

Konzeption für die Arbeit im Regionalen Knoten Rheinland-Pfalz Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Schwerpunkt Kindergesundheit“

1. Grundlagen der Regionalen Knoten zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Die Regionalen Knoten sind ein zentraler Bestandteil der Arbeit eines bundesweiten Kooperationsverbunds. Nachdem sechs Pilot-Knoten Anfang 2004 mit Unterstützung der BZgA eingerichtet wurden, wurde das Netzwerk durch vier weitere bislang vom BKK-Bundesverband finanzierte Regionale Knoten erweitert. Mit Stand November 2005 arbeiten zehn Regionale Knoten in den Bundesländern. Eine Ausweitung des Netzes wird angestrebt.

Die Regionalen Knoten haben zum Ziel, in den Bundesländern und ihren Regionen die Koordination von Ansätzen und Akteuren im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ zu initiieren, zu begleiten und zu fördern.

Damit wird ein Kommunikations- und Vernetzungsprozess vorangetrieben, der in den 90er Jahren mit dem Kongress „Armut und Gesundheit“ angestoßen wurde, seine Fortführung 2002 im Aufbau der Online-Datenbank „Angebote der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ fand und seit November 2003 in Form eines bundesweiten Kooperationsverbundes fortgeführt wird.

Träger der Regionalen Knoten sind Koordinierungs-Akteure auf Länderebene, i.d.R. die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung. In Rheinland-Pfalz übernimmt die Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG e.V.) die koordinierende und federführende Funktion.

Finanzierung

Die Aufwendungen für die Arbeit eines Regionalen Knotens sind abhängig von der inhaltlichen Schwerpunktsetzung und dem damit verbundenen Arbeitsvolumen.

Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Finanzierung durch verschiedene regionale Kooperationspartner müssen berücksichtigt und geprüft werden. (Hierzu dient ein aktueller Abstimmungsprozess in RLP krankenkassenarten-übergreifend mit Gesetzlichen Krankenkassen wie der AOK, VdAK/AEV, BKK, IKK, LKK, BKN und mit der Unfallkasse RLP sowie mit der Landesregierung. Weitere Akteure der sozialen und gesundheitsfördernden Arbeit, sei es in den kommunalen Gebietskörperschaften oder von freien Trägern, sind ausdrücklich nicht ausgenommen (siehe Punkt 4).

2. Allgemeiner Aktionsrahmen der Regionalen Knoten

Die Arbeit der Regionalen Knoten orientiert sich an der bundesweiten Aufgabenbeschreibung für die Knoten-Arbeit und liegt in der Verantwortung der regionalen Träger.

Die Arbeit in den Regionalen Knoten soll den besonderen Gegebenheiten in den Bundesländern Rechnung tragen. Inhaltliche Schwerpunktsetzungen hinsichtlich der bearbeiteten

- Handlungsfelder (z.B. Stärkung psychosozialer Ressourcen, Bewegung und Ernährung)
- Lebenslagen (z.B. Familien, Alleinerziehende in besonders belastenden Lebenslagen und Wohnumfeldern)
- Zielgruppen (z.B. Kinder und Jugendliche)

liegen in der Verantwortung der Regionalen Knoten.

Ungeachtet der inhaltlichen Schwerpunktsetzungen widmen sich die Regionalen Knoten der Erfüllung der folgenden Aufgaben:

2.1. Aufbau von Arbeitskreisen und -formen zum Thema „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, der zu diesem Thema arbeitenden Akteure zusammenführt (Behörden, Vereine, Institutionen, Privatpersonen u.a.). Die Arbeitskreise und -treffen dienen als Forum, auf Grundlage der in der bundesweiten Datenbank (s.u.) erfassten Angebote sowie weiterer Informationen (insbesondere der Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf kommunaler und Landesebene), den Stand der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Region zu diskutieren und Ansätze zur bedarfsorientierten Verbesserung und Optimierung der Angebote zu entwickeln. Diese Ergebnisse werden für einen gemeinsamen Qualitätsentwicklungsprozess kontinuierlich in den bundesweiten Austausch eingespeist.

2.2. Durchführung und Dokumentierung jährlich mindestens einer Regionalkonferenz oder Fachveranstaltung, auf der die Ergebnisse der Arbeit in den Regionalen Arbeitsforen und Knoten einem breiten Akteurs-Spektrum aus Politik, Praxis und Wissenschaft vorgestellt und zur Diskussion gestellt werden. Diese Veranstaltungen gehen über einen reinen Informations- und Kommunikationsaspekt hinaus und beinhalten qualitätsbezogene Diskurse (zur Qualitätsentwicklung von Praxismaßnahmen) und die Motivierung von Akteuren, sich in die Arbeit der Regionalen Knoten einzubringen.

2.3. Der jeweilige Arbeitsstand in den Regionalen Knoten wird durch regelmäßige Zwischenberichte und im Rahmen der Internet-Plattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) dokumentiert und kommuniziert. Die Knoten-Regionen stellen sich im Rahmen der Plattform auf eigenen Seiten vor. Mögliche Inhalte sind z.B. Informationen zum Status quo regionaler Gesundheitsförderungsprozesse, Protokolle und Ergebnisse der Arbeitskreis-Arbeit, Dokumentation von Regionalkonferenzen, Fachveranstaltungen und die Veröffentlichung weiterer Arbeitsergebnisse.

2.4. Verstärkung der Datenbank „Angebote der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ durch Motivierung regionaler Akteure, die Datenbank und die Internet-Plattform zu nutzen, bislang nicht erfasste Angebote in die Datenbank einzutragen und bereits bestehende Einträge regelmäßig zu aktualisieren.

2.5. Mitarbeit an der inhaltlichen Ausgestaltung und konzeptionellen Weiterentwicklung der Internet-Plattform durch Weiterleitung aktueller Informationen, Termine, Materialien und Arbeitsergebnisse an die zentrale Koordination.

2.6. Unterstützung der zentralen Koordination z.B. Im Rahmen der Ermittlung und Befragung potenzieller „Good Practice“-Angebote.

3. Aufgaben der bundesweiten, zentralen Koordinierung

Eine zentrale Koordinierungsstelle unterstützt die Arbeit der regionalen Knoten inhaltlich und organisatorisch. Sie dient für den Regionalen Knoten in Rheinland-Pfalz vor allem zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung guter Praxis durch den Austausch mit den anderen Regionalen Knoten und durch Nutzung der bei der zentralen Koordinationsstelle gebündelten Fachlichkeit und den Informationsressourcen.

Die bei Gesundheit Berlin e.V. angesiedelte zentrale Koordination hat folgende Aufgaben:

3.1. Schnittstellenfunktion für die Regionalen Knoten zu den übrigen Modulen des Projekts (Datenbank, Internet-Plattform, Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätsentwicklung von Good Practice), zum beratenden Arbeitskreis, zu weiteren Kooperationspartnern und Zuwendungsgebern, zur externen Evaluation der Regionalen Knoten, zu von Gesundheit Berlin durchgeführten und betreuten Aktivitäten (Kongress Armut und Gesundheit, Satelliten-Veranstaltung, Präventionsforschungs-Projekt)

3.2. Sicherstellung des kontinuierlichen Informationsflusses zwischen den Regionalen Knoten
Ausrichtung und Moderation von jährlich zwei Arbeitstreffen der Regionalen Knoten (alternierend in verschiedenen Knoten-Standorten, mit thematischen Schwerpunkten)

3.3. Unterstützung der Regionalen Knoten bei der Formulierung und Umsetzung ihrer Zielsetzungen insbesondere zu Auswahl und Transfer guter Praxis (bei der Darstellung in der Datenbank)

3.4. Aufbereitung der Arbeitsergebnisse der Regionalen Knoten für die Berichterstattung, für die Sitzungen des beratenden Arbeitskreises, für die Sitzung der Knoten-Koordinatoren/innen mit dem beratenden Arbeitskreis und für die jeweils im Herbst stattfindenden Kooperationstreffen.

3.5. Unterstützung der Knoten-Arbeit bei organisatorischen und inhaltlichen Fragen (Mailings, Vorbereitung von Fachveranstaltungen) sowie bei der Darstellung der Knoten-Arbeit im Rahmen der Internet-Plattform

3.6. Unterstützung und Weiterqualifizierung der Regionalen Knoten hinsichtlich ihrer Lotsenfunktion vor Ort, z.B. Informationsbeschaffung und -aufbereitung, Weitergabe von Know-how an Projektanbieter und andere Akteure. Die Umsetzung erfolgt durch Förderung und Unterstützung des Austauschs zwischen den Knotenpunkten auf Arbeitstreffen und in einer Mailing-Liste, durch die Formulierung schriftlicher Handlungsempfehlungen und ggf. durch die Einbeziehung von Experten/innen (z.B. zur Projektberatung) in eines der Arbeitstreffen.

3.7. Unterstützung der Knoten-Arbeit in Fragen der Öffentlichkeitsarbeit (Erstellung von Printmedien wie Poster, Präsentationen, Artikel u.ä.)

4. Aufgaben und Arbeitsschritte des Regionalen Knotens in Rheinland-Pfalz

Die genannten Zielsetzungen und Aufgabenstellungen bieten den Rahmen für ein landesbezogenes Arbeitsprogramm, das zunächst für 2006 von Kooperationspartnern des Regionalen Knotens abgestimmt wird. Initiatoren sind im Auftrag der Landesregierung die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, mit federführend koordinierender Funktion, der Verein Armut und Gesundheit, Verbände über die Liga der Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege, Vertreter aus Wissenschaft und Kommunalen Spitzenverbänden, Gesetzliche Krankenkassen. Einbezogen werden alle Gesetzlichen Krankenkassenarten und die Unfallkasse. Auf lokaler Ebene können Partner hinzukommen: je nach Projektzusammenhang der ÖGD, Jugendämter und Träger der Sozialen Arbeit sowie weitere Anbieter der Gesundheitsförderung.

Im Mittelpunkt steht die Vernetzung und Koordination für einen fachlichen Austausch und transparenten Wissenstransfer. Es werden durch Recherche von Praxismodellen und Konzepten mit Focus auf Kindergesundheit (in sozial benachteiligten Lebenslagen und Milieus, besonders im Setting Familie und Quartier) umsetzbare Ziele und Ansatzpunkte und Bedingungen herauskristallisiert, verknüpft und praxisnah dokumentiert.

4.1. Konkretisierung des Aufgabenfeldes für Recherche und Unterstützung, Intervention

Es interessiert die *gemeinsame Schnittstelle von Kindergesundheit in sozial benachteiligten Lebenslagen*, von *gesundheitlichen* und *sozialen* Belastungen, von *Gesundheitsstatus* der Kinder und *Einflussfaktoren* im Alltagsleben (kulturell geprägte Verhaltensmuster, Lebensformen im sozialen Raum).

4.1.1. Zielgruppe: Primär Kinder im Vor- und Grundschulalter und ihre Familien (möglich ist eine alternierende Altersfestlegung), sekundär die mit diesen Gruppen arbeitenden Fachkräfte.

4.1.2. Bei den sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit wird der Fokus (zunächst) auf die sozialräumlichen Bedingungen und sozialökologischen Kontexte wie Wohnsituation, Wohnumfeld gelegt. Die individuellen Wahrnehmungen, Deutungen und Verarbeitungsformen werden auf die sozialen Handlungsformen und Lebenswelten in Wohnquartieren und Milieus bezogen. *Überschaubare* Handlungsräume von sozial benachteiligten Bewohner-Gruppen sind Ausgangs- und Bezugspunkt der Projekt- und Angebotsrecherche, der fachlichen Beratung und des Wissenstransfers.

Der quartiersbezogene Settingansatz nimmt neben belastenden Bedingungen und Faktoren ebenso die positiv nutzbaren Ressourcen der Akteure und ihres Umfeldes in den Blickpunkt, z.B. die sozialen Einrichtungen wie Kita, Grundschule, Nachbarschaftstreff, die institutionellen Netzwerke und die psychosozialen, nachbarschaftlichen, familiären Netze als zu stärkende, protektive und (mittelbar) unterstützende Gesundheitsfaktoren.

4.1.3. Konkretisierung von Themenbereichen:

Es werden gezielt Themen, Ansatzpunkte und bestimmte Einflussbedingungen für die Recherche und fachliche Unterstützung ausgewählt. Sie schließen eine Wahl neuer Themen und Foki nach Bedarf nicht aus. Themen- und Handlungsfelder sind die Ernährungs- und Bewegungssituation, Wohnsituation, Unfallsicherheit, der Impfstatus und die U-Untersuchungen, bedarfsweise die Früherkennungs- und Förderungsqualität, der Übergang Kita – Grundschule o.a.

Eine gemeinsame Eingrenzung der Aufgabenbezüge und eine arbeitsteilige Bearbeitung wird vorgenommen.

Es kann für eine inhaltliche Fokussierung auf bestimmte Verhaltens- und Erscheinungsformen der Gesundheit bei Kindern von bestimmten medizinischen Aspekten, Krankheitsbildern (z.B. bestimmten Auffälligkeiten, Ernährungszustand, Infektionsanfälligkeit) als konkreten Handlungsanlässen ausgegangen werden, die dann in den sozialen Kontext von Armut bzw. sozialer Benachteiligung gestellt werden: Der sichtbare Gesundheitszustand von Kindern wird auch in Bezug auf die allgemeine Entwicklungssituation der Kinder und ihre sozialen, kulturellen, familiären Bedingungen hin betrachtet und bearbeitet (z.B. gesundheitsökologische Belastungen in Wohnungen, unfallgefährdendes Wohnumfeld, Risikoverhalten der elterlichen Vorbilder und der Kinder, Teilhabemöglichkeiten). Dabei werden mögliche Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen und sozialen Belastungen, Beeinträchtigungen berücksichtigt.

Bei feststellbaren Mängeln in der Prävention und Versorgung (z.B. bei der Zahngesundheit, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) können mehrere Bezugspunkte sinnvoll sein: Die Behebung von Versorgungslücken - für die Regionalen Knoten-Aktivitäten möglichst *zusammen* mit der Veränderung unzureichender Verhaltensmuster in der gesundheitsbezogenen Achtsamkeit (geringe Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, körperliche Vernachlässigung) - und damit das Ansetzen an Lebensformen, bis hin zu ihren sozialen Bedingungen.

Soziokulturelle und strukturelle Einflussfaktoren von Armut wie Umwelt, Bildung, Einkommens- und Haushaltssituation werden zwar immer, aber ebenfalls nur begrenzt, nämlich primär in ihrer Gesundheitswirkung beachtet und zum Handlungsgegenstand. Dabei rangieren unmittelbar gesundheitliche, deutlich nachweisbare Wirkungszusammenhänge handlungsstrategisch i.d.R. vor allgemeineren kulturellen, sozial vermittelten Benachteiligungen. (Im Sinne von Präventionsprogrammen mittlerer Reichweite)

Eine Leitlinie für Unterstützungsansätze ist, dass es besonders um Verhältnis- und Verhaltensprävention, nicht nur um Defizitkompensation und das Schließen von fehlenden medizinischen Versorgungslücken geht. Letzteres kann durchaus ein Ansatzpunkt und wichtiges Element in Gesundheitsförderungsstrategien zur Absenkung sozial bedingter Gesundheitsrisiken sein, sollte für die Regionalen Knoten-Aktivitäten aber in einen umfassenderen, präventiven und gesundheitsfördernden Handlungsrahmen gestellt werden.

4.2. Einzelne Arbeitsschritte

4.2.1. Ist-Analyse und Recherche von Informationen und Daten zur gesundheitlichen und sozialen Situation von Kindern in sozial benachteiligten Lebenslagen und Sozialräumen.

Bestands- und Bedarfserhebung von Praxisansätzen/-modellen, von potentiell vernetzungsinteressierten Organisationen und Ressourcen und von relevanten Datenquellen für eine Verbesserung einer gesundheitsbezogenen und sozialen Arbeit. Dafür wird z.B. die aktuelle bundes- und landesweite, regionale und kommunale Armuts- und Gesundheitsberichterstattung genutzt.

Von Interesse sind besonders Projekte, die schon im Schnittfeld von Gesundheitsförderung und sozialer Arbeit tätig sind.

4.2.2. Eine Unterstützung der Qualitätsentwicklung von Praxis vor Ort kann durch verschiedene Aktivitäten und Serviceleistungen geschehen.

Nach der Bewertung von Praxisansätzen und Aufklärungsmaßnahmen aufgrund definierter Qualitätskriterien werden Projekte durch fachliche Beratung, Vernetzung zu potentiellen Partnern, Referenten und zu anderen Methoden und Ansätzen der Sozialen Arbeit (z.B. Mediationshilfe, aufsuchende Arbeit, Konfliktmoderation), unterstützt.

Weitere Beratungsfunktionen betreffen Vernetzungsmanagement, Finanzierungsmöglichkeiten, Öffentlichkeitsarbeit, kollegiale Beratung und Evaluationsformen.

4.2.3. Qualitätssicherung der regionalen Knoten und Projekte geschieht durch das Beachten von Qualitätskriterien zur Beurteilung, Selbstbeurteilung und Weiterentwicklung von Projekten und Maßnahmen.

Folgende Kriterien dienen als Leitorientierungen (siehe ausführlich Anhang):

- ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff der WHO, Gesundheitsförderung i.S. der Salutogenese
- Settingansatz (Quartier, überschaubarer sozialer Raum)
- Resilienzstärkung (z.B. Selbstschutz, -heilungskräfte, psychische Stärke)
- Empowerment als individuelle und gemeinschaftliche Stärkung der Selbsthilfe, der produktiven Problembewältigung
- Partizipation, aktive Beteiligung der Betroffenen
- Zugangsmöglichkeit und Niederschwelligkeit von Angeboten
- Chancengleichheit, Herstellen von mehr Gesundheitschancen
- Beachtung des Genderaspekts
- Bildung mit Erwerb von Gesundheitsorientierungen und Lernen aus Erfahrungen
- Bewegungsräume, -gelegenheiten aneignen, gestalten
- Integrierte Handlungskonzepte mit Vernetzung und gemeinsamem, sich ergänzendem Handlungsbezug der Akteure und der Institutionen / Organisationen
- Nachhaltigkeit zeitlich, räumlich, sachlich / thematisch, sozial (z.B. durch Hilfe zur Selbsthilfe, durch Multiplikatorenarbeit, durch Schaffung struktureller Grundlagen zur Absicherung von Angeboten u.ä.)

Die Kriterien zur Beurteilung von Projekten dienen zugleich als Leitkriterien zur Recherche und Unterstützung von Projekten, d.h. Projekte und Maßnahmen mit mehreren Kriterien und deutlicher Beachtung des Zusammenhangs von Gesundheit und Armut/sozialer Benachteiligung werden in der Knotenarbeit besonders berücksichtigt. Good-Practice-Modelle werden z.B. auf der Internetplattform und in der regionalen, landesweiten Kommunikation besonders bekannt gemacht.

Damit werden auch Hinweise zur besonderen Förderungswürdigkeit von Präventionsprojekten gegeben.

4.2.4. Die gesammelten Aktivitäten und Ansätze sollen dokumentiert und evaluiert werden.

Dokumentation der Aktivitäten: Projektbeschreibungen sollen so transparent sein, dass erkennbar wird, auf welchen Voraussetzungen sie beruhen, welche Bedingungen sie vorfinden, welche Ziele sie haben und welche Realisierungs-Erfahrungen.

Evaluation von Maßnahmen: Die Projekte können sich in einem peer-review untereinander vergleichen, beurteilen und beraten. (Die Evaluation ist kein Ausschlusskriterium, da viele praktische Projekte zu Beginn ihrer Arbeit hiermit oft überfordert sind.)

4.2.5. Fachöffentlichkeits- und Öffentlichkeitsarbeit. Dazu dient eine Fachtagung ca. pro Jahr.

4.3. Vernetzungsstrukturen und Koordination

4.3.1. Breite der fachlichen Vernetzung:

Die Recherche, Aufnahme und aufbereitete Weitergabe von themenrelevanten Informationen nutzt Daten und Kontakte landesweit, regional als auch konkret in lokalen Sozialräumen (z.B. kommunale Sozialdaten und Gesundheitsberichterstattung). Dies geschieht in Zusammenwirken mit kommunalen und freien Trägern, Verbänden der Sozialen Arbeit und der gesundheitlichen Versorgung (z.B. Ärzteverbände, heilpraktische Berufe, ÖGD), der Prävention sowie Gesundheitsförderung (z.B. regionale Gesundheitskonferenzen, Selbsthilfegruppen).

Der Austausch soll mit Akteuren in verschiedenen Arbeitsfeldern (Soziales, Erziehung, Bildung, Gesundheitsförderung), verschiedenen Professionen, Diensten (z.B. Jugendhilfe, ÖGD, Gesundheitskonferenzen, niedrigschwellige Beratungsdienste, Selbsthilfe-Koordinationsstellen o.a.) stattfinden.

4.3.2. Organisation der Vernetzung:

- Eine Qualifizierung der Praxis und ihrer Akteure durch einen fachlich kompetent und strukturiert moderierten Austausch wird auf Basis einer Teilzeit-Koordinationsstelle unterstützt. Die Koordinierungsstelle organisiert Austauschtreffen und Fachforen, sammelt Daten aus Projekten und bereitet sie dokumentarisch zur Präsentationsauswahl vor, unterstützt die Zulieferung von Informationen zur BZgA-Datenbank und an interessierte Projekte (im Knoten-Verband), ist Kontaktperson für bundesweite Kontakte der Regionalen Knoten, vermittelt bei Anfragen aus Projekten / Organisationen Informationsquellen, Kontakte, Referenten etc.. (Eine genaue Aufgabenbeschreibung wird gemeinsam festgelegt.)

- Regelmäßige Arbeitstreffen zwischen wichtigen Akteuren werden abgesprochen. Dies geschieht in Richtung einer landesweiten, in verschiedenen Regionen konkretisierten Vernetzung, die auch perspektivisch regionale Unternetze beinhalten kann.

- Eine Online-Vernetzung geschieht über die Nutzung und Unterstützung der genannten BZgA-Seite. Eine Verlinkung mit relevanten Organisationen gehört zur Vernetzungsarbeit.

Anhang: Kriterien für die Beurteilung von Projekten im Rahmen Regionaler Knoten

- **Settingansatz:** Die Gesundheitsangebote sind *lebensweltorientiert*, d.h. Angebote werden im sozialen Brennpunkt, im Stadtteil, in Kiga, Kita, Schule usw. angesiedelt. (Und die Orientierungen und Deutungen der ihre Lebenswelt konstruierenden Menschen werden zu einem Ansatzpunkt für gesundheitsfördernde Lern- und Entwicklungsprozesse) .
Dabei muss der Zusammenhang von Strukturbedingungen des Settings und den in ihm nur möglichen Handlungszielen deutlich gemacht werden können. Es geht einerseits darum, das Verhalten von Individuen unter spezifischen strukturellen Bedingungen erklären zu können. Zum anderen geht es auch darum, diese Strukturbedingungen zum Gegenstand von Veränderungsbemühungen zu machen.
- **Definition des Gesundheitsbegriffs** bei Kindern: Grundlage ist die WHO-Definition, dass Gesundheit körperliche, seelische und soziale Aspekte beinhaltet. Gerade bei Kindern ist eine normale soziale und psychische Entwicklung von einer weitestgehend körperlich unversehrten oder zumindest von einer nur vorübergehenden und nachvollziehbaren durch Erkrankungsphasen unterbrochenen Sozialisation abhängig, und gerade Kinder müssen bestimmte "Entwicklungsaufgaben" lösen, die sie nur unter solchen Bedingungen lösen können. Im Sinne der Salutogenese fragt Gesundheitsförderung dabei nach den gesunderhaltenden und gesundheitsfördernden Kräften und Bedingungen.
- **Empowerment:** Die Fertigkeiten und Fähigkeiten der Kindern sollten herauskristallisiert und gefördert werden, an ihren Ressourcen sollte angesetzt werden und nicht an ihren Defiziten. Gerade im Kontext von Armut und Gesundheit bei Kindern spielen die Ressourcen und ihre Entdeckung und Aktivierung eine zentrale Rolle.
Die Defizite, die ihre Situation ausmacht, und die auch zu Beeinträchtigungen der Lebensgestaltung in vielen Dimensionen führen, sind offensichtlich und auch durchaus zu berücksichtigen. Dennoch haben diese Kinder in der Regel immer etwas, was sie können, was sie als Persönlichkeiten ausmacht, was sie auch einzubringen vermögen in eine Projektarbeit.
Ressourcen sind auch das Quartier, seine städtebauliche Gestaltung, das unmittelbare Wohnumfeld, die vorhandene oder nicht vorhandene Infrastruktur, weil Kinder auf deren Basis ihre Welt deuten, sich selbst ins Verhältnis zu dieser Welt setzen, die Welt wahrnehmen und interpretieren und auch ihre Perspektiven entwickeln.
- **Resilienzansatz:** Ein von Empathie geprägter Umgang sollte zur Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes der Kinder führen, das ihnen erlaubt, für sich Bewältigungsstrategien zu entwickeln. die ihnen wiederum ermöglichen, mit den Folgen ihrer Armut auf der sozial-kommunikativen Ebene des Handelns einigermaßen umgehen zu können.
Zwischen Rückzug, Kompensation und aktivem Entgegenwirken werden dann Strategien gewählt, die von der psychosozialen Situation einerseits und von den strukturellen Rahmenbedingungen andererseits abhängen - meist auch in ihrer Dialektik (Wechselwirkung) zu Verschärfung der Situation beitragen.
Welche (sozial-emotionale und handlungsbezogene) Bewältigungsstrategie Kinder dabei entwickeln, hängt meistens von zwei Faktoren ab:
 - Einmal von den Bedingungen, die diese Kinder in ihren Familien (und sozialen Nahbeziehungen) vorfinden, vor allem welche Kompetenzen die Eltern haben, mit ihrer Situation umgehen zu können.
 - Zum anderen von den strukturellen Rahmenbedingungen, die diese Kinder in ihren jeweiligen sozialen Bezügen und sozialökologischen Kontexten (Kindergarten, Schule, Freizeit, kindlicher Aktionsradius und die dort vorfindbaren Beziehungen) haben.

- **Partizipativer Ansatz:** Es ist auf eine aktive Beteiligung der Zielgruppe zu achten. Beteiligung an Projekten heißt dabei nicht nur, Kinder einzubeziehen als Zielgruppe dieses Projektes, sondern auch und vor allem als Akteure im Prozess der Zieldefinition und -erreichung.

Die Beteiligung von Kindern an Prozessen und Entscheidungen, die die Veränderung ihrer unmittelbaren Umwelt und ihrer Lebensverhältnisse betreffen, ist für Kinder integrationssichernd und identitätsstiftend gleichermaßen. Gerade für Kinder, die unter den Bedingungen von Armut aufwachsen, sind Projekte wichtig, die ihnen das Gefühl geben und die Erfahrung vermitteln, Einfluss zu haben und wichtig zu sein im Prozess der Entscheidungsfindung zum Beispiel in Planungsprozessen oder in der Gestaltung ihrer unmittelbaren sozialräumlichen Lebenswelt. Dies bedarf einer spezifischen Anerkennungskultur, die deutlich macht, dass ihr Engagement auch für andere einen Wert hat.

(Zur gesundheitsförderlichen Stärkung von Selbsthilfe- und Partizipationspotentialen sind die Kinder mit ihren Eltern, Bezugs- und Vertrauenspersonen anzusprechen (z.B. in Sportvereinen, Spiel- und Lernstuben, Kinder- und Jugendtreffs, Jugendverbänden)
- **Bildung:** Es ist bei Kindern auf die Bildungsressourcen und deren Entwicklung zu achten, weil sie das Gesundheitsverständnis und -verhalten steuern.

Bildung meint hier in einem umfassenden Verständnis einmal Wissen, das Bildungsinstitutionen vermitteln. Andererseits und viel entscheidender ist heute jenes Wissen, das sich Kinder und Jugendliche in informellen Kontexten außerhalb der Bildungsinstitutionen aneignen. Es geht um Erfahrungen und Orientierungen, die sich in Wissensbestände transformieren lassen, es geht um gelebte Praxis, um Handeln, das Individuen dazu bringt (vielleicht auch: zwingt), ihre Einstellungen und Verhaltensweisen zu verändern, also zu lernen.
- **Bewegungsräume und -gelegenheiten und deren Aneignung:** Bewegung ist nicht nur wichtig für die physische Gesundheit von Kindern. Vielmehr geht es darum, Bewegungsräume auch als Wahrnehmungs- und Aneignungsräume zu betrachten. Kinder eignen sich solche Räume dadurch an, dass sie sich nach Maßgabe ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung von ihrem unmittelbaren Wohnumfeld immer weiter weg bewegen und irgendwann auch zu einer Differenzierung sozialer Räume nach Bedürfnissen und Interessen oder nach den dort verankerten Beziehungen kommen und sich dort selbstverständlich bewegen.

Entscheidend ist dabei, ob die objektiv gestaltete und begrenzte Raumstruktur diese Möglichkeiten der Aneignung durch Bewegung strukturell erlaubt oder gar schafft oder eben auch verhindert. Diese Frage entscheidet auch darüber, ob Kinder die Chance haben sich mit ihrem Wohngebiet zu identifizieren oder ob es ihnen eher fremd bleibt.

Die kognitive Aneignung von Räumen, ihrem Nutzungspotential und von Handlungsmöglichkeiten im sozialen Raum ist ein wichtiges Element der praktischen Aneignung, z.B. einer Gestaltung von Spiel- und Bewegungsräumen, einer kreativen Nutzung von (halb)öffentlichen Flächen und deren Ausstattung. Bewegung ist hierfür ein Medium des Lernens, der Wahrnehmung und weiterer handlungsbezogener Kompetenzen.
- **Integrierte Handlungskonzepte - Vernetzung:** Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung verlangen gerade im Kontext von Kinderarmut nach integrierten Handlungskonzepten, also nach Konzepten, in denen die einzelnen Akteure nicht nur additiv das jeweils ihre dazu tun, um dann insgesamt zu einem Ergebnis zu kommen. Vielmehr geht es um eine Vernetzung dieser Akteure und zwar auf zwei Ebenen:

 - auf der Ebene der institutionellen Vernetzung, wo sich Organisationen, Ämter, Institutionen

und andere Professionelle miteinander so vernetzen, dass ein Gesamtkonzept entsteht,

- auf der Ebene der assoziativen Vernetzung als im Kern zivilgesellschaftliches Element, wo sich Nachbarn, Freunde, Interessierte und Betroffene für die "res publica" (für ihre gemeinsamen, öffentlichen Belange) einsetzen, sich gegenseitig unterstützen und sich wechselseitig helfen, wo jeder seine Kompetenzen einbringen kann und auch das Gefühl hat, für andere relevant zu sein.

Beide Formen der Vernetzung werden in ihren Mischformen realistischer Weise anzutreffen sein. Gesundheitsförderlich ist eine Befähigung zur (Selbst-)Vernetzung in psychosozialen, assoziativen und institutionellen, organisatorischen Netzen.

- **Nachhaltigkeit:** Projekte sollten über die zeitlichen, räumlichen, sachlichen und sozialen Begrenzungen hinaus eine Wirkung haben. Das bedeutet:
 - sie sollten **zeitlich** möglicherweise auf Dauer gestellt werden, also institutionalisiert werden als Angebot, wenn dies die Situation erfordert;
 - sie sollten **räumlich** nicht nur auf ein Quartier, einen Stadtteil, eine Institution bezogen werden können, sondern übertragbar auf andere ähnlich strukturierte sozialräumliche Kontexte sein und dort - unter Einbezug der jeweils spezifischen lokalen Bedingungen - installiert werden können;
 - sie sollten **sachlich/thematisch** so angelegt sein, dass sie einerseits den jeweiligen Problemerkfordernissen gerecht werden, andererseits daraus aber auch Handlungsstrategien, Ziele und Methoden ableitbar sind, die für andere thematische Schwerpunkte auch gelten könnten oder dort zur Grundlage gemacht werden könnten;
 - sie sollten **sozial** so angelegt sein, dass nicht nur die entsprechende Zielgruppe des Projektes ihren Nutzen davon hat, sondern, dass es zu einer nachhaltigen Vernetzung der Akteure kommt, die gemeinsam mit der betroffenen Zielgruppe über weitere Problemlösungen nachdenkt und ihre Lösung herbeizuführen versucht. (Siehe Empowerment, Partizipation)
- **Zugangsmöglichkeit:** Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten gerade unter den Bedingungen von Kinderarmut in deprivierten Räumen auf einem relativ niedrigen Niveau zugänglich sein. Bei der Frage der Zugänglichkeit von Kindern geraten zwei Dimensionen ins Blickfeld:
 - Einmal geht es um die unter Armutbedingungen nur mobilisierbaren Zugangsressourcen, die Kinder haben - und hier geht es um die Niedrigschwelligkeit von Angeboten, Einrichtungen, Maßnahmen der Beteiligung, die Projekte hier ermöglichen sollen.
 - Zum anderen geht es um die Frage der Kind-Angemessenheit der Angebote, Einrichtungen und Beteiligungsformen.
- **Chancengleichheit:** Chancengleichheit als grundlegende Form der Erziehung und Bildung betrifft in der Gesundheitsförderung auch gleichartige Chancen gesund aufwachsen zu können. Durch korrektive oder kompensatorische Maßnahmen sollen benachteiligte Kinder die Chancen erhalten, Zugang zu zentralen identitätsstiftenden und integrationssichernden Handlungsfeldern der Gesellschaft zu finden.
- **Genderaspekte:** Die Ziele von Gender Mainstreaming (GM) beziehen sich auf die Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern und auf die Beseitigung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern (Gerechtigkeitsperspektive) ebenso wie auf die Verbesserung der Qualität von Leistungen (Qualitäts- bzw. Effizienzperspektive). Chancengleichheit in der Gesundheit zielt auf eine gleichwertige gesundheitliche Versorgung der Geschlechter, so dass diese ihre Gesundheitspotentiale entfalten können. Dies ist nur zu erreichen, wenn die Geschlechter bzw. weibliche und männliche Problemsichten angemessen an allen für die Gesundheit relevanten Entscheidungen beteiligt werden (Partizipation). Weiterhin ist

erforderlich, die (potentiellen) Unterschiede zwischen den Geschlechtern - auch differenziert in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (nach Alter, sozialer Schicht, ethnischem und kulturellem Hintergrund etc.) - zu berücksichtigen. Im Fokus stehen daher nicht nur das jeweils spezifische Gesundheitsverhalten sondern auch die erforderlichen strukturellen Veränderungen.