



Gesundheit
aktiv
fördern

ISSN 1860-7276

Aktuelle Informationen der HAG zur Gesundheitsförderung in Hamburg Nr. 1 Februar 2008

STADTPUNKTE

Editorial



Ob mit der Durchführung von Präventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten wirklich verhindert oder zumindest hinausgezögert werden kann, ist für viele Maßnahmen bis heute nicht schlüssig beantwortet. Die Wirkungen eines bestimmten Gesundheitsverhaltens oder der Verhältnisse im Alltag werden häufig erst Jahre später sichtbar, vielleicht auch nie, denn wir reden von Wahrscheinlichkeiten, dass ein bestimmtes Verhalten zu absehbaren Ergebnissen führt. Deutlich wird in den Beiträgen des vorliegenden Heftes, dass Gesundheitsförderung mehr Forschung als bisher braucht und vor allen Dingen eine andere Forschung. Andererseits fordert die Gesundheitsförderung auch zu wenig praxisrelevante Forschung ein. Eine Verknüpfung von Forschungsgeldern an die Zusammenarbeit mit der Praxis im Feld kann ein sinnvoller Weg sein, um diesen Zustand zu verbessern.

Wie auch kleinere Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit praxistauglichen Instrumenten qualitätsgesichert evaluiert werden können wird ebenso beschrieben, wie ein Angebot von Präventionsmaßnahmen für un- und angelernte Beschäftigte, die häufig besonders von Gesundheitsbeschwerden und Belastungen betroffen sind.

In der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) ist zum 1. September 2008 die Stelle Geschäftsführer/in neu zu besetzen. Eine ausführliche Stellenausschreibung finden Sie auf Seite 17 und auf der Internetseite der HAG www.hag-gesundheit.de

Die nächste Ausgabe wird sich mit dem Thema „Ernährung und Bewegung“ befassen, ein Thema das derzeit in vielen Veröffentlichungen behandelt wird. Wie immer freuen wir uns über Ihre Beiträge, Anregungen und Informationen. Redaktionsschluss ist am 12. März 2008.

Margrit Schlankardt & Team

Inhalt

- 1 Editorial**
- 2 Das Thema**
- 2 Wissenschaft soll Wissen schaffen
- 3 Daten und Fakten zur Präventionsforschung
- 3 Jenseits des Elfenbeinturms?
- 5 Strukturbildung für Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Eltern
- 7 Gemeinsam Qualität verbessern
- 8 Gesundheitsförderung für un- und angelernte Beschäftigte
- 10 Optimierung des bundesweiten Kinderfrüherkennungsprogramms
- 11 Gesundheitsförderung evaluieren
- 13 Palme – Ein Unterstützungsprogramm für allein erziehende Mütter und ihre Kinder
- 14 Stressmanagement für Jugendliche
- 16 HAG – aktiv**
- 16 Aktivitäten des Regionalen Knotens
- 17 Stellenanzeige
- 17 Kleine Fibel zur Vermeidung von Kinderunfällen
- 18 Psychisch krank und obdachlos
- 18 Gesundheit in der Kita fördern
- 19 Kitas fit für die Zukunft
- 20 Gesundheit in der Kita selbst gestalten
- 20 Gesundheits(über)förderung statt Gesundheitsförderung
- 21 Arbeitskreise**
- 22 Gut zu wissen**
- 25 Mediothek**
- 26 Impressum**
- 28 Termine**

DAS
THEMA
DER
STADTPUNKTE



Präventionsforschung



Hamburgische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e.V.



Kolumne

Foto: privat

Wissenschaft soll Wissen schaffen

Leonhard Hajen

Wissenschaft soll Wissen schaffen, das ist leichter getan als gesagt. Wie so viele Wissenschaften haben auch die Gesundheitswissenschaften das Problem, dass ihr Gegenstand, das Objekt ihrer Forschung, so unklar ist. Die Theologen streiten darüber, was Gott ist, die Erziehungswissenschaftler sind sich uneins, was Erziehung ist und die Wirtschaftswissenschaftler haben Probleme, was eigentlich das Wesen von Wirtschaft ist. Was ist nun Gesundheit? Sicher mehr, als die Abwesenheit von Krankheit. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als körperliches, mentales und soziales Wohlbefinden. Wer ist dann noch gesund? Was ist dann die Aufgabe von Gesundheitsförderung und Prävention, um Gesundheit zu erhalten oder Krankheit zu vermeiden? Das Feld erscheint unbegrenzt, denn Gesundheit und Krankheit sind das Ergebnis so vieler Faktoren, die alle auf den einzelnen Menschen einwirken. Deshalb ist die Definition der Weltgesundheitsorganisation auch so gut, weil sie die Komplexität abbildet.

Das macht es aber auch so schwierig, eine Theorie der Gesundheitsförderung zu entwickeln. Gute Theorie soll immer Anleitung zum Handeln sein. Was kann man tun, um gesund zu bleiben? Wissenschaft hat den Anspruch, Ursache und Wirkung zu erklären. Was passiert, wenn sich der Faktor A ändert, beispielsweise das Gewicht eines Kindes, aber sonst bleiben alle anderen Bedingungen gleich? Wie verändert sich die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind bei Übergewicht in seinem spä-

teren Leben zuckerkrank wird? Noch genauer möchte man wissen, wie verändert sich diese Wahrscheinlichkeit, wenn es statt drei Stunden Sport in der Woche täglich eine Sportstunde in der Schule gäbe?

In den Naturwissenschaften würde man dazu ein Experiment ersinnen, in dem durch exakte Beobachtung versucht wird, ein „Gesetz“ zu finden. So leicht haben es die Gesundheitswissenschaftler nicht. Auch die Natur funktioniert nicht so naiv, wie hier unterstellt, aber an dem Beispiel kann man sich klar machen, warum es so schwierig ist, in der Gesundheitsförderung auf bewährte Theorien zurückzugreifen. Jede Maßnahme, die zur Gesundheitsförderung ergriffen wird, wirkt in einem sehr komplexen Umfeld. Gewicht wird eben nicht nur durch Bewegung bestimmt, sondern auch durch die Menge und Qualität der Nahrungsmittel. Warum isst ein Kind zu viel oder das Falsche? Ist es seelischer Kummer? Ist die Familie so arm, dass sie sich keine gesunden Lebensmittel leisten kann? Oder ist sie so wenig organisiert, dass eine regelmäßige Mahlzeit die Ausnahme ist? Wird das Essen in Ruhe am Tisch eingenommen, oder nebenbei beim Fernsehen?

Die Wirkungen eines bestimmten Gesundheitsverhaltens oder der Verhältnisse im Alltag werden auch erst Jahre später sichtbar, vielleicht auch nie, denn wir reden von Wahrscheinlichkeiten, dass ein bestimmtes Verhalten zu absehbaren Ergebnissen führt. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind aus armen Verhältnissen eher krank wird ist zwar größer, aber glücklicherweise sind auch die meisten Kinder aus armen Familien gesund.

Wir leisten uns sehr viel Forschung zu Krankheiten und wie sie zu heilen sind. Das ist auch gut so. Wir wissen sehr viel aus der Forschung zu Gesundheitsförderung und Prävention. Auf jeden Fall so viel, dass man in den meisten Fällen handeln kann. In der Regel sind die Handlungsdefizite sehr viel größer als die Forschungsdefizite. Aber wir müssen mehr darüber wissen, welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung wirksam sind, wo man mit welchen Instrumenten am meisten für den Erhalt der Gesundheit erreicht. Weil das Feld der Interventionen so komplex und groß ist und

andererseits die „Reifezeit“ einer erfolgreichen oder unwirksamen Intervention so lang ist, brauchen wir vor allem Langfristuntersuchungen und eine Qualitätsauswertung, die in die Breite geht. Betrachtet man die aus Bundesmitteln geförderte Forschung, zielt sie fast ausnahmslos auf Projekte, die nicht länger als drei Jahre dauern. Was soll man daraus lernen? Es geht doch um die „Nachhaltigkeit“ der Gesundheitsförderung, also die dauerhafte Veränderung von Verhalten und Einstellungen. Die wird man nicht nach drei Jahren beurteilen können.

Richtig ist, dass die Forschung einen Schwerpunkt im Bereich der Gesundheitsförderung im „Setting“, also dem Alltag in Kindergarten, Schule, Stadtquartier oder Betrieb setzt. Denn es gehört zum gesicherten Wissen, dass das gesundheitsbezogene Verhalten am stärksten durch eine Veränderung der Lebensverhältnisse beeinflusst werden kann. Das macht es gerade so schwierig.

Mir scheint, dass bei der Forschung im „Setting“ ein wesentlicher Bereich des Alltags zu wenig beforscht wird, nämlich die Familie. Das Gesundheitsverhalten von Kindern wird im Wesentlichen bereits im Vorschulalter geprägt. Sicher ist Gesundheitsförderung im Kindergarten oder in der Schule verdienstvoll und notwendig. Aber die meiste Zeit verbringen Kinder in der Familie. Was sie dort falsch lernen, werden sie später nicht richtig machen. Die größten Handlungsdefizite haben wir in der Gesundheitsförderung in den Familien, in denen die Eltern schlechte Vorbilder sind. Wie können diese Familien erreicht werden? Es gibt einige hoffnungsvolle Ansätze, wie Familienhebammen oder das aus den Niederlanden importierte Projekt „Opstapje“. Wenn Forschung neues Wissen schafft, was hier wirksame Maßnahmen sind, wäre sehr viel erreicht.

Kontakt:

Prof. Dr. Leonhard Hajen
HAG-Vorsitzender



Forschung zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten war bisher im Rahmen des Förderschwerpunktes „Public Health“ angesiedelt. Es besteht jedoch weiterhin ein Forschungsbedarf zur Orientierung der Präventionsmaßnahmen auf bestimmte Zielgruppen in der Gesellschaft, die zunehmend über ungleich verteilte Gesundheitschancen verfügen. Gerade solche Bevölkerungsgruppen sind einerseits besonders stark von (chronischen) Krankheiten betroffen, andererseits weisen sie nur gering ausgeprägte Gesundheitsverhaltensweisen auf. Ein weiteres Defizit im Rahmen der Prävention stellt die Tatsache dar, dass bis heute nur wenige Ergebnisse über die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen vorliegen. Ob durch die Durchführung von Präventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten wirklich verhindert oder zumindest herausgezögert werden kann, ist für viele Maßnahmen bis heute nicht schlüssig beantwortet. Das ist aber notwendig, wenn man

auf gesundheitspolitischer Ebene die Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule des Gesundheitssystems – neben Heilung, Pflege und Rehabilitation – ausbauen will.

Was tut das BMBF?

Im Jahre 2003 hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) einen neuen Förderschwerpunkt zur Präventionsforschung etabliert, der aus dem Futur-Prozess hervorgegangen ist. Darin haben Experten aus Wissenschaft, Wirtschaft und Nichtregierungsorganisationen sowie „Querdenker“ zukünftige Forschungsfelder identifiziert. „Ein Leben lang gesund und vital durch Prävention“ war eines der vier empfohlenen Themen. Im Rahmen der ersten Bekanntmachung im Jahre 2003 wurden innovative Vorhaben der interdisziplinären, anwendungsorientierten Präventionsforschung gefördert, die sowohl die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und -programmen als auch die Evaluation und Qualitätssicherung dieser Maßnahmen zum Ziel haben. Zielgruppen der Maßnahmen und Analysen sind Kinder und Jugend-

liche sowie Erwachsene im mittleren Lebensalter.

Im Jahre 2005 wurde die zweite Bekanntmachung veröffentlicht, die sich ausschließlich auf Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 25 Jahren bezieht. Die am 30.06.2006 veröffentlichte dritte Bekanntmachung fokussiert auf die Zielgruppe der älteren Menschen. Diese beiden Bekanntmachungen legen den Schwerpunkt auf die Evaluation von Präventionsmaßnahmen. An den Forschungsvorhaben sind Trägerorganisationen der primären Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt, die die Durchführung der Maßnahmen und deren Umsetzung in die Breite gewährleisten.

Insgesamt stellt das BMBF rund 18 Millionen Euro für die Präventionsforschung zur Verfügung.

Quelle: www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1225.php
Zugriff : 04.02.08

Jenseits des Elfenbeinturms? Gesundheitsförderung braucht mehr und andere Forschung

Thomas Altgeld

Auch wenn mit den drei Präventionsausschreibungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung in Deutschland wichtige neue Anstöße für relevante Forschungsaktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gegeben wurden, lassen sich weiterhin zwei große Herausforderungen an diesen vergleichsweise kleinen Forschungssektor benennen, auf die es in Deutschland noch keine nachhaltigen Antworten und Strategien gibt:

- Es fehlt eine zusammenführende Theorie der Gesundheitsförderung und eine theoretische Weiterentwicklung der Salutogeneseforschung
- Die äußerst heterogene Gesundheitsförderungspraxis in verschiedenen Settings ist bislang unzureichend im Bezug auf wirksame Strategien und Outcome untersucht worden.

Theoretische Defizite

Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung unterliegt prinzipiell denselben Unschärfen wie ihr

organisation, die Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von

Krankheit und Gebrechen beschreibt, ist aufgrund ihrer Kulturgebundenheit und statischen Grundvorstellung bereits mehrfach kritisiert worden, aber immer noch die konsensfähigste aller möglichen, unhandlichen Definitionsversuche. Die Salutogenesetheorie von Aaron Antonovsky, die die Grundfrage, was erhält den Menschen gesund neu zu beantworten sucht, stellt bislang den einzigen qualitativ herausragenden Sprung in 60 Jahren Gesundheitsforschung seit



Foto: privat

Gegenstand selber. Zunächst einmal fehlt nach wie vor eine klare, handhabbare Definition von Gesundheit. Die Definition der Weltgesundheits-

Das Thema



Gründung der WHO dar, ist aber über Antonovsky nie wirklich hinausgekommen und weiter entwickelt worden.

Alle weit gefassten Gesundheitsdefinitionen nehmen der Gesundheits(förderungs)forschung ihre Verortung in irgendeiner Wissenschaftsdisziplin. Schon die Zuordnung zu Geistes- oder Naturwissenschaften lässt sich so nicht mehr vornehmen. Public-Health-Forschung hat sich in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen zu sehr an den Medizinssektor und damit der enger gefassten Präventionsforschung angekoppelt und hat deshalb keine theoretische Impulsgeberfunktion für die Gesundheitsförderung einnehmen können.

Nutbeam und Harris haben 2001 bereits darauf hingewiesen, „dass nicht nur eine Theorie die Praxis der Gesundheitsförderung bestimmt und dies auch nicht könnte, angesichts der Bandbreite der Gesundheitsprobleme und ihrer Determinanten, der Verschiedenartigkeit der Populationen und Settings und der den Gesundheitsförderern zur Verfügung stehenden unterschiedlichen Ressourcen und Fähigkeiten. Je nach Interventionsebene (Individuum, Gruppe oder Organisation) und gewünschten Veränderungszielen (einfaches, einmaliges, komplexes Verhalten, Organisations- oder Politikveränderungen) werden unterschiedliche Theorien relevanter sein und besser passen.“ Eine solche Zusammenführung unterschiedlicher Theorieebenen zu einer theoretischen Fundierung der Gesundheitsförderung bleibt die größte Herausforderung der Gesundheitsförderungsforschung.

Heterogene Gesundheitsförderungspraxis ohne wissenschaftliche Begleitung

Die zweite große Herausforderung besteht in der Evaluation und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungspraxis. Die erfolgreiche Rezeptionsgeschichte der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ist nicht ihrem theoretischen, sondern vor allem ihrem politisch-visionären Gehalt zu verdanken und hat gerade deshalb eine vielfältige Praxis der Gesundheitsförderung vor Ort an-

geregt. Diese Praxis findet vor allem außerhalb des Gesundheitssektors selbst statt, insbesondere in der sozialen Arbeit, im Bildungs- und Umweltsektor sowie in der Arbeitswelt und Stadtentwicklung. Der bislang wichtigste Umsetzungsbereich der Ottawa-Charta, der Settingansatz ist auch in Deutschland kaum nennenswert wissenschaftlich beforscht worden. Alle in Deutschland umgesetzten gesundheitsfördernden Settingansätze (Kindertagesstätte, Schule, Hochschule, Stadt, Krankenhaus und Betrieb) könnten mehr Forschungsanstrengungen und wissenschaftliche Wirkungsnachweise vertragen. Eine Setting übergreifende Forschung, die einen wesentlichen Beitrag zur Theorieentwicklung leisten könnte, findet ohnehin überhaupt nicht statt. Eine Forschung über den mittelbaren gesundheitlichen Nutzen anderer Interventionsformen, z. B. der Quartiersentwicklung oder Gestaltung von Bildungsangeboten befindet sich ebenfalls noch in den wissenschaftlichen Kinderschuhen.

Die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis wird nicht nur im Bereich der Gesundheitsförderung, sondern auch anderen Forschungs- und Praxisbereichen erschwert, vor allem durch

- unterschiedliche Zuständigkeiten, gesetzliche Regelungs- und Fördergrundlagen
- unterschiedliche Sprachen und Jargons
- Nicht-Rezeption von Veröffentlichungen aus dem jeweiligen anderen Sektor
- abgeschlossene Begegnungsroutinen (Gremien, Arbeitskreise, Fortbildungen, Fachgesellschaften etc.)
- Entwertung von Alltagserfahrungen der jeweils anderen Praxis (Altgeld, 2002).

Der biblische Begriff des Elfenbeinturms, der einen geistigen Ort der Abgeschlossenheit und Unberührtheit von der Welt bezeichnet, muss hier unweigerlich fallen. Der Elfenbeinturm der Gesundheitsforschung baut sich auf zwei Pfeilern in Deutschland auf. Erstens richtet sich der Mainstream der universitären Gesundheitsforschung auf die Medizin und Versorgungsforschung aus. Der eher marginalisierte Gesundheitsförderungsbereich liegt aufgrund seiner geringen wirtschaftlichen Bedeutung und seiner kom-

plexen Eingebundenheit in andere gesellschaftliche Subsysteme außerhalb dieser Forschungsinteressen. Zweitens haben die Fachhochschulen in Deutschland, die mittlerweile den Ausbildungsmarkt für neue (in Einzelfällen auch fragwürdige) Gesundheitsberufe dominieren, zu wenig Tradition und Kapazitäten in der Gesundheitsforschung. Die Anwendungsorientierung führt zu einer Fokussierung auf die Ausbildung selbst und Forschung bleibt dann in diesen Hochschulzusammenhängen eher ein Zusatzgeschäft als ein Kernstück der Arbeit.

Die Gesundheitsförderungspraxis fordert aber auch zu wenig praxisrelevante Forschung ein. Wesentliche Stellschrauben für ein Verlassen des Elfenbeinturms sind deshalb Ausschreibungskriterien für Forschungsprojekte sowie die Hochschulrahmenpläne der Länder. Eine Verknüpfung von Forschungsgeldern an die Zusammenarbeit mit der Praxis im Feld ist ein sinnvoller Weg, wie die Präventionsausschreibungen des BMBF ebenfalls gezeigt haben. Es lässt die Wissenschaft Kooperationspartner aus der Praxis auf ganz neue Art schätzen lernen und eröffnet der Praxis neue Perspektiven ihr Standing zu verbessern. Quasi nebenbei könnte dieser Weg auch noch einige Theoriedefizite vermindern.

Literatur beim Verfasser

Kontakt:

Thomas Altgeld
Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e. V.
Tel: 0511 – 38 81 18 90
thomas.altgeld@gesundheit-nds.de
www.gesundheit-nds.de

Strukturbildung (Capacity Building) für Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Eltern in einem benachteiligten Quartier

Das Thema



Susanne Kohler, Karin Mossakowski, Stefan Nickel,
Waldemar Süß, Alf Trojan

Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ ist ein Präventionsprogramm, das vom Gesundheitsamt Eimsbüttel in der Lenzsiedlung mit dem Ziel durchgeführt wird, die Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern in der Lenzsiedlung zu verbessern. Damit soll ein kleinräumiger Beitrag zur sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet werden. Dieser Prozess der Entwicklung und Umsetzung eines dynamischen Handlungskonzepts für ein benachteiligtes Quartier wird seit April 2005 vom Institut für Medizin-Soziologie am UKE im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projektes wissenschaftlich begleitet.

Die Lenzsiedlung im Stadtteil Lokstedt in Hamburg-Eimsbüttel ist ein Hochhauskomplex des sozialen Wohnungsbaus aus den 70er Jahren. Nach aktuellen Daten leben in der Lenzsiedlung rund 3100 Menschen. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen liegt mit knapp 30% weit über dem Hamburger Durchschnitt. Fast ein Drittel der Bewohnerschaft bezieht Arbeitslosengeld II bzw. die damit verbunden Leistungen für Haushaltsangehörige. Überdurchschnittlich viele der dort lebenden Menschen (ca. 60%) haben zudem einen Migrationshintergrund.

Von Anfang 2001 bis Februar 2007 war die Lenzsiedlung Programmgebiet des Senatsprogramms „Soziale (seit 2005 Aktive) Stadtteilentwicklung“ für das die Lawaetz-Stiftung im Auftrag des Bezirksamts Eimsbüttel das Quartiersmanagement übernommen hat. Ein Meilenstein auf dem Weg zur Verbesserung des Images der Lenzsiedlung war darüber hinaus die Fassadensanierung und Umgestaltung der Außenanlagen durch die Eigentümer.

Das Gesundheitsamt Eimsbüttel hat im Jahr 2001 mit ersten Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit dem Quartiersmanagement und dem Verein Lenzsiedlung e. V. begonnen. 2003 wurde auf Initiative des Gesundheitsamtes zudem der

„Runde Tisch Lenzgesund“ ins Leben gerufen, an dem sich in regelmäßigen Abständen Vertreter verschiedener Einrichtungen, Organisationen und Einzelpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich treffen, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu diskutieren und für die Quartiersentwicklung auf den Weg zu bringen.

Der Boden war also schon bereitet,



als das Gesundheitsamt Eimsbüttel dem „Runden Tisch“ im Januar 2005 ein erweitertes und auf Langfristigkeit angelegtes Handlungskonzept mit dem Namen „Präventionsprogramm Lenzgesund“ vorstellte.

Dieses Handlungskonzept gliederte sich zunächst in neun Felder:

1. Geburtsvorbereitung
2. Schwangerschaft bzw. Elternschaft Minderjähriger
3. Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr
4. Impfen
5. Frühförderung
6. Zahngesundheit
7. Ernährung
8. Bewegung
9. Gesundheitliche Handlungskompetenz

Gemeinsam mit den Teilnehmern des „Runden Tisches Lenzgesund“ und weiteren Kooperationspartnern aus den Bereichen Prävention und

Gesundheitsförderung in und um die Lenzsiedlung wird das Präventionsprogramm, das sich als lernendes Programm versteht, seitdem umgesetzt und weiterentwickelt. Die daraus entstandenen Projekte und Angebote, wie der Babyführerschein, der Krabbeltreff, die Projektwoche zur gesunden Ernährung oder die Frauengesundheitsgespräche tragen zusammen mit einer positiven Berichterstattung zu einem guten Präventionsklima bei, das wiederum eine Voraussetzung für die erfolgreiche Etablierung weiterer Angebote darstellt.

Die vom Institut für Medizin-Soziologie durchgeführte wissenschaftliche Begleitung verfolgt zum einen das Ziel, zur Weiterentwicklung des Handlungskonzepts beizutragen. Zum anderen soll das Präventionsprogramm auf seine Wirksamkeit hin untersucht werden.

In der gebotenen Kürze ist es nicht möglich, die Zwischenergebnisse vollständig darzustellen, wir werden an dieser Stelle aber einzelne Bausteine der wissenschaftlichen Begleitung kurz vorstellen.

Quartiersdiagnose Lenzgesund – mehr Gesundheit ins Quartier!

Ein Jahr nach Aufnahme der Begleitforschung erschien die erste von uns erstellte „Quartiersdiagnose“, die dem Runden Tisch Lenzgesund zur Diskussion vorgelegt wurde. Die Quartiersdiagnose besteht aus mehreren Einzelerhebungen und Analysen:

- Analyse von Berichten und Dokumenten über Verlauf, Entwicklungsstand und Ergebnisse einzelner Projekte
- Aufbereitung sekundärstatistischer Daten zur Bevölkerungszusammensetzung und zur Sozialstruktur
- Auswertung von Daten der Schuleingangsuntersuchung zur gesundheitlichen Lage von einzuschulenden Kindern
- Befragung der Bewohnerschaft zur Wahrnehmung, Nutzung und Bewertung einzelner Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote sowie zu zusätzlich gewünschten Angeboten
- Befragung von zentralen Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozi-

Das Thema

albereich und dem Quartiersmanagement mit dem vom Projekt entwickelten Instrument zur Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ)

Beiträge zur Quartiersdiagnose: Kindesgesundheit in der Lenzsiedlung

Im Oktober 2007 veröffentlichten wir mit den „Beiträgen zur Quartiersdiagnose“ einen Bericht über die Kindesgesundheit in der Lenzsiedlung. Dazu wurden 22 Fachleute, die in und um die Lenzsiedlung in unterschiedlicher Weise mit dem Thema Kindesgesundheit befasst sind, zu den Themen „Gesundheit rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ sowie zur „Gesundheit von Kindern vom 1.-14. Lebensjahr“ befragt. Hierbei zeigt sich, dass es nach

Entwicklung eines Instruments zur Messung von Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ)

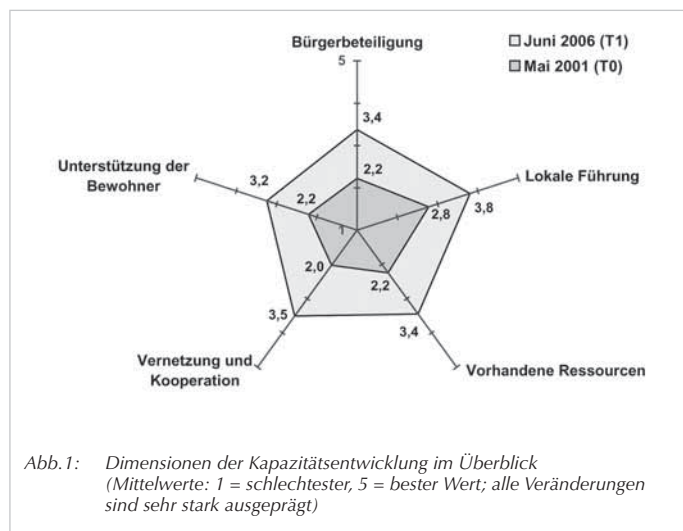
Die unmittelbaren Auswirkungen des Präventionsprogramms auf die Gesundheit der einzelnen Bewohner/innen zu messen, ist nur sehr schwer zu bewerkstelligen, weil die Gesundheit des Einzelnen von unzähligen Faktoren beeinflusst wird. Eine erfolversprechendere Möglichkeit die Wirksamkeit eines solchen Programms in einem Quartier nachzuweisen besteht aber darin, die Veränderung von Strukturen und Kompetenzen aufzuzeigen, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Bewohnerschaft haben können. Obwohl Kapazitätsentwicklung auch in Deutschland inzwischen explizit als Ziel und Erfolgsgröße für quartiersbezogene Ansätze gilt, gab es bislang keine geeigneten Messinstrumente. Im Rahmen dieser Begleitforschung wurde der Versuch unternommen, ein solches Instru-

ment zu entwickeln, das darüber hinaus auch als „Schätzer für die Nachhaltigkeit“ von Aktivitäten im Quartier dienen kann.

Die Dimensionen, die mit dem Instrument gemessen werden können, sind: Bürgerbeteiligung,

- So stand die im ersten Jahr durchgeführte Bewohnerbefragung z. B. vor dem Problem, eine Bewohnerschaft vor sich zu haben, in der 40 verschiedene Sprachen gesprochen werden.
- Ein anderes Problem stellt der Zugang zu Daten dar, die für eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung nötig sind. Auf der Gliederungsebene eines statistischen Gebietes (wie der Lenzsiedlung) sind etliche Daten gar nicht bzw. nur eingeschränkt verfügbar. Liegen sie vor, so gibt es u. U. auf Grund zu geringer Fallzahlen Probleme mit dem Datenschutz oder sie sind auf Grund der geringen Fallzahlen oft nur sehr begrenzt aussagefähig.
- Der Versuch, mit dem Instrument zur Kapazitätsentwicklung auch engagierte Bürger/innen zu befragen, war nur bedingt erfolgreich. Zum einen war die Beteiligung der Bürger zu gering, zum anderen stellte sich auch heraus, dass die Befragten das Gefühl hatten, das ganze Ausmaß der Entwicklungen nicht überblicken zu können.
- Schließlich steht ein Wissenschafts-Praxis-Projekt auch vor dem Problem, dass das Forschungsfeld durch die Aktivitäten der Wissenschaftler beeinflusst werden kann.
- Eine Möglichkeit, mit diesen Problemen umzugehen besteht in der Nutzung verschiedener Zugänge, Methoden und Perspektiven (Methodenmix). Ergebnisse daraus stellen z. B. die beiden Quartiersdiagnosen dar, die wiederum als wissenschaftliche Grundlage für ein erfolversprechendes präventives und gesundheitsförderndes Handeln von den professionellen Akteuren im Quartier genutzt werden können.

Nähere Informationen zum Forschungsprojekt finden Sie unter: www.uke.uni-hamburg.de – Institute – Medizin-Soziologie – AG Gesundheitsförderung – aktuelle Projekte – Publikationen



Einschätzung der befragten Experten vielen Kindern in der Lenzsiedlung gut geht, eine nicht unerhebliche Zahl von Kindern aber z. B. in den Bereichen Motorik, Sprache und Ernährung deutliche Defizite aufweist.

Die daraus abgeleiteten Vorschläge zur Aktualisierung der Handlungsfelder bezogen sich u. a. auf die Integration von Gesundheits- und Erziehungskompetenz sowie Gewaltprävention in bestehende Handlungsfelder. Die Ergebnisse der Interviews sollten damit ebenfalls einen Beitrag zur kritischen Überprüfung, Bestätigung und Weiterentwicklung der einzelnen Handlungsfelder leisten, indem sie den Teilnehmer(inne)n des Runden Tisches als Diskussionsgrundlage dienen.

ligung, lokale Führung, vorhandene Ressourcen, Vernetzung und Kooperation und Unterstützung der Bewohner/innen. Dazu wurden Akteure der Gesundheitsförderung in und um die Lenzsiedlung befragt. Sie sollten dabei sowohl die Situation vor 5 Jahren als auch den aktuellen Stand der Entwicklung beurteilen. Die insgesamt sehr positive Bewertung der Entwicklung ist in Abbildung 1 zu sehen.

Die Evaluation eines komplexen Präventionsprogramms mit unterschiedlichen Handlungsfeldern und einer Vielzahl dazugehöriger Angebote und Projekte in einem benachteiligten Quartier ist ein relativ neues Unterfangen und birgt neben den bereits erwähnten noch eine ganze Reihe an methodischen Schwierigkeiten:

Kontakt:

Waldemar Süß
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut für Medizin-Soziologie
Tel: 040 – 428 03-20 96
suess@uke.uni-hamburg.de

Die systematische Verbesserung der Angebotsqualität ist in der Gesundheitsförderung eine wichtige Zukunftsaufgabe, oft aber stehen Praktiker/innen den verfügbaren Ansätzen der Qualitätsentwicklung skeptisch gegenüber. Zum einen gibt es inzwischen eine schwer überschaubare Vielzahl konkurrierender Verfahren, gleichzeitig werden diese oft als kontrollierend und bevormundend wahrgenommen oder ihre Umsetzung lässt sich nicht mit den Anforderungen und verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen der täglichen Arbeit vereinbaren.

Eine Beschreibung des Good Practice-Ansatzes sowie ausgewählter Beispiele findet sich auf der Internetseite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice und in der Veröffentlichung „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Diese ist in der BZgA-Reihe „Gesundheitsförderung Konkret“ erschienen und kann unter www.bzga.de > Infomaterialien > Fachpublikationen kostenlos als PDF-Datei heruntergeladen oder bestellt werden.

Hier setzt das Präventionsforschungs-Projekt „Erfahrung nutzen Wissen vertiefen – Praxis verbessern“ an, das die Forschungsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB) gemeinsam mit Gesundheit Berlin, der Berliner Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, durchführt. Das Projekt wird seit Mai 2005 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und hat sich zum Ziel gesetzt, gemeinsam mit Praktiker/innen praxisrelevante Strategien und Instrumente für eine partizipative, also auf Beteiligung ausgerichtete Qualitätsentwicklung zu entwickeln, die die Bedürfnisse der Praxisanbieter aufgreift und gleichzeitig die angesprochenen Zielgruppen systematisch in den Prozess der Qualitätsentwicklung einbezieht.

Das Forschungsprojekt ist in drei Zielbereiche gegliedert, die jeweils unterschiedliche Ansätze Partizipativer

Qualitätsentwicklung in den Blick nehmen.

Ziel 1: Kriterien für gute Praxis weiter entwickeln

Eine anschauliche und kostengünstige Variante der Qualitätsentwicklung ist das Lernen von den Ansätzen und Erfahrungen Anderer. Im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) wurden Kriterien für gute Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt und inzwischen 65 Beispiele vorbildlicher Umsetzung dieser Kriterien ausgewählt und ausführlich beschrieben.

Interviews mit Praxisvertreter/innen und jeweils drei Fokusgruppen-Diskussionen in Berlin, Hessen und Thüringen sollen zeigen, ob die vorliegenden Good Practice-Kriterien relevant und hilfreich für die praktische Arbeit sind und welche Entwicklungsbedarfe die Praktiker/innen sehen.

Die derzeit laufende Auswertung der Interviews und Fokusgruppen-Protokolle machen deutlich, dass die Kriterien guter Praxis als nutzbringende Orientierungshilfe und „Checkliste“

Ziel 2: Ressourcen für Qualitätsentwicklung und Evaluation bereit stellen

Während die Kriterien guter Praxis ein Planungs- und Bewertungsraster darstellen, geht es im Zielbereich 2 darum, Instrumente und Verfahren der Partizipativen Qualitätsentwicklung zu entwickeln, die von Praxisangeboten in ihre tägliche Arbeit integriert werden können. Partizipation, also Beteiligung, ist hier in einem doppelten Sinne wichtig: Zum einen werden Praxisvertreter/innen aktiv in die Entwicklung und Erprobung der Instrumente eingebunden, zum anderen soll deren Anwendung gewährleisten, dass auch die unmittelbaren Zielgruppen der gesundheitsfördernden Interventionen an deren Entwicklung und Bewertung beteiligt werden. „Beteiligung“ kann dabei durch unterschiedliche Verfahren und auch in sehr unterschiedlicher Tiefe gesichert werden. Die Spannweite der Umsetzung von „Partizipation“ verdeutlicht die neunstufige Partizipations-Leiter, die im Projektverlauf auf Grundlage eines Ansatzes von Shelly Arnstein (1969) entwickelt wurde.

Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung

Stufe 9	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

Eine Beschreibung der einzelnen Stufen findet sich im Beitrag von Michael Wright, Martina Block und Hella von Unger 2007: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Ein Modell zur Beurteilung von Beteiligung, in: Info Dienst für Gesundheitsförderung 3/2007, 4-5. Der Info Dienst kann auf www.gesundheitberlin.de > Publikationen heruntergeladen werden.

sowohl für die Planung von Angeboten als auch für die Bewertung der erbrachten Arbeit eingeschätzt werden. Das breite fachliche Spektrum in der Gesundheitsförderung, von der sozialen Arbeit bis z. B. zur Ernährungswissenschaft, erfordert aber auch eine sprachliche und fachliche Weiterentwicklung der Kriterien, die sie über die Professionsgrenzen hinaus anschlussfähig macht.

Gemeinsam mit Praxisvertreter/innen wurden in sechs jeweils dreitägigen Workshops entlang eines Projektzyklus von Planung („Wie wissen wir, was die Zielgruppe braucht?“) bis zur Bewertung („Wie wissen wir, was bei der Zielgruppe ankommt?“) Instrumente und Verfahren der Partizipativen Qualitätsentwicklung diskutiert und geübt. Hierbei wurde auf vielfältige internationale Vorar-

Das Thema



beiten – insbesondere den Ansatz des community-based participatory research – zurückgegriffen, aber auch die Ideen und Erfahrungen der Teilnehmenden eingebunden. Nicht nur die vorgestellten Methoden, sondern auch die Didaktik der Workshops war partizipativ ausgerichtet. Die behandelten Methoden waren u. a. Blitzbefragungen (Kurzbefragungen in mündlicher oder schriftlicher Form), Fokusgruppen (eine qualitative Methode der Gruppendiskussion aus der Marktforschung), Projektlogik (in Anlehnung an logic model) und die Methode zur Feststellung lokaler Ziele und Wirkungswege („ZiWi-Methode“ in Anlehnung an theory of change).

Die Ergebnisse der Workshops werden in einem online verfügbaren „Interaktiven Handbuch“ zusammengestellt. Hier werden alle Interessierten einen einfachen Zugang zu Arbeitshilfen und Materialien für

ihre tägliche Arbeit finden, können aber auch ihre eigenen Erfahrungen und – falls vorhanden – Materialien anderen Nutzer/innen zur Verfügung stellen. Konkrete Beispiele aus der Praxis werden Möglichkeiten für die erfolgreiche Anwendung partizipativer Methoden anschaulich machen.

Ziel 3: Beratung und technische Unterstützung

Die individuelle Beratung und Begleitung von Anbietern gesundheitsfördernder Maßnahmen bei der Entwicklung und Umsetzung ihrer Qualitätsentwicklungs-Konzepte ist der dritte Zielbereich des Präventionsforschungsprojektes. Im Projektverlauf wurden bundesweit acht Projektanbieter über zwei Jahre hinweg durch die Wissenschaftler/innen des WZB im Prozess begleitet, für die eigene Organisation das „passende“ Qualitätsentwicklungs-Konzept zu erarbeiten. Die Erfahrungen aus diesen Beratungsprozessen werden u. a. in das „Interaktive Handbuch“ einfließen.

Im Rahmen der Interviews, Fokusgruppen, Workshops und Projektberatungen wurde deutlich, dass es bei den

Praktiker/innen eine große Bereitschaft gibt, sich auf den in der Bundesrepublik noch relativ neuen Ansatz der Partizipativen Qualitätsentwicklung einzulassen. Gleichzeitig ist es wichtig, die Methoden und Instrumente so flexibel und gut handhabbar zu gestalten, dass sie von den Akteuren in einem vielgestaltigen Handlungsfeld wie der Gesundheitsförderung von der AIDS-Prävention bis zur Zahngesundheit gewinnbringend eingesetzt werden können. Die im Forschungsprojekt entwickelten Konzepte und Instrumente können hierfür ein erster Schritt sein.

Literatur bei den Verfasserinnen

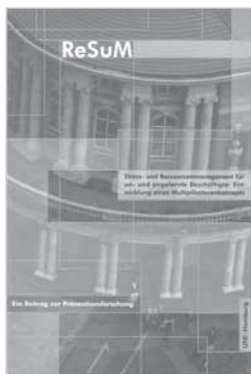
Kontakt:

Holger Kilian, MPH
Gesundheit Berlin e. V.
Tel: 030 – 44 31-90 68
www.gesundheitberlin.de
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Gesundheitsförderung für un- und angelernte Beschäftigte: das Projekt ReSuM

Christine Busch

Im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung kommen Angebote fast ausschließlich qualifizierten Beschäftigten zu. Un- und angelernte Beschäftigte sind von Präventionsmaßnahmen weitestgehend ausgeschlossen. Es existieren auch keine zielgruppengerechten Konzepte. Für



die betrieblichen Entscheidungsträger gehören Un- und Angelernte meist zur sogenannten Randbelegschaft, die einfache Tätigkeiten ausführt und leicht zu ersetzen ist. Sie sind daher wenig motiviert dieser Zielgruppe Präventionsangebote zukommen zu lassen. Den Betroffenen selbst fehlen positive Lernerfahrungen und ein Gesundheitsbewusstsein, das sie motiviert, an Präventionsangeboten

teilzunehmen. Es besteht daher leider eine große Einigkeit zwischen betrieblichen Entscheidungsträgern und den Betroffenen, dass sich Präventionsangebote für Un- und Angelernte nicht lohnen. Dabei sind un- und angelernte Beschäftigte von Gesundheitsbeschwerden und Belastungen besonders betroffen. So üben sie häufig Tätigkeiten aus, die durch eine Kombination aus geringen Ressourcen, wie Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten, bei gleichzeitig hohen körperlichen und psychosozialen Belastungen gekennzeichnet sind, z. B. in monotonen Tätigkeiten und bei Schicht- und Nachtarbeit. Darüber hinaus üben viele Un- und Angelernte mehrere Erwerbstätigkeiten gleichzeitig aus. Frauen sind von Mehrfachbelastungen besonders betroffen, da sie für Haushalt und die Betreuung von Kindern und älteren Familienangehörigen als zuständig gelten. Un- und Angelernte haben überdurchschnittlich häufig befristete Arbeitsverträge und sind beständig von Arbeitslosigkeit bedroht. Meist als

Folge der geringen situativen Gesundheitsressourcen sind auch personale Ressourcen, wie Problemlösekompetenzen gering ausgeprägt. Auch das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten ist höchst problematisch. Es fehlt den Betroffenen unter anderem an ausgleichender Bewegung und Sport. Gesundheitsförderungsangebote sind daher für Un- und Angelernte dringend erforderlich.

Das Projekt ReSuM – Entwicklung eines Multiplikatorenkonzept

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierten Forschungsprojekts der Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Hamburg wird derzeit eine Präventionsmaßnahme für Un- und Angelernte entwickelt und evaluiert. Das Projekt nennt sich ReSuM: Ressourcen- und Stressmanagement für un- und angelernte Beschäftigte: Entwicklung eines Multiplikatorenkonzepts. Im Projekt ReSuM arbeiten Arbeits- und Gesundheitspsychologen, Bewegungs- und Wirtschaftswissenschaftler mit Prä-



ventionsanbietern und betrieblichen Partnern zusammen, um eine zielgruppengerechte und effektive Maßnahme zu entwickeln, die die Motivation der Beteiligten berücksichtigt.

ReSuM zeichnet sich dadurch aus, dass es ein Multiplikatorenkonzept ist. Multiplikatoren sind Präventionsanbieter, wie Krankenkassen und Betriebsärzte. ReSuM zeichnet sich weiterhin dadurch aus, dass es sich an Teams von Un- und Angelernten richtet und die Führungskräfte einbezieht. Es ist modular aufgebaut mit Modulen, die sich an die einzelnen Beschäftigten, an die Teams und an die Führungskräfte richten. Die Inhalte sind methodisch und didaktisch auf die Zielgruppe der un- und angelernten Beschäftigten abgestimmt. Besondere Aufmerksamkeit werden der Work-Life Balance, genderspezifischen Aspekten und Entwicklungsperspektiven der Betroffenen geschenkt. Die Maßnahme ist konsequent ressourcenorientiert konzipiert.

Multiplikatorenkonzept

Damit Gesundheitsförderung dieser Zielgruppe breit und routinemäßig zugute kommt, ist es notwendig ein Konzept für verschiedene Branchen (z. B. Produktion, Innenreinigung) mit und für Präventionsanbieter, wie Krankenkassen, zu entwickeln und zu erproben. Es wird daher ein Interventionsmanual entwickelt, das mit den verschiedenen Präventionsanbietern in unterschiedlichen Branchen erprobt und evaluiert wird. Kooperierende Präventionsanbieter im ReSuM-Projekt sind u. a. die AOK Schleswig-Holstein und die AOK Westfalen-Lippe, die IKK Baden-Württemberg und Hessen, die Ärztekammer Berlin, die Fachkräfte für Arbeitsschutz der Stadt Bremen und der bremischen evangelischen Kirche.

Teamansatz

Angeht die Tatsache, dass über 50% der Un- und Angelernten in Teams organisiert sind und arbeiten, ist ein Teamansatz inhaltlich und auch hinsichtlich der Beteiligungsmotivation sinnvoll. Dem einzelnen Beschäftigten wird die Teilnahme an einer Präventionsmaßnahme erleichtert, da die Intervention dem gesamten Team angeboten wird. Eine Teamintervention unterstützt zudem den Transfer des Gelernten in den Arbeitsalltag, da der soziale und arbeitsorganisatorische

Kontext im Rahmen der Intervention erhalten bleibt. Ein Teamansatz ist auch für betriebliche Entscheidungsträger interessant, da er Prozessverbesserungen verspricht.

Ein Teamansatz ist inhaltlich viel versprechend, denn er rückt die Arbeitsorganisation und die Zusammenarbeit in den Vordergrund. Er vermeidet somit eine individualisierte Perspektive auf Stress. So behandelt die ReSuM-Maßnahme Ressourcen



Foto: ReSuM

der Teamarbeit. Es werden soziale und aufgabenbezogene Ressourcen der Teamarbeit und gemeinsame Stressbewältigung gefördert, wie soziale Unterstützung im Team und systematisches Problemlösen in der Gruppe.

Einbezug der Führungskräfte

Führungskräfte gewährleisten als wichtige Mitgestalter der Arbeitsbedingungen die Nachhaltigkeit und den Bedingungsbezug, u. a. um regelmäßige Teamsitzungen zum gemeinsamen Problemlösen zu ermöglichen. Führungskräfte werden in der ReSuM-Maßnahme darin geschult, soziale Unterstützung und Wertschätzung gegenüber den Beschäftigten zu zeigen.

Bewegung

Im Unterschied zu den üblicherweise vermittelten Entspannungsverfahren behandelt ReSuM die Förderung alltäglicher Bewegung in Arbeit und Freizeit. Bewegungsmangel ist für diese Zielgruppe ein großes Problem. Daher werden von den Bewegungswissenschaftlern der Universität Hamburg aufgrund von Arbeitsplatzbeobachtungen Übungen am Arbeitsplatz entwickelt, die gemeinsam im Team oder einzeln durchgeführt werden können.

Work-Life Balance

Un- und Angelernte zeigen oftmals geringe Selbstwirksamkeitserwartung

und mangelnde Zukunftsorientierung, dabei sind sie häufig von Arbeitslosigkeit bedroht. In ReSuM werden die Balance verschiedener Lebensbereiche und individuelle, mittelfristige Entwicklungspläne erarbeitet.

Modulares Konzept

Die Intervention besteht aus fünf verschiedenen, inhaltlich abgegrenzten Modulen. Vier Module richten sich an un- und angelernte Beschäftigte im Team, ein Modul an Führungskräfte. Jedes Modul umfasst drei Stunden mit Bewegungspausen, so dass eine Freistellung der un- und angelernten Beschäftigten von insgesamt 12 Stunden seitens der Betriebe erforderlich ist. Das erste Modul befasst sich mit einer Ein-

führung in Stressmanagement und der Vermittlung von Bewegung in Freizeit und Arbeit. In Modul zwei und drei werden Ressourcen der Teamarbeit und gemeinsame Stressbewältigung behandelt. Modul vier beschäftigt sich mit Work-Life Balance und der Erstellung eines individuellen, mittelfristigen Entwicklungsplans. Das Führungskräftetraining begleitet die Intervention.

Erprobung und Evaluation von ReSuM

Die Erprobung des Interventionskonzepts fand 2007 deutschlandweit in sechs Betrieben statt: mit Produktionsbeschäftigten der Grundfos GmbH, mit Beschäftigten der Berliner Stadtreinigung, mit Innenreinigungskräften der Stadt Bremen, der Stadt Dortmund und der bremischen evangelischen Kirche und mit Müllsortierern der Contempo GmbH.

In 2008 wird die Intervention nach der Überarbeitung des Konzepts wiederholt in Betrieben durchgeführt und systematisch evaluiert.

Kontakt: _____

Dr. Christine Busch
Arbeits- und Organisationspsychologie
Fachbereich Psychologie/Fakultät 4
Universität Hamburg
cbusch@uni-hamburg.de

Optimierung des bundesweiten Kinderfrüherkennungsprogramms

Modellhafte Evaluation der Funktion und Wirksamkeit von Elternmaterialien

Silke Pawils

Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung von Kindern gefährden können, sind seit 1971 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Neun Untersuchungen bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres und die Jugenduntersuchung J1 sind vorgesehen. Inhaltlich werden die Zielkrankheiten und deren relevante Lebensaltersstufen in den sog. Kinderrichtlinien vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgelegt. Die Untersuchungen können als Maßnahmenbündel der Sekundärprävention verstanden werden. Die Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen wurden bis 1997 auf Grundlage der Berichtsformulare im Kinderuntersuchungsheft („Gelbes Heft“) an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergeleitet und vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) ausgewertet. Skepsis an der Validität der Dokumentationen haben jedoch zu einer Aussetzung der zentralen Auswertung geführt.

Seit einigen Jahren wird darüber hinausgehend Kritik an der Effizienz und Effektivität des Früherkennungsprogramms geäußert (Altenhofen, 2002):

- nicht rechtzeitige Erfassung von Kindern mit Hör- und Sehstörungen
- Mangel an standardisierten, evidenz-basierten Untersuchungsverfahren
- Überdiagnostik beispielsweise bei Hüftgelenksanomalien und cerebralen Bewegungsstörungen, Herzfehlbildungen, anderen Skeletterkrankungen und Harnwegsfehlbildungen
- Dokumentation des Gelben Heftes liefert keinerlei epidemiologisch auswertbare Daten
- Mangelnde Früherkennung von Verhaltensauffälligkeiten
- Keine primärpräventive Elterninformation und -beratung
- Geringere Inanspruchnahme von U8 und U9 vor allem durch sozial benachteiligte Eltern.

Der Mangel an Primärprävention im Rahmen des Früherkennungsprogramms beispielsweise durch Elternberatung wird seit langem kritisiert (siehe

zusammenfassend Altenhofen, 1998). In der Elternaufklärung zu den Themen Ernährung, Pflege und/oder Erziehung wird ein positiver Nebeneffekt der Untersuchungen gesehen. Diese Elternberatung ist jedoch im Rahmen des Programms bislang dem Belieben und Engagement des einzelnen Arztes überlassen.

Bei den Eltern genießt das Programm eine hohe Akzeptanz. Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen liegt in den ersten beiden Lebensjahren bei über 90% (U1 bis U7) und weist für alle Untersuchungen seit Jahren eine steigende Tendenz auf. Diese insgesamt hohe Inanspruchnahme der Untersuchungen lässt erwarten, so schlussfolgern Bergmann et al. (1998), dass „ein über die medizinischen Untersuchungen hinausgehendes Beratungsangebot an die Eltern im Zusammenhang mit der Kinder Vorsorge gut angenommen werden könnte.“

Präventionsprogramm „Elternmaterialien im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung bei Kindern“

Bereits 1999 hat die BZgA im Rahmen ihres Arbeitsschwerpunktes „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ ein Rahmenkonzept für die Elterninformation im Kinderuntersuchungsheft U1 bis U9 entwickelt.

Das Maßnahmenpaket umfasst folgende Medien:

Das Medium „**Gesund groß werden**“ enthält die wichtigsten Informationen zum Programm der Früherkennungsuntersuchungen, den Impfungen im Kindesalter sowie Hinweise für die Eltern zum Gebrauch der Medien. Die jeweiligen Früherkennungs- und Impftermine können dort eingetragen werden sowie alle wichtigen Gesundheits- und Krankheitsdaten. Das **Elternbegleitheft** enthält bezogen auf den Zeitpunkt der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung folgende Elemente:

- einen Elternbrief, der zentrale Entwicklungs- und Gesundheitsthemen dieser Phase und Besonderheiten der Eltern-Kind-Interaktion anspricht
- Informationen und Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention
- eine Information, welche Untersuchungen der Arzt durchführt und welchem Ziel sie dienen
- ein Beobachtungsbogen für die Eltern zum aktuellen Entwicklungsstand ihres Kindes.

Die **Elterninformationen** sind als Hintergrundmaterial zur Vertiefung der im Elternbegleitheft angesprochenen Themen konzipiert. Dieses

Medium dient dazu, Eltern einen Gesamtüberblick über wichtige Etappen und Aspekte der gesunden kindlichen Entwicklung zu vermitteln, sie über mögliche Entwicklungsprobleme und -störungen aufzuklären und sie zu einer aktiven

Vorbeugung von krankheits-, unfall- und verhaltensbedingten Schäden anzuregen.

Das Maßnahmenpaket zum Kinderfrüherkennungsprogramm soll zukünftig allen Eltern in Deutschland zur Geburt eines Kindes übergeben werden, d. h. die BZgA-Materialien müssen von Eltern aus allen sozialen Gruppen genutzt werden können, insbesondere auch von „leseungeübten“ Eltern.

Auch wenn Printmedien nicht der „Königsweg“ bei der Ansprache sozial benachteiligter Eltern sind, stellt die Aushändigung der Elternmaterialien mit der Geburt einen alternativlos niedrigschwelligen Zugang zu sozial benachteiligten Familien dar, ohne diese zu stigmatisieren. Um aber eine hohe Akzeptanz dieser Familien zu erreichen, wurden die Inhalte so aufbereitet und gestaltet, dass die wichtigsten Informationen und Empfehlungen auch von „leseungeübten“ Eltern wahrgenommen und verstanden werden.



Foto: BZgA



Evaluation als Voraussetzung zur bundesweiten Umsetzung

Die wissenschaftliche Evaluation des vorgestellten Optimierungsansatzes ist eine zwingende Voraussetzung für die weiteren Prüfungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Hinblick auf eine bundesweite Implementation der Elternmaterialien.

Das Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf überprüft die Wirksamkeit der Elternmaterialien in einem Forschungsprojekt, das das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert. Folgende Fragestellungen werden in der dreijährigen Evaluation (2005 bis 2008) – insbesondere bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen – bearbeitet:

- Vermittlung relevanten Präventionswissens und Erhöhung der elterlichen Kompetenz
- Verbesserung der Arzt-Eltern-Kommunikation in den U-Untersuchungen
- Gebrauchswert der Elternmaterialien

Dazu wurde in den Modellregionen Rheinland-Pfalz und Sachsen im Untersuchungszeitraum rund 2.400 Erstgebärende zur Studienteilnahme motiviert. 50% erhielten den Eltern-Ordner nebst einem Fragebogen wenige Wochen nach der Geburt, die übrigen 50% erhielten einen BZgA-Flyer mit allgemeinen Informationen zur U-Untersuchung und einen Fragebogen. Nach einem Jahr wurden alle Mütter angeschrieben und um die Beantwortung einiger Fragen gebeten. Insbesondere der Gebrauchswert des Eltern-Ordners über den Zeitraum von einem Jahr konnte so ermittelt werden.

Um Aussagen zu den U-Untersuchungen älterer Kinder zu erhalten, wurden in den Modellregionen Studienteilnehmer in den Kinderarztpraxen bei der Terminvergabe zur nächsten

U-Untersuchung rekrutiert, von denen ebenfalls 50% einen Eltern-Ordner bekamen bzw. 50 % den Flyer erhielten. Nach erfolgter U-Untersuchung wurden die Mütter mittels eines kurzen, strukturierten Telefon-Interviews zum Arztverhalten und zum Eltern-Ordner bzw. ihrer selbst eingeschätzten elterlichen Kompetenz befragt.

Aktuell liegen uns schicht-repräsentative Angaben von 1.615 Eltern vor, die bis Mai diesen Jahres ausgewertet werden, um Empfehlungen zur Überarbeitung des Eltern-Ordners treffen zu können.

Einbeziehung fremdsprachiger Bevölkerungsgruppen

Neben der Einbeziehung eines repräsentativ hohen Anteils sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen ist die Zielgruppe der Migranten von besonderer Bedeutung. Bezogen auf alle in der Bundesrepublik lebenden Kinder und Jugendlichen (0 bis 18 Jahre) liegt der Anteil der ausländischen Kinder bei rund 10%. Mit 26% Anteil an der ausländischen Bevölkerung stellen türkische Personen die zahlenmäßig relevanteste Gruppe dar. Zur Einbeziehung fremdsprachiger Bevölkerungsgruppen werden die Elternmaterialien daher zunächst in die türkische Sprache übersetzt und inhaltlich geringfügig kulturell angepasst. Erfahrungen des Robert Koch-Institutes bei der Motivation von Migranten zeigen, dass die Teilnahmebereitschaft dieser Bevölkerungsgruppen allerdings extrem gering ausfällt und besondere Anstrengungen erfordert. Daher wurden bundesweit Kooperationspraxen und -kliniken gesucht und gefunden, die primär türkisch-sprachige Patienten behandeln. Die Praxen und Geburtskliniken verteilen die türkische Version des Eltern-Ordners vor Ort an die Betroffenen und mit Hilfe einer deutsch-türkischen Interviewerin können etliche Mütter zur Teilnahme an den kurzen, strukturierten Tele-

foninterviews motiviert werden. Die Datenerhebung schließt Ende Februar mit Aussagen von voraussichtlich 50 türkisch-sprachigen Müttern zum Gebrauchswert der türkischen Version des Eltern-Ordners ab.

Fazit

Das Innovative des Eltern-Ordners lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Es handelt sich um ein wissenschaftlich fundiertes und an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientiertes Präventionsprogramm zur Vermeidung von Krankheiten, Unfällen und Erkrankungsrisiken.
- Alle Eltern erhalten die Möglichkeit, Kompetenzen für den Erhalt der kindlichen und der eigenen Gesundheit aufzubauen und beim Kind einen gesundheitlichen Lebensstil zu entwickeln. Dabei wird der Kinderarzt zum Mediator der Primärprävention eingesetzt.
- Das Präventionsprogramm wird vor einer möglichen bundesweiten Implementierung formativ evaluiert und auf eine nachhaltige Wirksamkeit geprüft und angepasst. Dabei wird insbesondere geprüft, ob die Maßnahme auch bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in vorgesehener Weise Wirksamkeit zeigt.

Kontakt:

Dr. phil. Silke Pawils, Dipl.-Psych.
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie
Tel: 040 – 428 03-39 95
s.pawils@uke.uni-hamburg.de

Gesundheitsförderung evaluieren: Entwicklung praxistauglicher Instrumente

Birte Gebhardt

An Gesundheitsförderungsmaßnahmen wird zunehmend die Anforderung gestellt, sie sollen qualitätsgesichert umgesetzt werden und ihre Wirksamkeit im Rahmen von Evaluationsstudien belegen. Aber die Durchführung von Evaluationsstudien ist teuer und oft im Rahmen von



Praxisprojekten nicht umsetzbar, sondern wissenschaftlichen Forschungsprojekten vorbehalten. Dennoch wird aus der Praxis häufig der Wunsch geäußert, kleinere Evaluationsstudien selber

(oder in Kooperation mit studentischen Qualifikationsarbeiten) durchzuführen. Bislang fehlten hierfür praxistaugliche Instrumente. Diese Lücke wird durch das Verbundprojekt „Evaluationstools“ geschlossen. Ziel dieses Projektes, das seit April 2005 vom Bundesministerium für Bildung und

Das Thema

Forschung gefördert und am Institut für Public Health und Pflegeforschung durchgeführt wird (Koordination: Birte Gebhardt, Leitung: Prof. Dr. Petra Kolip) ist es, in sechs verschiedenen Präventionsprojekten, die sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene wenden, praxistaugliche Evaluationsinstrumente zu entwickeln. Thematischer Schwerpunkt der Projekte liegt im Bereich Bewegung und Ernährung und besondere Aufmerksamkeit gilt sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen.

Die Entwicklung der Instrumente erfolgt in Kooperation mit verschiedenen Hochschulinstituten, die im Folgenden kurz vorgestellt werden. Anschließend werden beispielhaft die Erfahrungen und Ergebnisse eines Teilprojektes skizziert, um einen Eindruck von der Vorgehensweise zu schaffen.

Übersicht über die Teilprojekte

Im Vorhaben **Essen-bewegen-wohlfühlen** wurden in neun niedersächsischen Grundschulen mit Hilfe geschulter Multiplikator(inn)en ressourcenorientierte Angebote implementiert, die die Kinder in ihren Handlungskompetenzen stärken. Die Auswertung von Veränderungen des Ess- und Bewegungsverhaltens sowie eine Prozessevaluation erfolgten auf Basis neu entwickelter quantitativer Eltern-Fragebögen und Leitfadenterviews mit den Multiplikator(inn)en (Universität Bremen, IPP).

Das Bremer Institut für Prävention und Sozialmedizin (BIPS) hat mit einer neu konzipierten Pausenbrot-Checkliste in ausgewählten Kindergärten den Inhalt der mitgebrachten Butterbrottaschen erhoben. In den KiTas mit dem schlechtesten Ernährungsprofil schloss sich dann eine zielgruppenspezifische Intervention an, nach deren Durchführung ein erneuter „Pausenbrot-Check“ erfolgte.

In einem weiteren Projekt hat das BIPS einen **Motorik-Test** speziell für die Altersgruppe der 4-6-Jährigen adaptiert (**MotKo**) und mit ihm den Effekt der Bremer Bewegungskindergärten auf motorische Fähigkeiten und Unfallhäufigkeit überprüft.

Die Universität Bielefeld hat für die Erfolgsmessung des schulischen Präventionsprogramms **„Erwachsen werden“** (Lions-Quest) quantitative Fragebögen für Schüler/innen und Eltern konzipiert. Die Verringerung von Risikofaktoren für das jugendliche Problemverhalten durch Kompetenzförderung wird in einem Vergleich von Hauptschulen und Gymnasien geprüft. Zugleich misst das Instrument den Erfolg bzw. die Beliebtheit einzelner Bausteine des Präventionsprogramms.



Foto: HAG

Frühstücken in der Delmestraße (Universität Bremen, IPP) ist ein Projekt, in dem für sozial benachteiligte Jugendliche mit geringen Lese- und Schreibkenntnissen ein regelmäßiges Schulfrühstück eingeführt wurde. Der Evaluationsbogen wurde gemeinsam mit den Schüler(inne)n entwickelt und zur Erfolgsmessung eingesetzt.

Ein ähnliches Instrument wird in stark gekürzter Version auch im Vorhaben **Kompetenzerwerb** eingesetzt (Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg), das den Effekt eines in den Alltag integrierten „Trainings“ zur Herstellung von Mahlzeiten für junge Männer in Wohngruppen misst. Dieses Projekt entwickelt zusätzlich einen Fragebogen für die Betreuenden in den Wohngruppen.

Erfahrungen und Ergebnisse der Teilprojekte „Pausenbrot-Check“

Am Beispiel eines der genannten Teilprojekte soll das Vorgehen erläutert werden. Ziel des Projekts „Pausenbrot-Check“ ist es, ein praxistaugliches Instrument zu entwickeln, das auf einfache Art und Weise eine Beurteilung des von Kindergartenkindern mitgebrachten Pausenbrotes und eine Auswertung nach ernährungswissenschaftlichen Gesichtspunkten ermöglicht.

Es wurde eine Checkliste entwickelt, die in übersichtlicher Form die typischen Bestandteile einer Pausenverpflegung für Kinder aufführt und in einfachen Maßen (Kinderhand,

Scheibe, Stück) erfasst. Hierbei wurden bewusst überschaubare Messgrößen verwendet, um ein aufwendiges Abwiegen o. ä. zu vermeiden. Für die Durchführung des „Pausenbrot-Checks“ erhielten die Erzieher/innen der KiTas eine Schulung, die mit einem geringen Zeitaufwand durchgeführt werden konnten. Im Laufe der Erhebung wurde die Checkliste aufgrund gesammelter Praxiserfahrungen überarbeitet und bezüglich der Mengeneinschätzung und des Zusammenfassens einzelner Items weiter vereinfacht, um die Erhebung alltagstauglicher zu gestalten. So wurden beispielsweise Süßigkeiten, anders als zuvor, nicht mehr detailliert, sondern nur mit einer zusammenfassenden Kategorie erfasst.

Zur Auswertung der Pausenbrothinhalte wurden zwei verschiedene Methoden genutzt: Bei Methode 1 wurde anhand der eindeutig als „gesund“ einzustufenden Lebensmittelgruppen (Gemüse, Obst etc.) ein Score entwickelt. Als ungesund wurde ein Pausenbrot eingestuft, wenn es keinen dieser gesunden Bestandteile enthielt. Bei Methode 2 wurden alle Lebensmittel der Antwortkategorien mit einem Index gewichtet und in die Auswertung einbezogen. Die Festlegung des Index erfolgte anhand ernährungsphysiologischer Überlegungen und ließ eine Abstufung von sehr gutem, gutem und schlechtem Pausenbrot-Inhalt zu.

Ein erster „Pausenbrot-Check“ diente der Ermittlung der vier KiTas mit den schlechtesten Ernährungsprofilen. In diesen KiTas wurden gemeinsam mit den Erzieher(inne)n und Eltern diskutiert, wie sich die Ernährung verbessern lässt. Maßnahmen, die daraufhin durchgeführt wurden, waren beispielsweise Mottowochen „Was Frisches/Buntes zum Frühstück“, ein gesundes Frühstücksbuffet mit den Kindern oder die Verschickung von Elternbriefen durch das BIPS.

Der zweite „Pausenbrot-Check“ in diesen vier KiTas nach den Interventionen zeigte ein sehr heterogenes Ergebnis. In 50% der KiTas verbesserte sich das Ernährungsprofil der Kinder, bei der anderen Hälfte deutete sich jedoch eine Verschlechterung an. Bei der Interpretation des skizzierten Ergebnisses ist zu beachten, dass es



PALME – Ein Unterstützungsprogramm für allein erziehende Mütter und ihre Kinder

Matthias Franz, Elisa Arntzen

sich um eine kleine Fallzahl (26 Kinder) handelt und somit keine statistisch signifikanten Aussagen möglich sind. Um eine Aussage über die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen treffen zu können, wäre eine Erhebung mit größeren Fallzahlen nötig. Im Rahmen des Verbundprojekts stand jedoch zunächst die Entwicklung eines praxistauglichen Erhebungsinstruments im Fokus.

Zusätzlich zum „Pausenbrot-Check“ füllten die Eltern einen Fragebogen aus, der in dem oben erwähnten Projekt „essen – bewegen – wohlfühlen“ entwickelt wurde. Hier wurden die Eltern gebeten zu beschreiben, was sie ihren Kindern als Pausenbrot mitgegeben hatten. Die Ergebnisse bestätigten die Auswertungen des „Pausenbrot-Checks“, z. B. hatten die Kinder der KiTa, die dort bereits am schlechtesten abgeschnitten hatten, auch nach Angaben der Eltern ein als schlecht eingestuftes Pausenbrot mitbekommen.

Ausblick: Internetseite und Praxis- tagung

Ziel des Verbundvorhabens ist es, die entwickelten Instrumente auf einer speziell für Praktiker/innen (z. B. Verantwortliche für Prävention bei Krankenkassen oder Kindergarten- bzw. Schulleitungen, Projektleitende für Gesundheitsförderungsangebote in Knotenpunkten/Stadtteilprojekten) konzipierten Internetseite zugänglich zu machen und hier gleichzeitig Grundlagen der Evaluation von Gesundheitsförderung in einfacher und übersichtlicher Form zu präsentieren. Zusätzlich soll eine abschließende Praxis-Tagung im Herbst 2008 dazu dienen, Erfahrungen und Ergebnisse der Projekte darzustellen und Praktiker(inne)n Gelegenheit bieten, Evaluation „auszuprobieren“. Dieses Vorgehen soll einen Beitrag zu der von vielen Seiten geforderten Evidenzbasierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen (Kolip, 2006) leisten und Praktikerinnen und Praktikern das Thema Evaluation näher bringen.

Literatur bei der Verfasserin

Kontakt:

Birte Gebhardt
Diplom-Soziologin/MPH
Projektkoordinatorin „Evaluationstools“
Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP), Bremen
Universität Bremen, Fachbereich 11
Tel: 0421 – 218 46 03
www.praevention.uni-bremen.de

Der Anteil der Einelternfamilien steigt in Deutschland seit Jahren. Von 14,4 Mio. minderjährigen Kindern wuchsen im Jahr 2005 2,2 Mio. (15,3%) bei einem allein erziehenden Elternteil auf. 90% der allein Erziehenden sind Mütter. Auf Grund dieser Zahlen rückt diese Gruppe zunehmend ins Blickfeld der öffentlichen Aufmerksamkeit. Zwar kommen allein erziehende Mütter mit ihrer Lebenssituation oft gut zurecht. Internationale und deutsche Bevölkerungsstudien belegen jedoch auch die im Mittel erhöhte soziale und gesundheitliche Belastung dieser Mütter und ihrer Kinder. Eine Ursache hierfür liegt in ihrer deutlich schlechteren wirtschaftlichen Situation. So sind soziale Randständigkeit, Rollenbrüche und beeinträchtigte Bildungs- und Berufsmöglichkeiten bei allein erziehenden wesentlich häufiger zu beobachten als bei verheirateten Müttern. Hinzu kommt, dass das konflikthafte Fehlen des Vaters zu einer strukturellen Überforderung der Mutter und zu entwicklungspsychologischen Risiken für die Kinder beitragen kann. Seelisch belastete Mütter sind in ihrer emotionalen Zuwendungsfähigkeit eingeschränkt und dann häufig selber unterstützungsbedürftig. In dieser Situation haben es allein erziehende Mütter besonders schwer, den vielfach an sie gestellten Anforderungen gerecht zu werden und sich gleichzeitig einfühlsam ihrem Kind zuzuwenden. Umfragen zufolge sind lediglich etwa ein Drittel der allein erziehenden Mütter mit ihrer Lebenssituation zufrieden. Für die betroffenen Kinder führen diese Risikofaktoren bis ins Erwachsenenalter hinein zu einer im Durchschnitt statistisch nachweisbaren Erhöhung von psychosozialen und gesundheitlichen Risiken. Aus diesem Grund wünschen sich viele allein erziehende Mütter eine speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Unterstützung.

Genau hier setzt PALME – Präventives Elternt raining für alleinerziehende Mütter geleitet von ErzieherInnen als wohnortnahe Elternt raining für

allein erziehende Mütter und ihre Kinder im Vorschul- und Grundschulalter an. Es handelt sich um eine strukturierte und manualisierte Intervention, die auf bindungsorientierter, emotionszentrierter und interaktionsbezogener Grundlage entwickelt wurde. Das Konzept und die didaktische Aufbereitung von PALME wurden unter der Leitung von Prof. Matthias Franz, Universität Düsseldorf, und mit Unterstützung des Bundesforschungsministeriums in Zusammenarbeit mit Ärzten/innen, Psychologen/innen und Erziehern/innen in zehnjähriger Arbeit entwickelt, erprobt und wissenschaftlich evaluiert. Die PALME-Gruppen mit 10-12 Teilnehmerinnen werden von einem Paar (eine Erzieherin und ein Erzieher) geleitet, welches zuvor in einer dreitägigen Schulung auf diese Aufgabe vorbereitet und während der laufenden Gruppe durch eine kon-



PALME
Präventives Elternt raining für alleinerziehende
Mütter geleitet von ErzieherInnen

tinuierliche Supervision unterstützt wird. Alle Gruppensitzungen sind klar gegliedert und in einem gut verständlichen Manual sehr genau beschrieben. In jeder Gruppensitzung erhalten die teilnehmenden Mütter Informationen, die sich von rechtlichen Themen bis hin zu entwicklungspsychologischen Fragen und der Bewältigung von Alltagsproblemen erstrecken. Während der Gruppensitzungen werden typische Konflikte Alleinerziehender bearbeitet. Schließlich werden mittels kindgerechter Mutter-Kind-Übungen für Zuhause die feinfühligke Wahrnehmung der Bedürfnisse des Kindes und die Lösung bestehender Konflikte gefördert. Die 20 Gruppensitzungen á 90 Minuten sind zur Erreichung dieser Ziele in 4 Module gegliedert, die sich sinnvoll ergänzen und aufeinander aufbauen. Im ersten Modul wird die Selbstwahrnehmung der Mütter gefördert, Rollenanforderungen,

Das Thema



Belastungen, Fähigkeiten und die dazugehörigen Emotionen erarbeitet. Im nächsten Schritt geht es um die Wahrnehmung des Kindes und die Einfühlung in seine Entwicklungsbedürfnisse nach Bindung und Exploration. Schließlich wird im dritten Modul die Situation in der Gesamtfamilie und die Rolle des Ex-Partners thematisiert, sowie die damit zusammenhängenden Konflikte bearbeitet. Erst nach diesen Grundlagen wird im vierten Schritt auch auf Verhaltensebene nach neuen Wegen und Lösungen zur Bewältigung von Konflikten im Alltag der Familie gesucht und eingeübt.

Wirksamkeit

Um die Wirksamkeit von PALME überprüfen zu können, wurde die Durchführung der Gruppen in den Partnerstädten Neuss und Hilden wissenschaftlich begleitet. Über Informationsveranstaltungen in den jeweiligen Städten und über Aushänge in Kindertagesstätten wurden allein erziehende Mütter mit Kindern zwischen drei und sechs Jahren angesprochen. Aus 127 interessierten Müttern (86 Neuss, 41 Hilden) wurden 88 Mütter (63 Neuss, 25 Hilden) mit mittelstarker seelischer Belastung für die Teilnahme an der Studie ausgewählt und erklärten sich zur Teilnahme bereit. Vor Beginn der Gruppen wurde eine erste Untersuchung als Ausgangsmessung durchgeführt. Danach wurde per Zufall ein Teil der Mütter aufgeteilt in eine Gruppe,

welche das PALME-Gruppenprogramm in einem halben Jahr absolvierte (Interventionsgruppe). Die anderen Mütter erhielten zunächst keine Intervention (Wartekontrollgruppe). Durch dieses Vorgehen konnten auftretende Verbesserungen der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe auf das Programm zurückgeführt werden. Unmittelbar nach Beendigung der Gruppen wurde die zweite Befragung durchgeführt und ein halbes Jahr später fand eine dritte Befragung statt. Um auch die Langzeiteffekte überprüfen zu können, wurde ein Jahr später eine vierte Befragung postalisch angesetzt. Zentrale Zielgrößen der Studie waren die Wirkung des Gruppenprogramms auf das Ausmaß an Depressivität und die psychisch/psychosomatische Belastung der Mutter, die Güte der Mutter-Kind-Interaktion sowie das Verhalten und Befinden des Kindes. Um diese Zielgrößen möglichst zuverlässig messen zu können, wurden standardisierte und erprobte Untersuchungsverfahren verwendet.

Ergebnisse

Die wissenschaftliche Auswertung bestätigt insgesamt die positive Wirkung von PALME auf die Depressivität, den Umgang mit Emotionen und die psychisch/psychosomatische Belastung der Mütter. Bei den Kindern nahm das beobachtete Problemverhalten über die Zeit hinweg tendenziell ab, was die Annahme stützt, dass PALME über das verbesserte Wohlergehen der Mütter auch bei den Kindern ankommt. Schließlich spricht die durchgängig sehr positive Bewertung der Gruppen durch die teilnehmenden

Mütter selbst dafür, dass dieses bindungsorientierte, emotionszentrierte Gruppenprogramm als wertvolle Unterstützung wahrgenommen wurde.

Ausblick

Die stetig steigende Anzahl von allein Erziehenden und ihren Kindern und die erhöhte psychosoziale und gesundheitliche Belastung dieser Gruppe verdeutlichen die Notwendigkeit von präventiven Unterstützungsangeboten. Durch die gute Zusammenarbeit mit den Partnerstädten Neuss und Hilden gelang es, viele Mütter für PALME zu interessieren und die Gruppen innerhalb der kommunalen Versorgungsstrukturen fest zu verankern. Nicht nur die wissenschaftlich bestätigten positiven Wirkungen von PALME, sondern auch die äußerst positive Bewertung durch teilnehmende Mütter und Gruppenleiter/innen wie auch der große Zuspruch von Seiten beteiligter Personen und Kindertagesstätten und das Medieninteresse verdeutlichen den Erfolg von PALME. Ziel soll es nun sein, die PALME-Gruppen möglichst vielen allein erziehenden Müttern zugänglich zu machen.

Daher erfolgt die Veröffentlichung des PALME-Manuals als Buch im Laufe dieses Jahres.

Kontakt:

Prof. Dr. Matthias Franz
Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Tel: 0211-811 88 55
matthias.franz@uni-duesseldorf.de

Stressmanagement für Jugendliche

Arnold Lohaus, Mirko Fridrici

Jugendliche befinden sich in einer Entwicklungsphase, die vielfach mit einer großen Verunsicherung einhergeht. Die Beziehungsstrukturen in der Familie werden hinterfragt und neue Beziehungen mit Gleichaltrigen werden aufgebaut. Gleichzeitig ist es notwendig, auch mit den Leistungsanforderungen, die die Schule stellt, zurecht zu kommen. Insgesamt stellen sich viele neue bzw. veränderte Anforderungen, denen häufig ein noch unzureichend entwickeltes Bewältigungspotential gegenübersteht. Um zu verhindern, dass Jugendliche unangemessene Bewältigungswege beschreiten

(z. B. Alkohol- oder Drogenkonsum zur Problembewältigung oder risikoreiches Verhalten, um mehr Aufmerksamkeit bei anderen Jugendlichen zu erlangen), kann es sinnvoll sein, Jugendlichen Bewältigungsmöglichkeiten an die Hand zu geben, um mit Problemen besser umgehen zu können.

SNAKE – Ein Stressmanagement-Programm für Jugendliche

Vor diesem Hintergrund wurde ein Stressmanagement-Programm für Jugendliche der 8. und 9. Klasse entwickelt (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie von der Techniker Krankenkas-

se). Das Programm ist in erster Linie für den Einsatz in Schulen gedacht, kann jedoch auch in anderen Kontexten eingesetzt werden. Die Techniker Krankenkasse bietet das Training in Kooperation mit im Bereich Schulentwicklung erfahrenen Vermittlern im Rahmen von umfassenden Gesundheitsförderungsprojekten an Schulen an. Kooperationspartner in Hamburg ist das Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI).

Das Stressmanagement-Programm ist modular aufgebaut und besteht aus einem Basismodul und drei möglichen Zusatzmodulen. Im Basismodul wird



den Jugendlichen ein Problemlöseansatz nahe gebracht. Nach diesem Ansatz sollen schwierige Probleme nicht spontan angegangen werden, sondern es soll zunächst überlegt werden, worin das Problem überhaupt besteht und welche Lösungsansätze es geben könnte. Dann folgt die Entscheidung für einen Lösungsansatz und seine Realisierung. Abschließend wird bewertet, ob das Problem gelöst werden konnte. Die einzelnen Schritte werden anhand einer Problemlöseschlange erläutert (s. Abbildung) und in dem Training erprobt. Das Programm heißt dementsprechend SNAKE (Stress Nicht Als Katastrophe Erleben).

Es werden drei mögliche Zusatzmodule angeboten, die für die Jugendlichen Ansatzpunkte bei der Suche nach Lösungen liefern. Im Zusatzmodul „Gedanken und Stress“ wird auf Möglichkeiten der kognitiven Umstrukturierung eingegangen. Es geht dabei sowohl um eine positivere Bewertung der Anforderungssituation als auch um eine positivere Bewertung der eigenen Person, da auch eine positivere Selbstsicht dazu beitragen kann, Probleme und die eigenen Bewältigungsressourcen in einem positiveren Licht erscheinen zu lassen.

Im Zusatzmodul „Suche nach sozialer Unterstützung“ geht es darum, soziale Unterstützung bei eigenen Problemen zu mobilisieren. Dabei geht es nicht nur um Unterstützung durch die unmittelbaren Bezugsgruppen in Schule, Familie und Gleichaltrigengruppe, sondern auch um institutionelle soziale Unterstützung (beispielsweise durch Beratungseinrichtungen). Weiterhin sollen in diesem Modul die sozialen Kompetenzen der Schüler/innen gefördert werden.

Im Zusatzmodul „Entspannung und Zeitmanagement“ geht es um die Vermittlung von Ruhe und Entspannung als Stressbewältigungsstrategie. Dabei geht es einerseits um den Einsatz von möglichen Techniken zur Entspannung, aber auch um Techniken zur Verbesserung des Zeitmanagements, um dadurch mehr Zeitphasen für Ruhe zu erhalten. Bei den Techniken zur Entspannung wird sowohl eine systematische Entspannungstechnik vermittelt (die Progressive Muskelrelaxation) als auch auf andere Entspannungsformen (wie Musik hören, Spaß haben etc.) eingegangen. Im Bereich des Zeitmanagements stehen Techniken zur Tages- und Wochenplanung im Mittelpunkt.

Für jedes der vier Module (Basis-

modul und Zusatzmodule) ist ein Zeitrahmen von vier Doppelstunden (mit jeweils 90 Minuten) vorgesehen. Da das Basismodul in der Regel mit einem der drei Zusatzmodule kombiniert angeboten wird, ergibt sich ein Gesamtumfang von acht Doppelstunden. Welches der drei Zusatzmodule zum Einsatz gelangt, hängt vom Bedarf und den Interessen der Jugendlichen ab.

Das Stressmanagementprogramm wurde im Rahmen einer Evaluationsstudie mit 461 Schülern der Klassen 8 und 9 (18 Trainingsklassen) durchgeführt, wobei jeweils das Basismodul zum Problemlösen mit einem der drei Zusatzmodule kombiniert wurde. Den drei Trainingskombinationen wurde eine Kontrollgruppe ohne Trainingsteilnahme gegenübergestellt (339 Schüler aus 14 Kontrollklassen). Als Ergebnis zeigten sich deutliche Wissensverbesserungen sowie Veränderungen der Bewertung von Stress erzeugenden Situationen und des Bewältigungsverhaltens, die über einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten stabil blieben.

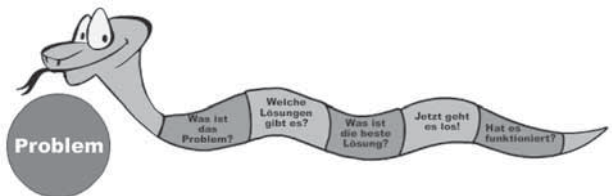
Der Nutzen einer begleitenden Internetseite

Obwohl das Training zu positiven Ergebnissen führte, ist zu konstatieren, dass das Interesse von Jugendlichen zur Teilnahme an einem Stressmanagement-Training eher gering ist. Dies liegt daran, dass Gesundheitsthemen im Jugendalter vielfach keinen hohen Stellenwert haben und dass gleichzeitig auch der Leidensdruck in der Regel noch nicht sehr hoch ist. Auf der anderen Seite ist es sinnvoll, sich mit Themen der Gesundheitsförderung auseinanderzusetzen, bevor schwerwiegende Probleme auftreten, um für diesen Fall gewappnet zu sein.

Um das Interesse von Jugendlichen an einem Stressmanagement-Training zu erhöhen, wurde daher eine begleitende Internetseite aufgebaut, die zusätzliche Trainingsinhalte bietet und dabei auf eine Vielzahl von interaktiven Medieninhalten baut. Die Erwartung war dabei, dass das zusätzliche Internetangebot die Attraktivität des Trainings weiter erhöhen würde. Eine Besonderheit des Internetangebotes besteht darin, dass die Inhalte trainingsbegleitend freigeschaltet werden. Die Jugendlichen finden daher fortlaufend neue Inhalte auf der Webseite und können nicht durch schnelles Durchklicken alles erkunden. Das Interesse soll dadurch aufrechterhalten werden.

In einer weiteren Evaluationsstu-

die wurde der Frage nachgegangen, ob eine verbesserte Trainingswirkung erzielt werden kann, wenn das Stressmanagement-Training mit begleitender Internetseite angeboten wird. An dieser Studie nahmen insgesamt 267 Jugendliche teil, wobei 127 Jugendliche ein begleitendes Internetangebot nutzen konnten, während das Training bei 91 Jugendlichen ohne Internetbegleitung durchgeführt wurde. Es zeigte sich, dass das begleitende Internetangebot nicht nur zu einem höheren Wissenszuwachs über Stress und Stressbewältigung führte, sondern dass auch die Trainingszufriedenheit deutlich zunahm.



In einer weiteren Studie wurde überprüft, welche Effekte mit einem rein internetbasierten Training im Vergleich zu einem klassischen Training in der Schule erreichbar sind. Hierzu konnte ein Stressmanagement-Training als E-learning-Angebot von den Schüler(inne)n selbstständig bearbeitet werden. Ein Teil der Schüler/innen bearbeitete das E-learning-Angebot unter Aufsicht während des Schulunterrichts, während ein anderer Teil eingeladen wurde, es per Internet freiwillig von zuhause aus zu nutzen. Eine dritte Gruppe nahm an einem klassischen Stressmanagement-Training in der Schule teil. Zusätzlich gab es eine Kontrollgruppe ohne jedes Training. Insgesamt nahmen an dieser Studie 904 Jugendliche teil. Mit dem E-learning-Angebot im Rahmen des Schulunterrichts sollte festgestellt werden, wie das Online-Training „im Idealfall“ wirkt – nämlich wenn die Jugendlichen es vollständig und möglichst aufmerksam bearbeiten. Mit dem Angebot zur freiwilligen Nutzung zuhause bzw. im Freizeitbereich wird erfasst, welche Effekte unter „realen Bedingungen“ erreicht werden, also wenn nur die interessierten Schüler/innen teilnehmen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnahmequoten erheblich absinken, wenn den Schüler(inne)n ein E-learning-Programm offeriert wird,

Das Thema

das sie freiwillig zuhause nutzen können. Wenn Schüler/innen jedoch das E-learning-Programm nutzen, werden dadurch Effekte erzielt, die nah an die des klassischen Programmangebots heranreichen.

Stressmanagement-Training für Jugendliche: Ein Fazit

Insgesamt kann man feststellen, dass das Interesse von Jugendlichen zur Teilnahme an einem Stressmanagement-Training a priori nicht sehr

ausgeprägt ist, obwohl auf der anderen Seite auch Jugendliche bereits Stress erleben. Um das Interesse zu steigern, sollten die Angebote attraktiv gestaltet sein, was insbesondere die Nutzung aktueller Medien impliziert. Der Einbezug des Internets führte zu einer erheblichen Attraktivitätssteigerung für das Training und auch die Trainingseffekte nahmen dadurch zu. Das ausschließliche Angebot eines internetbasierten Trainings führt zwar ebenfalls zu positiven Effekten, die jedoch nicht ganz an die Effekte eines klassischen Trainings heranreichen. Hinzu kommt, dass die Nutzungsraten – zumindest bei einem außerschul-

ischen Angebot – deutlich sinken.

Das SNAKE-Training wird zurzeit über das Gesundheitsförderungsprogramm der Techniker Krankenkasse angeboten.

Literatur bei den Verfassern

Kontakt:

Prof. Dr. Arnold Lohaus
Dipl. Psych. Mirko Fridrici
Universität Bielefeld
Fakultät für Psychologie
und Sportwissenschaft
Tel: 0521 – 106-45 15
arnold.lohaus@uni-bielefeld.de

Aktivitäten des Regionalen Knoten

Petra Hofrichter

Neben den Treffen der Arbeitskreise „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ und „Förderung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien“ waren die Aktivitäten des Regionalen Knoten im letzten Vierteljahr 2007 geprägt vom bundesweiten Austausch:

Am 23. November fand das 5. Kooperationstreffen beim VdAK-Bundesverband in Siegburg statt. Diese Treffen nutzten der Bund Deutscher Hebammen, das Gesunde Städte-Netzwerk und die Techniker Krankenkasse um ihren Beitritt zum Kooperationsverbund zu erklären, der nun 49 Partner umfasst (Infos unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Welche Strategien der Gesundheitsförderung sind nötig, um die gesellschaftliche Teilhabe sozial benachteiligter Menschen und damit auch ihre Gesundheit zu stärken? Diese Frage stand im Mittelpunkt des 13. Kongresses Armut und Gesundheit im Berliner Rathaus Schöneberg. Mehr als 1.600 Teilnehmende aus Wissenschaft, Politik und Praxis tauschten sich über besonders bewährte und innovative Wege der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung aus. Der Kongress stand unter dem Motto „Teilhabe stärken – Empowerment fördern – Gesundheitschancen verbessern“ und wurde von Gesundheit Berlin e. V. organisiert. Die Regionalen Knoten stellten ihre Arbeit auf dem Infomarkt dar und brachten ihre Er-

fahrungen in unterschiedlichen Workshops in Form von Fachbeiträgen oder Moderationen ein.

Dem Kongress vorgeschaltet war auch dieses Jahr wieder die Satellitenveranstaltung des BKK-Bundesverbandes im Rahmen seiner Initiative „Mehr Gesundheit für alle!“. Im Anschluss an die Veranstaltung wurden vier Initiativen für „vorbildliche Gesundheitsförderung“ ausgezeichnet. Sie engagieren sich wie die „Kurve“ in Hannover für Wohnungslose, unterstützen wie „Refugio“ in Thüringen Flüchtlinge oder stärken die Eigenverantwortung von benachteiligten Kindern an Schulen und Horten im Zwickauer Land. Drei der vier Preisträger werden bereits als „Good Practice-Beispiele“ in der Datenbank auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de präsentiert.

Am 13. Dezember fand der bundesweite Austausch aller Regionalen Knoten in Berlin statt. Inhaltliche Schwerpunkte waren die Ergebnisse der Arbeit der Regionalen Knoten 2007 und die Weiterentwicklung des Good Practice-Ansatzes.

Aktivitäten in Hamburg

Auch 2007 hat der Regionale Knoten „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ eine Fortbildungsveranstaltung in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer durchgeführt. Am 14. November diskutierten 140 Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialbereich über die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von psychisch kranken Wohnungslosen in Hamburg (siehe

Tagungsbericht). Im vierten Quartal haben sich die Mitglieder des Regionalen Knotens dreimal getroffen; bei einem dieser Treffen war eine Vertreterin vom Fonds Soziales Wien zu Gast und erläuterte damit einen Hamburg-Wien-Austausch im Handlungsfeld Gesundheit und Wohnungslosigkeit ein.

Der Arbeitskreis „Förderung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien“ hat sich planungsgemäß einmal getroffen. Thema dieses Treffens war die gesundheitliche Situation von Flüchtlingen und Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Hamburg. Zu Gast war Claudia Oelrich von der Kindersprechstunde im fluchtpunkt, die die Ergebnisse der empirischen Untersuchung über Aufenthaltsdauer, psychopathologische Auffälligkeiten und Parentifizierung bei Flüchtlingskindern ohne sicheren Aufenthaltsstatus vorstellte. „Macht Duldung krank?“ – diese Eingangsfrage konnte Frau Claudia Oelrich eindeutig beantworten: 63% der befragten Kinder litten unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung, 20% erfüllten die Kriterien für ein gegenwärtiges Suizidrisiko, 16% berichteten über psychosomatische Beschwerden. Die Untersuchung machte deutlich, dass Kinder und Jugendliche, die über einen längeren Zeitraum hinweg familiäre Aufgaben übernehmen, die üblicherweise von Erwachsenen ausgeführt werden sollten, häufig unter psychischen Belastungen leiden. Niedrigschwellige medizinische Hilfen vermitteln Christi-

GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

In der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) ist die Stelle



Geschäftsführer/in

zum 1. September 2008 neu zu besetzen.

Die HAG entwickelt Ideen, Konzepte und Projekte zur Gesundheitsförderung und zur Prävention. Sie koordiniert und vernetzt gesundheitsfördernde Aktivitäten und Projekte und führt Maßnahmen in eigener Verantwortung durch. Dabei arbeitet sie mit Institutionen wie Behörden, Krankenkassen, Betrieben, Schulen, Vereinen und Initiativen im Gesundheitsbereich zusammen.

Neben der operativen Führung des Teams besteht die Kernaufgabe der Geschäftsführung darin, die Positionen und Ziele der HAG gemeinsam mit den genannten Institutionen zu entwickeln, diese zu vertreten und durchzusetzen. Hierbei ist neben Durchsetzungskraft, Initiative und organisatorischem Geschick auch Verständnis für kaufmännische und gesundheitspolitische Zusammenhänge erforderlich. Wir erwarten ein abgeschlossenes sozial- oder gesundheitswissenschaftliches Studium bzw. eine vergleichbare Ausbildung. Der/die Stellenbewerber/in sollte neben Fachwissen vor allem Führungskompetenz, hohe soziale und kommunikative Kompetenz, Innovationsfreude, Belastbarkeit und fundierte Kenntnisse für die Leitung eines öffentlich finanzierten Vereins mitbringen.

Wir bieten eine anspruchsvolle Führungsposition mit großem Gestaltungsspielraum und ein engagiertes Team. Die Stelle soll zum 1. September 2008 besetzt werden.

Die Vergütung wird in Anlehnung an TV-L/EG 13 gezahlt. Der Vertrag wird auf unbefristete Zeit geschlossen (nach einer Probezeit von 6 Monaten).

Bewerbungen richten Sie bitte **bis zum 15. März 2008** an:

**Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.,
Vorstand, Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg**

Rückfragen beantwortet Margrit Schlankardt, Geschäftsführerin,
Tel. 040 – 63 64 77-93 oder Margrit.Schlankardt@hag-gesundheit.de
Weitere Informationen unter www.hag-gesundheit.de

HAG - aktiv



Kleine Fibel zur Vermeidung von Kinderunfällen

Die häusliche Umgebung und die Lebensumstände von Familien haben auf Kinder bis zu fünf Jahren (aber auch darüber hinaus) einen großen Einfluss auf das Unfallgeschehen. Der Heim- und Freizeitbereich ist der häufigste Unfallort im Säuglings- und Kleinkindalter. Auch die meisten tödlichen Unfälle von Kindern unter 5 Jahren passieren im häuslichen Bereich.

Diese Tatsachen haben die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) – gemeinsam mit der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz und der Unfallkasse Nord – veranlasst, eine Kleine Fibel zur Vermeidung von Kinderunfällen zu erstellen, um Eltern und Kinder für Unfallgefahren zu Hause und in der Freizeit zu sensibilisieren. Die kleine Fibel ist kindgerecht illustriert, die Texte sind in vier Sprachen – deutsch, englisch, türkisch und russisch – verfasst.

Die Fibel ist in Kindertagesstätten, Kinderarztpraxen, Elternschulen und Mütterberatungsstellen erhältlich und kann auch in der HAG bestellt werden: buer0@hag-gesundheit.de.

ane Hess und Mareike Schröder von der medizinischen Flüchtlingshilfe.

Good Practice zählte auch im letzten Quartal 2007 zu den zentralen Arbeitsschwerpunkten: unterschiedliche Projekte wurden angefragt und zum Auswahlprozess eingeladen. Ein Interview wurde mit einem Praxisprojekt durchgeführt. Die Projekte, die den Auswahlprozess erfolgreich durchlaufen haben, sind in der 3. Neuauflage der Broschüre „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ zu finden, die die BZgA im November 2007 herausbrachte.

2008 finanzieren die BSG und die Hamburger Krankenkassen und Krankenkassenverbänden (GKV) den Regionalen Knoten.

Termine

AK „Förderung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien“ | 20. Februar 2008 | 9.30 – 11.30 | HAG

AK „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ | 10. April 2008 | 9.30 – 11.30 | HAG

Partizipation – eine zentrale Herausforderung in der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Wie erfolgreiche Zusammenarbeit und Beteiligung gelingen kann

Workshop der Regionalen Knoten Hamburg und Niedersachsen
21. April 2008 | Anmeldung und Info bei der HAG.

Kontakt:

Petra Hofrichter
HAG

Tel: 040 – 63 64 77-91
petra.hofrichter@hag-gesundheit.de



Über 140 Professionelle folgten am 14. November 2007 der Einladung der Ärztekammer Hamburg und des Regionalen Knoten „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ der HAG und diskutierten sektorenübergreifend auf der Sonderveranstaltung „Psychisch krank und obdachlos“ über Handlungsbedarfe und Lösungsschritte.

„Die Lebenssituation von obdachlosen Frauen und Männer ist nicht nur von somatischen, sozialen und wirtschaftlichen Problemen geprägt, sie leiden auch unter psychiatrischen Erkrankungen. Repräsentative Studien weisen auf eine 6-Monatsprävalenz (inkl. Suchterkrankungen) von bis zu 80% bei Menschen, die auf der Straße leben, hin“, berichtete Dr. Frauke Ishorst-Witte, Ärztin beim Diakonischen Werk. Praxisgebühr, Terminvereinbarung, Mitwirkungsfähigkeit – das jetzige Hilfesystem erweist sich für wohnungslose psychisch Kranke als zu hochschwellig. Aufgrund von Mehrfacherkrankungen, aufwendigen Diagnosen und fehlender compliance wird diese Zielgruppe in Zeiten von Budgetierungen eher als Belastungsfaktor für eine niedergelassene Praxis gesehen. Aufsuchende Arbeit wird weder von den Sozialpsychiatrischen Diensten (SPD) noch von den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)

ausreichend geleistet. Krankheitseinsicht und der Wille zur Mitarbeit sind die Türöffner zum Hilfesystem – genau diese fehlen jedoch aufgrund des Krankheitsbildes bei psychisch Kranken. So kommt es zu der paradoxen Situation, dass „das Symptom den Zugang zum Hilfesystem versperrt“, klagte Ishorst-Witte an. Mehr Qualität in der Beziehungsarbeit forderte Chris-



Foto: HAG

tel Achberger vom Forschungsinstitut Sozialpsychiatrie, denn insbesondere psychisch Kranke mit ihrem „eigenen“ Krankheitsverständnis fallen aus den an Eigenverantwortung orientierten Hilfesystemen heraus.

Manchmal müssen für psychisch kranke Wohnungslose Maßnahmen des Betreuungsrechts oder des Psych KGs eingeleitet werden. Dr. Wolfgang Steinmetz, Richter am Amtsgericht Hamburg-Mitte stellte die notwen-

digen Schritte für die Einleitung der Verfahren vor.

Auch Richter können in besonderen Fällen den Betroffenen „auf der Bank“ aufsuchen – leider liegt dieses Vorgehen im persönlichen Ermessen des amtierenden Richters. Ist dieser dazu nicht bereit, unterbleibt die Anhörung und die Betreuungsanregung wird nicht bearbeitet.

Die Vertreter/innen der BSG, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der medizinischen Sprechstunde im Pik As, der Kassenärztlichen Vereinigung, des Berufsverbandes der Berufsbetreuer und der Münze – dem Haus für wohnungslose, psychisch kranke Menschen – waren sich in der Podiumsrunde einig: Um die Versorgungslücken bei psychisch kranken obdachlosen Menschen zu schließen, müssen sowohl der Dialog und die Kooperation zwischen der Wohnungslosenhilfe und dem psychiatrischen System als auch die aufsuchende Arbeit ausgebaut werden.

Kontakt:

Petra Hofrichter
HAG

Tel: 040 – 63 64 77-91
petra.hofrichter@hag-gesundheit.de
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Gesundheit in der Kita fördern – das geht nur mit uns!

Petra Hofrichter

Unter diesem Motto fand am 7. November 2007 die zweite Fachtagung des Netzwerks „Gesunde Kitas in Hamburg“ in Kooperation mit der Landesunfallkasse Hamburg statt.

Der Arbeitsalltag von Erzieherinnen, Erziehern und Führungskräften in den Kitas hat sich in den letzten Jahren entscheidend verändert. Auf der einen Seite wachsen die Anforderungen (Einführung der Bildungs- und Qualitätsstandards, Kita-Gutschein-

system) von Seiten des Trägers und der Eltern, auf der anderen Seite steigen auch die eigenen Ansprüche an die persönlichen Kompetenzen und Ziele in der pädagogischen Arbeit mit Kindern, Eltern und im Stadtteil stetig an. Parallel dazu nimmt im Alltag der Personal- und Zeitmangel zu, diese Belastungen wirken sich spürbar auf die Gesundheit von Erzieher/innen und Führungskräfte aus.

Mit ihrem Beitrag „Gesundheitsförderung in Kitas: Zielgruppe Erzie-

herin!“ gestaltete Marleen Thinschmidt von der TU-Dresden einen gelungenen Einstieg. Sie gab einen Überblick über die gesundheitliche Situation von Erzieherinnen und setzte sich vehement für die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung im Klein- und Mittelbetrieb (KMU) Kindertagesstätte ein: „Um wettbewerbsfähig zu bleiben und eine gute Qualität der Arbeit zu sichern, muss ein Betrieb kundenorientiert arbeiten. Für den Betrieb „Kita“ bedeutet dies vor allem „Orientierung

am Kind“, doch um diese bewährte betriebswirtschaftliche Strategie erfolgreich umsetzen zu können, muss die Arbeit zunächst mitarbeiterorientiert ausgerichtet sein. Noch zu oft wird jedoch im KMU Kita die Mitarbeiterin nicht als entscheidende Größe für Wettbewerbsfähigkeit und Qualitätssicherung verstanden. Wenn das Erzieherpersonal der Ausübung seiner Tätigkeit unzufrieden ist und negative Beanspruchungsfolgen wie Stress und Burnout aufweist, kann es kaum wirklich kunden- und kinderorientiert arbeiten“. Was an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für Kitas auf der personellen, interpersonellen und strukturellen Ebene möglich ist, stellte sie abschließend vor.

Was können die Beschäftigten konkret in der Kita tun, damit Gesundheit zu einem wichtigen Thema in allen Bereichen der Einrichtung wird?

Wie können sie die Arbeitszufriedenheit erhöhen und die Belastungen senken?

Wie können Erzieher/innen individuell für sich sorgen, z. B. durch einen gezielten und schonenden Einsatz ihrer Stimme?

In praxisorientierten Workshops bestand für die Erzieher/innen und

Leitungskräfte die Möglichkeit z. B. Methoden für den Aufbau von Kooperationen mit Partnern außerhalb der Kita kennen zu lernen, sie erhielten Anregungen für die Teamentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Älterwerdens, und konnten von den Erfahrungen anderer Kitas aus sozialen Brennpunkten lernen, wie man Motivation unter erschwerten Bedingungen erhalten kann. Weitere Themen waren Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe, alltagspraktische Methoden und Strategien für Erzieherinnen Kraft zu schöpfen oder auch Methoden und Tipps für eine gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung und -organisation.

Das Abschlussplenum nutzten die Netzwerkvertreter/innen, um ihre Beweggründe für die Mitgliedschaft als auch die zukünftigen Ziele des Netzwerkes darzustellen.

Einzelne Beiträge der Fachtagung stehen auf der website der HAG zum Herunterladen bereit. Diese werden zusammengefasst in einer PDF-Dokumentation veröffentlicht.

Die Fachveranstaltung wurde vom Netzwerk „Gesunde Kitas in Hamburg“ konzipiert und mit Unterstützung der LUK Hamburg durchgeführt. Die HAG koordiniert seit

HAG - aktiv



September 2005 dieses Netzwerk; hier sind zurzeit Vertreter/innen von 15 Einrichtungen, Behörden und Trägern Mitglied. Das Netzwerk bietet seinen Mitgliedern ein regelmäßig tagendes Austauschforum und verfolgt dabei trägerübergreifend das Ziel Gesundheitsförderung in den Arbeits-, Lern- und Spielraum von Kitas zu implementieren und die Kitas auf dem Weg zu einer gesundheitsförderlichen Organisation zu unterstützen.

Das Netzwerk arbeitet eng zusammen mit dem Projekt „Kitas fit für die Zukunft“, das die HAG seit Juli 2006 durchführt. Dieses Projekt wird von den Hamburger Krankenkassen (GKV) nach § 20 SGB V gefördert.

Kontakt:

Petra Hofrichter
HAG

Tel: 040 – 63 64 77-91

petra.hofrichter@hag-gesundheit.de

Kitas fit für die Zukunft

Petra Büchter

Das Modellprojekt „Kitas fit für die Zukunft“ hat die Hälfte der Projektlaufzeit überschritten. Die acht Modell-Kitas arbeiten jetzt seit ca. einem Jahr aktiv in diesem Projekt mit. Zu Beginn des Jahres 2007 wurden die Mitarbeiter/innen in den Modell-Kitas informiert und fortgebildet zu Themen: Was ist Gesundheitsförderung im Setting Kita? Wie arbeiten Gesundheitszirkel? Was ist ein Aktionszyklus in der Gesundheitsförderung? Eine aufwendige Mitarbeiter/innen- und Elternbefragung ergab einen ausführlichen Überblick über die Verbesserungswünsche und über die Ressourcen einer jeweiligen Kita. Auf dieser Grundlage wurden Themen formuliert. Diese Themen wurden je nach Dringlichkeit, Umsetzbarkeit und Zeitaufwand priorisiert. Viele Maßnah-

men wurden bereits umgesetzt und lassen die ersten Veränderungen in

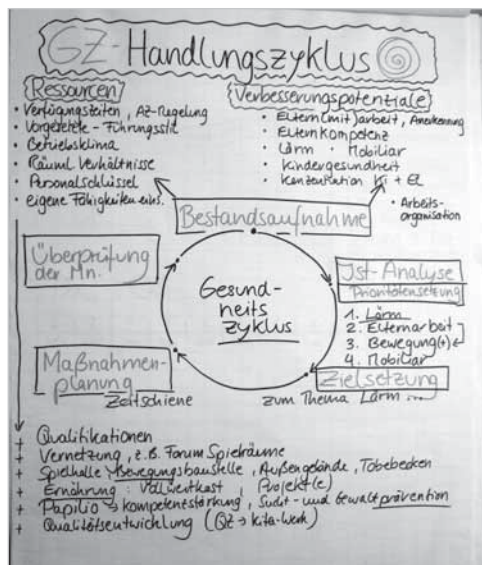


Foto: HAG

der Organisation Kita erkennen. Jede Kita entwickelt dabei ihre spezifischen

Maßnahmen und geht in ihrem Tempo diese Veränderungen an.

Was in allen Kitas gleich ist, ist die Vorgehensweise der Planung. Bei der Projektplanung in der Gesundheitsförderung hat sich der Aktionszyklus bewährt. Dabei wird wie folgt vorgegangen:

1. Bestandsaufnahme

In diesem ersten Schritt ermittelt die Kita, welche Arbeitsfelder verändert werden sollten, so dass das Lebensumfeld Kita für Mitarbeiter/innen, Kinder und Eltern gesünder werden kann. Gleichzeitig werden die Ressourcen der Kita formuliert.

2. Ist-Analyse

Leitfragen können hier sein:

- Welche Problematik gibt es in dem formulierten Arbeitsbereich?
- Welche Auswirkungen hat das Problem für die Mitarbeiter/innen, Kinder, Eltern oder für die Kita?
- Welche möglichen Ursachen spielen eine Rolle?

3. Zielsetzung

Hier werden Wünsche und Ziele für eine gesunde Kita formuliert – Leitfragen können sein:

- Welche Wunschvorstellung der verschiedenen Akteure gibt es?
- Was ist realisierbar? Beachtet werden muss hier vor allem der finanzielle, zeitliche und personelle Aufwand!

4. Maßnahmenplanung und Umsetzung

Es wird konkret. Leitfragen können sein:

- Wer übernimmt welche Aufgaben?
- Welche Kompetenzen können im Team genutzt werden?
- Worauf können wir aufbauen?
- Wer kann unterstützen?
- Wie können wir Unterstützung gewinnen?

- In welcher Zeit soll die Maßnahme umgesetzt werden?

5. Überprüfung der Ziele

Überprüfung der Ziele mit den Fragen:

- Woran können wir überprüfen, ob wir unsere Ziele erreicht haben?
- Was hat sich verändert?
- Warum hat etwas nicht geklappt?
- Können Maßnahmen modifiziert werden?
- Können die Akteure merken, dass es ihnen durch die Intervention besser geht?
- Ergeben sich neue Themen und können sie in Angriff genommen werden?

Nach Durchführung der geplanten Maßnahmen erfolgen die Auswertung und Dokumentation und die Implementierung in den Kita-Alltag, gegebenenfalls werden noch notwendige Korrekturen vorgenommen. Dann kann dieser Kreislauf von neuem, mit einem anderen Handlungsfeld, beginnen.

Parallel hierzu sind Weiterbil-

dungen zu verschiedenen Themen wie Entspannung, Stressmanagement und Bewegung angeboten worden.



Zurzeit werden die unterschiedlichen Maßnahmen systematisch erfasst und die Umsetzung dokumentiert. Durch den regelmäßigen Austausch der Modell-Kitas werden die jeweiligen Erfahrungen reflektiert und ausgetauscht.

Kontakt:

Petra Bächter
HAG

Tel: 63 64 77-78

petra.buechter@hag-gesundheit.de

Gesundheit in der Kita selbst gestalten

Einführung in die Arbeit mit dem Gesundheitszirkel

Am Freitag, den 30.05.08 und am Samstag, den 31.05.08 bietet die HAG ein Seminar zur Gesundheitszirkelarbeit an. Gesundheitszirkel gelten als Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements. Sie verstehen sich als Problemlösegruppen, die das Erfahrungswissen aller Akteure einer Organisation in den Mittelpunkt stellen. Die Interventionen, die im Gesundheitszirkel

erarbeitet werden, können einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess anschieben, der die gesundheitlichen Belastungen reduziert und die Ressourcen nutzt. Während des Seminars wird das Interventionsinstrument Gesundheitszirkel vorgestellt und anhand praktischer Übungen werden die Teilnehmenden in die Lage versetzt, einen Gesundheitszirkel in ihren Einrichtungen zu initiieren und zu begleiten. Dieses Angebot richtet sich an die

Modell-Kitas des HAG-Projekts „Kitas fit für die Zukunft“ und Interessierte. Die Teilnahme ist begrenzt.

Kontakt:

Petra Bächter
HAG

Tel: 040 – 63 64 77-78

petra.buechter@hag-gesundheit.de

Gesundheits(über)förderung statt Gesundheitsförderung?

Tagungsankündigung

Am 5. Juni 2008 veranstalten die HAG/Regionaler Knotenpunkt und die Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW), Department Life Sciences/Gesundheitswissenschaften eine Fachtagung mit dem Titel: „Gesundheits(über)förderung statt Gesundheitsförderung? Wie gelingt lebensweltorientierte Gesundheitsförderung mit armen Familien?“

Gesundheitliche Chancen sind abhängig von der Milieuzugehörigkeit. Soziale Ausgrenzungen verstärken die gesundheitlichen Ungleichheiten.

Auch so genannte niedrigschwellige Angebote werden von den Zielgruppen aufgrund fehlender ökonomischer und kultureller Ressourcen kaum wahrgenommen. Wer sind die armen Bevölkerungsgruppen, wie leben sie und wie schätzen sie selber ihre Situation ein? Wie können diese Erkenntnisse als Querschnittsthema in Strukturen und Angeboten für (arme) Familien integriert werden?

Diese Kooperationsveranstaltung der HAG und der HAW hat zum Ziel den Dialog zwischen Wissenschaft,

Praxis und Politik gemeinsam zu fördern, Ergebnisse aus neuen Untersuchungen bekannt zu machen und Anstöße für ihre Umsetzung zu geben.

Kontakt:

Petra Hofrichter
HAG

Tel: 040 – 63 64 77-91

petra.hofrichter@hag-gesundheit.de

Auf dem Weg zum gesunden Unternehmen?!

Das Beispiel: Hamburger Stadtentwässerung

Horst Janssen, Cornelia Schubert, Margit Freigang

Am 27. November 2007 stellte die Hamburger Stadtentwässerung (HSE) – ein Unternehmen von Hamburg Wasser – ihr betriebliches Gesundheitsmanagement vor. Die Erfolge in mehr als zehn Jahren sind beachtlich; die HSE wurde schon 1999 mit dem Hamburger Gesundheitspreis von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) ausgezeichnet.

Anlass genug, die HSE zu bitten, ihre Erfahrungen mit psychischen Belastungen im Betrieb auf unserer 6. Veranstaltung: „Auf dem Weg zum gesunden Unternehmen – Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen“ vorzustellen. Eine fünfköpfige Arbeitsgruppe aus dem Amt für Arbeitsschutz, dem Arbeitsmedizinischen Dienst der Bau Berufsgenossenschaft, der Beratungsstelle Arbeit und Gesundheit und der Deutschen Telekom AG organisiert und moderiert jährlich einen Erfahrungsaustausch für Akteure des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes unter dem Dach der HAG.

Was ist hier eigentlich los?

Diese Frage war der Startschuss für das betriebliche Gesundheitsmanagement bei der HSE: ein Krankenstand im mittleren zweistelligen Bereich lieferte nicht nur Grund zum Nachdenken, sondern forderte aktives Engagement des Unternehmens. Geschäftsführer Wolfgang Werner und Sozialberaterin Monika Drews hoben das betriebliche Gesundheitsmanagement gemeinsam aus der Taufe. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für diesen Prozess zu gewinnen war notwendig: „Wir haben in unserem Unternehmen alle Beschäftigten befragt und flächendeckend Gesundheitszirkel eingeführt“ sagt Monika Drews. Dreizehn Zirkel haben inzwischen Verbesserungsvorschläge erarbeitet. „Wir haben kein Interesse an Grundsatzpapieren“ betont Wolfgang Werner „uns war klar, dass wir Verbesserungen umsetzen

müssen, damit die Mitarbeiter aktiv mitmachen. Dass wir es ernst meinen, haben unsere Mitarbeiter nicht nur gespürt, wir haben mit dem Arbeitskreis Gesundheit jeden Zirkel eröffnet und am Schluss mit ihm die Vorschläge diskutiert“. Über neunzig Prozent der Verbesserungsvorschläge sind bereits umgesetzt. Vierzehn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden zu Moderatoren ausgebildet, die die Zirkel leiten. Die hohen Rücklaufquoten bei Mitarbeiterbefragungen und die Beteiligung an Gesundheitszirkeln zeigen, dass sich eine Kultur des Vertrauens entwickelt hat. Das Know How hat sich die HSE immer selbst erworben, Externe holt sie sich anlassbezogen dazu. Basis für einen erfolgreichen Prozess im Unternehmen ist die Förderung der innerbetrieblichen Kommunikation.



Nicht nur die Beschäftigten, auch alle Führungskräfte werden geschult.

Rein in die Praxis: Sielbau im Straßenverkehr

Psychosoziale Belastungen, ein Thema aus Befragungen und Gesundheitszirkeln, gehören zur fortlaufenden Gefährdungsbeurteilung. Andrea Janke, Sicherheitsingenieurin im Bereich Arbeitsschutz, schilderte, wie die HSE psychische Belastungen erfasst und beurteilt. Dass die Lösungssuche oft schwierig ist, konnten die fast fünfzig Zuhörerinnen und Zuhörer am Beispiel von Sielarbeiten erfahren. Abgesehen von den hohen körperlichen Anforderungen, die bei Sielarbeiten erforderlich sind, kommen Unmut und Aggression von Autofahrern und Fuß-

gängern hinzu. „Unseren Mitarbeitern hilft zwar ein Deeskalationstraining, aber eine richtige Lösung ist das nicht, wenn Autofahrer schimpfend an ihnen vorbei fahren. Es gehören mehrere an einen Tisch, um das Problem besser in den Griff zu bekommen, zum Beispiel die Verkehrspolizei. Wir sind im Gespräch“, schließt Andrea Janke ihren Vortrag.

Ältere Beschäftigte

Die HSE begegnet auch neuen Herausforderungen. „Können wir vor dem Hintergrund des demografischen Wandels auch in Zukunft noch unsere Aufgaben erfüllen?“ Diese Frage bildete den Beginn des Projektes „Menschen- und altersgerechte Gestaltung der Arbeit“ im Unternehmensbereich Sielnetz. Die HSE führt es mit Unterstützung der Universität Lüneburg durch. Über ein interessantes Ergebnis berichtete Gisela Wernicke: „Wir haben festgestellt, dass

schwere körperliche Belastungen von Beschäftigten weniger belastend empfunden werden, wenn sie einen großen Handlungs- und Gestaltungsspielraum haben.“

Psychische Belastungen erkennen, erfassen und handeln!

Die Hamburger Stadtentwässerung ist auf dem Weg zu einem gesunden Unternehmen schon ein ganzes Stück ge-

gangen. Mit einem Gesundheitsmanagement, das von allen Beteiligten konsequent getragen wird, ist ein organisatorischer Rahmen geschaffen, der beispielhaft ist. Ohne das starke Engagement der Geschäftsführung und die vielen „Kümmerer“ im Unternehmen wären die Erfolge nicht möglich gewesen, darin waren sich die Veranstalter und Referenten einig.

Kontakt:

Cornelia Schubert
Informations- und Beratungsstelle
Arbeit und Gesundheit
Tel: 040 – 439 28 58
buero@arbeitundgesundheit.de

Arbeitskreise



AK Ernährung, Kinder, Schule

Di 04.03.08
Di 06.05.08
Ort: Umwelt- und Gesundheitsamt
HH-Nord,
Kümmellstr. 7, 20249 Hamburg
9.30 – 11.00 Uhr
Christine Dornieden
Tel: 040 – 428 04-27 93

Termine der HAG-Arbeitskreise

AK Gesundheitsförderung in der Arbeitsumwelt

Do 21.02.08
Do 17.04.08
Ort: BSG, Billstraße 80 a, 11. Stock
Raum 11.03, 17.00 – 19.00 Uhr
Axel Herbst
Tel: 040 – 439 90 33

AK Sexualität – Sexualität / AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten

Mo 07.04.2008
Mo 02.06.2008
Ort: bitte erfragen, 14.00 – 15.30 Uhr
Holger Hanck
Tel: 040 – 428 37-22 12

Hamburger Bündnis gegen den Plötzlichen Säuglingstod

Mi 05.03.08, 16.00 Uhr
Repsoldstr. 4
20097 Hamburg
Margrit Schlankardt, HAG
Tel: 040 – 632 22 20
Zielpatenschaft „Stillen“
Mi 16.04.08, 15.30 – 18.00 Uhr
Repsoldstr. 4
20097 Hamburg
Thea Juppe-Schütz, IBLCL
Tel: 040 – 18 18 87-94 32
Dr. Michael Scheele
Tel: 040 – 18 18 87-34 58



Frühe Hilfen und Soziale Frühwarnsysteme – Babyotse Hamburg

Silke Pawils

Zur Sicherstellung des Kindeswohls in Hamburg ist die frühzeitige Identifizierung von Familien mit hoher psychosozialer Belastung im Sinne eines Frühwarnsystems und die Schaffung einer präventiven Unterstützung nach Möglichkeit von Geburt des Kindes an notwendig.

Dazu soll im Modellprojekt „Babyotse Hamburg“ der systematische Zugang zu den regionalen Begleithilfesystemen wie Familienhebammen, Familienpaten oder anderen Angeboten der Frühen Hilfen oder den zuständigen Regelsystemen angebahnt werden. Im Fokus stehen dabei Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren, deren Lebenssituation durch hohe Belastung und vielfältige und/oder schwerwiegende Risiken gekennzeichnet sind.

Weiterhin soll der Bedarf der psychosozialen Nachsorge in Anlehnung an die sozialmedizinische Nachsorge nach §43 (2) SGB V evaluiert werden, indem bei Familien mit kranken Neugeborenen, die in der Kinderklinik stationär behandelt werden müssen, ebenfalls das Screening angewandt und so die Notwendigkeit einer auf den stationären Aufenthalt folgenden Begleitung zur Senkung des Morbiditätsrisikos dokumentiert wird.

Das Projekt wird vom Hamburger Spendenparlament mitfinanziert, von der Stiftung SeeYou umgesetzt und von der durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) finanzierten Evaluation vom Institut für Medizinische Psycho-

logie am UKE kritisch geprüft.

Bezug nimmt „Babyotse Hamburg“ auf die Erkenntnisse der Mannheimer Längsschnittstudie sowie des Düsseldorfer Projekts „Zukunft für Kinder“. Die dort identifizierten Risikofaktoren

- psychiatrische Erkrankung der Eltern
- Drogenabhängigkeit der Eltern
- beengte Wohnverhältnisse
- schlecht ausgebildete Eltern
- allein erziehende Eltern
- junge Eltern
- unerwünschte Schwangerschaft sowie die protektiven Faktoren
- Eigenschaften des Kindes, die positive Reaktionen in seinem sozialen Umfeld auslösen
- emotionale Bindungen der Familien, die Vertrauen, Selbstständigkeit des Kindes verstärken
- externe Unterstützungssysteme, die die Kompetenzen des Kindes stärken und positive Werteentwicklung fördern
- gute Sprachentwicklung werden im Projekt beachtet.

Ausgangspunkt für den Einstieg in das Babyotseprojekt stellt die Geburt in der Geburtsklinik des Katholischen Marienkrankenhauses Hamburg dar. Während der stationären Behandlung wird die Indikation zu Aufnahme in das Projekt durch ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Kinderarzt und Sozialarbeitern aus Geburtsklinik oder Kinderkrankenhaus sowie Kooperationspartner aus der Jugendhilfe gestellt.

Das Modellprojekt „Babyotse Hamburg“ verfolgt drei Teilziele:

1. Es soll ein psychosoziales Neugeborenen-Screening und Clearing in einer Geburtsklinik modellhaft installiert werden, welches geeignet ist, Familien mit einer hohen psychosozialen Belastung zu identifizieren. Dazu wird ein Risikoscore erstellt, welcher für jede Familie vor der Entbindung erhoben und ausgewertet wird. In einem



persönlichen Gespräch (Clearing) werden zu den Risiko- auch protektive Faktoren ermittelt und die Aufnahme in das „Babyotse Hamburg“ Projekt entschieden. Die Nutzung eines Risiko-Scores soll zeigen, ob mittels eines solchen Instruments systematisch gefährdete Kinder identifiziert und die existierenden psychosozialen Hilfen für die Familien gezielter eingesetzt werden können.

2. Familien mit einem kranken, stationär zu behandelnden Neugeborenen erhalten nach Analyse durch Screeningbogen und Clearing ebenfalls das Angebot einer erweiterten

Begleitung. Dadurch soll der Bedarf einer psychosozialen Nachsorge im Anschluss an einen stationären Aufenthalt überprüft werden.

3. Für Familien, die im Risikoscoring und anschließendem Clearing als besonders belastet erfasst werden, soll der Zugang zu den regionalen Begleithilfesystemen, Familienpaten, Familienhebammen oder anderen Angeboten der Frühen Hilfen oder den zuständigen Regelsystemen angebahnt werden.

Mit Hilfe einer psychosozialen Lotsenfunktion soll die Familie in die Lage versetzt werden, ihr Leben mit dem Kind in Eigenverantwortung zu gestalten. Die Motivation zur Inanspruchnahme der medizinischen und sozialen Hilfsmaßnahmen wird gestärkt durch den Aufbau einer Vertrauensbeziehung. Im Zuge dieser Beziehungsstruktur wird auch die Erläuterung möglicher Konsequenzen bei nicht vorhandenem Änderungswillen möglich und sinnvoll angesiedelt sein. Gleichzeitig wird die systematische Verzahnung von Gesundheits- und Jugendhilfesystem vorangetrieben und ausgebaut, um diese Zugänge effektiver zu nutzen.

Die Projektevaluation läuft von 2007 – 2010. Sie ist formativ, d. h. schon während der Modellphase können erkannte Mängel/Defizite zurückgemeldet und verbessert werden. Ziel der Evaluation ist es, ein umsetzbares und wirksames soziales Frühwarnsystem zu entwickeln. Ein positives Evaluationsgesamtergebnis vorausgesetzt, ist die Übertragung des Projektes auf alle Hamburger Geburtskliniken seitens der BSG in Aussicht gestellt. Auch über Hamburgs Grenzen hinaus besteht großes Interesse an wirksamkeitsgeprüften Frühwarnsystemen, wie das Nationale Zentrum Frühe Hilfen erklärte, und eine weitergehende Verbreitung des „Hamburger“ Weges ist durchaus realistisch.

Kontakt: _____

Evaluation Babylosse Hamburg

Dr. Silke Pawils

UKE – Zentrum für Psychosoziale
Medizin

Institut für Med. Psychologie

Tel: 040 – 428 03-39 95

s.pawils@uke.de

Umsetzung Babylosse Hamburg

Dr. Sönke Siefert

Stiftung Familienorientierte Nachsorge

Hamburg SeeYou

Tel: 040 – 67 37 72 06

info@nachsorge-hamburg.de

Obdachlos!

Obdachlos! Pik As – ein Haus in Hamburg“ heißt eine Ausstellung, die vom 28. März bis 13. April 2008 in der Axel-Springer-Passage stattfindet. Gezeigt werden Bilder, die der Fotograf Dirk Pudwell im Pik As gemacht hat, der ältesten Übernachtungsstätte der Stadt Hamburg für obdachlose Männer. Unpräzisions und lakonisch zeichnet er darin Momentaufnahmen vom Leben in der Neustädter Straße 31a. Es ist eine Geschichte vom Essentiellen im Dasein der Menschen – mit Gesichtern, die auch im Leben auf der Straße ihre Würde behalten haben.

Veranstalter der Ausstellung ist der Förderverein PIK AS e.V., der die Not obdachloser Menschen lindern und

Gut zu wissen



sie bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützen möchte – mit seinem Engagement für ein Küchenprojekt, einen Pflegedienst, eine Krisenkasse für den Arztbesuch der Bewohner sowie eine sozialpsychiatrische Sprechstunde. Unterstützt wird die Ausstellung vom Hamburger Abendblatt, dem Deutschen Schauspielhaus und einigen Sponsoren.

„Obdachlos! Pik As – ein Haus in Hamburg“: 28. März bis 13. April 2008 in der Axel-Springer-Passage, Caffamacherreihe 1, 20350 Hamburg. Informationen über den Förderverein PIK AS e.V. gibt es unter www.foerderverein-pik-as.de.

Beliebte Präventionskurse

Bewegung ganz vorn, Raucherentwöhnung Schlusslicht

John Hufert

Rund 3.700 Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK) in Hamburg haben im Jahr 2006 an Präventionskursen teilgenommen. Wie sich die Teilnehmerzahlen auf die unterschiedlichen Angebote aufteilen, wurde nun ausgewertet. Grundlage dieser Auswertung war die Beteiligung an rund 30 unterschiedlichen TK-eigenen Kursangeboten.

Bei der Auswertung muss berücksichtigt werden, dass die unterschiedliche Zahl der Angebote zu den verschiedenen Themen sicher einen großen Einfluss auf die Inanspruchnahme der Teilnehmenden hatte. Gleichwohl kann aus der Verteilung der auf die Kurse ein Bedarf abgeleitet werden, schließlich bestimmt die Erfahrung bei der Belegung und Auslastung der Kurse zu den unterschiedlichen Themen die Zahl der entsprechenden Angebote.

Den höchsten Zuspruch erhielten Angebote rund um das Thema Bewegung. Danach nahmen gut 50% der Teilnehmer/innen an einem Bewegungskurs teil. Wiederum die Hälfte dieser Gruppe besuchte eine Rückenschule oder Wirbelsäulengymnastik. Die andere Hälfte fand sich in Angeboten wie Walking, Nordic Walking bis hin zum Herz-Kreislauftraining und Wassergymnastik wieder. Weniger gefragt dagegen wa-

ren Abnehmkurse oder Tipps zur vollwertigen Ernährung. Lediglich 3,8% Gesundheitsbewusste interessierten sich für das Thema Ernährung, obwohl das Kursspektrum in diesem Bereich besonders differenziert für bestimmte Zielgruppen aufbereitet ist.

Von klassischen asiatischen Methoden fühlten sich über 22% der Kursteilnehmer/innen angesprochen und entspannten sich beim Hatha-Yoga, Tai Chi oder Qi Gong. Weitere gut zwölf Prozent besuchten Entspannungsverfahren wie Autogenes Training und Progressive Muskelentspannung oder absolvierten einen Stressbewältigungskurs.

Die Teilnehmerzahl des Kurses „Rauchfrei in 10 Schritten“ bildete mit 1,5% das Schlusslicht. Hier scheint der Zugang zu diesem Angebot für viele Raucher/innen noch immer sehr beschwerlich. Es bleibt abzuwarten, ob aufgrund der veränderten Gesetze zum Nichtraucherschutz die Zahl der Ausstiegswilligen in diesem Jahr

Kontakt: _____

John Hufert

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Hamburg
Tel: 040 – 69 09 55 13
john.hufert@TK-online.de

Gut zu wissen



Das neue Gesundheits-Programm der AOK in Hamburg für das Halbjahr Frühling/Sommer 2008 enthält mehr als 60 Kurs- und Beratungsangebote. Die Schwerpunkte liegen in den Bereichen Rückenschule, Herz-Kreislauftraining, Entspannung und Stressreduktion, Gesunde Ernährung, Gewichtsreduktion sowie Kindergesundheit.

Neu im Programm ist beispielsweise der Kurs „Aqua-Cycling“, ein achtwöchiges Training auf dem Standfahrrad im Wasser. Beim „Familien-Yoga“ haben Eltern mit ihren Kindern die Gelegenheit, Yoga gemeinsam in spielerischer Art

und Weise zu erlernen. Besonders bewährt hat sich das 10-Wochen-Angebot „Die Kombi-Reise zum Wohlfühlgewicht“, wo Ernährungstraining kombiniert wird mit ausdauerbetontem und gelenkschonendem Sport, wie z. B. Aqua-Mix, Aqua-Jogging oder Nordic Walking. Die Angebote der AOK sollen Lust auf Gesundheit und vor allem Spaß machen.



Das neue Gesundheits-Programm

Das neue AOK-Gesundheits-Programm

Ahmed El-Jarad

ist ab sofort in allen AOK-Geschäftsstellen in Hamburg erhältlich. Übrigens auch zu den Samstags-Öffnungszeiten von 9 bis 12 Uhr. Interessierte können Kurse auch telefonisch unter 040- 2023 2020 oder im Internet unter www.aok-kurse-hh.de buchen.

Bei regelmäßiger Teilnahme sind die Angebote für AOK-Versicherte kostenfrei. Mitglieder anderer Krankenkassen können die Kurse gegen einen Teilnahmebeitrag ebenfalls belegen.

Kontakt:

Ahmed El-Jarad
AOK Rheinland/Hamburg
Tel: 040 – 20 23-49 33
ahmed.el-jarad@rh.aok.de

Zuzahlungsfrei

Vera Kahnert

Den Patientinnen und Patienten in Deutschland stehen derzeit über 12.400 Medikamente zur Verfügung, die von der Zuzahlung befreit sind. Das sind die Nachahmerpräparate, so genannte Generika, deren Apothekenpreis mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt, dem Betrag, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten der Arzneimittel ohne Zuzahlung übernehmen. Darauf macht die Hamburger Landesvertretung der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) aufmerksam.

Die Regelung trat am 1. Juli 2006 in Kraft. Damals belief sich die Zahl der

zuzahlungsfreien Arzneimittel auf rund 2.000, d. h. innerhalb von eineinhalb Jahren hat sich diese Zahl mehr als verdreifacht. Patientinnen und Patienten können zwischen fünf und zehn Euro sparen, ohne ihre medikamentöse Behandlung zu gefährden. Sie bekommen Arzneimittel, die im Vergleich mit den teuren Präparaten gleichwertig und zugleich preiswerter sind.

Die Ersatzkassen in Hamburg empfehlen ihren Versicherten, beim Arzt oder auch beim Apotheker nachzufragen, ob es eine günstige Alternative zu einem teuren Medikament auf dem

Markt gibt. Die Auskunft darüber liefert die Liste der zuzahlungsfreien Medikamente, die auch auf der Homepage der Ersatzkassenverbände veröffentlicht und alle zwei Wochen aktualisiert wird. Die Internetadresse lautet:

www.vdak-aev.de/versicherte/Leistungen/Arzneimittel11184/index.htm

Kontakt:

Vera Kahnert
VdAK/AEV
Landesvertretung Hamburg
Tel: 040 – 41 32 98 20
vera.kahnert@vdak-aev.de

Essen ist ein Abenteuer

Wolfgang Klink

Der farbig illustrierte Buchratgeber „Essen – ein Abenteuer?!“ bietet praktische Hilfestellung im familiären Alltag. Er richtet sich an Familien und alle, die Kinder beim Aufwachsen begleiten.

Die 126 Seiten umfassende Publikation will vermitteln, wie Eltern frühzeitig das Bewusstsein für gesundes Essen bei ihren Kindern wecken und aufrechterhalten können.

Fachautoren umreißen das Thema im ersten Teil des Buches wissenschaftlich, aber leicht verständlich. Es werden Sachverhalte und Wissenswerte aus dem Blickwinkel der Ernährungswissen-

schaft, der Medizin, der Psychologie und der Verhaltensbiologie dargestellt. Der Hauptteil des Buches beantwortet jedoch die Frage, wie sich gesunde Ernährung mit den Anforderungen des familiären Alltags heute verbinden lässt. Zahlreiche Anregungen von Familien für Familien haben dabei Eingang in das Buch ge-



funden, die die Herausgeber – Mehr Zeit für Kinder e. V. und BARMER – nach einem bundesweiten Mitmach-Aufruf erhielten.

„Essen – ein Abenteuer?! Wie die tägliche Ernährung in der Familie Spaß macht und gesund hält“ gibt es für 14,80 Euro im Buchhandel oder über www.mehrzeitfuerkinder.de.

Kontakt:

Wolfgang Klink
BARMER Hamburg
Tel: 040 – 2 39 41 45 30 20
wolfgang.klink@barmer.de

Integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen

Indikatoren, Konzeptionen, Umsetzungserfahrungen



Am Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Eppendorf (UKE) wurde von Mai 2002 bis Ende 2005 ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt mit dem Titel „Gesundheit als integrierendes Leitziel in der Konzeption und Erprobung eines regionalen Berichtssystems nachhaltiger Entwicklung“ durchgeführt. Gefördert wurde das Projekt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Förderschwerpunktes „Problemorientierte regionale Berichtssysteme für eine nachhaltige Entwicklung“.

Praxispartner für die Entwicklung der (Gesundheits-)Berichterstattung waren 10 Kommunen in den neuen Bundesländern.

Aus diesem Projekt liegt bisher eine in der Wissenschaftlichen Reihe des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) in NRW publizierter Band mit dem Titel „Integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen – Quellen, Auswahlprozess und Profile für einen Indikatorensatz (2004)“ vor. Dieser Band präsentiert ein Ensemble von 35 Indikatoren, die nach sieben Indikatoren- bzw. Berichtsbereichen (demographische Daten, gesundheitsbezogene Daten, Daten zur kommunalen Ökonomie etc.) sortiert sind. Für jeden der 35 Indikatoren wurde im Rahmen eines Indikatorenprofils eine Metadatenbeschreibung (Messgrößen, Berechnungsgrundlagen, Datenhalter etc.) vorgenommen. Die Metadatenbeschreibung bietet konkrete Hilfe, Unterstützung und Informationen für

diejenigen Akteure, die mit der Berichterstattung auf kommunaler Ebene beauftragt sind und Berichte mit dem hier vorgeschlagenen Satz von 35 Kernindikatoren für eine integrierte nachhaltigkeitsorientierte Berichterstattung erstellen wollen. Dieser Band kann beim Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) kostenlos bestellt werden, und zwar bei: iris.uka@loegd.nrw.de

Ende 2007 ist nun von den Autoren (Süß, Trojan u. a.) ein Folgeband erschienen, in dem die konzeptionellen und teilweise normativen Anforderungen an eine integrierte nachhaltigkeitsorientierte (Gesundheits-)Berichterstattung reflektiert und die Umsetzungserfahrungen aus den verschiedenen kommunalen Ansätzen von den jeweiligen Akteuren dargestellt und analysiert werden.

Handlungsorientierte Berichterstattung wird unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen bei der Erstellung und Nutzung der Kinder- und Jugendgesundheitsberichterstattung untersucht. Normative Anforderungen an integrierte Berichterstattung lassen sich aus jeweiligen Programmperspektiven ableiten, etwa aus dem Nachhaltigkeitskonzept oder aus Stadtentwicklungskonzepten, die auch eine sozialräumliche Differenzierung notwendig machen. Kommunale Umfragen können für die Berichterstattung ebenso genutzt werden wie die unterschiedlichen zu Verfügung stehenden Datenquellen aus der sekundärstatistischen Datenaufbereitung. Auf alle diese Aspekte

wird im Abschnitt über Grundlagen und Konzepte eingegangen.

Erfahrungen und Probleme im Umgang mit Indikatoren und Daten werden in einem nächsten Abschnitt geschildert. Hier geht es unter anderem um Hindernisse und Probleme bei interkommunalen Vergleichen und daraus folgenden Schritte zur Qualitätssicherung eines solchen Unterfangens sowie um die förderlichen und hinderlichen Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Wissenschaft als Berichtsteller und Verwaltung als Diskussionspartner und Datenhalter.

Am Schluss des Bandes werden die Chancen und Hürden handlungsorientierter integrierter Berichterstattung diskutiert und ein hypothetisches Zukunftsmodell – aus den Erfahrungen des Forschungsprojektes abgeleitet – für die Weiterentwicklung kommunaler (Gesundheits-)Berichterstattung zur Diskussion gestellt.

Waldemar Süß

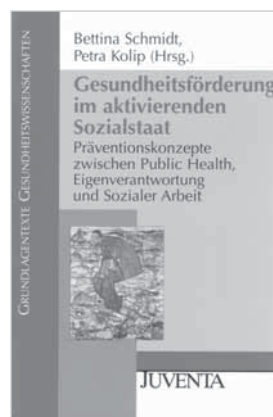
Waldemar Süß, Holger Möller, Alf Trojan, Rainer Fehr (Hrsg.): Integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen – Quellen, Auswahlprozess und Profile für einen Indikatorensatz. Wissenschaftliche Reihe, Band 17, Iögd, Bielefeld 2004, ISBN: 3-88139-124-X

Waldemar Süß, Ingmar Schäfer, Alf Trojan (Hrsg.): Integrierte (Gesundheits-)Berichte – Konzeptionelle Überlegungen und Umsetzungserfahrungen. Shaker-Verlag. Aachen 2007, 308 Seiten, ISBN: 978-3-8322-4709-6

Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat

Mit der Ottawa-Charta wurde ein Paradigmenwechsel von der individuumszentrierten Krankheitsheilung zur ressourcenorientierten Gesundheitsförderung eingeleitet und der Weg geebnet, Gesundheit als Querschnittsaufgabe zu betrachten.

Zwanzig Jahre später wird Gesundheit – aufgrund der Krise des Sozialstaates – verstärkt individualisiert: Selbstverantwortung steht im Mittelpunkt der Sozial- und Gesundheitsreformen und wird von allen Seiten gefordert.



Den Herausgeberinnen Bettina Schmidt und Petra Kolip gelingt mit diesem Buch ein Plädoyer für ein solidarisches Gesundheitswesen.

Die von ihnen veröffentlichten Beiträge geben einen umfassenden Überblick über den aktuellen Kenntnisstand zur Gesundheitsförderung, zeigen zentrale Entwicklungslinien auf, stellen theoretische und konzeptionelle Grundlagen dar und beschreiben wirksame Methoden. Dabei wird die Gesundheitsförderung immer im Zusammenhang mit der aktuellen

Sozialstaatsentwicklung und der Umsteuerung im Gesundheitswesen betrachtet.

Dieser Band geht den Fragen nach, ob und in welcher Form das sozialstaatliche Motto vom „Fördern und Fordern“ auch für die Gesundheitsför-

derung gilt und welche Problemlagen und Lösungsmöglichkeiten sich daraus insbesondere für die „Überforderten“ ergeben. Bettina Schmidt betont den Anspruch nach Selbstverantwortung kritisch zu hinterfragen – denn „Eigenverantwortung für Gesundheits handeln hat Grenzen, weil Krankheit strukturell ungleich verteilt ist!“

Ein Schlüssel kann in der noch stärkeren Verzahnung von Gesundheitswissenschaften und Sozialer Arbeit liegen.

Dieses Buch gibt Anregungen und Antworten in einer Zeit, in der das Wort ‚sozial‘ „weg-reformiert“ wird und ist daher sehr zu empfehlen!

Petra Hofrichter

Bettina Schmidt, Petra Kolip (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit, Juventa Verlag 2007, 228 S., 21,00 Euro, ISBN: 978-3-7799-1567-6

Erziehung zur Armut?

Soziale Arbeit und die „neue Unterschicht“

Um die Diskussion über die „neue Unterschicht“ kommt niemand mehr herum, sie genießt sowohl in wissenschaftlichen Diskursen als auch in allen Medien seit einigen Jahren große Aufmerksamkeit. An den Begriff der neuen Unterschicht werden häufig auch Forderungen gebunden: Neben dem Einklagen von „mehr Selbstverantwortung“ wird auch bisweilen die „Erziehung“ der Menschen in prekären Lebenslagen in den Bereichen Kindererziehung, Ernährungs- und Medienverhalten gefordert.

In dem von Kessler, Reutlinger und Ziegler herausgegebenen Buch setzen sich Experten/innen aus den Bereichen der Sozialpädagogik, den Erziehungs- und Politikwissenschaften mit dem Begriff der neuen Unterschicht aus unterschiedlichen Perspektiven auseinander. Die acht

Beiträge in diesem Buch liefern eine Begriffseinführung und eine aktuelle Standortbestimmung, stellen in einer differenzierten Analyse die Unterschichtsdebatte in Zusammenhang mit der sozialstrukturellen Entwicklung in Deutschland u. m. Dabei bezieht sich der Großteil der Beiträge immer wieder auf die Schriften des Berliner Sozialhistorikers Paul Nolte, der diese Diskussion angestoßen hat.

Die Autoren/innen setzen sich kritisch mit dem Vorwurf auseinander, ob die „neue Unterschicht“ auf das Scheitern der bisherigen Sozialarbeit und der Sozialhilfe zurückzuführen ist und bilden den aktuellen Diskussionstand um die fachliche und politische Verortung der Sozialen Arbeit ab.

Petra Hofrichter

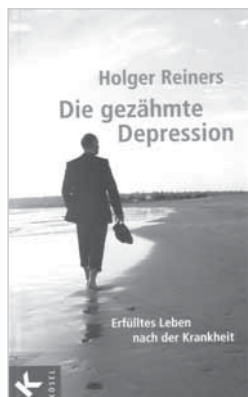
Fabian Kessler, Christian Reutlinger, Holger Ziegler (Hrsg.), Erziehung zur

Armut? Soziale Arbeit und die „neue Unterschicht“, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2007, 146 S., 16,90 Euro, ISBN: 978-3-351-15389-6



Die gezähmte Depression

Holger Reiners hat 18 Jahre unter schwersten Depressionen gelitten. Er beschreibt seinen Weg



aus der Depression und bezeichnet die Überwindung der Krankheit als einen

Schatz, über den er nun verfügt und den es fürsorglich zu hüten gilt. Er hat durch die Krankheit gelernt, seine eigene Belastbarkeit auszuloten, um festzustellen, was er sich ohne seelischen Schaden zu nehmen zumuten kann. Er hat gelernt für seine Seele zu sorgen, täglich sein „seelisches Fieber“ zu messen und sich nicht zu überanstrengen. Es ist eine sehr beeindruckende Lebensgeschichte, sie macht einem die eigene Verantwortung im Umgang mit depressiven Menschen sehr deutlich.

Margrit Schlankardt

Holger Reiners, Die gezähmte Depression, Erfülltes Leben nach der Krankheit, Kösel-Verlag, München 2007, 176 S., 17,95 Euro, ISBN: 978-3-466-30763-0

Impressum

Herausgeberin:

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
Repsoldstr. 4

20097 Hamburg

Tel: 040 – 632 22 20

Fax: 040 – 632 58 48

Internet: www.hag-gesundheit.de

e-mail: buero@hag-gesundheit.de

V.i.S.d.P.: Margrit Schlankardt

Redaktionsteam:

Ahmed El-Jarad, Dörte Frevel, Petra Hofrichter, John Hufert, Christine Orlt, Margrit Schlankardt

Koordination: Dörte Frevel

Konzeption und Gestaltung:

Kontor 36, Elga Voß

Satzstellung: Christine Orlt

Druck: Drucktechnik

Auflage: 2000

ISSN 1860-7276

Erscheinungsweise: 4 x jährlich

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des/der Autors/in wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Man muss versuchen, die ganze Inszenierung der Pubertät mit all ihren Bizarrerien und Exzessen von der erwachenden Sexualität her zu verstehen, nur dann kommt man dahinter, wie alles zusammenhängt. Nur dann bringt das Nachdenken über diese Zeit mehr hervor als ein paar brüchige Faustregeln und rasch entworfene Rezepte.“ So beschreibt Barbara Sichtermann das Anliegen ihres Buches. Sie vertritt die Meinung, dass allein das Frühlingserwachen der Sexualität für das Chaos, welches in den Jugendlichen herrscht, verantwortlich ist. Auch wenn diese Meinung von den Lesern/innen nicht immer im Ganzen geteilt wird, so besticht dieses Buch doch durch seine von der Suche nach Verständnis geprägten Ausführungen und durch eine Fülle von passenden, bildhaften Formulierungen.

Was passiert mit dem Körper? Welche Rolle spielt die Peergroup und welche die Eltern? Und wie lässt sich der Schulalltag mit dieser Situation in Einklang bringen?

Aus der Perspektive der Teenager nähert sich die Autorin diesen Fragen

und macht deutlich, was diese Veränderungsprozesse für Jugendliche bedeuten. Sichtermann stellt klar, dass Pubertät einen Bruch mit dem bisherigen Leben darstellt, den es zu



akzeptieren gilt, doch genau das fällt in der heutigen Zeit den Eltern oft schwer: „Unsere konsumorientierte

Kultur, die auf ihre eigenen Werbeversprechen hereinfällt, tut gern so, als gäbe es ein Menschenrecht auf Schmerz- und Konfliktfreiheit. Dass dem nicht so ist, vor allem nicht im Kontext von Sexualität, dass wirkliches Am-Leben-Sein unweigerlich auch Leiden heißt, muss aufgeklärten Eltern und Kindern heute eigens mitgeteilt werden. Es gibt Herausforderungen in der Entwicklung eines Menschen, die ohne Risse, Brüche und Bitternis nicht zu bestehen sind. Die Pubertät gehört dazu.“

Auch wenn Barbara Sichtermann darauf hinweist, dass dieses Buch keinen optimistischen Grundton hat, so stimmen ihre Ausführungen über Lasten und Verluste dennoch froh – denn: „Die Wahrheit ist zwar oft nicht schön, aber immer eine Erfrischung für den Geist.“

Petra Hofrichter

Barbara Sichtermann: Pubertät. Not und Versprechen, Beltz 2007, 17,90 Euro, ISBN: 978-3-407-85762-0, 206 Seiten

Frühe Beziehungserfahrungen

In der heutigen Gesellschaft ist ein Wandel bezüglich der frühen Bindung zum Kind und der Qualität der Kindererziehung festzustellen. Die Veränderung ist insbesondere zu verzeichnen bei der Bedeutung von Erziehung und der Art, wie Kinder

wirkt werden kann. Auf diese Weise soll möglichst früh der erste Grundstein für die anschließende Schulbildung gelegt werden.

Neuere Ergebnisse einer Studie sprechen vom „kompetenten Säugling“, der selbstständig und unabhängig von der pädagogisch wertvoll geglaubten frühen Bindung seine Kompetenz entwickelt. Sollte dies den Tatsachen entsprechen, wären viele erziehungswissenschaftliche Erkenntnisse nicht mehr zeitgemäß. Nach aktuellem Forschungsstand besteht jedoch nachweislich ein Zusammenhang zwischen der Beziehung zum Kind und dessen Entwicklung.

Der vorliegende Sammelband, der verschiedene Sichtweisen aus den Bereichen der Psychoanalyse, Soziologie, Psychologie, Psychotherapie, Pädagogik und Säuglingsforschung beleuchtet, gibt einen Überblick sowohl über Fördermöglichkeiten wie Hemmnisse.

Mit der überwiegend psychoanalytisch-pädagogischen Betrachtungsweise wird von verschiedenen Erfahrungen in Wissenschaft und Praxis berichtet und konkret auf Krankheiten wie ADHS

und Autismus eingegangen. Es werden die Bedeutung der frühen Beziehungserfahrungen und deren Auswirkung aufgezeigt. Durch die Beschreibung persönlicher Erfahrungen und mit einigen ausführlichen Fallbeispielen gewinnt das Buch an Lebendigkeit und fesselt so Leserinnen und Leser.

Diana Görsch

Annelinde Eggert-Schmid Noerr, Urte Finger-Trescher, Ursula Pforr (Hrsg.), Frühe Beziehungserfahrungen, Die Bedeutung primärer Bezugspersonen für die kindliche Entwicklung, Psycho-sozial-Verlag, Gießen 2007, 314 S., 32 Euro, ISBN: 978-3-89806-846-8.



möglichst zu kompetenten Heranwachsenden erzogen werden können bzw. wie hier unterstützend auf eine hervorragende Frühförderung hinge-

**Hier können Sie die
Stadtunkte
kostenlos bestellen:**

**Tel: 040 – 632 22 20
Fax: 040 – 632 58 48
e-mail: buero@hag-gesundheit.de**



Lokal

Gesundheits- und Medizin-Kongress 2008, Synergie von Grenzwissenschaft und moderner Medizin

12. – 13.04.08, Hamburg

Kontakt: Tel: 0911 – 50 64 69 10

info@gesundheits-medizin-kongress.de

www.gesundheits-medizin-kongress.de

Partizipation – eine zentrale Herausforderung in der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Wie erfolgreiche Zusammenarbeit und Beteiligung gelingen kann, Workshop der Regionalen Knoten Hamburg und Niedersachsen

21.04.08

Kontakt: HAG, Petra Hofrichter

Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg

Tel: 040 – 632 22 20

bueror@hag-gesundheit.de

www.hag-gesundheit.de

8. Europäischer Ergotherapie-Kongress

22. – 25.05.08, Hamburg

Kontakt: Interplan AG – Office

Hamburg, Eppendorfer Weg 204

20251 Hamburg

ergo08@interplan.de

www.cotec.2008.dve.info

Gesundheit in der Kita selbst gestalten, Einführung in die Arbeit mit dem Gesundheitszirkel

30. – 31.05.08, Hamburg

Kontakt: HAG, Petra Büchter

Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg

Tel: 040 – 632 22 20

bueror@hag-gesundheit.de

www.hag-gesundheit.de

Gesundheits(über)förderung statt Gesundheitsförderung?

05.06.08, Hamburg

Kontakt: HAG, Petra Hofrichter

Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg

Tel: 040 – 632 22 20

bueror@hag-gesundheit.de

www.hag-gesundheit.de

Ernährung 2008 – 7. Dreiländertagung in Hamburg

12. – 14.06.08

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V.

Olivaer Platz 7, 10707 Berlin

Tel: 030 – 88 91-28 52

infostelle@dgem.de

www.dgem.de

National

Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – mit Qualität, Erster gemeinsamer Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.

26.02.08, Berlin

Kontakt: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG), Hansaring 43, 50670 Köln

Tel: 0221 – 91 28 67-20

Fax: 0221 – 91 28 67-6

qs-kongress@gvg-koeln.de

www.qs-kongress.de

3. Kongress für Gesundheitsnetzwerker, Die Praxis neuer Versorgungsformen

05. – 06.03.08, Berlin

Kontakt: Wok GmbH, Bianca Kuras

Palisadenstr. 48, 10243 Berlin

Tel: 030 – 49 85-50 32

info@gesundheitsnetzwerker.de

Quo vadis Hospizarbeit? Fachtagung

15. – 16.03.08, Dresden

Kontakt: Palliativmedizin und Hospizarbeit gGmbH, Manuela Kielgast

Georg-Nerlich-Str. 2, 01307 Dresden

Tel: 0351 – 44 40 29 02

kielgast@palliativakademie-dresden.de

Gesundheitskongress des Westens 2008

02. – 03.04.08 Essen

Kontakt: Interplan AG, Albert-Ross-

haupte-Str. 65, 81369 München

Tel: 089 – 54 82 32-55

www.gesundheitskongress-des-westens.de

14. Interdisziplinärer Pflegekongress und 3. Sächsischer Altenhilfe-Kongress

08. – 10.04.08, Dresden

Kontakt: Urban & Vogel GmbH, Kongressorganisation, Ehrenbergstr. 11-14

10245 Berlin, Andrea Tauchert

Tel: 030 – 20 45 60-3

tauchert@urban-vogel.de

www.heilberufe-kongress.de

Symposium „Helfende Beziehungen als Ware?“, Ästhetische Entwürfe jenseits des Ökonomisierungswahns

18. – 19.04.08, Oldenburg (Nds.)

Kontakt: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Wilhelmshaven

Tel: 04421 – 89 13 70

info@ausserderreihe.de

www.ausserderreihe.de

21. Stillkongress der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS)

26. – 27.04.08, Köln

Kontakt: Anja Klimaschewski, Arbeits-

gemeinschaft Freier Stillgruppen e. V.

Bornheimer Str. 100, 53119 Bonn

Tel: 0228 – 350 38 71

www.afs-stillen.de

Alt, erfahren und gesund!

1. Demografie-Werkstatt

04. – 09.05.08, Starnberger See

Kontakt: DGB Bildungswerk e. V., Hans-

Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf

Tel: 0211 – 43 01-380

bianca.kruber@dgb-bildungswerk.de

www.dgb-bildungswerk.de

Ernährung aktuell

16. – 17.05.08, Gießen

Kontakt: Verband für Unabhängige Ge-

sundheitsberatung e. V., Sandusweg 3

35435 Wettenberg/Gießen

Tel: 0641 – 808 96-0

www.ugb.de

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit

04. – 06.06.08, Berlin

Kontakt: Hauptstadtkongress Medizin

und Gesundheit, Palisadenstr. 48

10243 Berlin

Tel: 030 – 49 85 50 31

info@hauptstadtkongress.de

www.hauptstadtkongress.de

12. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention: Pflicht oder Kür – es lohnt sich für Sie!

15. – 18.06.08, Starnberger See

Kontakt: DGB Bildungswerk e. V., Hans-

Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf

Tel: 0211 – 43 01-380

bianca.kruber@dgb-bildungswerk.de

www.dgb-bildungswerk.de

International

Transformation des Sozialen – wohin entwickelt sich die Soziale Arbeit?

06. – 08.03.08, Luzern, Schweiz

Kontakt: Hochschule für Soziale Arbeit

Luzern, Werftstr. 1, Postfach, CH-6002

Luzern, Fr. Jlanit Schumacher

Tel: +41 41 67 48 48

jlanit.schumacher@hsa.fhz.ch

Europäische Pro-Skills-Konferenz 2008

12. – 14.06.08 Luxemburg

Info: www.pro-skills.eu

pro-skills@cept.lu

Internationaler Kongress für Sozialarbeit

16. – 19.08.08, Salvador de Bahia/

Brasilien

Info: www.ifsw.org

World Congress Rehabilitation International

25. – 28.08.08, Quebec/Kanada

Info: www.riquebec2008.org