Kita hat zur Voraussetzung, dass das pädagogische Personal zunächst über die eigenen Einstellungen und Haltungen zu diesen Kindern und ihren Familien reflektiert. Am Beginn steht das Erkennen und Formulieren persönlicher und in der Kita einschließlich ihrem Netzwerk vorhandener Vorurteile. Damit ist eine Basis für gemeinsame Reflexionen über Sinn und Zweck bestehender Vorurteile geschaffen, die dann in eine neue, rationale Bewertung überführt werden. Vorurteile können in der täglichen Arbeit sowohl positive als auch hinderliche Funktionen für die Gesundheitsförderung bei Kindern und auch für die Vorbildfunktion des pädagogischen Personals einnehmen. Der Abbau bzw. die „produktive Nutzung“ von Vorurteilen eröffnet neue Wege für die Zusammenarbeit mit betroffenen Kindern und Eltern sowie für eine rationale Betrachtung von Risiken und Defiziten in der Gesundheitsentwicklung. Die Einübung einer realistischen und gegenseitig respektvollen Einstellung und Haltung zu Kindern und Eltern erfolgt in erster Linie durch einrichtungsinterne Gesprächs- und Arbeitskreise, ergänzt durch Fort- und Weiterbildung.

Inhaltliche Schwerpunkte können dabei sein:

- Kindliche Identitätsentwicklung und Vorurteile
- Bezugsgruppen: Identifikation und Zuschreibungen
- Resonanz und Resilienz: Widerspiegelung von Identitätsmerkmalen
- Aktive Diversitätserfahrung: soziale Vielfalt als Motor von Lernen und Entwicklung, Nutzen von Vielfalt im Setting
- Kritisches Denken über Ungerechtigkeit: aktiv gegen Unrecht, Zivilcourage und Konformitätsdruck, Selbstwirksamkeit und Partizipation

Die innerhalb des pädagogischen Personals immer wieder notwendige Reflexion alter und neuer Vorurteile optimiert in der Kita die Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder. Investitionen in Bildungs-, Gesundheits- und Sozialverhalten in respektvoller Abstimmung mit den Eltern und ihrer realen Situation zählen zu den best-möglichen Voraussetzungen für eine nachhaltige Gesundheitsentwicklung, vorausgesetzt, dass existentielle Armut nicht besteht.

Worum geht es?

Beim pädagogischen Personal ist die Befähigung zu stärken, mit Eltern in sozial benachteiligten Lebenssituationen Entwicklungs- und Erziehungsziele als Basis für eine gesundheitsförderliche Entwicklung für ihr Kind zu besprechen und mit der Einrichtung aufeinander abzustimmen. Die Kooperation mit den Eltern hat einen besonderen Stellenwert (Elternrecht, Art. 6 Abs. 2 im Grundgesetz). Den Eltern gebührt die Pflicht und das Recht zur Pflege und Erziehung ihrer Kinder, die Kindertageseinrichtungen kooperieren mit den Eltern im Sinne einer einheitlichen Förderung der Kinder.

Was wollen wir erreichen?

- Kooperation des pädagogischen Personals mit den Eltern als Bildungs- und Erziehungspartnerschaft und deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung
- Gemeinsames Erkennen von Entwicklungspotentialen und Entwicklungsproblemen
- Abstimmung von Erziehungszielen und -methoden bei selektiver Gesundheitsförderung

Welche Fragen wollen wir beantworten?

- Wie gelingt es, Eltern mit Unterstützungsbedarf zur Förderung von Gesundheitschancen ihrer Kinder als Partner zu gewinnen?
- Wie gelingt eine Atmosphäre, in der Eltern in belasteten Lebenslagen sich respektiert und zugehörig fühlen? Dazu gehören Gespräche über traumatische Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit, Armut, Trennung/Scheidung, psychische Erkrankung, Sucht u.a.

Was können wir tun?

- Überprüfung der bestehenden Angebote für die Eltern, Planung neuer Angebote, z.B. ist der „Elternabend“ für alle erreichbar (ggf. mit Essen und Kinderbetreuung)?
- Einbeziehung von sozialen, kulturellen und regionalen Kompetenzen und Fähigkeiten der Eltern
- Planung und Durchführung von Anmelde- und Entwicklungsgesprächen im Rahmen eines wertschätzenden Zeitkontingentes
- Regelmäßige Durchführung von Elternbefragungen, Berücksichtigung der Rückmeldungen der Eltern
- Verknüpfung von Theorie und Praxis, passende Aktionen wie z.B. gemeinsames Kochen, Eltern-Kind-Turnen u.a.

- Können die Räume der Einrichtung den Eltern evtl. für eigene Aktionen zur Verfügung gestellt werden, für offene Treffs, Sprachkurse etc.

Was bringt uns weiter?

- Stärkung der Erziehungskompetenz bei den Beteiligten, Eltern in prekären Lebenslagen erfahren in der Einrichtung eine Stärkung des Selbstwerts und der Zugehörigkeit
- Voraussetzung für eine intensive Zusammenarbeit der Partner/innen sind gegenseitige Akzeptanz und gegenseitiges Vertrauen, Rollenklarheit und die Verständigung zu gemeinsamen Erziehungszielen.

- Die Fachkräfte informieren sich über Beispiele „Guter Praxis“ zum Ausgleich verminderter Gesundheitschancen. Bei eigenen Konzepten werden die Eltern als Partner einbezogen.
- Entwicklung von Patenschaften für Kinder und Eltern in belasteten Lebenslagen

Bild: Tomasz Trojanowski/Shutterstock



Erläuterung

Die Zusammenarbeit zwischen pädagogischem Personal und Eltern bildet die Basis für eine gesundheitsförderliche Arbeit in der Kita. Eine vertrauensvolle Beziehung schafft die Möglichkeit, auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder eingehen zu können. Voraussetzung dafür ist die Sensibilisierung und Befähigung des pädagogischen Personals, mit Eltern in sozial schwierigen Lebenslagen eine für ihr Kind auch gesundheitsförderliche Bildungs- und Erziehungspartnerschaft einzugehen. Es gilt, die Gesundheitskompetenz und Resilenzfaktoren von Eltern und pädagogischem Personal zu entwickeln, u.a. als begleitende Voraussetzung für die Übergänge des Kindes von der Familie in die Kita und später in die Schule.

Die individuelle Gesundheitsförderung von Kindern mit verminderten Gesundheitschancen sollten im Rahmen von Entwicklungs- und Erziehungszielen von den Partnern gemeinsam formuliert werden, dabei ist auf Gesundheitsrisiken und auf Entwicklungspotentiale einzugehen. Auch die Eltern in schwierigen Lebenslagen sollten sich in der Einrichtung respektiert und ihr zugehörig fühlen und die mögliche Unterstützung und Hilfe bekommen. Dazu gehört die Beratung bzw. die Vermittlung von Fachdiensten zur Prävention und Früherkennung gesundheitlicher Risiken ebenso wie die Vermittlung von Patenschaften unter Einbeziehung des

Netzwerkes der Kita. Auch das Selbstverständnis des pädagogischen Personals in Hinblick auf Veränderungen des Berufsbildes „Erzieher/in“ ist zu diskutieren.

Beide Partner pflegen den regelmäßigen persönlichen Austausch über die gesundheitliche Entwicklung des Kindes sowie über möglicherweise unterschiedliche Erwartungen, Werte und Verhaltensweisen. Gesundheit ist dabei auch die Fähigkeit, mit der eigenen Ausstattung bzw. der der Kinder umzugehen. Zur Steigerung der Teilhabe können die regulären Aufnahme- und Eingewöhnungsgespräche durch „Elternzeiten“ wie Eltern-Gesprächskreise, offene Treffs u.ä. ergänzt werden, wobei der Entwicklung der Sprachkongruenz benachteiligter Kinder besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte.

Hinweis: Für die Praxis und die Qualitätssicherung bei der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter bietet die Webseite www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de hilfreiche Unterstützung. Ebenso geben die zwölf Kriterien „Guter Praxis“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) weitere Anregungen und Orientierung zum Thema.

Worum geht es?

Als Netzwerk wird ein Geflecht aus Handlungs- und Beziehungsstrukturen definiert, in dem gemeinsame Wertvorstellungen gelten einschließlich der Bereitschaft, dafür einzutreten. Im Netzwerk einer Kita sind Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen willkommen, die den Erziehungs- und Bildungsauftrag der Kita insgesamt oder einzelne Projekte fördern können und wollen.

In der Kita und in ihrem Netzwerk verdient bei betroffenen Kindern der Ausgleich gesundheitlicher Benachteiligung als Gesundheitsziel hohe Aufmerksamkeit. Korrigierbare Störungen in der physischen, psychischen und sozialen Entwicklung sollten zur Sicherung der Zukunftschancen dieser Kinder bis zum Schuleintritt durch gezielte Intervention möglichst überwunden sein.

Was wollen wir erreichen?

- Die bereits in der Kita praktizierte Gesundheitsförderung für Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Lage zu sensibilisieren
- Hilfen in entsprechenden Notfällen und für Sonderbedarfe durch Netzwerkarbeit ermöglichen
- Auf Regelleistungen im Gesundheits- und im Sozialsystem für Kinder mit besonderem Förderungsbedarf und auf vorhandene lokale Anbieter und Netzwerke aufmerksam machen
- Den effektiven Einsatz von Kompetenzen, Potentialen, Ressourcen und möglichen Synergieeffekten im Netzwerk anstreben
- Mitarbeiter der Kita motivieren und befähigen, Partner für das Kita-Netzwerk zu gewinnen

Welche Fragen wollen wir beantworten?

- Verfügt die eigene Kita bereits über ein effektives Netzwerk?
- Wer kommt als weiterer Netzwerkpartner in Frage?
- Wie können Netzwerk-Partner motiviert werden, das Anliegen „Gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder“ zu fördern?
- Sind Eltern derzeitiger und früherer Kita-Kinder ausreichend und entsprechend ihrer Fähigkeiten eingebunden?

Was können wir tun?

- Zur Netzwerkarbeit mit unterschiedlichen Partner/innen Konzepte entwickeln
- Für das Ziel gesundheitliche Chancengleichheit im Netzwerk werben
- Das Interesse der Partner am Netzwerk durch kontinuierliche Information sichern
- Vereinbarungen zwischen externen und internen Netzwerkpartnern verbindlich gestalten

Was bringt uns weiter?

- Die individuelle und die gesellschaftliche Bedeutung des Gesundheitszieles „Gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder“ als Orientierung im Netzwerk verdeutlichen und in der täglichen Kita-Arbeit praktizieren
- Die eigene Gesundheits- und Sozialkompetenz durch Kooperation mit Netzwerkpartnern stärken
- Eine begleitende Evaluation der Netzwerkarbeit sichert Qualität und eröffnet neue Perspektiven.

Erläuterung

Jede Kita braucht ein Netzwerk, gemeint ist ein vorsorgliches, mehr oder weniger intensiv miteinander verbundenes Beziehungsgeflecht, in dem bei Bedarf nützliche Verbindungen und Hilfen aktiviert werden können. Neben öffentlich organisierten Einrichtungen als Partnern spielt bürgerschaftliches Engagement eine zunehmend wichtigere Rolle. Von dieser Seite können

schnelle und auch unkonventionelle Hilfen erbracht werden, außerhalb von Regelleistungen zur Hilfe verpflichteter Institutionen.

In der folgenden Tabelle sind potentielle Netzwerkpartner aus dem Gesundheits- und Sozialbereich genannt. Jede Kita sollte über eine eigens erstellte Adressenliste mit ihren regionalen Partnern verfügen (siehe dazu Seite 20-21).



Bild: Losevsky Pavel/Shutterstock



Gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder: Partner für Vernetzungen

Die folgende Tabelle gibt Hinweise auf Partner für die Vernetzung der Kindertageseinrichtungen vor Ort

Partner für Vernetzungen	Leistungen der Einrichtungen
Einrichtungen des Gesundheitswesens in der Gemeinde	
Ärzte (Kinder-, Zahn-, Hausarzt, Psychiater) Psychologen, Psychotherapeuten	Beratung und Förderung in der Einrichtung
Frühförderung (144 Stellen in Bayern)	Beratung der Eltern, Unterstützung
Gesundheitsamt: Kinder- und Jugendgesundheitspflege	Soziale und psychosoziale Beratung, Gesundheitsförderung, Schwangerschaftsberatung, Einschulungsuntersuchungen
Krankenhäuser, Kliniken	Notfallambulanz, Pädiatrie, Geburtshilfe
Krankenversicherungen (SGB ^{*)} V)	Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsförderung, Beratung
Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit	Gruppenprophylaxe in Kitas (SGB V, § 21)
Sozialpädiatrische Zentren (12 in Bayern)	Untersuchung / Behandlung entwicklungsverzögerter Kinder
Schwangerschaftsberatung (123 Stellen)	Beratung und Unterstützung für Schwangere
Netzwerk frühe Kindheit Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKis)	www.sozialministerium-bayern.de

*) SGB: Sozialgesetzbuch

Weitere Einrichtungen

Arbeitsagentur Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)	Beratung und Angebote zur Fort- und Weiterbildung
Amt für soziale Sicherung – Sozialamt Sozialhilfe (SGB XII)	Hilfen zur Lebensführung, bei Bedarf Hilfen im Alter, bei Behinderung sowie bei Erwerbsminderung
Bürgerschaftliches Engagement	Patenschaften (z.B. Lesepaten, Nachhilfe)
Deutscher Kinderschutzbund e.V.	Kinderrechte, Kinderarmut, Gewalt gegen Kinder
Einrichtungen in der Kommune	Umwelt, Sport, Schulen, Verkehr, Aufenthaltsrecht; Bürgerbüro, Volkshochschulen
Erziehungsberatung – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)	Hilfestellung zur Stärkung der elterlichen Erziehungskraft
Hochschulen, Akademien	Information und Beratung zu speziellen Themen
Jugendamt	Erziehungs-/Familienberatung, Hilfen zur Erziehung; Frühförderung
Justiz (Familiengericht)	Familienrecht, Sorgerecht
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (LZG)	Gesundheitsbezogene Primärprävention
Logopädiepraxen	Sprachberatung, -förderung
Mehrgenerationenhäuser	z.B. Kulturprojekte, Kochkurse, Hausaufgabenhilfe
Online-Erziehungsberatung (Eltern im Netz)	www.elternimnetz.de
Polizei, Notruf, Feuerwehr	Prävention von Risiken, Verkehrserziehung, Schutz vor Gewalttaten
Selbsthilfeeinrichtungen / -zentren / -gruppen	Informations- / Erfahrungsaustausch von Betroffenen und Angehörigen, praktische Lebenshilfe
Sponsoren	Banken, Betriebe, Vereine und Personen
Vereine (z.B. Sportvereine)	Spezielle Angebote für Kinder
Wohlfahrtsverbände (Caritas, Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Diakonie, der Paritätische)	Beratungsstellen, Kinder-, Jugend- und Familienhilfe u.a.

Aus den partizipativen Fachgesprächen mit pädagogischen Fachkräften

„Mir wurde klar, wie wichtig dieses Thema ist“: Die Fachgesprächen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in Kindertageseinrichtungen im Herbst 2010 wurden von den pädagogischen Fachkräften sehr positiv bewertet. Mehr als 80 Prozent der 86 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Rückmeldung gegeben hatten, bewerteten die Veranstaltung auf einer sechsstufigen Notenskala mit „gut“ oder „sehr gut“. Was dabei besonders gefallen hat?

- „... dass wir danach gefragt wurden, die täglich damit zu tun haben und nicht wieder einfach ein Programm entwickelt wurde, dass uns übergestülpt wird“
- „... das Thema wird im Alltag leicht vergessen. Ich finde es super, durch diese Veranstaltung wieder sensibler geworden zu sein“
- „... offene Kommunikation, intensive Beteiligung in der Gruppenarbeit, Gespräche in den Pausen mit Erzieher/innen“
- „... der Austausch mit Fachkräften und Theoretikern“

Und was gewünscht wird? „Die Ergebnisse aus den Modulen weiter verarbeiten und praxisorientiert umsetzen!“



Ein Arbeitsergebnis der Gruppenarbeit zum Thema „Eltern als Partner“

Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Die Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) ist Mitglied des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, einem 2003 gegründeten, freiwilligen Zusammenschluss auf Bundesebene von über 50 Einrichtungen und Organisationen zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Deutschland. Mitglieder sind:

AOK-Bundesverband, Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ), Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Barmer GEK, BKK Bundesverband, Bundesärztekammer, Bundesagentur für Arbeit, Bundesarbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit, Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienst e.V., Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., Bundeszahnärztekammer, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Deutscher Caritasverband e.V., Deutscher Hebammen-Verband e.V., Deutscher Olympischer Sportbund, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutscher Städtetag, Deutscher Volkshochschulverband, Deutsches Institut für Urbanistik, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk der EKD e.V., Gesunde Städte-Netzwerk, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung, Hochschulen für Gesundheit e.V., Internationaler Bund, IKK-Bundesverband, Knappschaft, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V.,

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V., Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V., Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V., Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V., Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V., Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, Nationale Armutskonferenz, Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V., Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz von Berlin, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Stiftung SPI, Techniker Krankenkasse, Verband der Ersatzkassen e.V., Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health

Adresse: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Regionaler Knoten Bayern

Der Kooperationsverbund wird in den 16 Bundesländern durch Regionale Knoten vertreten. Der Regionale Knoten Bayern zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wurde 2006 in der LZG eingerichtet. Er wird gefördert durch die Initiative „Gesund.Leben.Bayern.“ des Bayerischen

Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit und durch die Gesetzlichen Krankenkassen in Bayern.

Adresse: www.lzg-bayern.de, „Regionaler Knoten“



Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit





Regionaler Knoten Bayern

Partner in den Fachgesprächen Gesundheitliche Chancengleichheit des Regionalen Knotens Bayern



**Landes-
Caritasverband
Bayern**

Diakonie 
Bayern



**Bayerisches
Rotes
Kreuz**



HOCHSCHULE
FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN · FH
MÜNCHEN



*Landeszentrale für
Gesundheit in Bayern e.V.*