

**Abschlussbericht „...trotz allem gesund!“**

Projektzeitraum: 1.3.2004 – 30.5.2009

---

**Zusammenfassung:**

**Ziel des Projektes war es, einen neuen Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Menschen für primäre Gesundheitsförderung zu erproben. Dabei wurde an bestehenden Kontakten angeknüpft, die 3 Vorarlberger Sozialinsitutionen im Rahmen ihrer psychosozialen Beratungstätigkeiten speziell zur sozioökonomisch benachteiligten Zielgruppe besitzen. Dieser für die Gesundheitsförderung neue Zugang zur sozioökonomisch benachteiligten Zielgruppe („Arme“) wurde genutzt, um einerseits gesundheitsrelevante Daten über das Gesundheitsverhalten der Zielgruppe zu erhalten und um andererseits dieses Verhalten zu fördern.**

**Die Ergebnisse des Projektes zeigen:**

- 1) Ein Zugang über Einrichtungen zum Zweck der Unterstützung der Erziehung (im Rahmen der Jugendwohlfahrt) und zum Zweck der Schuldenberatung trifft tatsächlich und sehr genau auf sozioökonomisch benachteiligte Menschen (60% an oder unter der Armutsgrenze, 40% Arbeitslose, 50% Alleinerzieherinnen,...).**
  
- 2) Ein Anknüpfen der Gesundheitsförderung an den sonstigen Interventionen dieser Einrichtungen ist möglich (die Hälfte der angefragten KlientInnen konnte für das Gesundheitsprogramm gewonnen werden) – wenngleich die optimalen Bedingungen für ein erfolgreiches „Andocken“ in Bezug auf die einzelne Einrichtung noch genauer spezifiziert werden sollten.**
  
- 3) Mit den verwendeten Interventionsprogrammen konnte die Gesundheit insbesondere im Bereich des Vorsorgeverhaltens und im Bereich der gesundheitlichen Befindlichkeit sowie der Streßbewältigung signifikant gefördert werden.**

**Auf Grund seines speziellen Ansatzes kann das Projekt „...trotz allem gesund!“ als erfolgreicher Pilotversuch verstanden werden. Die Ergebnisse fordern zu weiterführenden Überlegungen in der Gesundheitsförderung sozioökonomisch benachteiligter Gruppen heraus.**

Nachdem ein detaillierter Projektantrag vorliegt und in neun Zwischenberichten an den Fonds Gesundes Österreich und den Fonds Gesundes Vorarlberg über den Verlauf des Projektes ausführlich berichtet wurde und nachdem nun von der Fachhochschule St. Gallen für Angewandte Wissenschaften ein gründlicher und umfangreicher Evaluationsbericht vorliegt, wird in diesem Abschlussbericht vor allem auf jene Punkte eingegangen, die in der Praxis unerwartet waren und die für

zukünftige Projekte in der Gesundheitsförderung mit dem Hintergrund „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ relevant sein könnten.

1)

Wir („IfS-Familienarbeit“) als Projektträger vermuteten nach 20-jähriger Erfahrung in der Beratung von Familien, welche uns die Jugendämter zur „Unterstützung der Erziehung“ zuweisen, dass es sich bei unserem Klientel genau um jene Zielgruppe handle, die in vielen Publikationen zur Gesundheitsförderung als „sozioökonomisch benachteiligt“ bezeichnet werden. Diese Menschen werden durch die gängigen Förderprojekte nur wenig erreicht, obwohl sie Förderung ganz besonders nötig hätten.

Gesundheits-Staatssekretär Wanek meinte dazu 2002 bei einer Tagung des „Fonds Gesundes Österreich“ in Wien: *„Wir brauchen neue Kommunikationsstrategien, um die benachteiligten Gruppen mit Gesundheitsförderung anzusprechen.“* Diese Äußerung war der Ansporn für das Gesundheitspräventions-Projekt „...trotz allem gesund!“.

Das Projekt sollte so angelgt sein, dass auch unsere Vermutung, beim Klientel der teilnehmenden Institutionen handle es sich genau um jene Zielgruppe, auch tatsächlich überprüft werden konnte.

Als Partner-Institutionen luden wir zur Mitarbeit ein:

- 1) den AFD des Vorarlberger Kinderdorfes, eine Pralleleinrichtung zu uns in Bezug auf Unterstützung der Erziehung in den Bezirken Bregenz und Dornbirn (IfS-Familienarbeit arbeitet in den Bezirken Feldkirch und Bludenz).
- 2) die IfS-Schuldenberatung, an die sich aus ganz Vorarlberg Menschen wenden, wenn sie größere finanzielle Probleme haben.

Die Datenerhebung bei den ProjektteilnehmerInnen sollte also auch Klarheit darüber schaffen, ob die TeilnehmerInnen des Projektes der sozioökonomisch benachteiligten Zielgruppe angehören und ob ihre Gesundheitseinstellungen und ihr Gesundheitsverhalten typisch für diese Zielgruppe sind. Daher wurden die Erhebungsbögen, die sog. „Ressourcen-Risiko-Checks“, mit einer Reihe von Fragen versehen, die auch schon in allgemeineren Gesundheits-Studien enthalten waren.

Die Ergebnisse des von uns entwickelten Ressourcen-Risiko-Checks haben deutlich gezeigt, dass es sich bei den KlientInnen der beteiligten Organisationen auch wirklich um die sozioökonomisch benachteiligte Zielgruppe handelt.

In der Praxis der Projektdurchführung stellte der Umfang der in den Fragebögen verwendeten Items allerdings eine hohe Belastung für KlientInnen und Mitarbeitende dar. Ein Teil des Ausfalls von TeilnehmerInnen von der ersten zur zweiten und von der zweiten zur dritten Befragung dürfte auf die hohen Anforderungen wegen der ausführlichen Befragung zurückzuführen sein. Daher empfehlen wir für die Umsetzung unseres Ansatzes in anderen Projekten einen sehr viel kürzeren Fragebogen.

Einen unerwarteten, aber positiven Effekt des Fragebogens erfuhren unsere MitarbeiterInnen, weil sie ja Befragungen und Interventionen selbst durchführten: Die hohe Informationsgewinn am Beginn Beratungstätigkeit ermöglichte ein sehr rasches und direktes Eingehen auf die wichtigen Themen: sowohl im gesundheitsfördernden Bereich als auch im jeweils angestammten eigenen Beratungsbereich der Institutionen.

Wie sehr die teilnehmenden KlientInnen zu jener sozioökonomisch benachteiligten Gruppe gehören, für die Gesundheitsförderung besonders relevant ist, zeigen einige Ergebnisse besonders gut:

- Rauchen Kinder/Jugendliche

*Schon geraucht haben bereits 52% der Mädchen und 49% der Jungen (HBSC-Vergleichsgruppe der 13-Jährigen: 37% Mädchen und 34% Jungen). Das Einstiegsalter liegt deutlich unter der Vergleichsgruppe (58% vor dem 11. Lebensjahr gegenüber der HBSC-Studie, die im Durchschnitt im 13. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen haben). (Evaluationsbericht)*

- Verletzungsrisiko Kinder/Jugendliche

*Die befragten Kinder im Projekt sind einem deutlich höheren Verletzungsrisiko ausgesetzt (30% im Vergleich zu 16% der HBSC-Untersuchungsgruppe 2006). (Evaluationsbericht)*

- Psychosomatische Beschwerden Kinder/Jugendliche

*Auffallend sind die deutlich höheren Werte der psychosomatischen Symptome bei den befragten Jungen und Mädchen im Projekt, die auf einen schlechteren Gesundheitszustand verweisen. Beunruhigend sind insbesondere die hohen Werte bei Kopf- und Bauchschmerzen, Nervosität/ Gereiztheit, Müdigkeit/Erschöpfung und Ängsten. (Evaluationsbericht)*

- Bildungsniveau Erwachsene

*Mit einem deutlich niedrigeren Bildungsabschluss weicht die Untersuchungsgruppe von den Durchschnittswerten der Vorarlberger Bevölkerung ab. 67% der Untersuchungsgruppe haben lediglich einen Sekundarschulabschluss I gegenüber 33% der Vorarlberger Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren. Nur 28% der Untersuchungsgruppe haben einen Sekundarschulabschluss II (Hauptschulabschluss) gegenüber 48% in Vorarlberg, und nur 3% gegenüber 7% der Vorarlberger Bevölkerung weisen einen Tertiärabschluss aus. (Evaluationsbericht)*

- Soziographische Daten Erwachsene

*Zusammenfassend lässt sich, entlang der soziodemographischen Kriterien, das Profil der Untersuchungsgruppe so beschreiben: Die im Projekt befragten Erwachsenen zeichnen sich im Vergleich zur Bevölkerung des Bundeslandes Vorarlberg durch einen deutlich niedrigeren Ausbildungsstand und eine höhere Arbeitslosenquote aus. Innerhalb dieser Gruppe sind einerseits die kinderreichen Familien und die Alleinerziehenden deutlich übervertreten – zwei Gruppen mit höheren Armuts- und damit auch Gesundheitsrisiken.*

- Subjektives Gesundheitsempfinden Erwachsene

*Während 80% der ÖsterreicherInnen angeben, sich als „(sehr) gesund“ zu erleben, machen diese Aussage nur 58% der Befragten. 10% beurteilen ihren Gesundheitszustand sogar als „(sehr) schlecht“ - doppelt so viele wie in der Durchschnittsbevölkerung.*

- Rauchen Erwachsene

*Mit 66% liegt der Anteil der rauchenden Personen an der Untersuchungsgruppe deutlich höher als in der Vergleichsgruppe der 55- bis 65-jährigen in Bern und München, und auch die Anzahl der Zigaretten pro Tag liegt bei den Rauchenden der Untersuchungsgruppe deutlich höher. (Evaluationsbericht)*

- Essen Erwachsene

*Bei 38% der Erwachsenen zeigt sich ein unregelmäßiges Ernährungsmuster und damit das Risiko von Fehl- und Mangelernährung. Zudem liegt der Gemüse- und Obstverzehr deutlich unter der Maxime von „five a day“. Schließlich geben 12% der Erwachsenen an, kaum Einfluss auf ihre Ernährungsgewohnheiten zu haben. (Evaluationsbericht)*

In einem Punkt hat die Analyse des Gesundheitsverhaltens unserer KlientInnen allerdings unseren Erwartungen widersprochen, nämlich bezüglich der

- In-Anspruchnahme der Gesundheitsvorsorgeuntersuchung:

Wir hatten angenommen, dass auch die Gesundenuntersuchung wie andere Präventionsmaßnahmen bei der sozioökonomisch benachteiligten Gruppe nicht besonders angenommen werde. So erwarteten wir eine deutlich unter dem (hohen) Niveau des Vorarlberger Durchschnitts von 35% liegende In-Anspruchnahme dieser Vorsorgemaßnahme.

*Tatsächlich schätzen Ihren eigenen Informationsstand über Angebote von Vorsorgeuntersuchungen 73% als ausreichend, gut bzw. sehr gut ein. Und 36% der Befragten geben an, regelmäßig an der Gesundenuntersuchung teilzunehmen, nur 19% geben an, diese noch nie in Anspruch genommen zu haben. (Evaluationsbericht)*

Es könnte sein, dass der kostenlose Arztbesuch im Rahmen der Gesundenuntersuchung und/oder die höhere Unzufriedenheit über die Gesundheit und das eigene Wohlbefinden zu der durchschnittlichen Inanspruchnahme auch bei diesem Klientel führten. Daher muss man die Gesundenuntersuchung als ein wichtiges Präventionsprogramm sehen, das selbst die Gruppe der sozio-ökonomisch benachteiligten Bevölkerung wahrnimmt.

Die Schuldenberatung und die „Unterstützung der Erziehung“- sind soziale Dienste, die es flächendeckend in Österreich gibt. Und sie treffen die Zielgruppe der sozio-ökonomisch benachteiligten Menschen. Daher sollte darüber nachgedacht werden, ob und wie dieser vorhandene Zugang für primäre Gesundheits-Prävention genutzt werden könnte. Und man sollte in diesem Zusammenhang auch an andere Einrichtungen wie Notschlafstellen, Mutter-Kind-Heime, Teestuben für Obdachlose, etc. zu denken, die vermutlich eine ähnliche Zielgruppe bedienen.

2)

Wir haben für die gewählten Präventionsmaßnahmen in den beteiligten Einrichtungen jeweils jenes Interventionssetting gewählt, das diese Einrichtungen schon in ihren angestammten Tätigkeiten verwendeten: d.h jeweils individuelle face-to-face Beratungen in der Schuldenberatung und bei den Erwachsenen für die „Unterstützung der Erziehung“ sowie Gruppen-Settings für die Kinder und Jugendlichen bei den Gruppenangeboten der IfS-Familienarbeit.

Wir ersparten uns damit nicht nur das Erarbeiten spezifischer neuer Interventionssettings sondern konnten so die Gesundheitsförderung auch ohne zu großen Bruch in die bisherige Arbeit aufnehmen. Wir wollten vielmehr die schon vorhandene Beratungsbeziehung für die Motivation im Gesundheitskontext nutzen.

Die Beziehungsintensität zum Klientel ist bei der Schuldenberatung deutlich geringer als in den Familiendiensten. Ihre Nutzung im Rahmen der Gesundheitsförderung war daher in der Schuldenberatung kein besonderes Problem.

Die Verwendung der professionellen Beziehung des angestammten Beratungsbereiches zur individuellen Gesundheitsförderung erwies sich allerdings bei den Familiendiensten als vielschichtiger: in Krisensituationen, bei „Kontrollaufträgen“ durch das Jugendamt oder wenn die Beziehung zwischen Klientel und BeraterIn durch andere Momente angespannt war, konnten die Interventionen der Gesundheitsförderung nicht immer durchgeführt werden. In anderer Hinsicht ermöglicht die Nähe der Gesundheitsdimension zur Dimension des Kindeswohls, um die es in der Unterstützung der Erziehung geht, einen unkomplizierten Übergang zu den Interventionen im Gesundheitsförderungsbereich.

Der inhaltliche Übergang wiederum war bei der Schuldenberatung wesentlich schwieriger zu bewerkstelligen und mußte meist ganz bewußt eingeleitet werden. In die Gruppenangebote wiederum fügten sich die gesundheitsbezogenen Förderungsmaßnahmen völlig harmonisch ein. Hier waren die individuellen Beziehungen der BetreuerInnen zu den Kindern uneingeschränkt für die Akzeptanz der gesundheitsbezogenen Angebote von Vorteil.

Von unseren Erfahrungen in Bezug auf das „Andocken“ der Gesundheitsförderung an die angestammten Beratungsangebote ausgehend, folgern wir daher:

Bei den Familiendiensten wäre ein späterer Zeitpunkt (wir hatten einen Einstieg innerhalb der ersten 3 Monate gewählt) für das Angebot der Gesundheitsförderung sinnvoller: Einerseits könnte die BeraterIn dann besser einschätzen, ob dieses Angebot auf fruchtbaren Boden fallen dürfte, und andererseits wären Krisen und der Streß auf Grund der familiären Situation zu einem späteren Zeitpunkt geringer. Bei der Schuldenberatung wäre ein späterer Einstieg allerdings nicht möglich, weil die Beratungsdauer im Durchschnitt recht kurz ist.

Das „Andocken“ sollte relativ gut geplant und den spezifischen Bedingungen der beteiligten Institution bzw. ihres Klientels angepaßt erfolgen.

Ferner ist auch zu überlegen, ob die vorhandene Beziehung der MitarbeiterInnen zu den KlientInnen auch dazu genutzt werden könnte, den Übergang zur Gesundheitsförderung durch eine dritte Person vorzubereiten. Diese dritte Person könnte dann spezifischer für Gesundheitsförderung geschult sein.

3)

Die Bemühungen um den Zugang zur richtigen Zielgruppe und um einen guten Übergang von der angestammten Tätigkeit zur Gesundheitsförderung sind nur dann sinnvoll investiert, wenn auch entsprechende Ergebnisse im Bereich der gesundheitsfördernden Interventionen erzielt werden können.

Die Förderungserfolge sind jedoch auch von vielen anderen Faktoren abhängig: von der Ausgangsbedingung der Zielgruppe, von der Persönlichkeit der beteiligten Personen, etc. sodass es sehr schwer sein dürfte, aus der Praxis eines Projektes all zu viele Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der verwendeten Interventionen zu machen. Um dies stringent tun zu können, müssten sterilere und kontrolliertere – nämlich wissenschaftliche Bedingungen - geschaffen werden, die allerdings der Praxis widersprechen.

Mit diesem Wissen im Hintergrund sollen nun die wichtigsten Ergebnisse der begleitenden Evaluation über die Wirksamkeit unserer Interventionen zusammengefaßt werden:

- Gesundheitsbefinden Kinder/Jugendliche

*Das gesundheitliche Befinden allgemein und die Lebenszufriedenheit haben sich leicht positiv verändert, allerdings statistisch nicht signifikant.*

*Bei den Angaben zu Gesundheitsbeschwerden ist festzustellen, dass weniger Kinder Beschwerden wie Nervosität, schlechte Laune und Müdigkeit angeben.*

- Ängste Kinder/Jugendliche

*Statistisch signifikant ist die Abnahme von Ängsten.*

- Familienbeziehungen Kinder/Jugendliche

*Die Permissivität der Eltern, d.h. dass sie ihren Kindern mehr Eigenständigkeit zubilligen, hat sich leicht erhöht.*

- Informationsstand über Gesundenuntersuchung Erwachsene

*Statistisch signifikant verbessert hat sich der Informationsstand der Untersuchungsgruppe über die Gesundenuntersuchung, und leicht verbessert hat sich der Informationsstand über gesundheitsfördernde Angebote in der Umgebung.*

- Nutzung der Gesundenuntersuchung Erwachsene

*Die Nutzung der Gesundenuntersuchung ist statistisch signifikant angestiegen.*

- Funktioneller Gesundheitsstatus Erwachsene

*Die Befragten waren signifikant weniger bei der Erfüllung ihrer alltäglichen Aufgaben eingeschränkt, d.h. ihr funktionaler Gesundheitsstatus hat sich merklich verbessert. Auch die Gesamteinschätzung der eigenen Gesundheit verbesserte sich, allerdings nicht signifikant. Die Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit, ihrer Freizeit und insbesondere ihrer finanziellen Situation erhöhte sich signifikant im Untersuchungszeitraum. Auch mit ihrem Leben im Allgemeinen waren bei der dritten Befragung signifikant mehr Personen zufrieden als bei der ersten Erhebung.*

- Depressionsindex Erwachsene

*Der Depressionsindex fiel von 2.5 auf 3.2, das heißt deutlich weniger Personen zeigten depressive Verstimmungen.*

- Stressbewältigung Erwachsene

*Es veränderte sich in der Untersuchungsgruppe die Stressbewältigung. So haben die Befragten signifikant seltener die Befürchtung, dass sie eine Situation nicht bewältigen können. Auch sind sie bei Stress weniger häufig angespannt, erarbeiten sich häufiger einen Plan, den sie auch ausführen, und sie machen sich seltener Vorwürfe, dass sie in diese Situation geraten sind.*

- Familie und soziales Netz

*Die Tragfähigkeit innerhalb der Familien verbesserte sich statistisch signifikant, aber auch außerhalb der Familie verbesserte sich die Tragfähigkeit des sozialen Netzwerkes.*

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass sich die in unserem Projekt gesetzten Interventionen in den Evaluationsdaten vor allem in Form einer deutlich positiveren Beurteilung ihres gesundheitlichen Befindens zeigen.

Beim Gesundheitsverhalten zeigt sich nur in der Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen, dort aber sehr signifikante Ergebnisse. Es ist schon erstaunlich, dass es gelingt, fast die Hälfte der TeilnehmerInnen zu einer Gesundenuntersuchung zu motivieren (der österreichweite Durchschnitt liegt bei 18%!)

Es scheint, dass das Verhalten von Menschen, die der sozioökonomisch benachteiligten Gruppe angehören, von so vielen strukturellen und persönlichen Zwängen determiniert wird, dass selbst individuell und persönlich eingebrachte Informationen und Motivationen nur schwer signifikante Verhaltensänderungen im unmittelbaren Beobachtungszeitraum hervorzubringen vermochten.

#### 4) Ausblick

Die Erfahrungen aus dem Projekt „...trotz allem gesund!“ führen uns zu folgenden Anregungen für zukünftige Gesundheitsförderung im Rahmen von sozialer Ungleichheit:

- Der gezielte Ansatz bei KlientInnen von bestehenden Einrichtungen insbesondere der Jugendämter und Schuldenberatungen erreicht genau die sozioökonomisch Benachteiligten.
- Dieser Ansatz wäre in Österreich flächendeckend möglich, da es diese Institutionen in allen Bundesländern gibt. Er könnte auch noch auf andere Einrichtungen mit ähnlicher Zielgruppe ausgedehnt werden.
- Für individuelle face-to-face-Beratungen im Bereich der Gesundheitsförderung kann tatsächlich ein Zugang über die Institutionen für anderen Beratungsarten wie Unterstützung der Erziehung und Schuldenberatung geschaffen werden. Der Übergang zum Thema Gesundheit war sowohl bei Beratungen mit verwandtem Thema (Kindeswohl), aber auch bei Beratungen mit sehr unterschiedlichem Thema (Schulden) herstellbar. Es sind allerdings noch Optimierungen in Bezug auf den richtigen Zeitpunkt des Einstiegs der Gesundheitsförderung möglich.
- In einem weiterführenden Pilotveruch könnte erprobt werden, ob auch bei einer Vermittlung durch die MitarbeiterInnen der Einrichtung an eine spezielle Fachkraft der Gesundheitsförderung die Akzeptanz durch die KlientInnen und somit der Zugang zur Gesundheitsförderung erhalten bleibt.
- Der individuelle Interventionsansatz könnte methodisch und inhaltlich noch verbessert und differenziert werden. Eine solche Differenzierung hat

bei anderen Zielsetzungen in der psychosozialen Praxis längst stattgefunden (z.B. Schuldenberatung, Erziehungsberatung, Existenzsicherung, Chasemanagement, Sozialpädagogik etc.) und wäre insbesondere bei einem individuellen Gesundheitspräventionsansatz erfolgversprechend.

- Die Interventionen sollten möglichst genau geplant sein. Sie könnten individuell variiert und auf erfolgversprechende Inhalte bezogen sein.
- Die Kombination von sozialpädagogischen bzw. erlebnispädagogischen Angeboten mit Gesundheitsförderung ist problemlos möglich und ergibt Synergieeffekte in beiden Bereichen.

Unser Interesse an einer Weiterentwicklung dieses Ansatzes ist gegeben.

5)

## Nachwort des Projektträgers

Die MitarbeiterInnen des Projektes „...trotz allem gesund!“ wurden für die gesundheitlichen Dimensionen in ihrer Arbeit mit KleintInnen deutlich sensibilisiert. Darüber hinaus wurden sie auch für den gesundheitlichen Umgang mit sich selbst gefördert. Die Gesundheit nimmt seither in der allgemeinen Kommunikation unserer Einrichtung und auch in den Pausengesprächen einen höheren Stellenwert ein. Das Projekt wirkt nachhaltig auch bei weiteren Beratungen der Einrichtung nach Ende der speziellen Gesundheitsförderung.

Es gab auch viele Anfragen von Außen, die von unserem Projekt erfahren haben und es näher kennenlernen wollten und sich im Rahmen von Seminararbeiten und Magisterarbeiten und Tagungen mit dem Thema der sozialen Ungleichheit und Gesundheit auseinandersetzten.

Wir selbst berichteten über „...trotz allem gesund!“ in regionalen und überregionalen Zeitungen (siehe Pressespiegel!) und bei Tagungen. Besonders ausführlich war die Berichterstattung in der ASB-Zeitung der Österreichischen Schuldenberatung (2008) mit dem Titelthema: *„Arm – und trotzdem gesund?“ Über die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozioökonomischen Status.*

Als Projektleiter wurde ich zusammen mit der Evaluatorin Frau Dr. Anngret Wigger eingeladen, im folgenden Buch über das Projekt zu berichten:  
*Uwe H. Bittlingmayer / Diana Sahrai / Peter-Ernst Schnabel (Hrsg.)  
„Normativität und Public Health“, Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit  
Wiesbaden: VS (2009), Reihe Gesundheit und Gesellschaft.*  
Unser Beitrag heißt: *„Trotzdem Gesund! - Interventionen bei überschuldeten Haushalten.“* Das Buch wird in Kürze erscheinen.

Das Projekt „... trotz allem gesund!“ wurde 2005 von der Internationalen Bodenseekonferenz prämiert.

Die Zusammenarbeit mit den beteiligten Einrichtungen, nämlich der IfS-Schuldenberatung gemn. GmbH mit ihrem Leiter Peter Kopf und dem AFD des Voralberger Kinderdorfes mit der Leiterin Alice Canaval gestaltete sich sehr gut. Dafür sei ihnen und ihren MitarbeiterInnen herzlich gedankt.

Auch die Kooperation mit den Finanzgebern (Fonds Gesundes Österreich und Fonds Gesundes Vorarlberg) war äußerst kooperativ und unkompliziert, wofür wir uns sehr bedanken.