



Gesundheit  
aktiv  
fördern

ISSN 1860-7276

# STADTPUNKTE

Aktuelle Informationen der HAG zur Gesundheitsförderung in Hamburg Nr. 4 November 2008

Editorial



**E**igenverantwortlich handelnde Menschen – ein Ideal? Zumindest, wenn es um die eigene Gesundheit geht. Denn dafür müssen insbesondere sozial benachteiligten Menschen Möglichkeiten eröffnet werden, selbstbestimmt für den Erhalt ihrer Gesundheit aktiv zu werden. Bevor ein eigenverantwortlicher Umgang mit Gesundheit dem Gesundheitssystem eine erhoffte Kostenersparnis bringen kann, müssen Teilhabe und Empowerment gewährleistet sein. Zuerst kommen also Informationen, zielgruppenspezifische Präventions- oder Behandlungsangebote und Berücksichtigung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Erst dann können Menschen zu Experten ihrer eigenen Gesundheit werden.

Bei dem positiven Ansinnen, jeder und jedem Einzelnen die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu überlassen, sollte also ein differenzierter Blick nicht fehlen. Denn sonst läuft das Gesundheitssystem Gefahr, ohnehin Benachteiligte auszugrenzen.

Die Beiträge in diesem Heft machen deutlich, dass der Verantwortungsbegriff kein „Allheilmittel“ ist. Und dass nicht alle Teile der Bevölkerung die Möglichkeit haben, selbst die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Denn: Eigenverantwortung braucht Eigenkompetenz, gesundheitsförderliches Handeln braucht Ressourcen.

Die HAG berücksichtigt dieses in ihrer programmatischen Ausrichtung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Besonders in Projekten wie „Regionaler Knoten“ oder „Kitas fit für die Zukunft“ stehen die Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten im Mittelpunkt unserer Aktivitäten.

In der nächsten Ausgabe der „Stadtpunkte“ beleuchten wir die Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil. Ein Thema, das bundesweit in den „Regionalen Knoten“ des „Kooperationsverbands Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ bearbeitet wird. Das Ziel: Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren. Wir freuen uns auf Ihre Beiträge, Anregungen und Informationen! Redaktionsschluss ist am 8. Dezember 2008.

Viel Spaß beim Lesen wünschen  
Susanne Wehowsky und Team

## Inhalt

- 1 Editorial
- 2 Das Thema
- 2 Früher nannten wir es Empowerment...
- 2 Eigenverantwortung als Mittel zum Zweck?
- 4 Eigenverantwortung? Haben immer die Anderen!
- 5 Von der Volkskrankheit zur Unterschichtenpathologie
- 7 Eigenverantwortung und Selbsthilfe
- 8 Kinder und Familien in schwierigen Lebensverhältnissen
- 9 Gesundheitsförderung durch Aktivierung familiärer Ressourcen?
- 11 HAG – aktiv
- 11 „Die Neue“ stellt sich vor
- 11 In Hamburg aktiv und gesund – 25 Jahre HAG
- 12 Gesunde Lebenswelten in Kita, Schule und Stadtteil
- 13 Gesundheit gemeinsam fördern – in der Kita, für die Kita!
- 14 Regionaler Knoten
- 15 Kitas fit für die Zukunft
- 15 Erfolgreiche Aktion: Biobrotbox
- 16 500 Babyschlafsäcke für Neugeborene
- 16 Unsere Schule bewegt sich!
- 17 Arbeitskreise
- 17 Gut zu wissen
- 22 Mediothek
- 22 Impressum
- 24 Termine

DAS  
THEMA  
DER  
STADTPUNKTE



**E**igenverantwortung  
und Gesundheit

# HAG



Hamburgische Arbeitsgemeinschaft  
für Gesundheitsförderung e.V.



Kolumne

Foto: privat

## Früher nannten wir es Empowerment...

... und sprachen in Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung davon, dass wir Menschen darin unterstützen wollen, ihr Leben in die eigenen Hände zu nehmen und sich unabhängig zu machen von dauerhafter staatlicher Unterstützung. Wir standen voll auf dem Boden der Ottawa-Charta, wir wollten alle zu Experten ihrer eigenen Gesundheit machen, den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie dazu befähigen, tatkräftig für ihre Interessen einzutreten.

Die heutige Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Sozialpolitik redet von Eigenverantwortung. Das klingt erstmal verführerisch ähnlich, kommt aber aus einem ganz anderen Begründungszusammenhang. Das Prinzip der Eigenverantwortung ist in erster Linie ein ökonomisches. Weil der Wohlfahrtsstaat an seine Grenzen kommt, wird die Bevölkerung – und dabei vor allem die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen – aufgefordert, ihre Lebensrisiken individuell in eigener Regie zu bändigen. Aufgaben, die bisher in staatlicher Hand lagen, werden

privatisiert oder zumindest zum Teil privatisiert. Selbstbeteiligung heißt die finanzielle Seite der Eigenverantwortung. Plötzlich werden überall Spar-schweine aufgestellt, die das Portemonnaie leeren und die Sozialsysteme entlasten sollen: hier 10 Euro Praxisgebühr, 30 Euro Zahnreinigung, 40 Euro Augenuntersuchung, der Eigenbeitrag zur Altersvorsorge, Kurse ohne Ermäßigungsmöglichkeiten im Lebenslangen Lernen. Das ist für viele Menschen belastend und am Monatsende schmerzhaft spürbar. Sicherlich ist unbestritten, dass unser Sozialsystem reformbedürftig war und ist. Aber was wir im Moment erleben, ist eine Entsolidarisierung und Stigmatisierung von Armut, die wir uns auf Dauer nicht leisten können – finanziell, aber vor allem auch, weil wir damit viele von gesellschaftlicher Teilhabe ausschließen. Bildung und Gesundheit werden zu Privilegien und statt denjenigen, die vom Armutsrisiko besonders betroffen sind, Chancen zu eröffnen, werden sie laufend daran erinnert, dass sie eigentlich selbst verantwortlich für ihre Situation sind.

Dazu kommt auch für den Mittelstand eine unbestimmte Angst davor, dass jederzeit etwas passieren kann. Die Gewissheit, für immer und ewig dazu zu gehören ist vielen Armutsrisiken gewichen: Arbeitslosigkeit, Allein erziehen, Chronische Krankheiten sind die größten. Es gilt, mögliche Zeichen von Armut auf keinen Fall sichtbar werden zu lassen. Deswegen ist es so wichtig, sich schon allein äußerlich abzugrenzen: ein trainierter Körper, die richtigen, aber doch lässigen Klamotten, eine Genuss orientierte Ernährung, erlebnisreiche Urlaube jenseits des Massentourismus, Wohnen im richtigen Stadtteil. Die Vorstellungen von Gesundheit und gesundheitsrelevantem Verhalten sind

an Werten, Normen und Gewohnheiten der Mittelschicht orientiert.

Unabhängig davon ob arm oder wohlhabend: es ist immer viel leichter, gesundheitsbewusstes Verhalten oder gesundheitsförderliche Verhältnisse von Dritten zu fordern, als von sich selbst. Jeder Mensch hat seine eigenen Vorstellungen davon, welches Verhalten zwar Umwelt und Gesundheit gefährdend ist, aber trotzdem für einen selbst akzeptabel und niemand lässt sich gern in seine Lebensweise hineinreden. Dabei bekommt die Frage, ob es gesundheitsschädlicher ist, den Kohlenmonoxidgehalt der Luft weiter zu erhöhen, indem man Weihnachten auf die Kanaren fliegt oder wenn der Müll nicht ordnungsgemäß getrennt wird, schnell einen moralisierenden Beigeschmack. Ist es wirklich gesundheitsfördernd, leistungsorientiert Sport zu treiben als sich wenig zu bewegen? Manche Menschen verbinden mit Gesundheit – und sie denken in der Regel erst darüber nach, wenn sie sich nicht mehr gesund fühlen – vielleicht als erstes die Abwesenheit von Gewalt, das Nachlassen alltäglicher Geldsorgen, den sicheren Zugang zur Gesundheitsversorgung, verlässliche Kinderbetreuung, vandalismusfreies Wohnen, einen sicheren Arbeitsplatz, zufriedenstellende Zukunftsperspektiven. In der Gesundheitsförderung müssen wir professionell Handelnden genau hinsehen, was passiert und was gebraucht wird. Wir müssen zuhören und beobachten und immer daran denken, dass die eigenen Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten nicht überall geteilt werden.

Kontakt:

Anette Borkel  
Stellv. HAG-Vorsitzende

## Eigenverantwortung als Mittel zum Zweck?

*Eigenverantwortung als Ausprägung von Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitswesen*

*Wiebke Sannemann, Simone Franz, Judith Rennkamp,  
Masterstudiengang Public Health, Bielefeld*

In der deutschen Gesundheits- und insbesondere der Präventionspolitik gewinnt das Stichwort Eigenverantwortung immer mehr an Bedeutung. Der Begriff wird assoziiert mit einer freien und selbstbestimmten Lebensweise und ist damit zunächst einmal positiv besetzt. Bei näherer Betrachtung der Forderung nach mehr Eigenverantwortung fällt allerdings auf,

dass die Motive oft ökonomischem Denken entspringen. So sollen durch das selbst verantwortete und – wohl-gemerkt – gesundheitsförderliche Verhalten Krankheiten und damit deren aufwendige Behandlungen vermieden sowie Kosten gespart werden.

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht derzeit unter einem großen Einsparungsdruck, da auf der einen

Seite die Kosten und Ausgaben immer weiter steigen und sich auf der anderen Seite der Wettbewerb zwischen den einzelnen Anbietern verschärft. Als ein Weg auf der Suche nach Einsparungspotentialen wird also nun eine stärkere Verantwortung des Einzelnen gesehen, sich um die eigenen Gesundheitsbelange zu kümmern. Im gesamtgesellschaftlichen Kontext betrachtet, nehmen die



individuellen Einflussmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten eher ab. Im Gesundheitssystem werden dagegen die Zuständigkeiten, die dem Individuum zugeschrieben werden, immer weitreichender und komplexer (z. B. freie Wahl der Krankenkasse, breites Spektrum an Zusatzversicherungen). So kann Eigenverantwortung als Teil allgemeiner Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitswesen betrachtet werden. Diese Entwicklungen sind u. a. dadurch gekennzeichnet, dass die gesundheitliche Versorgung immer mehr selbst zu einem Mittel wird, Gewinn zu erzielen, während ursprünglich einmal das Geld ein Mittel war, den Zweck einer Versorgung zu bezahlen.

## Fördern und Fordern

Gerade am Beispiel der (bislang immer wieder gescheiterten) Entwürfe eines Präventionsgesetzes lässt sich die Forcierung einer gesteigerten Eigenverantwortung belegen. Hierin wird die schon seit der Agenda 2010 vorangetriebene Devise „Fördern und Fordern“ aufgegriffen und im § 5 „Eigenverantwortung“ des Gesetzentwurfes direkt benannt. Es wird veranschaulicht, dass die Sozialversicherungsträger zum einen aufgerufen werden die Eigenverantwortung zu fördern. Zum anderen wird verstärkt an die Klientel appelliert, die Verantwortung für den langfristigen Erhalt der eigenen Gesundheit sowie für die Verbesserung dieser zu übernehmen. Die Betroffenen sollen sich also selbst um ihre Gesundheit kümmern, ganz gleich ob sie dies können oder nicht. Wenn sie dieses jedoch nicht in dem geforderten Maße tun, sollen sie hierfür – beispielsweise durch finanzielle Eigen-Beteiligung – zur Rechenschaft gezogen werden können.

Dass mit Eigenverantwortung eine finanzielle Entlastung der Kostenträger verbunden ist, ist unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten kritisch zu betrachten. Die Verringerung von Leistungen durch mehr Eigenverantwortung erweist sich als illusionär. Beispiel Praxisgebühr: Die Anzahl der Arztbesuche wurde nicht verringert, sondern verlagerte sich lediglich zeitlich oder ballte sich innerhalb der einzelnen Quartale. Es stellt sich sogar die Frage, ob es nicht letztlich teurer ist, die Nutzer selbst in Leistung treten zu lassen und ob schlussendlich aufgrund möglicherweise verfehlter Prävention und Gesundheitsförderung doch wieder die Sozialversicherungs-

## Eigenverantwortung und Gesundheit

*Diese Definition fand sich unter der Adresse [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de) des Bundesministeriums für Gesundheit im Glossar zur Gesundheitsreform (glossar\_eigenverantwortung\_v05-22032007). Die Internetpräsenz des Ministeriums wird zurzeit neu gestaltet. Das Glossar ist entfernt worden, ein neues wird nach Auskunft der zuständigen Agentur zurzeit erarbeitet.*

Gesundheit stellt sich auch durch die besten medizinischen Leistungen allein nicht ein. Ohne dass wir selbst Verantwortung für unsere eigene Gesundheit übernehmen, geht es nicht.

Viele Erkrankungen und viele Kosten lassen sich vermeiden, wenn die Bereitschaft zur Eigenverantwortung, Prävention und Individualvorsorge größer ist.

Das erfordert jedoch eine neues Selbstverständnis der Versicherten: stärkeres Engagement für die eigene Gesundheit, die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder die Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsprogrammen.

Um gesundheitsbewusstes Verhalten gezielt zu fördern, können die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten einen finanziellen Bonus gewähren, wenn sie sich für ihre Gesundheit engagieren. Zudem tragen gesundheitsbewusste Versicherte dazu bei, dass mittelfristig Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden. Eigenverantwortung setzt auf der anderen Seite aber auch voraus, dass Patientinnen und Patienten sich im Krankheitsfall aktiv am Behandlungsgeschehen beteiligen können.

Deshalb sind die Mitspracherechte der Patientinnen und Patienten durch die Gesundheitspolitik gezielt gestärkt worden und ihre Informationsmöglichkeiten wurden verbessert. Damit verlassen sie die passive Rolle der nur Behandelten und werden zu mitbestimmenden Partnern in ihrem Behandlungsprozess.

Das funktioniert natürlich nur, wenn die Patientinnen und Patienten diese Partnerschaft auch einfordern; wenn sie nachfragen, sobald sie etwas nicht verstehen und neue Informationschancen wie beispielsweise die Patientenquittung nutzen.

träger oder Bund und Ländern dafür aufkommen müssen.

## Informiert und verantwortungsbewusst

Der oftmals skizzierte gesamtgesellschaftliche Individualisierungstrend führt zur Ausblendung sozialer Spannungen sowie zu ungleichen Ausgangsbedingungen im Zugang oder der Nutzung von Angeboten. Gerade in sozial benachteiligten und ressourcenarmen Milieus bestehen häufig nicht ausreichende Möglichkeiten auf nötiges Wissen bzw. Ressourcen (z. B. soziales, kulturelles Kapital) zurückzugreifen, um die erwartete Verantwortung zu tragen. So ist es nicht für alle Teile der Bevölkerung möglich, selbst Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Ausgegangen wird jedoch allgemein von einem aktiven Nutzer im Gesundheitswesen. Problematisch ist dabei die generelle Voraussetzung eines informierten und verantwortungsbewussten Akteurs, der es aufgrund seiner individuellen und sozialen Ressourcen vermag, die erwarteten Eigenleistungen zu erbringen. Aus dieser – unzutreffenden – Annahme resultiert die Gefahr, dass gesundheitliche Benachteiligungen weiter verstärkt werden und das Szenario einer sozialen Polarisierung nach sich ziehen könnten.

Zusammenfassend lässt sich – trotz der Tatsache, dass Nutzer ohne Zweifel auch in Zukunft als mündige Entscheider für ihre eigene Gesundheit gesehen werden sollten – herausstellen, dass der Verantwortungsbegriff in der heutigen Gesellschaft zu oft als „Allheilmittel“ verstanden wird. Zunehmend ist undurchschaubar, welche gesellschaftlichen Akteure welche Aufgaben oder für welche Ergebnisse Verantwortung übernehmen sollen und können. Eine Gesundheitspolitik, die Eigenverantwortung in den Vordergrund rückt, ist demnach nur dann sinnvoll, wenn Menschen befähigt werden, eigenverantwortlich zu handeln und ihnen die strukturellen Möglichkeiten zur Verfügung gestellt werden dies auch verwirklichen zu können – eine Fiktion?

*Literatur bei den Verfasserinnen*

Kontakt:

Wiebke Sannemann  
Bleichstr. 163  
33607 Bielefeld

Der Begriff Eigenverantwortung führt bei Google zu 1,2 Mill. Hinweisen: Ein selbstbestimmtes, aktives, unabhängiges, kraftvolles, glückliches Leben erwartet den dortigen Hinweisen zufolge den eigenverantwortlichen Menschen.

### Eigenleistung oder Eliteleistung?

Auch die moderne Gesundheitslehre ist geprägt von der Vorstellung, dass sich Gesundheit vornehmlich in Eigenregie herstellen lässt – Eigenverantwortung für Gesundheit ist zum Schlüsselkonzept aktueller Gesundheitspolitik geworden. Vornehmliches Ziel ist die öffentliche Thematisierung von Gesundheitsproblemen und die Anregung individueller Menschen, z. B. weniger zu rauchen, sich mehr zu bewegen, gesünder zu essen etc.

Es stellt sich die Frage, wer eigentlich bestimmt, welche Gesundheitsthemen öffentlich propagiert und finanziert werden (derzeit z. B. die vielen Kampagnen gegen Übergewicht)? Zunächst gilt die Unschuldsvermutung: Die medizinisch dringlichsten Gesundheitsprobleme werden öffentlich behandelt. Ein Beispiel soll an dieser Unschuldsvermutung rütteln: Die Abstinenz von illegalen Drogen gehört aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive nicht zu den vordringlichsten Gesundheitskompetenzen, trotzdem setzen zahlreiche kostenintensive Programme auf ein Leben ohne Drogen – obwohl ein Leben ohne Auto (aus Bewegungs- und Umweltschutzgründen) nicht minder gesundheitsförderlich wäre.

Die Gesundheitsthemen, die in der Öffentlichkeit im Fokus stehen, sind also nicht zwingend die Themen, die den größten gesundheitlichen Nutzen aufweisen, sondern häufig jene, die von den meinungsführenden Eliten zur Chef-Sache erklärt werden. Entspre-

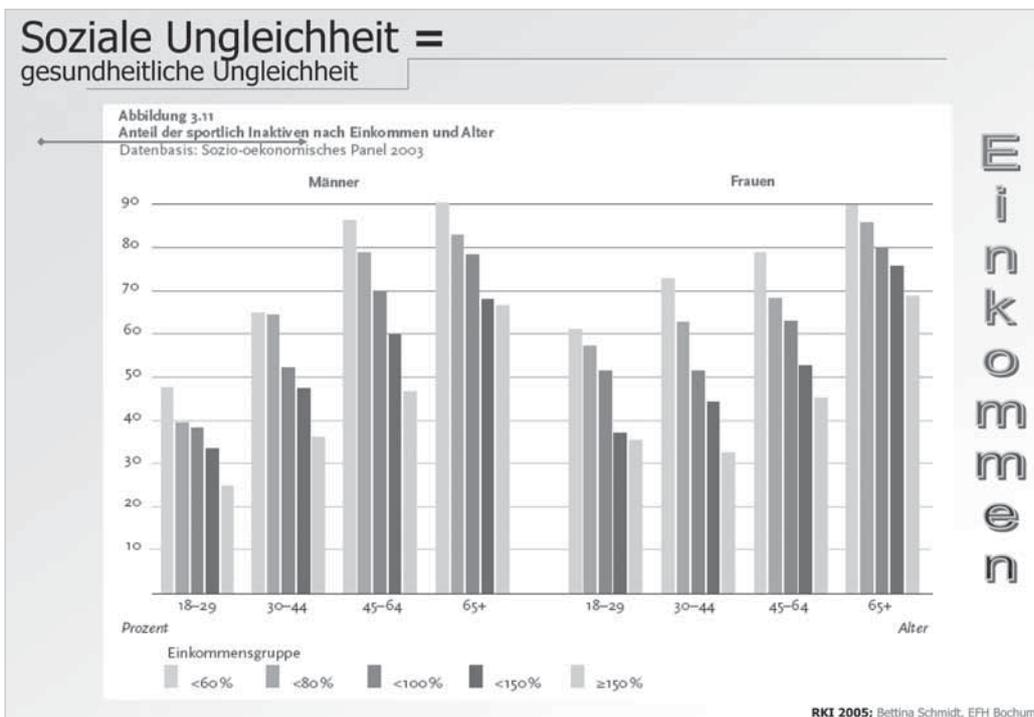
chend gelten derzeit lautes Musikhören und Hörgeräte als schädlich, viel lesen und Brillen jedoch nicht.

### Eigenverantwortung für Gesundheit – eine Elitekonstruktion

„Die Gebildeten bilden sich die Welt nach ihrem Bild“ (Pankoke, 2006). Die Eliten aus Wissenschaft, Wirtschaft und Politik verfügen nicht nur über die Macht zu bestimmen, welche der vielen Aspekte von Gesundheit besonders wichtig, sondern auch darüber, welche der vielen Möglichkeiten zur Gesundheitsverbesserung besonders förderungswürdig sind. Es ist menschlich, wenn Entscheidungsträger Gesundheitsprogramme desto stärker propagieren, desto

Gesundheitspolitiker und Gesundheitsprofis sowie Unternehmer oder Verkehrsplaner jeweils eine eigene Verantwortung tragen für die Gesundheit der Bevölkerung, werden sie nicht alle gleichermaßen zur pflichtgemäßen Erledigung ihres Verantwortungsbeitrags aufgerufen. Der zunehmende Ruf nach Verantwortung zielt nicht auf die grundlegende Mehrung, sondern gezielte Umverteilung von Verantwortung – vor allem vom öffentlichen Sektor auf Privatpersonen. Das Politische wird privat, doch dieses Private unterliegt nicht der persönlichen Freiheit.

Eigenverantwortliche Menschen haben nicht wirklich die Wahl, ob sie die eigene Gesundheit oder aber an-



günstiger diese für die eigene Kosten-Nutzen-Bilanz sind. Dies könnte erklären, warum Bemühungen zur Minderung der Krankenkassenbeiträge nicht auf die Abschaffung der privaten zugunsten einer allgemeinen Bürgerversicherung setzen, sondern auf die Selbstfinanzierung behandlungsbedürftiger Piercing-Folgen.

Vor diesem Hintergrund lohnt ein kritischer Blick auf gesundheitliche Eigenverantwortung: Es zeigt sich, dass zwar Eigenverantwortung gesagt wird, aber Patientenverantwortung gemeint ist. Obwohl nicht nur Kranke bzw. noch Gesunde, sondern auch

dere Werte priorisieren (z. B. lustvolles kondomlosen Sex statt Safer Sex). Es gilt sich eigenverantwortlich – nicht eigenwillig – gesundheitsgerecht zu verhalten (Allmark, 2006). Gesundheitsverantwortliche Menschen führen ein gesundes Leben, legen selbständig geeignetes Gesundheitsverhalten an den Tag, übernehmen persönliche Verantwortung für den eigenen Lebensstil und den individuellen Gesundheitszustand sowie Mitverantwortung für die Gesundheit der Angehörigen, und sie haften retrospektiv für einen ungesunden Lebensstil bzw. prospektiv für einen ungünstigen Gesundheits-



zustand. Schlussendlich nehmen sie möglichst wenig Unterstützung in Anspruch, entlasten durch kostenbewusstes Verhalten das Gesundheits- und Sozialwesen und stärken durch konsumfreudiges Verhalten die Gesundheitsgüterindustrie (Schmidt, 2008).

Die Folge dieser auf Privatisierung von Verantwortung setzenden Sozial- und Gesundheitspolitik bewirkt „vor allem eins: mehr ‚Eigenverantwortlichkeit‘ – also mehr Individualisierung und Entsolidarisierung sozialer Dienste und Risiken“ (Holst & Laaser, 2003). Die mit der Privatisierung von Zuständigkeiten einhergehende Ökonomisierung von Gesundheit führt besonders bei den chronisch Kranken und den sozial benachteiligten Menschen zu überdurchschnittlichen Belastungen. Oder wie es Prantl (2005) harsch formuliert: „Es heißt jetzt ‚Eigenverantwortung‘, wenn die Schwächeren sich selbst überlassen bleiben“.

## Eigenmächtigkeit unter Sozialverantwortung

Einen Ausweg bietet möglicherweise das systemische Risikomanagement, das vor einigen Jahren den Sprung u. a. aus der Flugsicherheit in das Gesundheitswesen geschafft

hat. Hier steht nicht mehr die Frage im Vordergrund, wer verantwortlich ist und Verantwortung übernehmen muss, sondern wer am effektivsten Verantwortung übernehmen kann (Lauterberg & Kolpatzik, 2005). Im Krankenhaussektor oder beim Aktionsbündnis Patientensicherheit hat die neue Schadensvermeidungsperspektive bereits praktischen Niederschlag gefunden. Auch im Straßenverkehr wird mit Erfolg auf Verkehrsverhältnisse, auf Sicherheitsoptimierung von Auto und Straße sowie auf gesetzliche Regelungen gesetzt, statt auf das „unfallverursachende“ Individuum. (Das „übergewichtverursachende“ Individuum wäre demnach ebenfalls nicht der Weisheit letzter Schluss bei den Bemühungen um Gewichtsreduktion.)

Beim Risikomanagement wird Verantwortung hierarchisch von oben nach unten zugewiesen, denn je größer die Verantwortungsmacht, desto größer der Verantwortungsübernahmenutzen: Wer wirksam Verantwortung übernehmen kann, soll dies tun. Wer über ungenutzte Potenziale zur Verantwortungsübernahme verfügt, wird zur Verantwortungsübernahme befähigt. Wer nicht zur Verantwortungsübernahme fähig ist, dem ist Solidarverantwortung garantiert. Auf dieser Grundlage erlaubt Eigen-

verantwortung „Eigenmächtigkeit“ (Nullmeier, 2006). Eigenmächtigkeit setzt auf die Möglichkeit, das Leben nach eigenen sinnhaften – eigensinnigen – Vorstellungen zu führen. Eigenmächtige Menschen handeln selbstbestimmt gemäß der eigenen Logik und des eigenen subjektiven Sinns. Sie werden auch bei unerwartetem/unerwünschtem Verhalten nicht als „krankheitsuneinsichtig“ etikettiert und zur Verhaltensänderung diszipliniert (Rehbock, 2002). Eigenverantwortung für Gesundheit funktioniert nur, wenn es das Recht einschließt, „Nein zu sagen, zur Therapie, zur Krankheitsverarbeitung, zur Selbstverantwortung“ (Pflanz, 2004).

*Literatur bei der Verfasserin*

Kontakt:

Prof. Dr. P. H. Bettina Schmidt  
Soziale Arbeit im Gesundheitswesen  
Evangelische Fachhochschule Bochum  
Immanuel-Kant-Str. 18-20  
44803 Bochum  
Tel: 0234 – 369 01-201  
b.schmidt@efh-bochum.de

## Von der Volkskrankheit zur Unterschichtenpathologie

*Wie aus Übergewicht abweichendes Verhalten wurde*

*Friedrich Schorb*

Der Eindruck, die Wahrnehmung von Übergewicht als Massenphänomen mit vorgeblich fatalen Folgen für Gesundheit und Volkswirtschaft sei ein neues Phänomen, trägt.

1976 erschien turnusmäßig der Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Er beschäftigte sich schwerpunktmäßig mit der „Volkskrankheit“ Übergewicht und stellte schon damals fest, was für uns heute nur allzu vertraut klingt: dass nämlich jedes fünfte Kind und jeder zweite Erwachsene übergewichtig sei und die Kosten für Fehlernährung mindestens zwei Prozent des jährlichen Bruttosozialproduktes betrügen.

### Selbstmord mit Messer und Gabel

Im Mittelpunkt dieser Problemanalyse standen damals die Haus-

frauen. Ihnen wurde vorgeworfen, sich den Erkenntnissen der Ernährungswissenschaften systematisch zu verweigern und immer noch so zu kochen, wie sie es von ihren Müttern gelernt hätten. „Selbstmord mit Messer und Gabel: Deutsche Frauen kochen immer noch wie ihre Großmütter“ überschrieb „Die Zeit“ 1976 einen Artikel zum Thema „Fehlernährung“ und resümierte: „Das berühmte Sprichwort von der Liebe, die angeblich durch den Magen geht, bestimmt noch immer den Küchenzettel – gleichgültig, ob die Familie damit krank gekocht wird oder nicht.“ Eine aus heutiger Sicht fast schon bizarr anmutende Analyse: Gelten traditionelles Essen und tradierte Kochkenntnisse doch dieser Tage als ein hohes Gut, das der vermeintlich krankmachenden Ernährung durch

Fast- und Convenience-Food positiv gegenüber gestellt wird.

Überhaupt nicht thematisiert wurde in den 1970er Jahren die schichtspezifische Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas. Übergewicht, das war damals die Volkskrankheit von der alle – vom Manager bis zum



Foto: DAK/Wigger

Bandarbeiter – betroffen waren, ohne

# Das Thema



dass sich irgendjemand ernstlich daran störte. Entsprechend stellten die Sozialwissenschaftler Neuloh und Teuteberg, die 1979 die erste sozialwissenschaftliche Untersuchung in deutscher Sprache zum Thema Ernährung überhaupt vorlegten, fest, dass Fehlernährung und Übergewicht nicht mit der Theorie des „abweichenden Verhaltens“ zu fassen seien: „Die Theorie besagt, dass Individuen oder Gruppen, die die sozialen Normen und Verhaltensmuster der Gesellschaft nicht erfüllen, Sanktionen zu gegenwärtigen haben. Bei der Fehlernährung aber handelt es sich gerade um eine von der heutigen (...) sozialen Umwelt vorgegebene, individuell angelegte (...) Erfüllung von Normen der Umwelt. Diese Erfüllung widerspricht zwar den wissenschaftlich rationell formulierten und teilweise auch anerkannten Ernährungsnormen, auf das abweichende Verhalten folgen aber keinerlei Sanktionen oder aber soziale Kontrollen.“

## Dämonisierung von Konsumenten

Solange Fehlernährung und als ihr Resultat das Übergewicht als Verhaltensweisen galten, die aus der Mitte der Gesellschaft kamen und nicht Randgruppen zugeschrieben werden konnten, wurden sie gesellschaftlich nicht sanktioniert. Heute dagegen sind Fehlernährung und Übergewicht auf dem besten Weg, die oben genannten Kriterien für abweichendes Verhalten zu erfüllen. Um ein Verhalten als gesellschaftlich unerwünschtes zu brandmarken, muss es bestimmten Bevölkerungsgruppen zugewiesen werden. Am besten funktioniert das bei solchen, die ohnehin schon ein negatives Image haben. Historisch waren es häufig Randgruppen wie Arme, Fremde oder Homosexuelle, die diese Funktion erfüllen mussten. „Die Dämonisierung von Konsumenten, vor allem dann, wenn es sich um Arme und Minderheiten handelt, die trinken, Drogen nehmen oder an sexuell übertragbaren Krankheiten leiden, war stets einer der stärksten Antriebe für prohibitives Regierungshandeln in der amerikanischen Geschichte“, schreiben die US-amerikanischen Sozialwissenschaftler Rogan Kersh und James Morone und

stellen fest: „Eine Gemeinsamkeit im Vergleich zu früheren Dämonisierungsvarianten ist im Fall Adipositas besonders auffällig. Geringverdiener und Minderheiten sind häufiger adipös als andere Amerikaner.“

## Kollektive Fehlernährung

Die kollektive Fehlernährung wird dieser Tage auch in Deutschland nicht länger mit der beratungsresistenten deutschen Hausfrau, sondern dem Fehlverhalten sozialer Unterschichten in Verbindung gebracht. Der damit einhergehende Prozess der Dämonisierung führt dabei zu einer „self fulfilling prophecy“ – einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Wer ständig von türkisch- oder arabischstämmigen Drogendealern liest, der wird den jungen Mann mit orientalischen Gesichtszügen und Markenturnschuhen in der Straßenbahn mit ganz anderen Augen ansehen. Wer aus der Zeitung von übergewichtigen Müttern aus der Unterschicht erfährt, die mit ihren ebenfalls pummeligen Kindern zu Mc Donalds gehen, der wird eben solche Frauen und damit seinen Eindruck bestätigt finden. Als sich selbst erfüllende Prophezeiung funktioniert die Zuschreibung von Übergewicht als Pathologie der Unterschicht aber auch in anderer Weise. Übergewicht war bis in die 1970er Jahre in höheren Positionen, zumindest bei Männern, eher ein Statussymbol denn ein Stigma. Schichtspezifische Unterschiede in der Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas waren in der Vergangenheit vor allem bei Frauen vorzufinden. Die deutsche Hausfrau aus der Mittel- und Oberschicht mag ihren Mann üppig bekocht haben, selbst aber dürfte sie mehrheitlich schon damals, den gesellschaftlichen Erwartungen entsprechend, Verzicht geübt haben. Heute ist der dicke Bauch für beide Geschlechter dysfunktional geworden. Doch obwohl auch heute noch schichtspezifische Unterschiede in der Betroffenheit von Übergewicht bei Frauen viel stärker ausgeprägt sind als bei Männern, spricht niemand von Adipositas als einem Problem beratungsresistenter Männer.

## Übergewicht – ein Unterschichtenphänomen?

Dass es heute die Unterschicht und nicht die Hausfrau oder die Männer

trifft, hat auch mit einer veränderten Wahrnehmung der Ursachen von Armut zu tun. Seit den 1970er hat sich – zunächst in den USA und Großbritannien, später auch in Kontinentaleuropa – die Erkenntnis durchgesetzt, dass der Sozialstaat unerwünschtes Verhalten positiv sanktioniert. Seitdem gelten Hilfeempfänger/innen und Niedriglohnbezieher/innen als potentiell schuldig an ihrer Misere. Wurden die Kosten für Fehlernährung in den 1970er Jahren als Kosten, die alle verursachen und alle betreffen, verhandelt, überwiegt heute das Bild von der fehlernährten und beratungsresistenten Unterschicht,



Foto: HAG

die das aufgeklärte Bürgertum durch steigende Sozialabgaben um ihren Verdienst bringt. In Zeiten, in denen alle Sozialleistungen auf dem Prüfstand stehen, eignen sich vermeintlich selbstverschuldete Gesundheitsrisiken besonders gut dazu das Solidarprinzip in der Krankenversicherung auszuhebeln, insbesondere dann wenn man sie notorischen Kostgängern zuschreiben kann.

Weit entfernt davon, gesundheitliche und soziale Ungleichheit abzubauen, erschwert die Wahrnehmung von Übergewicht als Unterschichtenphänomen die Lage der Betroffenen zusätzlich. Wer arm und dick ist, hat jetzt doppelt schlechte Karten. Denn der gesellschaftliche Aufstieg verlangt nun nicht länger nur ein sozial weitgehend undurchlässiges Schul- und Ausbildungssystem zu meistern und ohne Beziehungen die Karriereleiter zu erklimmen, sondern im Zweifelsfall auch abzunehmen.

*Literatur beim Verfasser*

Kontakt:

Friedrich Schorb  
Doktorand und Lehrbeauftragter  
an der Universität Bremen  
Richard-Sorge-Straße 25a  
10249 Berlin  
fschorb@zes.uni-bremen.de

# Eigenverantwortung und Selbsthilfe

Wolfgang Busse

# Das Thema



**Kontakt- und Informations-Stellen für Selbsthilfegruppen - KISS Hamburg**

Die Zahl der Selbsthilfegruppen und Organisationen in Hamburg ist in den letzten 30 Jahren ständig gestiegen. Zum Ende des Jahres 2007 waren bei KISS Hamburg insgesamt 1443 Selbsthilfegruppen und 137 Selbsthilfeorganisationen aus dem Raum Hamburg erfasst. Mehr als 80 % dieser Gruppen haben sich zusammengeschlossen, um sich als Selbstbetroffene oder als Angehörige in der Gruppe gegenseitig bei der Bewältigung einer Krankheit oder deren Folgen zu unterstützen. Mitglieder von Selbsthilfegruppen nehmen so die Verantwortung für ihre Gesundheit in die eigenen Hände.

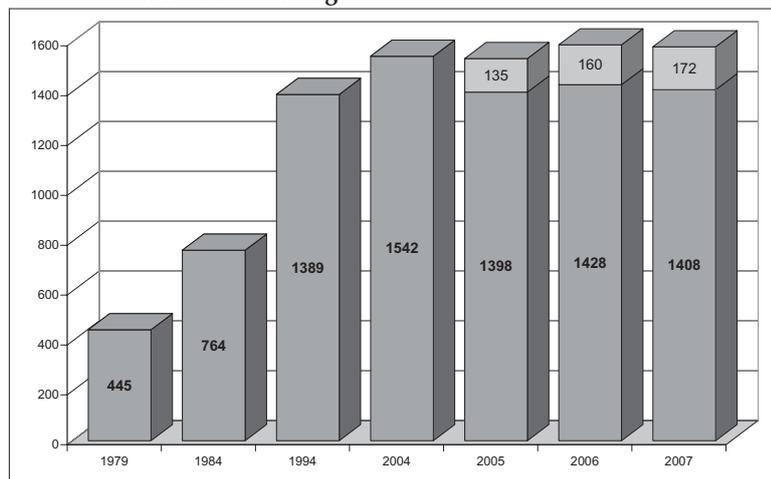
Die Bedeutung der Arbeit der

aufgaben. Beispielhaft seien hier die Mitglieder der Frauenselbsthilfe nach Krebs, des Bundes der Kehlkopflösen und der Deutschen Ilco genannt. Sie besuchen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, beraten und klären über die Behandlung und ihre Folgen auf. So wird die Kompetenz von Betroffenen im Rahmen der Therapie genutzt.

Einen festen Platz hat die Selbsthilfe auch in der Suchttherapie insbesondere bei Alkoholsucht. Die Empfehlung nach der Akuttherapie, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, gehört heute zu den Behandlungsstandards. Über 400 Alkoholselbsthilfegruppen in Hamburg belegen dies eindrucksvoll.

Je mehr die Selbsthilfe allerdings

**Grafik 1: Entwicklung Anzahl Selbsthilfeorganisationen und -gruppen im Raum Hamburg**



Anmerkung: Herz-Sport-Gruppen sind als unter ärztlicher Anleitung laufende Gruppen keine reinen Selbsthilfegruppen und werden deshalb in der obigen Statistik extra ausgewiesen (hellgrauer Bereich).

Selbsthilfe ist heute gesellschaftlich weitgehend anerkannt. Diese Anerkennung findet ihren Niederschlag in gesetzlichen Regelungen zur finanziellen Förderung der Selbsthilfe im Krankenversicherungsgesetz (§ 20c SGB V) und neuerdings in der Pflegeversicherung (§ 45d SGB XI). Auch werden den Vertreter(inne)n der Selbsthilfe immer mehr Beteiligungsrechte auf den verschiedenen Ebenen der Selbsthilfeförderung und der Patientenbeteiligung eingeräumt. So sind Vertreter/innen von Selbsthilfegruppen seit 2004 in den Gremien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen vertreten.

## Selbsthilfe als „Glied in der Behandlungskette“?

Gesundheits-Selbsthilfegruppen übernehmen wichtige Beratungs-

aufgaben. Beispielhaft seien hier die Mitglieder der Frauenselbsthilfe nach Krebs, des Bundes der Kehlkopflösen und der Deutschen Ilco genannt. Sie besuchen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, beraten und klären über die Behandlung und ihre Folgen auf. So wird die Kompetenz von Betroffenen im Rahmen der Therapie genutzt. Einem festen Platz hat die Selbsthilfe auch in der Suchttherapie insbesondere bei Alkoholsucht. Die Empfehlung nach der Akuttherapie, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, gehört heute zu den Behandlungsstandards. Über 400 Alkoholselbsthilfegruppen in Hamburg belegen dies eindrucksvoll. Je mehr die Selbsthilfe allerdings

als „Glied der Behandlungskette“ und/oder auch als eine „Säule des Gesundheitswesens“ gesehen wird, umso mehr läuft sie Gefahr, sich Vereinnahmungen zu lassen und/oder die Mitglieder von Selbsthilfegruppen zu überfordern. Zur Arbeit von Tinnitus-Selbsthilfegruppen stellt Schaaf (2008) fest: „Die zunehmende Einbindung der (kostenlosen) Selbsthilfe ist aber auch nicht unwesentlich zu verstehen als Folge der zunehmenden Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, die eine Lücke in der Gesundheitsarbeit gerissen hat, die – bezahlbar – von professionellen Anbietern kaum noch zu decken ist. Selbsthilfe spart eben auch schlicht Geld im professionellen Umfeld.“

sich selber zu übernehmen kann also Gefahr laufen, Verantwortung für Aufgaben zugeschoben zu bekommen, die eigentlich in die Zuständigkeit der Profis im Gesundheitswesen, z. B. des Sozialdienstes im Krankenhaus, gehören.

Im Zusammenhang mit der Selbsthilfe als Säule des Gesundheitswesens wird häufig eine „Professionalisierung“ der Selbsthilfe gefordert. Sogar von Qualitätsentwicklung in der Selbsthilfe wird zuweilen gesprochen. Solche Forderungen übersehen, dass „Betroffenen-Kompetenz“ durch „Betroffenen-Sein“ entsteht.

Mitglieder aus Selbsthilfegruppen, die ehrenamtlich Aufgaben im Gesundheitswesen übernehmen, sind gerade keine professionellen Therapeute(inne)n und Berater/innen, sondern in der Regel Menschen mit einem eigenen gesundheitlichen Handicap.

Ein weiterer Aspekt ist, dass sich Menschen Selbsthilfegruppen in erster Linie anschließen, um trotz ihres Handicaps ihren Alltag zu meistern. Und dieser Alltag ist bei den meisten Betroffenen trotz ihrer Krankheit durch den Arbeitsalltag geprägt. Sie stehen voll im Beruf und nutzen die Selbsthilfe als persönliches Unterstützungselement. Eine Übernahme von regelmäßigen Aufgaben in der „Behandlungskette“ oder auch als Vertreter/innen der Selbsthilfe in Gremien mitzuarbeiten, würde viele dieser Menschen schlichtweg überfordern.

## Eigenverantwortung braucht Eigenkompetenz

Überfordert durch die Gründung einer neuen oder in einer bestehenden Selbsthilfegruppe Eigenverantwortung zu übernehmen sind häufig auch Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen. In der Diskussion, wie diese Menschen ihre Probleme mit sich, ihrer Familie und ihrer Umwelt in den Griff bekommen können, bringen

# Das Thema



Politikerinnen und Politiker immer wieder die Selbsthilfe als vermeintlich billige Lösung ins Spiel.

Damit Menschen ihre Selbsthilfekräfte mobilisieren können und sich in Selbsthilfegruppen ohne dauerhafte professionelle Anleitung zur gegenseitigen Hilfe und Unterstützung zusammenschließen, müssen sie neben ihrem Problembewusstsein über genügend Ressourcen verfügen. Manche Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf sind daher für die klassische Selbsthilfeunterstützung, wie sie von den Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen geleistet wird, nicht erreichbar.

Diese Menschen bedürfen zunächst einer medizinischen und intensiven sozialarbeiterischen Intervention und Betreuung. Trojan (2006) stellt dazu fest: Selbsthilfegruppen entstehen aus Not wegen eines Mangels. Voraussetzung ist aber, dass die betroffenen Menschen über genügend „Eigenkompetenzen“ verfügen. Und weiter: „Das Potential für Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement ist

**Tabelle 1: Selbsthilfegruppen im Raum Hamburg in 2007**

Selbsthilfegruppen und ihre Themen	n
Psychische Probleme/Sucht (Alkoholsucht: 414 SHGs)	597
Internistischer Bereich (inkl. Herz-sportgruppen)	234
Orthopädisch-neurologischer Bereich	173
Krebs, Chirurgischer Bereich	47
Sonstige Erkrankungen	34
Behinderungen und vorgeburtliche Schäden	90
<b>Gesundheits-Selbsthilfegruppen insgesamt</b>	<b>1.175</b>
Psychosoziale Themen (Gesprächsgruppen, Trauer u. a. )	35
Ausländer/innen	9
Partner, Ehe und Familie	74
Frauen, Männer	40
Kinder/Jugendliche	23
Ältere Menschen	38
Erwerbslose/Sozialhilfe	12
Sexualität	17
Nachbarschaftshilfe, Besuchsdienste, Tagesmütter u. a.	20
<b>Lebenslagen-Selbsthilfegruppen insgesamt</b>	<b>268</b>
<b>Hamburger Selbsthilfegruppen insgesamt</b>	<b>1.443</b>

dort am kleinsten, wo es am meisten gebraucht wird.“

## Zusammengefasst

In Selbsthilfegruppen schließen sich Menschen aus eigener Betroffenheit zusammen, um sich als „Experten in eigener Sache“ selbst zu helfen. Damit nehmen sie die Verantwortung für ihre Gesundheit in die eigenen Hände und versuchen durch Betroffenen-Kompetenz sich und anderen zu helfen.

Selbsthilfegruppen sind heute ein unverzichtbarer Teil unseres Gesundheitssystems. Sie sind eine wertvolle Ergänzungen zu ärztlicher Behandlung und medizinischer Rehabilitation. Selbsthilfegruppen sind aber kein Instrument zur Kosteneinsparung im Gesundheitswesen.

*Literatur beim Verfasser*

Kontakt:

Dr. Wolfgang Busse  
Der Paritätische Wohlfahrtsverband e.V.  
Wandsbeker Chaussee 8  
22089 Hamburg  
Tel: 040 – 41 52 01-80  
wolfgang.busse@paritaet-hamburg.de  
www.kiss-hh.de

## Kinder und Familien in schwierigen Lebensverhältnissen

*Modellprojekte der Gesundheitsförderung zur Inklusion*

*Raimund Geene*

Kinder sind in Deutschland die gesündeste Bevölkerungsgruppe, und ihre Aussicht auf ein langes, gesundes Leben ist so gut wie nie zuvor in der Geschichte der Menschheit. Kinder- und Müttersterblichkeit ist auf historischem Tiefstand, und nie zuvor hatten Kinder und ihre Eltern derart gewaltfreie, man könnte fast sagen: friedliche Zukunftsperspektiven.

### Gesundheitsgefahr Armut

Doch gleichzeitig sind noch nie so viele Kinder in Deutschland in Armut geboren, die Gefahr früher chronischer Krankheit scheint in Anbetracht des Bewegungsmangels der Kinder hoch.

Kinder statt Job und daher Armutsrisiko oder Karrierehindernis, Übergewicht von Kindern wegen Bewegungsmangel in der autogerechten Stadt, Probleme von Gewalt

und Vernachlässigung oder auch die Bildungsmisere sind die zentralen Probleme von Kindern und Familien, die auch im kulturellen Verständnis unserer Gesellschaft wurzeln.

### Soziale Belastung statt soziale Unterstützung

Das dominierende Bild der bürgerlichen Familie – nicht nur der „American“, sondern auch der „German dream“ – sieht die Mutter noch immer als Betreuerin ihrer Kinder, als Nachhilfelehrerin, Chauffeurin durch die Stationen einer verinselten Kindheit und Spielanimateurin im eigenen Garten hinterm Reihenhaushaus. Allen Emanzipationsbestrebungen zum Trotz wird die Unterstützung der Eltern für kindliche Sozialisation unhinterfragt vorausgesetzt. Die völlig anderen Realitäten der sozial Benachteiligten, die Mentalitäten und

kulturellen Ziele sozial Benachteiligter passen nicht in dieses Bild. Wie sollen junge Frauen ohne Schulabschluss die Hausaufgabenbetreuung ihrer Kinder übernehmen? Wie können



*Hamburger Familienprojekt Adebar*

Mehrfachmütter in vom Sozialamt finanzierten kleinen Mietwohnungen die Botschaften zur Unfallprävention umsetzen? Wie sollen Migrant(inn)en ihre Ernährung auf den Optimix umstellen? Wie können arbeitslose Eltern die vermeintlichen Diagnosen des Kinderarztes ob der befürchteten



Entwicklungsrückstände nicht als weitere Demütigung der Gesellschaft empfinden? Wie bekommen junge Mütter den Spagat ihrer Identitäten zwischen jugendlichen Subkulturen und Mütterlichkeitsanspruch hin?

Die bürgerliche Illusion der schönen Kindheit stößt auf ein besonderes Paradox: gerade die Mittel- und Oberschichten, die die (ver)öffentlich(t)e Meinung repräsentieren, leiden unter dieser von Frank Schirrmacher (2006) beschriebenen „Kinderentwöhnung“. Doch gleichzeitig prägen sie die Bilder und Anforderungen einer Kindheit, der sie sich in ihren eigenen Lebenswelten bereits weitgehend entledigt haben. Den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die – wie beispielsweise türkische Familien oder auch die aus Russland ausgesiedelten – weiterhin Kinder bekommen und dies in fast unveränderter Anzahl, wird das bildungsbürgerliche Kindheitsbild hingegen übergestülpt. Ein derart verkürztes Verständnis von „Eigenverantwortung“ blockiert die hier notwendige Aktivierung der familiären Ressourcen.

## Projekte der Gesundheitsförderung

Modellprojekte der Gesundheitsförderung bemühen sich um solche Ressourcenstärkung. Einige davon sind als sog. „Good Practice“ identifiziert, die beispielhaft Wege der Unterstützung aufzeigen. Darunter befinden sich beispielsweise die Magdeburger „Eltern-AGs“ (Armburster 2008), in denen Mütter und Väter mit fachlicher Anleitung zu Selbsthilfegruppen zusammengeführt werden. Ziel ist nicht die Belehrung der Eltern, sondern vielmehr die Stärkung ihrer elterlichen Intuition. Es geht von einem positiven Elternbild aus, wissend, dass alle Eltern sich ein glückliches familiäres Zusammenleben wünschen und dabei Handlungsmuster entwickeln, die ihren sozialen Bedingungen entsprechen. Mit der Eröffnung weiterer Handlungsperspektiven durch die fachlichen Mentor(inn)en und der Knüpfung eines

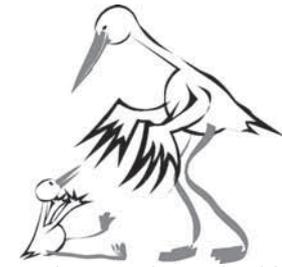
Netzwerkes mit anderen jungen Eltern wird diese Grundbedingung konstruktiv aufgegriffen und geformt. Ähnlich problemnah und niedrigschwellig arbeitet das Flensburger Unterstützungsprojekt „Schutzengel“, das auf Grund seines durchschlagenden Erfolges nun in allen Landkreisen Schleswig-Holsteins eingeführt wird (Lehmann et al 2007). Auch das Hamburger Familienprojekt Adebar, ausgezeichnet mit dem Deutschen Präventionspreis, sieht seine Aufgabe vor allem in der vorurteilslosen Unterstützung junger Eltern (ebd.). Eine Schlüsselrolle kommt in diesen Projekten den Familienhebammen zu, die neben der Unterstützung rund um die Geburt auch Aufgaben der sozialpädagogischen Familienhilfe übernehmen.

Allen Projekten ist gemeinsam, dass sie unkonventionelle Wege suchen, Eltern anzusprechen und ihre Interessen aufzugreifen. Zentral dafür ist der Ansatz des Community-buildings, mit dem überhaupt erst Möglichkeiten zur Kommunikation junger Eltern und damit erste Grundlagen für Entwicklungsprozesse geschaffen werden. Statt weiterer paternalistischer Betreuung, der sich junge Eltern nach Schulende und Trennung aus dem eigenen Elternhaus oft gerade erst entzogen haben, setzen diese Projekte auf eine Stärkung elterlichen Selbstbewusstseins und elterlicher Intuition. Dabei werden die Eltern in ihrem individuellen Lebensstil nicht bewertet, sondern die jeweilige Subjektivität wird zum Ausgangspunkt der Gemeinschaftserfahrung. Ganz im Sinne der Ottawa-Charta: jede Mutter, jeder Vater ist zunächst Experte des eigenen Alltags.

## Diversity-Ansatz: Realitäten verstehen und Stärken stärken

Die unterschiedlichen sozialen und kulturellen Realitäten als positiven Ausgangspunkt zu setzen, ist das zukunftsweisende Konzept des Diversity-Managements, das in Deutschland insgesamt noch wenig angekommen ist.

Beispiele aus England, Holland, Frankreich oder Belgien zeigen das Potenzial dieser Strategie, gerade auch in der sozialen und gesundheitlichen Begleitung junger Eltern. Hier versteht sich die Unterstützungsarbeit als Inklusion, also als aktives Kennenlernen der elterlichen Wünsche und Ziele. Diese aufzugreifen



Hamburger Familienprojekt ADEBAR

und zu unterstützen ist die Aufgabe der britischen Family-Centres, einer Mischform aus Kita und lokalem Familienzentrum. Der Einstieg in die Centres erfolgt nicht über die Information über die Hausordnung, vielmehr befragen die Erzieher/innen und Sozialarbeiter/innen die Eltern über ihre Erziehungsziele und arbeiten in der Folge daran, die Eltern bei der Umsetzung zu unterstützen.

Auch wenn die Gesundheitsförderung noch in ihren Anfängen steht, können die Modellprojekte dazu dienen, der weiteren Entwicklung gesundheitlicher und sozialer Unterstützung junger Familien als Orientierung zu dienen – in Politik und beruflicher Praxis betreuender Professionen ebenso wie im gesellschaftlichen Bewusstsein.

Literatur beim Verfasser

Kontakt:

Prof. Dr. Raimund Geene MPH  
Hochschule Magdeburg-Stendal  
Osterburger Str. 25  
39576 Stendal  
Tel: 03931 – 21 87-48 66  
raimund.geene@hs-magdeburg.de

## Gesundheitsförderung durch Aktivierung familiärer Ressourcen?

Sibylle Friedrich, Claudia Liberona, Jennifer Höck, Alexander Redlich

Welche Ressourcen haben mehrfach belastete und sozial benachteiligte Familien und inwieweit wirken sich diese unterstützend aus, wenn es um die Gesundheit der Kinder und ihrer Familien geht?

Wie können diese Ressourcen aktiviert und gefördert werden, um die Gesundheit von Kindern zu verbessern? Dies sind zentrale Fragestellungen im Forschungsprojekt „Gesundheit beginnt in der Familie“.

### Stadtteilorientierte Angebote

Die Studie startete im Oktober 2006 als Kooperationsprojekt zwischen der Universität Hamburg und dem Deutschen Jugendinstitut, München. Sie hat eine Laufzeit von drei Jah-

# Das Thema

ren und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Forschungsziel ist herauszufinden, inwieweit unterschiedliche psychosoziale bzw. stadtteilorientierte Angebote zu einem verbesserten Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand der teilnehmenden Kinder und ihrer Familien führen. Dazu werden bundesweit drei Einrichtungen in Hamburg, Berlin und München evaluiert, wobei sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden zum Einsatz kommen. Quantitative Daten werden zu drei Messzeitpunkten erhoben, zwischen denen jeweils neun Monate liegen: Neben der Selbst- und Fremdeinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, des kindlichen Gesundheitsverhaltens und der elterlichen Gesundheits-Kontrollüberzeugung werden auch die familiären Belastungen und Ressourcen sowie der Blick der Familien auf die Ausgestaltung der Angebote erfragt. In den qualitativen Interviews wurden Mitarbeiterinnen der Einrichtungen zu ihren Arbeitzielen, den Angeboten und der Praxis befragt mit dem Schwerpunkt auf gesundheitsfördernde Vorgehensweisen. In den Interviews mit den Müttern, die die Einrichtungen besuchen, stehen Fragen zur Nutzung der jeweiligen Einrichtung als auch der Umgang mit Gesundheitsthemen im Familienalltag im Mittelpunkt.

## Soziale Netzwerke und familiäre Kraftquellen

Unter Ressourcen verstehen wir neben individuellen Fähigkeiten auch Lebensziele, Glaube, Familienkultur sowie soziale Netzwerke. Um die familiären Ressourcen zu erheben, wurden die Familien zu jedem Ressourcenbereich um ihre Einschätzung gebeten, indem sie das wahrgenommene Ausmaß ihrer eigenen Ressourcen auf einem Zahlenstrahl visualisierten. Trotz geringer materieller Ressourcen herrschte bei den befragten Familien eine insge-

samt positive Einschätzung der familiär vorhandenen Kraftquellen vor, was bei aller Vorsicht für eine grundsätzliche Kompensationsmöglichkeit einzelner Ressourcenbereiche durch andere spricht. Es ließ sich zudem ein positiver Zusammenhang zwischen vorhandenem Glauben, sozialen Ressourcen und Lebenszielen als Ressourcen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der untersuchten Kinder nachweisen. Ein Zusammenhang zum konkreten Gesundheitsverhalten (Zahnpflege, Bewegung, Ernährung etc.) konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

## Balance finden

Es stellt sich die Frage, welche Schritte angemessen erscheinen, um familiäre Ressourcen zu fördern und dadurch auf die Gesundheit der Kinder in den betreffenden Familien positiv einzuwirken. Um zu einer differenzierteren Einschätzung zu gelangen, inwieweit in den betreffenden Einrich-

das Ausmaß an Möglichkeiten, sich aktiv einzubringen sowie die Anwendbarkeit des Gelernten im Alltag. Das von den Familien wahrgenommene Ausmaß an Empowerment stand dabei



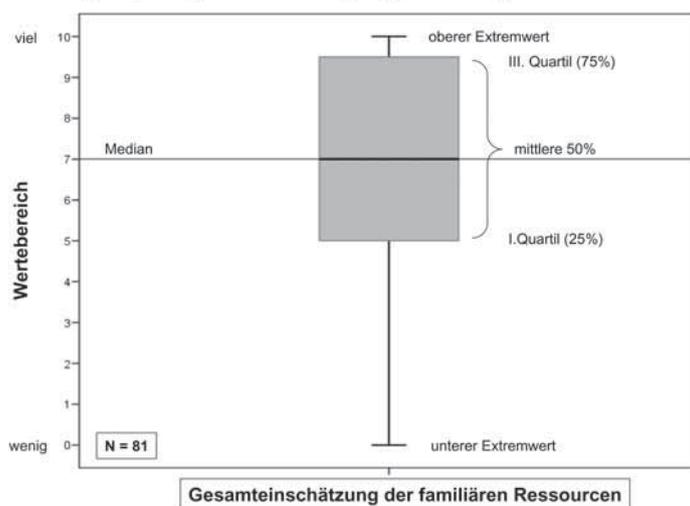
**Affenstark!**

Forschungsprojekt  
„Gesundheit beginnt in der Familie“

in signifikantem Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder aus Sicht ihrer Eltern. Die qualitativen Befragungen konnten zeigen, dass für die Arbeit mit in Armut lebenden Familien eine spezifische professionelle Haltung gegenüber den Nutzerinnen ausschlaggebend ist: Diese beruht auf Wertschätzung und Akzeptanz und bringt ihnen Verständnis für ihre Lebenslage und ihre Bewältigungsstrategien entgegen. Ein Raum für informellen Austausch und Begegnung zwischen Mitarbeiterinnen und Nutzerinnen hat sich als gesundheitsfördernde Instanz bewährt. Entscheidend ist, dass Gesundheitsthemen dann besonders wirkungsvoll angesprochen werden können, wenn dies „beiläufig“ geschieht, beim gemeinsamen Klönschnack, bei Stadt-

teilaktivitäten oder im Nähkurs. Bei der Betrachtung des Zusammenspiels zwischen Migration und Armut fällt auf, in welchem Ausmaß insbesondere Deutschkurse und Beratungsangebote in der Muttersprache für das Selbstwertgefühl der Familien und die Aktivierung informeller Netzwerke förderlich sind.

Abbildung: Boxplot-Diagramm zur Verteilung der gesamten wahrgenommenen Ressourcen



tungen eine effektive Ausbalancierung zwischen Problem- und Ressourcenorientierung vorherrscht, wurden die Familien gebeten zu bewerten, wie oft es ihrer Meinung nach in der konkreten sozialpädagogischen Arbeit mit ihnen bisher um ihre Probleme und auf der anderen Seite um ihre Stärkenging. Die Ergebnisse zeigen, dass den Einrichtungen von ihren Nutzerinnen sowohl eine deutlich ausgeprägte Problem- als auch eine ebenso starke Ressourcenorientierung zugesprochen wird, insofern also von einer guten Balance ausgegangen werden kann. Da mit gelebter Ressourcenorientierung in der Regel auch Aspekte der Partizipation und des Empowerments einhergehen, erhoben weitere Fragen

Kontakt:

Dr. Sibylle Friedrich  
Universität Hamburg  
Fachbereich Psychologie  
Von-Melle-Park 5  
20146 Hamburg  
Tel: 040 – 428 38-54 99  
www.praxisforschung.uni-hamburg.de


*Foto: Heike Günther*
*Susanne Wehowsky, Geschäftsführerin HAG*

Hallo und Guten Tag,  
liebe Leserinnen und Leser!

**A**m 1. Oktober habe ich die Nachfolge der langjährigen HAG-Geschäftsführerin Margrit Schlankardt angetreten. Ich bin also „die Neue“ – und möchte mich Ihnen kurz vorstellen:

Ich bin 45 Jahre alt und lebe seit zehn Jahren in Hamburg. Hier war ich für unterschiedliche Non-Profit-Organisationen und Hamburgweite Dachorganisationen tätig. Einige Beispiele: Geschäftsführung des pro familia Landesverbandes Hamburg, Interimsmanagement bei Weiterbildung Hamburg und Vorstand von pro:fem, dem Verbund der Hamburger Frauen- und Mädcheneinrichtungen. Ein Schwerpunkt meiner Arbeit liegt immer im Vernetzen und Kooperieren. Viel Spaß macht mir der Umgang mit Zahlen und sehr gerne bin ich kreativ tätig – z. B. in der Öffentlichkeitsar-

beit oder bei der Projektentwicklung. Weitere Leidenschaften: Übersichten, Pläne, Informations- und Kommunikationstechnologien.

Von meiner Ausbildung her bin ich Geographin mit einem sozialwissenschaftlichen Schwerpunkt und einem Faible für Stadtentwicklung. Nach psychotherapeutischen Zusatzqualifizierungen habe ich fünf Jahre lang in einer Beratungsstelle in Göttingen gearbeitet. Eine Weiterbildung zur „Sozialmanagerin“ schloss sich an – mit dem Ziel, Führungsaufgaben in Non-Profit-Einrichtungen zu übernehmen.

Die Tätigkeit bei der HAG erlebe ich als berufliche Synthese: Ich freue mich sehr darüber, meine Interessen und meine vielfältigen Erfahrungen aus Institutionen, Verbänden, Arbeitskreisen oder Netzwerken und auch aus politischen Verhandlungen in die HAG einfließen lassen zu können. Gerne möchte ich mit einer erfolgreichen Arbeit der HAG zu Erhalt und Förderung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens der Bürgerinnen und Bürger Hamburgs beitragen.

#### Welche Aufgaben stehen an?

Wir wollen unsere Vernetzungs- und Koordinationstätigkeiten weiter ausbauen und unterstützen deshalb aktiv Netzwerke und Arbeitskreise – z. B. die Netzwerke „Schulverpflegung“ und „Gesunde Kitas in Hamburg“ oder den Arbeitskreis „Gesund-

heitsförderung in der Arbeitsumwelt“. Wir bringen Akteure an einen Tisch und initiieren, koordinieren und unterstützen Strategien und Aktivitäten in der Gesundheitsförderung. Künftig wollen wir Impulse zur Verzahnung von Gesundheitsförderung und Stadtteilentwicklung geben. Und wir werden den vom Senat geplanten „Pakt für Prävention“ unterstützen. Offen sind wir besonders für Themen, die im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung befördert werden müssen – hier sind etwa die Gesundheitsbedingungen von Senior(inn)en, Migrant(inn)en oder Langzeitarbeitslosen zu nennen. Auch die Prävention psychischer Belastungen durch zunehmende Arbeitsverdichtung ist ein brennendes Thema. Ob es in Zukunft ein Präventionsgesetz geben und welche Konsequenzen der Gesundheitsfonds für die Präventionsleistungen der Krankenkassen haben wird – wir werden uns zu gegebener Zeit in den Prozess einbringen.

Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil, in Kita und Schule oder betriebliche Gesundheitsförderung: Ich freue mich darauf, gemeinsam mit Ihnen Gesundheit in Hamburg aktiv zu fördern!

Sie erreichen mich telefonisch unter 040 / 63 64 77 93 oder per Mail unter [susanne.wehowsky@hag-gesundheit.de](mailto:susanne.wehowsky@hag-gesundheit.de).

Auf gute Zusammenarbeit,  
Ihre Susanne Wehowsky

## In Hamburg aktiv und gesund – 25 Jahre HAG

*Festakt am 10. September*

**U**nter dem Motto „In Hamburg aktiv und gesund“ wurde am 10. September das 25-jährige Jubiläum der HAG gefeiert.

In einem Festakt am Vormittag in der Patriotischen Gesellschaft schauten Wegbegleiterinnen und Wegbegleiter aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich mit dem „Blick zurück und Blick nach vorn“ auf die langjährigen guten Kooperationen, Projekte und Vernetzungsaktivitäten.

Der HAG-Vorsitzende Prof. Dr. Leonhard Hajen sagte in seiner Begrüßungsansprache vor 220 Gästen, dass „die HAG kein Zusammenschluss von Personen, sondern von Organisationen“


*Foto: HAG*

*Margrit Schlankardt blickte zurück auf 25 Jahre HAG-Geschichte*

ist, die „über die Jahre konstant alle in irgendeiner Weise die Ziele der Gesundheitsförderung verfolgen.“ Die HAG-Netzwerke würden sehr geschätzt, weil „es freiwillige Zusammenschlüsse sind, von denen jedes Mitglied erwartet, dass es seine Ziele durch Kooperation mit anderen besser erreichen kann.“

Gesundheitsminister Dietrich Wersich dankte der HAG für die langjährige erfolgreiche Arbeit im Bereich der Gesundheitserziehung und -förderung in Hamburg: „Die HAG war und ist ein wichtiges Bündnis vieler Gesundheitsakteure und unterstützt das Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention in Hamburg mit



den unterschiedlichsten Ansätzen weiter zu entwickeln und in den Alltag der Bürgerinnen und Bürger zu integrieren.“

Margrit Schlankardt, langjährige Geschäftsführerin stellte in ihrem Vortrag die Entwicklung der HAG und die gesundheitspolitischen Meilensteine der letzten 25 Jahre vor: Am 1. Oktober 1983 nahm die Hamburgische Landesvereinigung für Gesundheitserziehung e. V. (HLG) als eingetragener Verein mit eigenständiger Geschäftsstelle ihre Arbeit auf – als „Ausgründung“ des behördlichen „Hamburgischen Lan-

desausschusses für Gesundheitserziehung e. V.“.

Mit dem Namen von HLG zur HAG – Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung wandelte sich – im Rahmen von nationalen (z. B. § 20, SGB V) wie internationalen Entwicklungen („Ottawa-Charta“, „Gesunde Städte Programm“) – auch das Aufgabenspektrum des Vereins, von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung und Prävention in unterschiedlichen Lebenswelten (Settings).

Den Blick in die Zukunft übergab Schlankardt nach über 17-jähriger HAG-Geschäftsführung an ihre Nachfolgerin Susanne Wehowsky.

Moderator Bernd Seguin sorgte für eine vergnügliche Zeitreise mit Gästen und Weggefährten, wie

etwa Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen, Ärzteorganisationen, Behörden und Kooperationspartner aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektor der letzten 25 Jahre.

In seiner Verabschiedungsrede in den Ruhestand dankte Prof. Hajen Margrit Schlankardt für ihr unermüdliches Engagement: „Margrit Schlankardt hat dafür gesorgt, dass Gesundheitsförderung und Prävention in Hamburg fest verankert sind. Mit ihren guten und konstruktiven Kontakten zu Geldgebern wie der Stadt Hamburg, den Krankenkassen, zu Bundesinstitutionen, zu Spendern und Sponsoren hat sie dazu beigetragen, dass besonders die Lebenslagen von sozial benachteiligten Menschen in unserer Stadt mehr Berücksichtigung finden.“

## Gesunde Lebenswelten in Kita, Schule und Stadtteil

Fachveranstaltung der BSG und HAG am 10. September

Der Jubiläumsveranstaltung schloss sich eine Fachveranstaltung mit dem Titel „Ist Du noch oder läufst Du schon? Gesunde Lebenswelten in Kita, Schule und Stadtteil“.



Im Gespräch: Günter Ploß (VdAK), Anette Borkel (HAG), Anna Becker (BSU), Yvonne Vockerodt (kindersicht e. V.), Beate Proll (BSB), Klaus-Peter Stender (BSG) (v. l. n. r.)

des Nationalen Aktionsplans mit anderen Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention und mit den Gesundheitsziele-Prozessen auf Bundes- und Landesebene“ sicherzustellen ist und dass „sich die Regierungen von CDU und GAL klar zu einem Pakt für Prävention in Hamburg“ bekennen.

In seinem Einführungsvortrag betonte Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., wie wichtig es ist mit den Zielgruppen zusammenzuarbeiten statt an ihnen vorbei. Nur so lassen sich integrierte Ansätze der Gesundheitsförderung in den Settings Kita, Schule und Stadtteil implementieren.

In drei parallelen Foren stellten Expert(inn)en in Impulsreferaten die Ansätze und Praktiker/innen gute Projekte in den jeweiligen Lebens-

welten vor:

- Angelika Maasberg, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. das Setting Kita,
- Thomas Bunsmann, DRK-Kita Lohkomotive, Projekt: „Kita in Bewegung – bewegte Kita“
- Prof. Dr. Peter Paulus, Institut für Psychologie, Leuphana Universität Lüneburg das Setting Schule
- Babette Dembski, Schule Luruper Hauptstraße, Projekt: „Stressfreier lernen – mit viel Bewegung“
- Dr. Bettina Reimann, Deutsches Institut für Urbanistik (difu) das Setting Stadtteil
- Margret Roddis und Sabine Tengeler, Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung Lurup, Projekt: „Gesund Kurs halten in Lurup“.

Im abschließenden Podiumsgespräch nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus Behörden, Krankenkassen, der HAG und Projekten Stellung zur Frage „In Hamburg aktiv und gesund – Aktionsbündnisse für mehr Gesundheit in der Stadt“.

Einig war man sich darin, dass integrierte Ansätze in Lebenswelten ansetzen und dass möglichst alle Akteure vernetzt zusammenarbeiten müssen, um Gesundheit nachhaltig zu fördern.



## Gesundheit gemeinsam fördern – in der Kita, für die Kita!

Unter diesem Motto fand am 29. September die dritte Fachtagung des Netzwerks „Gesunde Kitas in Hamburg“ in Kooperation mit der Unfallkasse Nord Schleswig-Holstein Hamburg statt.

Auf der diesjährigen Tagung standen zwei Handlungsfelder im Mittelpunkt: Die Gesundheit von Erzieher(inne)n und Leitungskräften und die Förderung der Gesundheit von Mädchen und Jungen.

Ausgehend von Forschungsergebnissen über das Befinden und die (seelische) Gesundheit von Erzieher(inne)n in Kindertageseinrichtungen stellte Prof. Dr. Petra Strehmel, HAW in ihrem Einführungsvortrag „Was brauchen Erzieher/innen und Leistungskräfte?“ dar, mit welchen Anforderungen die Kernaufgaben von Kitas – Bilden, Betreuen und Erziehen – verbunden sind und welchen neuen Herausforderungen sich pädagogische Fachkräfte durch die Hamburger Bildungsempfehlungen und Qualitätskriterien der Träger stellen müssen.

### Gesundheit am Arbeitsplatz

Zufriedenheit und Wohlbefinden des pädagogischen Personals sind Voraussetzungen für eine individuelle und feinfühligere Förderung der Kinder sowie eine professionelle Zusammenarbeit mit den Eltern. Inwieweit der wachsende Zeitdruck sich auf die Qualität der pädagogischen Arbeit auswirkt, ist ihrer Meinung bisher zu wenig erforscht.

Strehmel stellte Maßnahmen vor, die dazu beitragen können, Arbeitszufriedenheit und Gesundheit von Mitarbeiter(inne)n in Kitas zu fördern, Stress abzubauen und dem Burnout vorzubeugen – diese müssen jedoch auf den Ebenen der Organisation „Kita“, des Teams und der einzelnen Beschäftigten ansetzen, um erfolgreich zu sein.

Nach dem Einführungsvortrag waren alle Teilnehmenden eingeladen, in praxisorientierten Workshops die Bereiche Projektmanagement, Arbeitsplatzgestaltung, Gesundheitsförderung oder Umgang mit Belastungssituationen praxisnah und ressourcenorientiert kennen zu lernen.

Maike Rönnau vom Zentrum Kinder- und Jugendforschung (ZfKJ) Freiburg, gestaltete den Einstieg in den zweiten Themenblock mit ihrem Beitrag „Gesunde Kinder – starke Kinder: Prävention und Resilienzförderung in der Kita“.

### Fördern und Stärken

Hier standen die Stärkung der sozialen und gesundheitlichen Kompetenzen der Kinder und die Förderung ihrer Schutzfaktoren im Vordergrund. Erzieher/innen haben einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Kin-

Die Beiträge der Fachtagung stehen auf der website der HAG zum Downloaden bereit ([www.hag-gesundheit.de/veranstaltungen/?0-archiv](http://www.hag-gesundheit.de/veranstaltungen/?0-archiv)).

### Netzwerk

Die Fachveranstaltung wurde vom Netzwerk „Gesunde Kitas in Hamburg“ konzipiert und mit Unterstützung der Unfallkasse Nord durchgeführt. Die HAG koordiniert seit September 2005 dieses Netzwerk, hier sind zurzeit Vertreter/innen von 15 Einrichtungen, Behörden



Expertin Maike Rönnau und HAG-Mitarbeiterinnen Petra Büchter und Petra Hofrichter (v. l. n. r.)

der und ihrer Familien; sie werden z. B. von Seiten der Eltern häufig als zweitwichtigste/r Ansprechpartner/in (nach dem anderen Elternteil) in Erziehungsfragen genannt.

Unterstützung für diese Aufgabe bietet das vom ZfKJ erarbeitete Trainingsmanual, welches die Teilnehmenden im Workshop näher kennenlernen konnten.

Am Nachmittag wurden Praxisworkshops für die Bereiche Umgang mit Aggressionen, Lärmprävention, Demokratie und Entspannung mit und für Kinder angeboten.

Im Abschlussplenum berichteten einzelne Netzwerkvertreter/innen über die Erfahrungen aus den Workshops und stellten die Erfolge und die zukünftigen Ziele des Netzwerkes dar.

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“, welches die HAG seit Juli 2006 durchführt.

Kontakt:

Petra Hofrichter  
HAG  
Tel: 040 – 63 64 77-91  
[petra.hofrichter@hag-gesundheit.de](mailto:petra.hofrichter@hag-gesundheit.de)

**R**egionaler und bundesweiter Austausch, Good Practice und die Planung von Fortbildungen waren die Schwerpunktthemen des dritten Quartals 2008 im Regionalen Knoten.

**Aktivitäten der Arbeitskreise**

Die Arbeitskreise des Regionalen Knotens wurden genutzt, um neue Praxisangebote oder Netzwerke vorzustellen und zu diskutieren. So wurde im Rahmen des Arbeitskreises „Förderung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern“ das neu gegründete



Netzwerk „Lina – Hilfe für suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“ vorgestellt. In Hamburg gibt es vielfältige und breit gefächerte Angebote für schwangere Frauen im Allgemeinen, für schwangere Frauen in belasteten Lebenslagen sowie für junge Familien. Diese sind jedoch bislang wenig miteinander verbunden und unzureichend auf die besondere Situation der Suchtmittel konsumierenden Frauen ausgerichtet.

Die Einrichtungen, Institutionen und Akteure, die rund um Schwangerschaft, Geburt und die junge Familie tätig sind, haben unter Federführung der Gesundheitsbehörde eine Rahmenvereinbarung für eine neuartige, sehr umfangreiche Kooperation entwickelt. Auf dieser Grundlage wollen Fachkräfte aus medizinischen, sozialen und pädagogischen Arbeitsfeldern gefährdeten und suchtkranken jungen Frauen – und ihren Partnern – schon im Vorfeld ihrer neuen Situation als Familie Unterstützung und Begleitung bieten. Um die Vernetzung der Akteure zu unterstützen, wird eine Datenbank aufgebaut. Das Projekt wird vom Büro für Suchtprävention koordiniert.

Im Arbeitskreis „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ stellte sich das Projekt „Besondere Hilfen für wohnungslose Patienten in der Psychiatrie – ein neuer Projektansatz des Sozialdienstes in der Asklepios Klinik Nord“ vor. Das Projekt bietet Unterstützung für Patient(inn)en, die während des

stationären Aufenthaltes ihren Wohnraum verlieren.

Weitere Aktivitäten des Arbeitskreises lagen in der Fortführung der Erarbeitung der Broschüre „Fleisch ist kein Gemüse – Gesunde Ernährung in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe – Ein Handbuch für die Praxis“. Im Zuge dessen wurden sowohl mit Mitarbeiter(inne)n als auch mit Köchen unterschiedlicher Mitgliedseinrichtungen Interviews geführt.



**Good Practice**

Das Projekt „Gesund Kurs halten in Lurup“ hat alle Instanzen des Good-Practice-Auswahlverfahrens erfolgreich durchlaufen und wird auf der website [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) präsentiert. Das AWO-Nachbarschaftsheim St. Pauli befindet sich in der Endabstimmung.

**Schwerpunkt Regionalkonferenzen**

Dank der gemeinsamen Initiative der Bundesministerien für Gesundheit sowie für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden in allen Bundesländern bis Anfang 2009 Regionalkonferenzen zum Thema „Gesundheit in Quartiersgebieten“ stattfinden. Ziel dieser Regionalkonferenzen ist es, die Gesundheitsaktivitäten in Gebieten der Sozialen Stadt zu initiieren und einen Beitrag im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Übergewicht und Bewegungsmangel zu leisten. In Hamburg wird die Veranstaltung in Kooperation mit der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt und der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz am 12. Februar 2009 durchgeführt.

Im Rahmen dieser bundesweiten Initiative ist eine „Toolbox“ – Arbeitshilfe zur Stärkung der Gesundheitsförderung für Akteure im Stadtteil – entwickelt worden. Sie ist über die HAG zu beziehen.

Die Ergebnisse der Expertentagung „Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms ‚Soziale Stadt‘“

am 23. April 2008 sind in einer Dokumentation zusammengefasst. Diese steht zum Downloaden auf der website [www.hag-gesundheit.de/Soziale Ungleichheit/Regionaler Knoten](http://www.hag-gesundheit.de/Soziale_Ungleichheit/Regionaler_Knoten)

**Aktivitäten auf Bundesebene**

In Hamburg fand am 22. September der Bundesaustausch aller Regionalen Knoten statt. Schwerpunkte waren die Planung der Regionalkonferenzen, die Auseinandersetzung mit dem Good Practice

Ansatz auf europäischer Ebene und die zukünftigen Finanzierungsmodelle der Regionalen Knoten in den Bundesländern.

**Veröffentlichungen**

„Gesundheits(über)förderung statt Gesundheitsförderung? Wie gelingt lebensweltorientierte Gesundheitsförderung mit armen Familien?“ – die Ergebnisse der Kooperationsveranstaltung, die der Regionalen Knoten Hamburg der HAG mit der HAW Hamburg am 5. Juni 2008 durchgeführt hat, sind in einer Dokumentation zusammengefasst und stehen auf der website der HAG [www.hag-gesundheit.de/?TID=36](http://www.hag-gesundheit.de/?TID=36) zum Downloaden zur Verfügung.

**Termine 2008**

Der AK „Förderung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien“ trifft sich am 26. November 2008 im Rahmen eines internen Tagesworkshops.

Der AK „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ trifft sich am 11. Dezember von 9.30-11.30 Uhr in der HAG.

Am 5. und 6. Dezember findet der 14. Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin statt. Dieses Jahr lautet das Motto „Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit für alle!“. Der Kongress bietet ein Austauschforum für alle, die sich im Handlungsfeld von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit engagieren.

Kontakt:

Petra Hofrichter  
 HAG  
 Tel: 040 – 63 64 77-91  
[petra.hofrichter@hag-gesundheit.de](mailto:petra.hofrichter@hag-gesundheit.de)



## Kitas fit für die Zukunft

Thema: Voneinander lernen

## HAG - aktiv



Die aktive Phase des Modell-Projektes „Kitas fit für die Zukunft“ läuft noch bis Ende des Jahres – und damit auch die Gesundheitszirkelarbeit in den acht Modellkitas. Das Gesamtprojekt wird Mitte 2009 abgeschlossen. Jede Modell-Kita hat während der zweijährigen Modellphase gesundheitsförderliche Maßnahmen umgesetzt. Diese Maßnahmen wurden Kita-spezifisch entwickelt und auf die Verhältnisse der jeweiligen Einrichtung zugeschnitten.

### Steuerungskreis

Während dieser Zeit begleitete ein interner Steuerungskreis den Prozessverlauf. Dieser Kreis setzte sich aus den Leitungen der Einrichtungen und einem Mitglied des Gesundheitszirkels zusammen. Die Treffen fanden in regelmäßigen Abständen in einer der teilnehmenden Kitas statt.

Ziel war es, sich und die Modell-Kitas besser kennenzulernen und einen Eindruck über die unterschiedlichen Bedingungen, wie Größe der Einrichtung, bauliche Beschaffenheit, Gestaltung des Außengeländes, Konzept etc. zu bekommen. Darüber hinaus sollten die Modell-Kitas am Projektverlauf beteiligt werden.

Neben der Beteiligung der Kitas an dem Prozessverlauf war der Austausch über die Kitas und die entwickelten und umgesetzten Maßnahmen wichtiger Bestandteil der Treffen. Die jeweilige „Gast-Kita“ berichtete dabei über ihre Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Gesundheitszirkel und über durchgeführte Maßnahmen – anschaulich wurde es dann bei den Rundgängen durch die Kitas. Eine Mitarbeiterin bemerkte dazu: „Es ist gut,

Kitas anderer Träger kennenzulernen, den trägerübergreifenden Kontakt zu haben und mitzubekommen, wie unterschiedlich die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sein können.“



Entwicklungs-Baum der Kita Herz-Jesu

Foto: HAG

### Regel Austausch

Neben diesem Austausch hatten die Treffen den Effekt, dass die Kitas viel voneinander lernen und übernehmen konnten. Was klappt wie und mit wem und wo gibt es Stolpersteine und Hürden bei der Umsetzung? Was kann man von dem anderen übernehmen? Ein Beispiel ist das Thema Lärm. Eine Kita berichtete, welche Maßnahmen entwickelt wurden, wie bauliche Veränderungen und wie die Kinder in das Thema einbezogen werden konnten. Hieraus wurden Anregungen und Ideen zur Umsetzung auch für die anderen Kitas entwickelt, so dass Lärm in jeder der acht Kitas in unterschiedlicher Weise Thema war. Das gleiche gilt auch für die Handlungsfelder Ernährung und Bewegung.

Ein wesentliches Ergebnis ist, dass sich die Kitas untereinander beraten und ihre Ergebnisse auf Dienstbesprechungen anderer Modell-Kitas mitteilen. So kann das erarbeitete „Expertenwissen“ und die erweiterten Kompetenzen der Mitarbeiter/innen von Kita zu Kita getragen werden.

Zurzeit beschäftigt sich der interne Steuerungskreis mit dem Abschluss des Projektes und mit den Fragen, wie kann die Arbeit in den jeweiligen Gesundheitszirkeln weitergeführt werden? Wie können die einzelnen Maßnahmen und Projekte in den Kitas dokumentiert und für andere Kitas nutzbar gemacht werden? Wie kann ein gemeinsamer Abschluss des Projektes begangen werden?

Anfang 2009 werden die ersten Ergebnisse des Modell-Projektes vorliegen.

Dieses Projekt wird von den Hamburger Krankenkassen (GKV) nach § 20 SGB V gefördert.

Kontakt:

Petra Büchter

HAG

Tel: 040 – 63 64 77-78

petra.buechter@hag-gesundheit.de

## Erfolgreiche Aktion: Biobrotbox

Am ersten Montag im September verteilten Bildungs-senatorin Christa Goetsch, Schirmherr Pascal Henz, Botschafterin und Sterneköchin Cornelia Poletto und Botschafter Bedo, TV-Moderator, Biobrotboxen in der Grundschule Döhrnstraße in Hamburg-Lokstedt.

75 Schülerinnen und Schüler freuten sich über ein gemeinsames Frühstück mit prominenter Beteiligung.

### 13.000 Biobrotboxen

Am selben Tag erhielten 13.000 ABC-Schützen an 208 Hamburger Grundschulen die Biobrotbox. Tags zuvor hatten rund 100 freiwillige Helferinnen und Helfer die insgesamt 91.000 Einzelteile in die haltbaren, gelben Kunststoffdosen gepackt. Jede Box beinhaltet Zutaten für ein leckeres Frühstück: eine Scheibe Vollkornbrot, eine Möhre, einen vegetarischen Aufstrich, dazu einen Fruchtriegel oder

eine kleine Packung Müsli – natürlich alles in Bio-Qualität. Das lustige Biobrotbox-Bilderbüchlein lag obendrauf, und für alle Kinder gab's noch eine kleine Tüte Bio-Milch.

### Gut gefrühstückt – gut gelernt

Viele Kinder gehen ohne Frühstück in die Schule. Mit leerem Magen lässt sich aber nicht gut lernen. Deshalb hat es sich die Biobrotbox Hamburg zum Ziel gesetzt, Kinder, Eltern und

# HAG - aktiv



Lehrkräfte auf das wichtige tägliche Frühstück und Pausenbrot aufmerksam zu machen. In der Box können die Schulanfänger/innen ihr tägliches abwechslungsreiches Schulfrühstück transportieren.

## Viele Akteure machen mit

Die Biobrotbox Hamburg ist eine Aktion Hamburger Bio-Produzenten,

einiger Einzelhändler und engagierter Unternehmer – insgesamt finanzier-



ten in diesem Jahr 37 Sponsoren das Projekt. Es wurde in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung – LI, der

Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. – HAG und dem Ökomarkt e.V. zum dritten Mal in Folge umgesetzt. Rolf Winter, Geschäftsführer vom Bioland-Hof Gut Wulksfelde holte die 2002 in Berlin gestartete Aktion vor zwei Jahren nach Hamburg.

Kontakt:

Gut Wulksfelde GmbH

Rolf Winter

Tel: 040 – 64 42 51-44

[www.biobrotbox-hamburg.de](http://www.biobrotbox-hamburg.de)

## 500 Babyschlafsäcke für Neugeborene

*Eine Aktion des Hamburger Bündnisses gegen den Plötzlichen Säuglingstod*

Immer mehr Eltern in Hamburg kennen die Risiken für den Plötzlichen Säuglingstod und legen ihr Baby zum Schlafen auf den Rücken.



Foto: HAG

Mütterberatung Heimfeld: Staatsrätin Dr. Kempfert überreicht Babyschlafsack.

Dieses Wissen und die daraus resultierenden gesunkenen Sterbezahlen

sind auch ein Ergebnis der intensiven Aufklärungsarbeit des Hamburger Bündnisses gegen den Plötzlichen Säuglingstod. Während 1996 noch 18 Kinder am plötzlichen Kindstod verstarben, waren es 2007 zwei Kinder. Um auch in Zukunft das Bewusstsein für einen sicheren Babyschlaf zu stärken und eine gesunde Entwicklung zu fördern, startete am 2. Oktober in Hamburg-Harburg eine regionale Präventionskampagne.

Ziele sind, dass der Gebrauch von Babyschlafsäcken verstärkt beibehalten wird, dass diese korrekt angewendet und Versorgungslücken geschlossen werden. Die Schlafsäcke werden dazu kostenlos bei Hausbesuchen über die Mütterberatungen verteilt.

Die Finanzierung erfolgt über die Gesundheitsbehörde, die HAG und den Hamburger Babyschlafsackhersteller WICHMANN & FRIENDS.

Langfristiger Plan des Bündnisses gegen den Plötzlichen Säuglingstod: Verteilung von Babyschlafsäcken in weiteren Bezirken und Aufbau von Kooperationen mit Säuglingsstationen. Sollten Sponsoren Interesse haben, sich an der Aktion zu beteiligen, könnten die Schlafsäcke auch zukünftig kostenlos abgegeben werden.

Kontakt:

Susanne Wehowsky

HAG

Tel: 040 – 632 22 20

[susanne.wehowsky@hag-gesundheit.de](mailto:susanne.wehowsky@hag-gesundheit.de)

## Unsere Schule bewegt sich!

*Ausschreibung „Gesunde Schule 2008 / 2009“*

Die HAG schreibt zum elften Mal den Gesundheitspreis für Schulen aus. Das Motto diesmal: „Unsere Schule bewegt sich!“

Schwerpunktmäßig geht es um Bewegungsangebote, -aktivitäten und -projekte in Schulen. Stichworte sind u. a.: Aktive Pause, bewegungsförderliche Schulhofgestaltung, zu Fuß zur Schule, Bewegungsbaustelle, psychomotorische Bewegungsangebote. Aber auch alle anderen Bereiche der Gesundheitsförderung in Schulen sind gefragt.

Es können sich Hamburger Schulen aller Schulformen und Schulstufen bewerben, unabhängig von den Ausgangsbedingungen bzw. dem derzeitigen Stand der Gesundheitsförderung an

der Schule. Die Auszeichnung erhalten Schulen, die nachweislich während des Schuljahres gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bzw. gesundheitsfördernde Verhältnisse an ihrer Schule verbessern werden.



### Zum Ablauf

Bis zum 31. Dezember 2008 läuft die Anmeldefrist. Dann hat jede teilnehmende Schule bis zum 30. Juni 2009 Zeit, eine Dokumentation ihrer Gesundheitsförderungs-Aktivitäten an die HAG zu schicken. Die Verleihung der Auszeichnungen findet im Herbst 2009 statt.

### Wir unterstützen Sie

Die HAG berät zu allen Fragen des Bewerbungsverfahrens, im Zusammenhang mit der Entwicklung und Umsetzung eines Handlungskonzeptes zur Gesundheitsförderung. Sie verfügt über Erfahrungen und Materialien, vermittelt Beratung, Fortbildung und finanzielle Ressourcen und stellt Kontakte zu außerschulischen Kooperationspartnern her.

Weitere Infos: [www.hag-gesundheit.de](http://www.hag-gesundheit.de)

Kontakt:

Susanne Wehowsky

HAG

Tel: 040 – 632 22 20

[susanne.wehowsky@hag-gesundheit.de](mailto:susanne.wehowsky@hag-gesundheit.de)

## Termine der HAG-Arbeitskreise

### AK Ernährung, Kinder, Schule

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

### AK Gesundheitsförderung in der Arbeitsumwelt

Termine bitte erfragen  
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

Termine bitte erfragen  
Ort: Pro Familia, Landesverband Hamburg, Gesundheitszentrum St. Pauli  
Seewartenstr. 10, Haus 1  
20459 Hamburg  
14.00 – 15.30 Uhr  
Holger Hanck  
Tel: 040 – 428 37-22 12

### Hamburger Bündnis gegen den Plötzlichen Säuglingstod

Termin bitte erfragen  
Konferenzraum, Repsoldstr. 4  
20097 Hamburg  
HAG  
Tel: 040 – 632 22 20  
**Zielpatenschaft „Stillen“**  
Termin bitte erfragen  
Konferenzraum, 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



## Gesundheit fördern, Familien stärken

Neues Gesundheits- und Familienmobil informiert direkt vor Ort

Das Gesundheits- und Familienmobil des Hamburger Kinderschutzbundes fährt seit August durch Hamburgs Stadtteile. Mit dem Mobil können die Themen Gesundheitsförderung und Prävention attraktiv in Kitas, auf Wochenmärkten oder bei Stadtteilfesten an Familien

bei Stadtteilfesten und auf Wochenmärkten direkt in ihrem Wohnquartier angesprochen und zur Teilnahme an dem kostenlosen Erinnerungsservice des Hamburger Kinderschutzbundes eingeladen. Ab 2009 wird dann das Thema gesunde Ernährung und Bewegung im Mittelpunkt stehen.

Familien mit Migrationshintergrund in deren Muttersprache.

Für die Anschaffung und die Ausstattung des Mobils hatte die Bürgerschaft 100.000 Euro aus dem Sonderinvestitionsprogramm bewilligt. Die Steuerung und Planung von Einzelaktionen liegt – unter Einbindung der örtlichen Netzwerkpartner – in der Zuständigkeit des Hamburger Kinderschutzbundes. Der Verein kann dank einer Spende die Personal- und Öffentlichkeitsarbeitskosten bis Ende 2009 übernehmen.

## Gesundheits- & Familienmobil

herangetragen werden. Es sollen insbesondere Familien in Wohnquartieren mit weniger Infrastruktur und Familien mit Migrationshintergrund direkt angesprochen werden.

Mit dieser fahrenden Beratungsstelle wird Hamburgs Infrastruktur um ein weiteres Angebot ergänzt. Das Mobil kann Familien vor Ort ansprechend und flexibel erreichen.

### Fahrende Beratungsstelle

Die erste Aufgabe des Mobils wird die Intensivierung der Kampagne zur besseren Wahrnehmung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen sein. Unter dem Slogan „Enemene-mu – wir wollen zur U“ werden Familien vor Kindertagesstätten, Eltern-Kind-Zentren,

Bei allen Aktionen sind die Einrichtungen und Institutionen vor Ort einbezogen. So können die Familien nicht nur die Angebote, sondern auch die Ansprechpartner/innen in den Mütterberatungsstellen und Elternschulen persönlich kennen lernen. Besonderen Erfolg erhoffen sich die Initiatoren durch die Information der

Kontakt:

Deutscher Kinderschutzbund  
Landesverband Hamburg e. V.  
Uwe Hinrichs  
Tel: 040 – 43 29 27 41  
hinrichs@kinderschutzbund-hamburg.de  
www.kinderschutzbund-hamburg.de



## Eigenverantwortung ermöglichen und unterstützen

Ein Programm für Ärztinnen und Ärzte

Jochen Haisch, Sarie Ann Haisch

Eine politisch motivierte Übertragung der gesundheitlichen Eigenverantwortung auf die Patient(inn)en im Gesundheitssystem ist starker Kritik ausgesetzt. Fokussiert man aber auf den einzelnen Patienten und sein Verhältnis zum

behandelnden Arzt, treten eindeutige Forschungsergebnisse in den Vordergrund, die Eigenverantwortung als wünschenswert erscheinen lassen. Eigenverantwortliche Patient(inn)en profitieren mehr von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

und sind erfolgreicher bei der Krankheitsbewältigung.

### Schwierige Eigenverantwortung

Im Patientenalltag scheint allerdings die Ablehnung von Eigenverantwortung klar zu überwiegen. Persön-

# Gut zu wissen

liche Erfahrungen und Überzeugungen des Patienten/der Patientin stehen hier im Zentrum, die eine Übernahme von Eigenverantwortung unmöglich zu machen scheinen. Zwänge der persönlichen Umwelt, wie zum Beispiel Arbeit und Familie, aber auch kognitive Einschätzungen („mir fehlt der Wille“) und psychische Befindlichkeiten („Angst“) zählen hierzu. Für den behandelnden Arzt bedeutet dies, dass er die evidenzbasierten Vorteile der Eigenverantwortung bei Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung im praktischen Fall kaum umsetzen kann. Wird vom Patienten Eigenverantwortung erwartet, reagiert dieser häufig mit Non-compliance.

Eigenverantwortung des Patienten zeigt sich beispielsweise, wenn zentrale Behandlungsentscheidungen mitgetragen oder selbst gesteckte (Gesundheits-) Ziele verfolgt werden, wenn persönliche Kompetenz beim Umgang mit Krankheit vergrößert oder neues gesundheits- und krankheitsbezogenes Verhalten freiwillig ergriffen wird. In solchen Fällen hat der Patient bzw. die Patientin eine gewisse Kontrolle über den Prozess von Gesundheit und Krankheit. Aber er hat auch einen erheblichen Mehraufwand, ähnlich wie sein Arzt. Für den Arzt gilt das, weil Eigenverantwortung kaum im Routinebetrieb von Aufklärung und Beratung zu erreichen ist, für den Patienten trifft es zu, weil er aktiv mitarbeiten muss.

## VERA

Mit dem Programm VERA (VER-Antwortungsübernahme) wurde für Patientengruppen ein schrittweises ärztliches Vorgehen zur Vermittlung und Unterstützung von Eigenverantwortung entwickelt. Es handelt sich um ein strukturiertes Stufenprogramm, welches in Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte entwickelt und erprobt wurde. Grundlagen für das Programm sind unter anderem die kognitive Verhaltenstherapie (Selbstmanagementtherapie) und die

Suggestibilitätstheorie (lösungsorientierte Gesprächsführung).

Das Programm umfasst sieben Schritte:

- Aufklärung
- Gruppenbildung
- Sammeln der Patient(inn)enerfahrung
- systematische Überprüfung hinderlicher Erfahrungen
- Methoden der Suggestion neuer Erfahrungen
- Umsetzungsplanung
- Stabilisierung durch soziale Unterstützung.

VERA ist mit anderen Gruppenprogrammen zur Behandlung gesundheitlicher Risiken oder zur Krankheitsbewältigung frei kombinierbar.



Cartoon: Sari Ann Haisch

Es wurde in zahlreichen empirischen Untersuchungen mit unterschiedlichen Risikoträgern (z. B. Raucher/innen, Übergewichtige, Bewegungsarme) oder Kranken (z. B. Diabetiker Typ 1 und Typ 2, Magersüchtige) der günstige Effekt von VERA (weniger Rückfälle, geringere Ausfallquoten, stabilisierte Veränderungen, größere Veränderungen) nachgewiesen.

Das Programm VERA ist veröffentlicht und kann über den Buchhandel bezogen werden. Jochen Haisch: Der mündige Patient und sein Arzt, Wie der Arzt die Eigenverantwortung des Patienten fördern kann, Ein Trainingsprogramm, Asanger Verlag (Kröning) 2003, 105 S. 19,- Euro, ISBN 978-3-89334-396-6

Kontakt:

Prof. Dr. Jochen Haisch  
 cand.med. Sari Ann Haisch  
 Universität Ulm  
 Prävention und Gesundheitsförderung  
 Helmholtzstraße 20  
 89081 Ulm  
 jochen.haisch@uni-ulm.de

## Partnerschaftlich den richtigen Weg wählen

TK-Patientendialog

John Hufert

Mit dem Internetangebot „TK-Patientendialog“ fördert die Techniker Krankenkasse (TK) eine Entscheidungspartnerschaft von Arzt und informiertem Patienten. Das Angebot orientiert sich an den Erfordernissen realer Arzt-Patienten-Gespräche und macht – individuell an das Informationsbedürfnis und die Vorkenntnisse des jeweiligen Versicherten angepasst – mit Diagnosen und Behandlungsoptionen vertraut. Patient und Arzt können sich so besser über die geeignete Gesundheitsstrategie verständigen. Die TK hat das interaktive Informationssystem im Internet zusammen mit der Universität Freiburg aufgebaut.

### Interview mit dem Leiter der Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Freiburg Professor Dr. Dr. Martin Härter

Das Verhältnis von Patient und Arzt ist im Umbruch. Könnte man sagen, dass Patienten sich von den „Halbgöttern in Weiß“ emanzipieren?

Prof. Härter: Ja. Und das ist eine positive Entwicklung! Mehr als zwei Drittel aller Patienten wünschen sich, Entscheidungen über diagnostische und therapeutische Maßnahmen partnerschaftlich mit ihrem Arzt zu treffen. Der Fachbegriff dafür ist „partizipative Entscheidungsfindung“. Maßnahmen werden nicht „für“ den Patienten, sondern „gemeinsam mit ihm“ festgelegt. Entscheidungen über den Kopf der Betroffenen hinweg sind eindeutig überholt. Es geht hier aber um mehr als nur die Patientenzufriedenheit. Studien haben belegt, dass selbstbestimmte und informierte Patienten, die sich als Partner des Arztes verstehen, ihre Diagnose eher akzeptieren und Therapien besser mittragen. Das zieht ein positiveres Gesundheitsverhalten, einen größeren Behandlungserfolg und nicht zuletzt eine höhere Lebensqualität der Patienten nach sich.

Fehlt Patienten nicht das medizinische Fachwissen, um tatsächlich Partner des Arztes sein zu können?

Prof. Härter: Es stimmt, das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient ist zunächst asymmetrisch. Ärzte sollten daher versuchen, die richtigen und



wichtigen Informationen verständlich und für den individuellen Patienten angemessen zu vermitteln. Hierfür bleibt im Alltag der Praxis und in der Klinik aber meist nur wenig Zeit.

Viele Patienten suchen in dieser unbefriedigenden Situation nach Hilfe im Internet. Ein nahe liegender, aber nicht unproblematischer Weg. Denn oft ist nicht klar, woher bestimmte Informationen stammen, wie aktuell sie sind und ob sie tatsächlich den Stand der medizinischen Wissenschaft widerspiegeln. Viele Ratsuchende sind damit überfordert, zumal die Informationen häufig nicht patientenverständlich aufbereitet sind.

Der TK-Patientendialog schließt diese Informationslücke. TK-Versicherte erhalten Zugang zu neuesten medizinischen Erkenntnissen. Sie können sich verlässlich, evidenzbasiert und leitlinienorientiert über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen informieren. Das ist aber nicht alles. Das wirklich Besondere am Patientendialog ist, dass das System den Umfang und die Art der Informationspräsentation flexibel an die individuellen Bedürfnisse der Patienten anpasst. Über die Internetseite der TK führen die Patienten ein „virtuelles Gespräch“ mit einem medizinischen Experten. Ähnlich wie ein Arzt stellt der Computer Fragen, die sich auf die Beschwerden oder den Wissensbedarf des Patienten beziehen. Aus den Antworten generiert das System dann genau die Informationen, die die Patienten benötigen.

*Das klingt ein bisschen, als würde der Arzt durch den Computer ersetzt.*

Prof. Härter: Im Gegenteil: Das System unterstützt, dass sich Patient und Arzt auf Augenhöhe begegnen. Mit dem Patientendialog können sich die Patienten auf den Arztbesuch

vorbereiten und eigene Präferenzen herausfinden. Zum Beispiel, ob sie bei akuten Kreuzschmerzen eher aktiv bleiben wollen oder Medikamente einnehmen möchten. Mit dem Wissen um Behandlungsoptionen und persönliche Vorlieben können die Patienten in das Arztgespräch gehen.

den konnten wie für Kreuzschmerz, obwohl Menschen mit Depression oft unter Antriebsstörungen leiden. Daran



Foto: Techniker Krankenkasse

Hilfe im Internet

Ein mündiger Patient und ein medizinischer Experte treffen dann eine gemeinsame Entscheidung über das richtige Behandlungsverfahren.

*Nehmen die Patienten das Angebot denn an?*

Prof. Härter: Ja. Das Angebot des Patientendialogs besteht seit Juni 2007 – anfangs nur für die Indikation akuter Kreuzschmerz, inzwischen auch für das Thema Depression. Bis Ende April 2008 haben wir fast 15.000 Nutzer des Patientendialogs registriert. Teilnehmer verweilen auf den Seiten des Patientendialogs erheblich länger als auf herkömmlichen Informationsseiten. Besonders bemerkenswert ist, dass binnen kurzer Zeit fast ebenso viele Versicherte mit Depression für den Patientendialog gewonnen wer-

zeigt sich, wie groß das Bedürfnis der Betroffenen nach entsprechenden Angeboten ist und wie gut der Patientendialog ankommt.

Der TK-Patientendialog befindet sich auf der Homepage der TK unter [www.tk-online.de](http://www.tk-online.de) und dem Suchwort Patientendialog.

Kontakt:

John Hufert  
Techniker Krankenkasse  
Landesvertretung Hamburg  
Tel: 040 - 69 09 55 13  
e-mail: [john.hufert@TK-online.de](mailto:john.hufert@TK-online.de)

## Bei Mama schmeckt's am besten

*Hamburger Tafel und Großmarkt Hamburg ermöglichen Kochkurse für gesunde Ernährung*

**A**cht Frauen stehen um einen Tisch, schneiden frisches Obst und Gemüse. Es gibt Nudelauflauf mit Tomatensoße, dazu einen gesunden Pausensnack mit Vollkornbrot, Gemüsesticks und Obst, als Nachtisch Joghurt mit Früchten. Die Frauen sind Teilnehmerinnen eines ganz besonderen Kochkurses. „Bei uns geht es

nicht darum, den Frauen Kochen beizubringen, sondern ihr Bewusstsein dafür zu wecken, dass sie auch mit wenig Geld leckere und vor allem frische Gerichte auf den Tisch zaubern können“, erklärt Diakon Uwe Loose, der seit einigen Jahren die offene soziale Jugendarbeit in der evangelischen Kirchengemeinde Eidelstedt an der

Johanniskirche betreut und dort seit Anfang an auch für die Kochkurse, die sich besonders an junge Mütter mit geringem Familieneinkommen wenden, verantwortlich ist.

Die Idee zu den Kursen hatte die Hamburger Tafel e. V., eine Initiative, die Nahrungsmittel von Herstellern und Händlern einsammelt und an

# Gut zu wissen



Bedürftige verteilt. Die erste Runde im Herbst 2006 war ein großer Erfolg, so dass seit mehr als drei Jahren in vielen Hamburger Stadtteilen wieder frisch und gesund gekocht wird. Der



Foto: Hamburger Tafel

Großmarkt Hamburg liefert als Partner dieses Projekts über die Großmarkt Hamburg Verwaltungsgenossenschaft (GHVG) frisches Obst und Gemüse für die Kurse. Das Besondere: Alle Teilnehmerinnen erhalten die Zutaten für das erlernte Gericht auch für zu Hau-

se, damit sie ihre Familie mit einem tollen Menü überraschen können. „Uns hat das Konzept von Anfang an überzeugt und wir freuen uns, einen sinnvollen Beitrag für gesunde Ernährung in Hamburg leisten zu können“, betont Großmarkt Geschäftsführer Torsten Berens.

Die Teilnehmerinnen nehmen das Angebot begeistert wahr. „Wir lernen interessante Rezepte kennen, Essen die fertigen Gerichte gemeinsam und tauschen uns aus“, freuen sich die Frauen übereinstimmend. Beim Kochen wird noch darüber diskutiert, wie das Kohlgericht der letzten Woche zu Hause angekommen ist und wie es dem eigenen Geschmack entsprechend variiert wurde. „Damit bieten wir auch ein Stück Gemeinschaft und machen Mut, Neues auszuprobieren“, sagt Uwe Loose, als er die Tüten mit den Zutaten für das Rezept dieser Woche packt. „Ich hoffe sehr, dass unsere

nächsten Kurse genauso begeistert angenommen werden.“

Die Kochaktionen sind so erfolgreich, dass die Organisatoren die Rezepte jetzt im Kochbuch „Einfach, günstig und lecker kochen!“ einem großen Publikum zugänglich machen. Für 6 Euro ist das Kochbuch in allen Filialen der Heymann Buchhandlung zu erwerben. Zusätzlich zu den einfachen, günstigen und leckeren Rezepten aus den Kochkursen finden sich auch ein Wochenmarktfinder, Küchenwissen über Kräuter und Garverfahren sowie Einkaufstipps in dem nützlichen Buch. Der Erlös aus dem Verkauf des Kochbuchs wird direkt für die weitere Finanzierung der Kochkurse verwendet.

Interessentinnen erhalten weitere Informationen zu den Kursen und zum Kochbuch direkt bei der Hamburger Tafel.

Kontakt:

Hamburger Tafel e. V.  
Beim Schlump 84  
20144 Hamburg  
Tel: 040 – 44 36 46  
info@hamburger-tafel.de  
www.hamburger-tafel.de

## Fachtagung „fit und pfiifig – kinder bewegen ihre zukunft“

Elke Fontaine, Klaus Euteneuer-Treptow

**B**ewegungslernen im Kindesalter hat eine große Bedeutung: Kinder erkunden die Welt mit dem Kompass „Neugier und Ausprobieren“. Neue Anreize und vielfältige Erfahrungen durch Bewegung halten diesen Prozess lange lebendig. Kinder erleben, erkennen und erweitern so ihre persönlichen Kompetenzen.

Was für Erzieherinnen selbstverständliche Erfahrung ist, wurde mittlerweile auch von der Hirnforschung bestätigt: Die Entwicklung des Gehirns ist eng verknüpft mit allen Formen von Bewegung. Bewegung fördert Lernprozesse positiv. Volkstümlich gesprochen: Bewegung macht tatsächlich schlau.

Erzieher/innen, Übungsleiter/innen in Sportvereinen und Vorschullehrer/innen arbeiten mit einer Balance von bereits vorhandenen

Fähigkeiten der Kinder und neuen Herausforderungen. Motivation für Bewegung wird so für die Zukunft aufgebaut, ein Fundament für die Weiterentwicklung der Kinder.

Die 4. Fachtagung „fit und pfiifig“ am 21. Februar 2009 des Hamburger Netzwerkes „Bewegung in Kita und Verein“ bringt vielfältige Anregungen und in zahlreichen Workshops Bewegung zum Ausprobieren für die Praxis. Ebenso bietet sie eine gute Gelegenheit über den Tellerrand zu schauen und mit Kolleginnen und Kollegen Erfahrungen auszutauschen. Eingeladen sind Übungsleiter/innen für Eltern-Kind- und Kinderturnen mit 3 – 6-Jährigen, Erzieher/innen, Vorschullehrer/innen und alle Interessierte, die Kinder mit Bewegungsangeboten in ihrer Entwicklung unterstützen.

### Das Programm

Den Hauptvortrag wird Prof. Dr. Ungerer-Röhrich (Universität Bayreuth) zum Thema „Kinder stärken durch starke Begleiter – ressourcenorientierte Arbeit in Kita und Verein“ halten.

Workshops

- Lernen im Kindertanz durch Improvisation und Gestaltung
- Drums Alive® – Kids Beats
- Bewegungsspiele mit Alltagsmaterialien
- Frühkindliche Bewegungsförderung mit Musik für Kinder von 2-5 Jahren
- „Sensorische Integration im Dialog“ nach Ulla Kiesling
- Bewegtes Lernen – Lesen-, Schreiben-, Rechnen-Lernen mit dem ganzen Körper
- Was mache ich, wenn Kinder „stören“ – Praktische Hilfen im Umgang mit besonderen Kindern



- Losgelöst von allen Zwängen  
– Lachen (ver-)sucht die Stille
- Gutes für den Kinderfuß
- So ein Theater mit der Haltung
- Kinder stärken durch Bewegung:  
„Schatzsuche“ in der Praxis
- Wenn Sprache begeistert turnt!  
– Bewegte Sprachförderung
- Outdoorspiele – Natur- und Umweltwahrnehmung
- Gehirn-Zirkus
- Gütesiegel Bewegungskita der Hamburger Sportjugend
- Bewegter Alltag kindgerecht

Und was es mit „Dem Kewwin sein Aufmerksamkeits-De-ce-fix-phantom“ auf sich hat, erfahren alle bewegungsererschöpften Teilnehmer/innen in der Abschlussrunde.

„fit und pffiffig“ findet statt am Samstag, 21. Februar 2009 von 9.00 – 18.00 Uhr im ETV, Bundesstraße 55, Hamburg. Die Tagungsgebühr beträgt 40,- Euro für Frühbucher/innen bis zum 23.01.09 und 45,- Euro ab 24.01.09. Veranstaltet wird die Fachtagung vom VTF – Verband für Turnen und Freizeit, Hamburg, der Hamburger Sportjugend,



Foto: Verband für Turnen und Freizeit Hamburg e. V.

der Vereinigung Hamburger Kindertagesstätten und der Unfallkasse Schleswig-Holstein Hamburg in Partnerschaft mit der HAG, dem Hamburger Abendblatt und der Stiftung Kinderjahre.

Das ausführliche Programm kann angefordert werden.

————— Kontakt: —————

Klaus Euteneuer-Treptow  
Verband für Turnen und Freizeit  
Hamburg e. V.  
Schäferkampsallee 1  
20357 Hamburg  
Info-Hotline: 040 – 419 08-273/272  
www.vtf-hamburg.de

## Deutlicher Anstieg der Arbeitsunfähigkeit durch Rückenerkrankungen in Hamburg

Wolfgang Klink

Rückenerkrankungen und Rückenschmerzen gewinnen bei krankheitsbedingten Fehlzeiten zunehmend an Bedeutung. Sie haben mit 19,7 Prozent nach den psychischen und Verhaltensstörungen (25,2 Prozent) den zweithöchsten Anteil am Krankenstand in Hamburg und verursachen in Deutschland mit einem jährlichen Bruttowertschöpfungsverlust von 15,5 Milliarden Euro enorme volkswirtschaftliche Kosten. Von 2006 auf 2007 haben sich die durch Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachten Fehlzeiten (Arbeitsunfähigkeitstage/AU-Tage) in Hamburg um 25,6 Prozent erhöht (2006 = 16,4 AU-Tage, 2007 = 20,6 AU-Tage). Das dokumentiert der jetzt vorliegende BARMER-Gesundheitsreport 2008, der sich schwerpunktmäßig der Rückengesundheit widmet. Damit liegt die Steigerung der Fehlzeiten in Hamburg deutlich über dem durchschnittlichen Bundeswert (plus 10,1 Prozent).

Die Zahl chronisch Rückenkranker steigt mit dem Alter sprunghaft an. Zwischen 41 und 59 Jahren machen sie unter den Muskel-Skelett-Erkrankungen 60,2 Prozent der AU-Fälle aus. Bei Berufstätigen bis 29 Jahre sind es lediglich 5,1 Prozent. Zwischen 30 und 44 Jahren schnellst ihr Anteil bereits auf

22,5 Prozent. Mit der demographischen Entwicklung werden Rückenerkrankungen in Unternehmen zukünftig noch bedeutsamer. Durch betriebliches Gesundheitsmanagement möchte die Ersatzkasse daher gezielt helfen, gesunde Arbeitsbedingungen zu schaffen und Rückenschmerzen in der Belegschaft vorzubeugen. Die Versicherten profitierten zudem von einer Reihe konkreter Präventionsangebote, die zunehmend genutzt werden. Gegenüber dem Jahr 2006 stieg die Zahl der im Jahr 2007 durchgeführten Präventionsmaßnahmen in Hamburg um rund 30 Prozent. Regelmäßig werden Bewegungsprogramme am häufigsten durchgeführt; auch Maßnahmen zur Stressreduktion stoßen auf großes Interesse.

Den kompletten Gesundheitsreport 2008 finden Interessierte im Internet unter [www.barmer-unternehmen.de](http://www.barmer-unternehmen.de). Zusatzinformationen zum Schwerpunktthema Rückengesundheit und zu den Landesergebnissen gibt es außerdem unter [www.barmer.de/presse](http://www.barmer.de/presse).

————— Kontakt: —————

Wolfgang Klink  
BARMER Hamburg  
Tel: 040 – 2 39 41 45 30 20  
e-mail: [wolfgang.klink@barmer.de](mailto:wolfgang.klink@barmer.de)

## Lückenloses Bonusheft bringt bares Geld

Vera Kahnert

Wer noch nicht da war, sollte spätestens jetzt einen Besuch beim Zahnarzt oder der Zahnärztin für die jährliche, kostenfreie Vorsorgeuntersuchung noch für dieses Jahr vereinbaren.

Denn für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne, d. h. durch die Inanspruchnahme der jährlichen Vorsorgeuntersuchung, erhöhen sich die geltenden Festzuschüsse wie folgt: Nachweis über die letzten fünf Jahre (ohne Unterbrechung!) – Erhöhung der Festzuschüsse um 20 Prozent; Nachweis über die letzten zehn Jahre (ohne Unterbrechung!) – Erhöhung der Festzuschüsse um weitere 10 Prozent.

Die Ersatzkassen erinnern ihre Versicherten daran, die Vorsorgeun-

tersuchung 2008 noch in Anspruch zu nehmen, sofern sie dies in diesem Jahr noch nicht getan haben.

Übrigens: Für eine alleinige Vorsorgeuntersuchung fällt keine Praxisgebühr an. Nicht nur, aber auch deshalb sollte die Vereinbarung eines Vorsorge-Termins nicht auf die lange Bank geschoben werden.

————— Kontakt: —————

Vera Kahnert  
Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.  
AEV-Arbeiterersatzkassen-Verband e.V.  
Landesvertretung Hamburg  
Tel: 040 – 41 32 98-20  
[vera.kahnert@vdak-aev.de](mailto:vera.kahnert@vdak-aev.de)  
[www.vdak-aev.de](http://www.vdak-aev.de)

## Gut zu wissen



Unter dem Titel „Gesund aufwachsen – Ganzheitliche Förderung von Grundschulkindern“ schreiben das Bundesministerium für Gesundheit, die Manfred Lautenschläger Stiftung und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Träger den Deutschen Präventionspreis 2009 aus. Es sind Grundschulen zum Wettbewerb eingeladen, die Aspekte der Bewegungsförderung,

gesunden Ernährung und der psychosozialen Gesundheit im Schulalltag systematisch berücksichtigen.

Die Bewerbungsfrist beginnt am 1. Dezember 2008 und endet am 22. Januar 2009.

Die Preisverleihung findet am 16. Juni 2009 in Berlin statt. Danach werden die besten Projekte auf der Inter-

## Deutscher Präventionspreis 2009



netseite [www.deutscher-praeventionspreis.de](http://www.deutscher-praeventionspreis.de) und in einer Dokumentation veröffentlicht, um anderen Schulen Ideen und Hilfestellung für die eigene Präventionsarbeit zu geben.

Kontakt:

Organisatorische Betreuung  
Guido Müller  
Media Consulta  
Tel: 0221 – 35 00-505  
[info@deutscher-praeventionspreis.de](mailto:info@deutscher-praeventionspreis.de)  
[www.deutscher-praeventionspreis.de](http://www.deutscher-praeventionspreis.de)



Heinz Bude, in Kassel lehrender Soziologe, beschreibt in zehn eindrucksvollen Essays die voranschreitende soziale Spaltung unserer Gesellschaft.

Jede/n kann es treffen – die ungelernete Aushilfskraft ebenso wie den hochqualifizierten Wissenschaftler. Von Armut betroffen sind bereits etliche gesellschaftliche Gruppen: Kinder, alleinerziehende Mütter, Jugendliche ohne Schulabschluss, alte Menschen mit geringer Rente. Dazu kommen immer mehr Men-



schen, die sich nach Ausbildung und Studium mit Praktika oder befristeten (Projekt-)Arbeitsverhältnissen über Wasser halten müssen, Scheinselbstständige und working poor: „das heißt auf deutsch, Verarmung trotz Vielbeschäftigung“.

Bude entwirft ein umfassendes Bild jener rauen Verhältnisse, die in Zukunft zunehmend unsere Gesellschaft prägen werden. Seine „Betrachtungen über die Ausgeschlossenen in Deutschland“ sind „ein

Stück öffentlicher Soziologie“. Dabei geht es ihm nicht darum, Verbesserungsvorschläge zu machen, sondern erst einmal um die aktuelle Zustandsbeschreibung. So erregt die öffentliche Soziologie dann „Aufmerksamkeit, wenn sie zeigen kann, dass die Dinge anders laufen, als man erwarten würde, und wie es geht, dass es so kommt, wie niemand es will.“ Budes nüchterner Blick auf die Realität weist ebenso darauf hin, „dass das Ganze auch anders sein kann“.

**Heinz Bude, Die Ausgeschlossenen, Das Ende vom Traum einer gerechten Gesellschaft, Carl Hanser Verlag, München 2008, 144 S., 14,90 Euro, ISBN 978-3-446-23011-8**

## Health Inequalities

Mit dem Begriff „Health Inequalities“ werden im englischen Sprachraum Phänomene gesundheitlicher Ungleichheit beschrieben, wenn diese an Formen gesellschaftlicher Ungleichheit gekoppelt sind. Im deutschsprachigen Raum vermissen die Herausgeber dieses Buches eine einheitliche Verbindung in den entsprechenden Fachdiskussionen. Zudem ist der Forschungsgegenstand Gesundheit trotz vielfältiger Anknüpfungspunkte zu sozialwissenschaftlichen Forschungsfeldern in diesen kaum präsent.

Erstmals sind hier Beiträge führender Fachvertreterinnen und -vertreter der internationalen Forschung zum Thema „Health Inequalities“ zusammengetragen worden. So werden neben sozioökonomischen und sozio-kulturellen Erklärungsansätzen der Forschungsbe-

reich Interaktion, Biografie, Lebenslauf im Zusammenhang mit gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit ebenso betrachtet, wie die Konsequenzen für Forschung und Praxis dargestellt.

Das Buch gibt einen umfassenden Überblick des aktuellen Forschungsstandes zum „vielschichtigen wie provokanten Gegenstand Health Inequalities“. Es wendet sich an alle, die sich professionell mit Gesundheit in Wissenschaft und Praxis beschäftigen: in den Bereichen Soziologie, Public Health, Epidemiologie, Gesundheitsförderung und Sozialpolitik.

**Ulrich Bauer, Uwe H. Bittlingmeyer, Matthias Richter, Health Inequalities, Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008, 553 S., 49,90 Euro, ISBN 978-3-531-15612-5**

## 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](http://www.hag-gesundheit.de)

e-mail: [buer0@hag-gesundheit.de](mailto:buer0@hag-gesundheit.de)

V.i.S.d.P.: Susanne Wehowsky

Redaktionsteam:

Ahmed El-Jarad, Dörte Frevel, Petra Hofrichter, John Hufert, Christine Ortl, Susanne Wehowsky

Koordination: Dörte Frevel

Konzeption und Gestaltung:

Kontor 36, Elga Voß

Satzerstellung: Christine Ortl

Druck: Drucktechnik

Auflage: 2500

ISSN 1860-7276

Erscheinungsweise: 4 x jährlich

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

## Das Leben kann so leicht sein

Es werden heute hohe Anforderungen an das Gesundheitsverhalten des Individuums gestellt. Oder setzt sich der Mensch bezüglich seiner Gesundheit selbst unter Druck – und wenn ja, warum? Es wird erwartet, dass wir uns kalorien- oder cholesterinbewusst ernähren, den Körper im Fitness-Studio oder beim täglichen Joggen fit (und schön) trainieren oder die Seele mittels Psychotherapie oder Coaching an die Leistungsanforderungen unserer modernen Arbeitsgesellschaft „anpassen“. Die Haltung, die mit Lebenslust beschrieben werden kann, bleibt dabei häufig auf der Strecke. Und was ist mit denen, die über keinen perfekten Körper oder Geist verfügen?

Der Arzt und Theologe Manfred Lütz stellt in seinem Buch die These auf, dass Glück und Gesundheit zur Ersatzreligion geworden ist, zum Heil, das es hier und jetzt uneingeschränkt zu erreichen gilt. Dem widerspricht er – vehement. Zuweilen ketzerisch, immer humorvoll und originell geht er ins Gericht mit Gesundheitsaposteln und



Fitnesspápsten, Talkshowtherapeuten und Hobbyanalytikern. Gegen die Wirtschaftsmacht „Gesundheitssystem“ setzt er ein ganzheitliches, spirituelles Verständnis von Gesundheit und Lebenslust. Das Buch zielt auf eine Haltung der gelassenen Zustimmung zur Welt, eine „Lebenskunst“, die auch unter widrigen Umständen die Lust am Leben erhält. Sehr lesenswert!

**Manfred Lütz, Das Leben kann so leicht sein, Lustvoll genießen statt zwanghaft gesund, Carl Auer Verlag, Heidelberg 2007, 139 S., 12,95 Euro, ISBN 978-3-89670-605-8**

## Präventives Elterntraining für alleinerziehende Mütter

In Deutschland wachsen ca. 20 Prozent aller Kinder bei nur einem Elternteil auf, davon 85 Prozent bei der Mutter. Die häufig deutlich schlechtere wirtschaftliche Lage der Betroffenen, die emotionale Überforderung und die fehlende Vaterrolle erzeugen nicht selten entwicklungspsychologische Risiken für die Kinder und gesundheitliche Belastungen bei den Müttern.



Der Arzt und Psychoanalytiker Matthias Franz und sein Team am Universitätsklinikum Düsseldorf entwickelten für diese Zielgruppe ein bindungsorientiertes und emotionszentriertes Elterntraining. PALME – Präventives Elterntraining für alleinerziehende Mütter geleitet von Erzieher/innen ist ein niedrigschwelliges Gruppenprogramm und wendet sich an Mütter mit Kindern im Vor- und Grundschulalter.

Das nun erschienene Handbuch bietet neben einer gut verständlichen Einführung eine strukturierte und zielorientierte Übersicht der 20 Gruppensitzungen. Diese sind in vier Module unterteilt und trainieren die emotionale Selbstwahrnehmung der Mütter, das Einfühlen in das Erleben des Kindes, das Wahrnehmen der Gesamtsituation in der Familie und das Suchen und Finden von neuen Lösungen im Alltag.

Das Manual sollte von Erzieherinnen und Erziehern auf der Grundlage einer PALME-Schulung angewendet werden.

*Ann-Christin Röver*

**Matthias Franz, PALME, Präventives Elterntraining für alleinerziehende Mütter geleitet von Erzieherinnen und Erziehern, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2008, 449 S., mit CD, 39,90 Euro, ISBN 978-3-525-40405-8**

## Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern

Gesund und glücklich aufzuwachsen in den westlichen Gesellschaften scheint für Kinder nicht leicht zu sein. Die Autoren Thomas Berry Brazelton und Stanley I. Greenspan sind erfahrene Kinderärzte und seit Jahrzehnten bekannt durch ihre entwicklungspsychologischen Veröffentlichungen – speziell in der Säuglingsforschung. Sie formulieren Grundbedürfnisse von Kindern, die in den westlichen Wohlstandsgesellschaften fast überall zu kurz kommen. Diese sieben Grundbedürfnisse sind die Bausteine für ein emotionales, soziales und intellektuelles Wachstum. Die Autoren gehen dabei auch kontroversen Fragen nicht aus dem Weg, z. B.: Wie wirken sich wechselnde Betreuungspersonen aus? Wie viel Zeit braucht ein Kind mit Vater und Mutter? Wie wirken frühe Betreuungsformen auf die Grundbedürfnisse? Neben grundlegenden Überlegungen zu den Themen und Fragen ist dieses Buch voller praktischer Tipps für Väter und Mütter, ebenso für Erzieher/innen, Lehrer/innen, Sozialpädagog(inn)en, Ärzte/innen und alle, die im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen tätig sind.

**T. Berry Brazelton, Stanley I. Greenspan, Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern, Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein, Beltz, Weinheim und Basel 2008, 360 S., 14,90 Euro, ISBN 978-3-407-22188-9**

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

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

## Lokal

### Gesund und mobil im Alter

20.11.08, 15.00 – 17.00 Uhr  
 Albertinen-Haus, Hamburg  
 Kontakt: Behörde für Soziales, Familie,  
 Gesundheit und Verbraucherschutz,  
 Gesundheitsberichterstattung und  
 Gesundheitsförderung  
 Dr. Katharina Juhl  
 Tel: 040 – 428 37-24 81  
 Anne Wittenburg-Christophersen  
 Tel: 040 – 428 37-20 71

### Pathologischer Internetgebrauch: Perspektiven für die Beratung und Behandlung, Symposium

21.11.08, Hamburg  
 Kontakt: Universitätsklinikum Ham-  
 burg-Eppendorf, Zentrum für Psycho-  
 soziale Medizin, Deutsches Zentrum  
 für Suchtfragen des Kindes- und  
 Jugendalters (DZSKJ)  
 Martinistr. 52, 20146 Hamburg  
 Tel: 040 – 428 03-93 07  
 sekretariat.dzskj@uke.uni-hamburg.de  
 www.dzskj.de

### 3. Harburger Depressionstag

26.11.08, 14.00 – 19.00 Uhr  
 Bezirksamt Hamburg-Harburg  
 Kontakt: Harburger Bündnis gegen  
 Depression e. V., Asklepios Klinik Har-  
 burg, Eißendorfer Pferdeweg 52  
 21075 Hamburg, Kerstin Goßmann  
 Tel: 040 – 18 18 86-21 04  
 ke.gossmann@asklepios.de  
 www.buendnis-depression.de

### Abschlussveranstaltung des Modell- projekts „Kitas fit für die Zukunft“

04.02.09, Hamburg  
 Kontakt: HAG, Repsoldstr. 4  
 20097 Hamburg, Petra Büchter  
 Tel: 040 – 63 64 77-78  
 petra.buechter@hag-gesundheit.de  
 www.hag-gesundheit.de

### Regionalkonferenz „Gesundheitsför- derung in der Sozialen Stadt“

12.02.09, Hamburg  
 Kontakt: HAG, Repsoldstr. 4  
 20097 Hamburg, Petra Hofrichter  
 Tel: 040 – 63 64 77-91  
 petra.hofrichter@hag-gesundheit.de  
 www.hag-gesundheit.de

### fit und pffiffig, 4. Fachtagung

21.02.09, Hamburg  
 Kontakt: Verband für Turnen und Frei-  
 zeit Hamburg e. V., Klaus Euteneuer-  
 Treptow, Schäferkampsallee 1  
 20357 Hamburg  
 Info-Hotline: 040 – 419 08-273/272  
 www.vtf-hamburg.de

### XI. Tagung Die subjektive Seite der Schizophrenie, Therapeutische und andere Beziehungen

25. – 27.02.09, Hamburg

Kontakt: Birgit Hansen, Christa Pach-  
 mann, Universitätsklinikum Hamburg-  
 Eppendorf, Klinik und Poliklinik für  
 Psychiatrie und Psychotherapie  
 Martinistr. 52, 20246 Hamburg  
 Tel: 040 – 428 03-56 16  
 bhansen@uke.uni-hamburg.de

### Potential Vielfalt, Diversity in Super- vision, Organisationsentwicklung und Fortbildung, Fachtagung

27.02.09, Hamburg  
 Kontakt: Agentur für Prävention  
 Kanalstr. 45, 22085 Hamburg  
 Tel: 040 – 22 69 19 69  
 info@agentur-fuer-praevention.de  
 www.potential-vielfalt.de

### National

#### Was macht Kinder fit? Prävention und Rehabilitation von Adipositas bei Kindern und jungen Erwachsenen

24.11.08, Hannover  
 Kontakt: Landesvereinigung für  
 Gesundheit und Akademie für Sozial-  
 medizin Niedersachsen e. V.  
 Fenskeweg 2, 30165 Hannover  
 Tel: 0511 – 350 00 52  
 info@gesundheit-nds.de  
 www.gesundheit-nds.de

#### Gesundheit von Kindern und Familien Szenarien zwischen Überernährung, Bewegungsmangel, Verwahrlosung, Körperkult und Leistungsgesellschaft

25.11.08, Köln  
 Kontakt: Diözesan-Caritasverband  
 für das Erzbistum Köln e. V.  
 Abt. Tageseinrichtungen für Kinder  
 Markus Linden-Lützenkirchen  
 Georgstr. 7, 50676 Köln  
 Tel: 0221 – 20 10-275  
 markus.linden-luetzenkirchen@  
 caritasnet.de

#### Gesundheit von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund im Stadt- teil – ein Frage der Integration?!

27.11.08, Oldenburg  
 Kontakt: Landesvereinigung für  
 Gesundheit und Akademie für Sozial-  
 medizin Niedersachsen e. V.  
 Fenskeweg 2, 30165 Hannover  
 Tel: 0511 – 350 00 52  
 info@gesundheit-nds.de  
 www.gesundheit-nds.de

#### Wettbewerbsvorteil Gesundheit, Förderung psychischer Gesundheit in der Arbeitswelt – Konzepte und Erfahrungen

02. – 03.12.08, Köln  
 Kontakt: Team Gesundheit GmbH  
 Anna Dumke, Dorothea Waschke  
 Max-Fiedler-Straße 6, 45128 Essen  
 Tel: 0201 – 565 96 11  
 waschke@teamgesundheit.de  
 www.teamgesundheit.de

### 6. Deutsche Konferenz für Tabak- kontrolle

03. – 04.12.08, Heidelberg  
 Kontakt: Deutsches Krebsforschungs-  
 zentrum (DKFZ), WHO-Kollabora-  
 tionszentrum für Tabakkontrolle  
 Susanne Schmitt, Im Neuenheimer  
 Feld 280, 69120 Heidelberg  
 Tel: 06221 – 42 30 10  
 who-cc@dkfz.de  
 www.tabakkontrolle.de

#### Zappelig, gewaltbereit und ängstlich?

Schwierigkeiten und Irrtümer bei der  
 Diagnostik von ADHS-Kindern  
 04. – 05.12.08, Stuttgart  
 Kontakt: Die Kinderschutz-Zentren  
 Bonner Straße 145, 50968 Köln  
 Tel: 0221 – 56 97 53  
 die@kinderschutz-zentren.org  
 www.kinderschutz-zentren.org

#### Sechs Jahre „Mehr Gesundheit für alle“

– Rückblick und Perspektiven, Satelliten-  
 veranstaltung Armut und Gesundheit  
 04.12.08, Berlin  
 Kontakt: Landesarbeitsgemeinschaft  
 für Gesundheitsförderung  
 Friedrichstr. 231, 10969 Berlin  
 Tel: 030 – 44 31 90 60  
 satellit@gesundheitberlin.de  
 www.gesundheitberlin.de

#### Gerechtigkeit schafft mehr Gesund- heit für Alle! 14. Kongress Armut und Gesundheit

05. – 06.12.08, Berlin  
 Kontakt: Gesundheit Berlin, Landesar-  
 beitsgemeinschaft für Gesundheitsförde-  
 rung, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin  
 Tel: 030 – 44 31 90-60  
 post@gesundheitberlin.de  
 www.gesundheitberlin.de

#### Wie kommt Gesundheit in benach- teiligte Stadtteile?

11.12.08, Hannover  
 Kontakt: Landesvereinigung für  
 Gesundheit und Akademie für Sozial-  
 medizin Niedersachsen e. V.  
 Fenskeweg 2, 30165 Hannover  
 Tel: 0511 – 350 00 52  
 info@gesundheit-nds.de  
 www.gesundheit-nds.de