

**16. bundesweiter Kongress  
Armut und Gesundheit**

# **VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT**

Freitag, 3. Dezember und Samstag, 4. Dezember 2010, Rathaus Schöneberg, Berlin

## **Tagungsunterlagen**

Programm  
Kurzfassungen der Beiträge

16. Kongress Armut und Gesundheit

## Verwirklichungschancen für Gesundheit

### **Schirmherrschaft:**

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler  
Regierender Bürgermeister von Berlin Klaus Wowereit

### **Verwirklichungschancen für Gesundheit**

Jeder Mensch sollte selbst entscheiden, welches Leben er oder sie führen möchte. Die Möglichkeiten und Fähigkeiten, diesen Lebensentwurf umzusetzen, sind jedoch ungleich verteilt. Ob sich Menschen bilden, arbeiten oder politisch engagieren können, ob sie angemessenen Wohnraum und Zugang zum Gesundheitssystem haben, sind entscheidende Faktoren dafür, ob sie gesund aufwachsen und älter werden. Die Überwindung von Armut in ihren verschiedenen Facetten ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit. Die Verhinderung von Ausgrenzung und die Befähigung zur Teilhabe an materiellen und kulturellen Möglichkeiten einer Gesellschaft ist ein wichtiger Schritt auf diesem Weg. Das Konzept der Verwirklichungschancen, das der Ökonomie-Nobelpreisträger Amartya Sen und die Philosophin Martha Nussbaum entscheidend geprägt haben, betont den Einfluss wirtschaftlicher, kultureller und politischer Faktoren für die Möglichkeiten des Einzelnen – und unterstreicht gleichzeitig den normativen Ansatz, dass alle Menschen so leben können sollen, wie sie es möchten. „Verwirklichungschancen für mehr Gesundheit“ ist daher das Motto des diesjährigen Kongress Armut und Gesundheit.

Um Verwirklichungschancen zu verbessern, bedarf es eines zielgerichteten Zusammenwirkens von Politik und Wirtschaft, Betroffenen und Professionellen. Ziel ist es, gute Chancen auf ein langes, erfülltes und gesundes Leben zu ermöglichen – auch für sozial benachteiligte Menschen.

Auf dem diesjährigen Kongress werden erfolgreiche Strategien vorgestellt, um die Gesundheit sozial Benachteiligter zu verbessern. Erkenntnisse der Forschung und gesundheitsfördernde Initiativen untermauern: Gesundheitschancen für alle können und müssen verbessert werden. Beispiele guter Praxis zeigen, wie dies praktisch umgesetzt werden kann.

Gemeinsam mit Betroffenen werden Vertreter/innen von Politik, Wissenschaft, Krankenkassen, Projekten, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Zivilgesellschaft diese Erkenntnisse diskutieren und Schlussfolgerungen beraten. Wir freuen uns, wenn Sie sich an den Diskussionen beteiligen, und laden Sie herzlich ein zum 16. Kongress Armut und Gesundheit!

Kongressbüro:  
Gesundheit Berlin-Brandenburg  
Friedrichstraße 231  
10969 Berlin  
Telefon: (030) 44 31 90 - 73  
Telefax: (030) 44 31 90 - 63  
kongress@gesundheitberlin.de

Der Kongress ist eine Gemeinschaftsinitiative folgender Partner:

**Wir danken für die freundliche Unterstützung!**

AOK-Bundesverband  
 Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.  
 Ärztekammer Berlin  
 AWO Bundesverband  
 Barmer GEK  
 Berlin School of Public Health an der Charité  
 Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin  
 BKK Bundesverband  
 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit  
 DAK Deutsche Angestellten Krankenkasse  
 Deutscher Caritasverband e.V.  
 Deutscher Olympischer Sportbund  
 Diakonisches Werk der EKD  
 Gesundheit Berlin-Brandenburg  
 KKH Kaufmännische Krankenkasse  
 Knappschaft  
 medico international e.V.  
 MEZIS e.V.  
 Stiftung Deutsche Klassenlotterie Berlin  
 Techniker Krankenkasse  
 Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)  
 Verband der Ersatzkrankenkassen e.V. (vdek)  
 Volkssolidarität Landesverband Berlin e.V.  
 Volkssolidarität Bundesverband e.V.



### **Wir danken den Koordinator/innen des Kongresses**

Thomas Altgeld – Sibylle Angele – Wiebke Arps – Jörg Backes – Peter Bartmann – Kerstin Baumgarten – Michael Bellwinkel – Inga Benseick – Giselinde Berg – Martina Block – Christa Böhme – Gudrun Borchardt – Theda Borde – Hans-Joachim Both – Stefan Bräunling – Maren Bredehorst – Petra Brzank – Christiane Bunge – Jeffrey Butler – Matthias David – Gertraud Deinhard – Marie-Luise Dierks – Dieter Eichinger – Gabriele Ellsäßer – Sibylle Fleitmann – Birgit Ganz – Raimund Geene – Rainer Gensch – Rita von Godin – Carola Gold – Iris Grimm – Burkhard Gusy – Martina Hartmann – Thomas Hartmann – Holger Hassel – Iris Hölling – Josefine Heusinger – Monika Hey – Gabriela Hockertz – Alfons Holleder – Annett Horn – Monika Hünert – Dagmar Johannes – Kerstin Jüngling – Katharina Kaiser – Holger Kilian – Thomas Kliche – Monika Köster – Frauke Koppelin – Anja Krüger – Susanne Krumpholz (†) – Holger Kühne – Detlef Kuhn – Joseph Kuhn – Thomas Lampert – Frank Lehmann – Dieter Lehmkuhl – Thomas Lindner – Claudia Lissewski – Rüdiger- Felix Lorenz – Helene Luig-Arnt – Rüdiger Meierjürgen – Susann Mühlfordt – Gerhard Meinlschmidt – Brigitte Michel – Kerstin Moncorps – Eileen Moritz – Ulla Oerder – Ingrid Papies-Winkler – Mechthild Paul – Hermann Pfahler – Martina Plaumann – Stefan Pospiech – Nadja Rakowitz – Robert Rath – Antje Richter-Kornweitz – Doris Schaeffer – York Scheller – Tania-Aletta Schmidt – Rüdiger Schmolke – Rainer Schwarz – Thomas Seibert – Ingeborg Simon – Claudia Sommerschuh – Johannes Spatz – Nozomi Spennemann – Regina Stolzenberg – Martina Thelen – Gerhard Trabert – Heinz Trommer – Eva Trompetter – Hella von Unger – Thomas Wagemann – Ulla Walter – Franziska Wede – Margot Wehmhoner – Stefan Weigand – Stephanie Wetzel – Michael T. Wright – Katharina Zeiher

### **Wir danken allen, die den Kongress bei der Durchführung unterstützen**

Wir danken allen Referentinnen und Referenten, Diskutantinnen und Diskutanten, Moderatorinnen und Moderatoren und wir danken allen Helferinnen und Helfern, die das Kongress-Team und die Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Brandenburg so tatkräftig unterstützt haben.

---

## Inhalt

### Teil I: Kongressprogramm

Eröffnung .....	8
Abschluss .....	8
Migrant/innen.....	9
Frauen.....	10
Frühe Hilfen .....	11
Kinder und Jugendliche .....	13
Arbeitslose.....	14
Wohnungslose .....	15
Ältere Menschen .....	16
Menschen mit Behinderung .....	17
Strategien der Gesundheitsförderung .....	18
Gesundheitspolitik .....	18
Globalisierung und Gesundheit .....	20
Qualitäten der Gesundheitsförderung.....	21
Präventionsforschung .....	21
Qualitätsentwicklung .....	23
Gesundheitsberichterstattung: Daten für Taten .....	25
Gesundheitsförderung im Setting .....	26
Kita und Schule .....	26
Betriebliche Gesundheitsförderung.....	28
Stadtteil/Kommune.....	29
Weitere Handlungsfelder der Gesundheitsförderung .....	30
Sucht.....	30
Bildung.....	31
Salutogenese .....	32
Studium und Beruf.....	33
Gesundheitsberufe.....	33
Studierendenforum .....	33
Moderierte Posterpräsentation .....	36

## Teil II: Kurzfassung der Beiträge

Eröffnung .....	38
Abschluss .....	39
Migrant/innen.....	41
Frauen.....	44
Frühe Hilfen .....	45
Kinder und Jugendliche .....	54
Arbeitslose.....	58
Wohnungslose .....	60
Ältere Menschen .....	62
Menschen mit Behinderung .....	68
Strategien der Gesundheitsförderung .....	69
Gesundheitspolitik.....	69
Globalisierung und Gesundheit.....	74
Qualitäten der Gesundheitsförderung.....	76
Präventionsforschung .....	76
Qualitätsentwicklung .....	79
Gesundheitsberichterstattung: Daten für Taten .....	86
Gesundheitsförderung im Setting .....	90
Kita und Schule .....	90
Betriebliche Gesundheitsförderung.....	94
Stadtteil/Kommune.....	96
Weitere Handlungsfelder der Gesundheitsförderung .....	100
Sucht.....	100
Bildung.....	103
Salutogenese .....	105
Studium und Beruf.....	106
Gesundheitsberufe.....	106
Studierendenforum .....	109
Moderierte Posterpräsentation .....	114

## Foren und Workshops im Überblick – Freitag, 03.12.

Nr.	11.30 Uhr – 13.00 Uhr	S.
1	Migrationssymposium I	9
7	Frühe Hilfen – Neue Konzepte	11
19	Arbeitslose – Gesundheit fördern	14
23	Ältere Menschen – Forum I	16
31	Gesundheitspolitik – Ungleichheit	18
32	Gesundheitspolitik – Finanzierungsmodelle	18
33	Gesundheitspolitik – Gesundheitsziele	19
38	Globalisierung und Gesundheit – global, gerecht, gesund I	20
41	Präventionsforschung – Sozial Benachteiligte	21
44	Qualitätsentwicklung – Partizipative Gesundheitsforschung I	23
46	Qualitätsentwicklung – Bewertungsportale	23
51	Daten für Taten – Hartz IV	25
55	Kita/Schule – Verwirklichungschancen	26
56	Kita/Schule – Gesunde Schule	27
59	Betrieb – Verwirklichungsperspektiven I	28
62	Stadtteil/Kommune – Quartiersentwicklung	29
75	Studierendenforum – BA Public Health	33

Nr.	14.15 Uhr – 15.45 Uhr	S.
2	Migrationssymposium II	9
8	Frühe Hilfen – Netzwerke für Familien	11
13	Kinder und Jugendliche – Zugänge	13
20	Arbeitslose – JobFit-Ansatz	15
22	Wohnungslose – Versorgung	15
24	Ältere Menschen - Forum II	16
34	Gesundheitspolitik – Passivrauchen	19
38	Globalisierung und Gesundheit – global, gerecht, gesund II	20
45	Qualitätsentwicklung – Partizipative Gesundheitsforschung II	23
47	Qualitätsentwicklung – Netzwerke	24
52	Daten für Taten - Wohlfahrtsstaat	25
57	Kita/Schule – Setting Schule	27
60	Betrieb – Verwirklichungsperspektiven II	28
63	Stadtteil/Kommune – Quartiersentwicklung II	29
69	Bildung – Gesundheitskompetenz	31
73	Gesundheitsberufe – Sozialhygiene und Public Health	33
76	Studierendenforum – Gesunde Hochschule	34

## Foren und Workshops im Überblick – Samstag, 04.12.

Nr.	9.00 Uhr – 10.30 Uhr	S.
5	Frauen – Intime Partnergewalt	10
10	Frühe Hilfen – Multiplikatorenansatz	12
15	Kinder und Jugendliche – Sexualentwicklung	13
26	Ältere Menschen – Forum IV	16
28	Ältere Menschen – Umwelt	17
29	Behinderung – Barrierefreiheit	17
36	Gesundheitspolitik – Rationierung	20
39	Globalisierung und Gesundheit - Russland	21
42	Präventionsforschung – Migrant/innen	22
54	Daten für Taten – Ältere Migrant/innen	26
67	Sucht – Suchtprävention	31
71	Salutogenese – Forum I	32
74	Gesundheitsberufe – Therapieberufe	33
78	Studierendenforum – Gesundheitsstudiengänge	35

Nr.	11.00 Uhr – 12.30 Uhr	S.
4	Migrant/innen – Versorgung Papierloser	10
6	Frauen – Missbrauch	10
11	Frühe Hilfen – Kinderschutzverläufe	12
12	Frühe Hilfen – Elternschaft	12
16	Kinder und Jugendliche – Zugänge 2010	13
17	Kinder und Jugendliche – Körperwahrnehmung	14
18	Kinder und Jugendliche – Sexualaufklärung	14
27	Ältere Menschen – Forum V	17
30	Behinderung – World Café	18
37	Gesundheitspolitik – Normativität	20
40	Globalisierung und Gesundheit – Solidarische Krankenversicherung	21
43	Präventionsforschung – Kinder stärken!	22
65	Stadtteil/Kommune – Safe Communities	30
68	Sucht – Frauen und Rauchen	31
72	Salutogenese – Forum II	32
79	Studierendenforum – Studierendengesundheit	35

**Weitere Foren und Workshops am Freitag, 03.12.**

Nr.	16.15 Uhr – 17.45 Uhr	S.
3	Migrationssymposium III	9
9	Frühe Hilfen – Verstetigung	11
14	Kinder und Jugendliche – Kinderunfälle	13
21	Arbeitslose – Langzeitarbeitslose	15
25	Ältere Menschen – Forum III	16
35	Gesundheitspolitik – Pharmaindustrie	19
38	Globalisierung und Gesundheit – global, gerecht, gesund III	20
48	Qualitätsentwicklung – Gesundheitswissenschaft	24
49	Qualitätsentwicklung – Anspruch und Wirklichkeit	24
50	Qualitätsentwicklung – Expert/innen	25
53	Daten für Taten – Neue Datenquellen	26
58	Kita/Schule – Psychische Gesundheit	27
61	Betrieb – Verwirklichungsperspektiven III	29
64	Stadtteil/Kommune – Quartiersentwicklung III	30
66	Sucht – Neuroenhancement	30
70	Bildung – Erwachsenenbildung	32
77	Studierendenforum – Absolvent/innen	34

**Hinweise**

- Nr. Die Nummer der Einzelveranstaltung (Forum, Workshop, Diskussion) aus dem blauen Programmheft
- S. angegeben ist die Seitenzahl in diesem Tagungsheft (Teil I Kongressprogramm)

Die Abstracts erschließen sich über das thematische Inhaltsverzeichnis für den Teil II auf Seite 5.

**Rahmenprogramm****FR11.00-16.00 Spiel „Leben poor“**

*Beginn zu jeder vollen Stunde vor der Verwaltungsbücherei, 1. OG*

Der begehbare Spiel-Parcours „Leben poor“ will Politik und Öffentlichkeit sensibilisieren für Fragen von Armut und sozialer Ausgrenzung, die im Europäischen Jahr 2010 im Mittelpunkt stehen. Über den Ansatz „Stell dir vor, dir oder deinen Angehörigen stößt dieses oder jenes Schicksal zu“ werden die Konsequenzen von sozialer Benachteiligung erlebbar gemacht. Die einfachen Spielregeln und die Dauer von ca. 20 Minuten, die für eine Spielrunde erforderlich ist, erlauben einen unkomplizierten Ein- und Ausstieg.

**FR1ISA Ausstellung „Werkbank statt Parkbank“**

*Foyer des Rathauses, linke Seite*

Die Ausstellung „Werkbank statt Parkbank: Arbeit trotz Wohnungslosigkeit – Chance statt Vorurteil“ des Diakonischen Werks zeigt, wie durch das Zusammenwirken Berliner Unternehmen, der Wohnungslosenhilfe, Jobcentern, der Diakonie und der Zivilgesellschaft auch wohnungslosen Personen erfolgreich zu einem Arbeitsplatz verholfen wird.

**SAll10.00-12.00 Film „HARTZcore – Soziale Armut in Deutschland“**

*Kinosaal des Rathauses, EG*

„HARTZcore“ zeigt die Lebensrealitäten von drei Hartz-IV-Empfängern, die in Berlin-Kreuzberg an einer „Mehraufwandsentschädigungsmaßnahme“ (MAE) teilnehmen. Der Film erzählt von der Widersprüchlichkeit der Protagonisten. Sie stehen auf der Kippe, sind gesundheitlich eingeschränkt, empfinden die MAE-Maßnahme als Sklavenarbeit, sympatisieren mit Bombenlegern und fühlen sich gleichzeitig wohl in ihren Ein-Euro-Jobs. Für sie ist das Beschäftigungsinstitut fast so etwas wie eine Familie...

Anschließende Diskussion mit den Filmemacher/innen und Protagonist/innen.

Informationen zum Film unter: <http://hartzcore.com/>



## Teil I: Kongressprogramm

### Eröffnung

---

**Freitag, 3. Dezember 2010**

Ab 8.30 Uhr Einschreibung der Teilnehmer/innen, Markt der Möglichkeiten

**9.30 Uhr - 11.00 Uhr Verwirklichungschancen für Gesundheit**

**Grußworte:**

Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin  
Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

**Einführungsreferat:**

»Gesundheit und Verwirklichungschancen – Gerechtigkeit neu denken?«  
Uwe Bittlingmayer, Pädagogische Hochschule Freiburg

**Kongresseinführung:**

Carola Gold, Gesundheit Berlin-Brandenburg

*Bitte beachten Sie, dass die Sitzkapazitäten begrenzt sind. Die Veranstaltung wird in weitere Räume übertragen.*

### Abschluss

---

**Samstag, 4. Dezember 2010**

**12.45 Uhr - 14.15 Uhr Verwirklichungschancen für Gesundheit – Herausforderungen in Wissenschaft, Politik und Praxis**

**u.a. mit**

Annelie Buntenbach, DGB Bundesvorstand, Berlin  
Tülin Duman, GLADT e.V./Migrationsexpertin, Berlin  
Richard Hauser, Universität Frankfurt am Main  
Özcan Mutlu MdA, bildungspolitischer Sprecher Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Berlin  
Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)  
Gerhard Trabert, Armut und Gesundheit in Deutschland e.V., Mainz

**Moderation:**

Christiane Deneke, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)  
Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal

**Schlusswort:**

Stefan Weigand, Katharina Zeiher, Gesundheit Berlin-Brandenburg

## Migrant/innen

---

### FR11.30 Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit – wie beeinflussen Integration und Akkulturation\* soziale und medizinische Parameter? – Forum I

»Migration und andere Hintergründe«  
Michael Knipper, Universität Gießen

»Hybridität als Gleichzeitigkeit von Differenz? Überlegungen zu Identitätsmodellen zwischen Abgrenzung, Akkulturation und Assimilation«  
Naika Foroutan, Humboldt Universität zu Berlin

»Wenig Akkulturation, wenig Geburtsrisiko – ist das paradox?«  
Matthias David, Charité-Universitätsmedizin Berlin

#### **Moderation:**

Theda Borde, Alice Salomon Hochschule, Berlin  
Angelika Zollmann, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau

### FR14.15 Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit – wie beeinflussen Integration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? – Forum II

»Perinatale Gesundheit bei Migrant/innen in Deutschland«  
Oliver Razum, Universität Bielefeld

»Wie Migrantinnen Netzwerke nutzen – transkulturelle Beziehungen als Ressourcen in der Schwangerschaft und im Wochenbett«  
Magdalena Stülb, AMIKO Institut für Migration, Kultur und Gesundheit, Freiburg

»Einfluss der Akkulturation auf die Ernährung und Gesundheit türkischstämmiger Kinder in Berlin«  
Paolo Maria Matricardi, Christoph Grüber, Charité-Universitätsmedizin Berlin

#### **Moderation:**

Matthias David, Charité-Universitätsmedizin Berlin

### FR16.15 Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit – wie beeinflussen Integration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? Erfahrungen aus der Praxis – Forum III

»Werdende und junge Familien – Zuwanderung – Integration – gesundheitliche Prävention«  
Erika Sievers, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

»Die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen durch türkischstämmige Frauen«  
Holger Kilian, Danielle Dobberstein, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin

»Kulturspezifische Wertvorstellungen und Umgangsweisen mit Säuglingen«  
Andreas Eickhorst, Universität Heidelberg

#### **Moderation:**

Ingrid Papies-Winkler, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin

---

\* Akkulturation ist ein Prozess der Angleichung, in dessen Verlauf Migrant/innen kulturelle Orientierungsmuster, Eigenschaften oder Verhaltensweisen der Aufnahmegesellschaften teilweise oder gänzlich übernehmen.

**SAll11.00      Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Eine Befragung von Ärzt/innen in Berlin**

»Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus – Ergebnisse einer Befragung von Ärzt/innen in Berlin 2010«

Monika Hey, Berlin School of Public Health an der Charité

»Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit für alle? Ist eine eingeschränkte medizinische Grundversorgung für Menschen ohne Papiere mit den Menschenrechten vereinbar?«

Podiumsdiskussion mit Statements von:

Ole Baumann, Büro für medizinische Flüchtlingshilfe, Berlin

Canan Bayram MdA, Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Migrationspolitische Sprecherin, Berlin

Benjamin-Immanuel Hoff, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin

Jürgen Hölzinger, Mitglied im Ausschuss für Menschenrechtsfragen der Ärztekammer Berlin

Nikolai Westphal, Zentrum für ganzheitliche Medizin, Berlin

Berlin

**Moderation:**

Barbara John, Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V.

Ulrike Maschewsky-Schneider, Berlin School of Public Health an der Charité

---

## Frauen

---

**SAllog.00      Mehr Verwirklichungschancen für Frauen: Neuere Erkenntnisse und Unterstützungsansätze bei intimer Partnergewalt gegen Frauen**

»Partnergewalt gegen ältere Frauen – Befunde und Perspektiven für die Unterstützung von Betroffenen«  
Barbara Nägele, Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V., Göttingen

»Ungleiche Chancen auf Anerkennung und Entschädigung für Opfer unterschiedlicher Gewaltformen: die Praxis des Opferentschädigungsgesetzes (OEG)«

Anna Grundel, Hochschule Fulda

»Bessere Chancen bei häuslicher Gewalt? Handlungsempfehlungen für die zahnmedizinische Praxis«  
Daphne Hahn, Hochschule Fulda

»Medizinische Intervention gegen Gewalt (MIGG) – Modellprojekt zur Entwicklung eines praxistauglichen Interventionsprogramms in der ambulanten Versorgung«

Hildegard Hellbernd, Modellprojekt MIGG, Berlin

**Moderation:**

Petra Brzank, Daphne Hahn, Hochschule Fulda

**SAll11.00      Einmal Opfer immer Opfer – Ein Beitrag zur aktuellen Missbrauchsdebatte**

Podiumsdiskussion mit Statements von:

Mart Busche, Dissens e.V., Berlin

Ulrike Birzer, Rechtsanwältin, Berlin

Vanessa Lux, Psychologin, Berlin

Anselm Neft, Journalist/Autor, Berlin

Thomas Schlingmann, Tauwetter e.V., Berlin

Gertraud Deinhart, Wildwasser e.V., Berlin

**Moderation:**

Lisa Gabriel, Soziologin/Volkswirtin, Berlin

Tale Meyer, Wildwasser e.V., Berlin

## Frühe Hilfen

---

### FR11.30 Neue Konzepte in den Frühen Hilfen

»Frühe Hilfen brauchen frühe Daten! Vom Wert der Schuleingangsuntersuchungen für die kommunale Gesundheitsförderung«

Klaus Stegmüller, Hochschule Fulda

»Was denken junge Mütter über kinderärztliche Untersuchungen und Frühe Hilfen?«

Raimund Geene, Nicola Wolf-Kühn, Hochschule Magdeburg-Stendal

Claudia Höppner, KinderStärken e.V., Stendal

»Versorgung rund um die Geburt«

Meinrad Armbruster, MAPP e.V., Magdeburg

»Hebammen, Familienhebammen und Frühe Hilfen«

Ulrike von Haldenwang, Berliner Hebammenverband e.V.

#### **Moderation:**

Mechthild Rawert MdB, SPD-Fraktion/Ausschuss für Gesundheit, Berlin

Simone Wejda, Sprecherin Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, Waldbüttelbrunn

### FR14.15 Netzwerke für Familien

»Familienplanung: Ein Menschenrecht – auch für arme Frauen«

Carola Bury, Arbeitnehmerkammer Bremen

»Schreibbabyarbeit und Lokales Netzwerk Frühe Hilfen«

Susanne Borkowski, Anja Funke, KinderStärken e.V., Magdeburg-Stendal

Gerd Poerschke, Schreibbabyambulanz Kleinmachnow

»Ganzheitliche Ansätze der kombinierenden Familienbildung«

Kathrin Eckert, DRK Kreisverband Fläming-Spreewald e.V., Königs Wusterhausen

»Lokale Netzwerke Gesunde Kinder in Brandenburg – Gesundheitsförderung im Setting Familie«

Hendrik Karpinski, Klinikum Niederlausitz GmbH, Senftenberg

Steffi Miroslau, Netzwerk Gesunde Kinder Eberswalde/Werner-Forßmann-Krankenhaus

#### **Moderation:**

Jennifer Jaque-Rodney, Bund deutscher Hebammen – Landesverband der Hebammen NRW, Bochum

Ingrid Kollak, Alice Salomon Hochschule, Berlin

### FR16.15 Praxisentwicklung und Verstetigung Früher Hilfen – Ergebnisse der im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) geförderten Projekte

»Ergebnisse der Modellprojekte Frühe Hilfen«

Ilona Renner, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

»Systemgrenzen überwinden und miteinander vernetzt Hilfen anbieten: Ergebnisse der bundesweiten Bestandsaufnahme Früher Hilfen«

Maja Arlt, Soziologin, Berlin

»Möglichkeiten der Finanzierung und Verstetigung Früher Hilfen«

Jörg Backes, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln

#### **Moderation:**

Mechthild Paul, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln

Petra Uschold, GKV-Spitzenverband, Berlin

**SAllog.00**      **Projekte mit Peer- und Multiplikatorenansatz in der Förderung von Kindern aus Familien in sozial schwierigen Lebenslagen: Ziele, Ergebnisse und Rahmenbedingungen**

»Stadtteilmütter in Berlin-Neukölln«

Alix Katharina Rehlinger, Diakonisches Werk Neukölln Oberspree, Berlin  
Nermin Dutra Silva, Stadtteilmütter Neukölln, Berlin

»Stadtteilmütter in Köln-Mülheim«

Ingrid Kaiser, Stadtteilmütter in Köln-Mülheim/Christliche Sozialhilfe Köln e.V.  
Ida-Maria Richter, Stadtteilmütter in Köln-Mülheim/Jugendamt Interkultureller Dienst, Köln

»Mütter für Mütter in Berlin-Moabit«

Shiva Saber-Fattahy, Dagmar Lettner, Diakoniegemeinschaft Bethania, Berlin

»Modellprojekt ‚Starke Mütter – Starke Kinder‘ in Mainz«

Sabine Krömker, Universität Mainz

»Stadtteilmütter in Fulda«

Adriana Oliveira, Bürgerzentrum Aschenberg, Fulda

»Stadtteilmütter in Berlin-Kreuzberg«

Ulrike Koch, Songül Susem-Kessel, Stadtteilmütter im TAM, Berlin

**Moderation:**

Giselind Berg, Berlin School of Public Health an der Charité  
Ülker Radziwill MdB, SPD-Fraktion, Berlin

**SAll11.00**      **Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen – Erste Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Projektbereich des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH)**

»Überblick zum Projektbereich ‚Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen‘ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH)«

Jörg Backes, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln

»Ergebnisse des Praxisentwicklungs- und Forschungsprojekts ‚Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz‘«

Felix Brandhorst, Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V., Berlin

»Wir fördern und schützen Kinder gemeinsam und gern – Ergebnisse aus einer beteiligten Modellkommune (Kinderschutzcluster 2)«

Herbert Holakovsky, Amt für Soziale Dienste Bremen

**Moderation:**

Kerima Bouali, Angewandte Sozialforschung und urbanes Management/ASUM GmbH, Berlin  
Dorothea Zimmermann, Wildwasser e.V., Berlin

**SAll11.00**      **Elternschaft als „riskante“ Lebensform – Verwirklichungschancen von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung als Eltern**

»Elternrechte, Kinderrechte und gesellschaftliche Verantwortung«

Sigrid Graumann, Universität Oldenburg

»Elternschaft von Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung – Wie kann sie gelingen?«

Eva-Maria Fehre, Psychologin, Bielefeld

»Begleitete Elternschaft in der Praxis«

Karina Groß, AWO Betreuungsdienste gGmbH, Friesack

**Moderation:**

Claudia Lissewski, AWO Bundesverband e.V., Berlin  
Annette Vlasak, Albatros-Lebensnetz gGmbH, Berlin

## Kinder und Jugendliche

---

### **FR114.15 Zugänge zu Kindern und Jugendlichen**

»Strukturaufbau in einem Quartier von BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier«  
Maren Janella, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin

»Lebensweltliche Ansätze bei sozial benachteiligten Jugendlichen – Das Projekt ‚Street Jumper‘«  
Heidi Jung, Timo Müller, Armut und Gesundheit in Deutschland e.V., Mainz

»Gesundheitsförderung im Setting Hauptschule – Erfahrungen aus dem ‚Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten‘«  
Eike Quilling, Lernende Region – Netzwerk Köln e.V.

#### **Moderation:**

Andrea von Marschall, Dissens e.V., Berlin  
Knut Mildner-Spindler, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin

### **FR116.15 Prävention von Kinderunfällen**

»Verhütung von Kinderunfällen: Laufen. Springen. Klettern. Sicher geht das! – Trends und Erfahrungen aus 10 Jahren«  
Martina Abel, Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V., Bonn

»Unfallverhütung und Prävention an Schulen und in Stadtteilen – Der Präventionstisch Münster«  
Gertrud Wietholt, Kinderneurologie-Hilfe Münster e.V.

»'Risiko raus!' - die Kampagne für mehr Aufmerksamkeit im Straßenverkehr«  
Carla Rodewald, Unfallkasse Berlin

#### **Moderation:**

Gudrun Borchardt, Techniker Krankenkasse Landesvertretung Berlin-Brandenburg, Berlin  
Heidelore Geitner, Unfallkasse Berlin

### **SAL109.00 Gesunder Start: Aspekte frühkindlicher Sexualentwicklung**

»Frühkindliche Sexualentwicklung und psychische Störung«  
Bettina Schuhrke, Evangelische Fachhochschule Darmstadt

»Aspekte sexualfreundlicher Erziehung im Kindergarten«  
Dirk Böhm, Eigenbetrieb Kindergärten Nordost, Berlin

#### **Moderation:**

Katrin Putschbach, Familienplanungszentrum Berlin-BALANCE  
Ammo Recla, ABqueer e.V., Berlin

### **SAL11.00 Wie ticken Jugendliche? Zugänge zu Jugendlichen im Jahr 2010**

Salongespräch zu:  
»Wie ticken Jugendliche? Zugänge zu Jugendlichen im Jahr 2010«  
Marc Calmbach, Sinus Sociovision GmbH, Berlin

#### **Moderation:**

Margot Wehmhöner, BKK Bundesverband, Essen

### **SAll11.00 Körperwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen**

»Spieglein, Spieglein an der Wand«  
Elisabeth Horstkotte, Gesundheitsamt Bremen

»Fidelio.Plus: Förderung von Selbstbestimmung und intrinsischer Motivation bei übergewichtigen und adipösen Kindern durch Bewegung und Sport«  
Andreas Heißel, Sport-Gesundheitspark Berlin e.V.

»Prävention: Ein Projekt stellt sich vor – Karuna prevents«  
Oliver Riemer, Karuna e.V./Karuna prevents, Berlin

**Moderation:**

Lotte Kaba-Schönstein, Hochschule Esslingen  
Peter Schwitters, Sport-Gesundheitspark Berlin e.V.

### **SAll11.00 Sexualaufklärung und Familienplanung**

»Erreicht Sexualaufklärung auch Jugendliche mit Migrationshintergrund?«  
Angelika Heßling, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

»Standards für die Sexualaufklärung in Europa – eine gemeinsame Initiative von BZgA und WHO-Regionalbüro für Europa«  
Christine Winkelmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

»Zugang über Web-Auftritte: Präsentation der Internetauftritte [www.loveline.de](http://www.loveline.de) und [www.schule.loveline.de](http://www.schule.loveline.de)«  
Stefanie Amann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

**Moderation:**

Monika Hünert, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln  
Elisabeth Müller-Heck, Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin

---

## **Arbeitslose**

### **FR11.30 Gesundheit von Arbeitslosen fördern – aber richtig!**

»Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen: Fehler und Fallen aus psychologischer Sicht«  
Gisela Mohr, Universität Leipzig

»Brücken in Arbeit durch Förderung der Beschäftigungsfähigkeit – Evaluation eines Projektes«  
Matthias Schmidt, Technische Universität Dresden

»Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen: Inanspruchnahme und praktische Erfahrungen aus Sicht einer regionalen Krankenkasse«  
Werner Mall, AOK Berlin-Brandenburg, Berlin

**Moderation:**

Barbara Gawlik-Chmiel, Werkstatt Frankfurt e.V., Frankfurt am Main  
Alfons Holleder, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW, Bielefeld

**FR114.15 Der JobFit-Ansatz in der Arbeitsförderung – Finanzierungsmöglichkeiten der Gesundheitsangebote unter den Vorzeichen der Instrumentenreform SGB II/SGB III**

»Sicht der Arbeitsmarktförderung«

Barbara Hordt, Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung – G.I.B. NRW, Bottrop

»Sicht der Gesundheitsförderung«

Monique Faryn-Wewel, Team Gesundheit GmbH, Essen

»Sicht eines Jobcenters«

Tina Riedel, Arbeitsgemeinschaft SGB II für den Kreis Unna

**Moderation:**

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Essen

Manfred Dickersbach, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW/Regionaler Knoten NRW, Düsseldorf

**FR116.15 Gesundheitsförderung für Langzeitarbeitslose – Projekte aus dem Forschungsschwerpunkt „Prävention“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung**

»Implementierung eines partizipativen Gesundheitskompetenztrainings in Maßnahmen der Arbeitsmarktintegration – Ergebnisse der Prozessevaluation des Projekts Arbeit und Gesundheit«  
Mechthild Heinmüller, Katrin Horns, Klinikum der Universität München

»Verhaltens- und verhältnisbezogene Gesundheitsförderung im Rahmen von Beschäftigungsmaßnahmen«  
Susann Mühlpfordt, Katrin Rothländer, Technische Universität Dresden

»Fit50+: Abbau von Vermittlungshemmnissen durch gezieltes körperliches Training«  
Steffi Kreuzfeld, Universität Rostock

**Moderation:**

Stephan Koesling, Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V., Dresden

Susann Mühlpfordt, Technische Universität Dresden

---

## Wohnungslose

---

**FR114.15 Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Versorgungssituation wohnungsloser Menschen aus dem Ausland (insbesondere EU-Ausländer)**

»Verwirklichungschancen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen – Evaluation des Projektes ‚Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose in Hannover‘«  
Jana Meidl, Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Ärztekammer Niedersachsen, Hannover

»Zur Situation wohnungsloser Unionsbürger/innen in Berlin – aus Sicht einer Kontakt- und Beratungsstelle für junge Menschen auf der Straße«  
Anett Leach, Alexandra Post, Klik – Kontaktladen für junge Menschen auf der Straße, Berlin

»Medizinische Versorgungssituation wohnungsloser Menschen aus dem europäischen Ausland – Erfahrungen des Vereins neunerHAUS in Wien«  
Livia Mutsch, Verein neunerHAUS, Wien

**Moderation:**

Jenny de la Torre, Jenny De la Torre-Stiftung, Berlin

Gerhard Trabert, Armut und Gesundheit in Deutschland e.V., Mainz



## Ältere Menschen

---

### FR11.30 Verwirklichungschancen für Gesundheit im Alter – Forum I

»Verwirklichungschancen: ein neuer Blick auf (ungleiche) Chancen und Möglichkeiten der Lebensgestaltung im Alter«

Susanne Kümpers, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)

»Welche Gesundheits- und Präventionsziele im Alter werden benötigt? Was kann ein Zieleprozess in der Praxis bewirken?«

Martin Schmahl, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin

#### **Moderation:**

Kate P. Leiterer, Gesellschaft zum Schutz von Bürgerrecht und Menschenwürde (GBM) Köpenick, Berlin

Heinz Trommer, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin

### FR14.15 Verwirklichungschancen im Quartier – Forum II

»Wir rechnen mit Ihnen! – Fünf Jahre Bürgerhaushalt in Berlin-Lichtenberg«

Christina Emmrich, Bezirksamt Lichtenberg, Berlin

»Erfahrungen aus der interkulturellen Öffnung von Angeboten zur Teilhabe, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung alter Menschen mit Migrationserfahrung«

Marta Ladwig, Seniorenvertretung/Bezirksverordnetenversammlung Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin

#### **Moderation:**

Katrin Falk, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)

Ulrika Zabel, Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (AWO/Caritas), Berlin

### FR16.15 Armut im Alter – Folgen und politische Antworten – Forum III

»Altersarmut und ihre Auswirkungen auf Gesundheits- und Teilhabechancen«

Antje Richter-Kornweitz, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V./Regionaler Knoten Niedersachsen, Hannover

»Lokale Handlungsspielräume für Selbstbestimmungschancen im pflegebedürftigen Alter«

Katrin Falk, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)

#### **Moderation:**

Regina Saeger, Seniorenvertretung/Bezirksverordnetenversammlung Marzahn-Hellersdorf, Berlin

Petra Schmidt-Wiborg, Hochschule Lausitz, Cottbus

### SAl09.00 Verwirklichungschancen am Lebensende? Palliativversorgung für alte Menschen: Stand der Entwicklung und Barrieren für ein Sterben in Würde – Forum IV

Podiumsdiskussion mit Statements von:

Dirk Harms, Palliative Care Team (PCT), Brandenburg an der Havel

Dirk Müller, Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gGmbH, Berlin

H. Christof Müller-Busch, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Berlin

Michael de Ridder, Vivantes Klinikum am Urban, Berlin

Barbara Schubert, Krankenhaus St. Joseph-Stift, Dresden

Thomas Sitte, Deutsche Palliativstiftung, Fulda

#### **Moderation:**

Josefine Heusinger, Institut für gerontologische Forschung e.V., Berlin

Barbara Weigl, Evangelische Hochschule Berlin

**SAll11.00      Pflegerische Versorgung – Gleiche Qualitätchancen für Alle?! – Forum V**

»Ungleichheit in der Pflege«

Andreas Büscher, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Fachhochschule Osnabrück

»Zur Situation von Pflegefachkräften in sozial benachteiligten Familien«

Margret Flieder, Evangelische Fachhochschule Darmstadt

»Entlastungsangebote für ältere Menschen und deren Angehörige«

Tania-Aletta Schmidt, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover

**Moderation:**

Antje Richter-Kornweitz, Martin Schumacher, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover

**SAllog.00      Umwelt, Gesundheit und Alte(rn)**

»Umwelteinflüsse auf ältere Menschen – eine Übersicht«

Torben Vahle, Universität Bielefeld

»Wenn die Stadt krank macht: Einflüsse der sozialen und physikalisch-chemischen Umwelt auf die Gesundheit älterer Menschen«

Nico Dragano, Barbara Hoffmann, Universitätsklinikum Essen

»Wohngebiete mit hitzeabhängigen Gesundheitsrisiken ermitteln – Strategien zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden älterer Menschen«

Beate Blättner, Hochschule Fulda

**Moderation:**

Christiane Bunge, Umweltbundesamt, Berlin

Torben Vahle, Universität Bielefeld

---

## Menschen mit Behinderung

---

**SAllog.00      Behindert(es) Gesundheitswesen – Wie lassen sich Teilhabe und Barrierefreiheit für alle verwirklichen?**

»Kein Platz für behinderte Menschen im Gesundheitswesen«

Martin Marquard, Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung a.D., Berlin

»Praxis-Erfahrungen aus der ambulanten medizinischen Versorgung – Was sind die Argumente für und gegen Barrierefreiheit?«

Thorsten Stellmacher, Albatros/Mobidat, Berlin

»Welche Bedeutung hat die UN-Behindertenrechtskonvention für das Gesundheitswesen?«

Eileen Moritz, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V., Berlin

**Moderation:**

Ulrike Boppel, Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit e.V., Berlin

Rainer Sanner, Berliner Behindertenzeitung

**SAll11.00 „World-Café“ – Visionen für eine bedarfsgerechte, barrierefreie Modell-Arztpraxis**

Podiumsdiskussion mit Statements von:

Martin Marquard, Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung a.D., Berlin  
Eileen Moritz, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V., Berlin  
Thorsten Stellmacher, Albatros/Mobidat, Berlin

**Moderation:**

Ulrike Boppel, Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit e.V., Berlin  
Rainer Sanner, Berliner Behindertenzeitung

## Strategien der Gesundheitsförderung

### Gesundheitspolitik

---

**FR11.30 Ungleichheit zersetzt die Gesellschaften – Zu den gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen von (Einkommens-) Ungleichheit**

»Ungleichheit zersetzt die Gesellschaften – Zu den gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen von (Einkommens-) Ungleichheit«

Dieter Lehmkühl, Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges e.V. (IPPNW), Berlin

Podiumsdiskussion mit Statements von:

Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)  
Horst Schmitthenner, IG Metall – Verbindungsbüro soziale Bewegungen, Frankfurt am Main  
Wolfgang Wodarg, Institut solidarische Moderne

**Moderation:**

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin

**FR11.30 Welche Finanzierungsmodelle der GKV sichern auch armen Menschen den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung?**

Podiumsdiskussion mit Statements von:

Birgitt Bender MdB, Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Sprecherin für Gesundheitspolitik, Berlin  
Martina Bunge MdB, Fraktion Die Linke, Sprecherin für Gesundheitspolitik, Berlin  
Heinz Lanfermann MdB, FDP-Fraktion, Berlin  
Stefanie Vogelsang MdB, CDU-Fraktion, Berlin  
Marlies Volkmer MdB, SPD-Fraktion, Stellvertretende Sprecherin für Gesundheitspolitik, Berlin  
Wolfgang Wodarg, Institut solidarische Moderne

**Moderation:**

Stefan Etgeton, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin  
Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO), Berlin

### **FR11.30 Nutzen von Gesundheitszielen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene**

»Was können Gesundheitsziele leisten und was nicht?«

Gabriele Klärs, Universität Bielefeld

»Den Nutzen von Gesundheitszielen sichtbar machen – Transfer schaffen«

Martina Thelen, GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V./Geschäftsstelle gesundheitsziele.de, Köln

Anschließend Podiumsdiskussion mit Statements von:

»Nationale Gesundheitsziele als Steuerungsinstrument in der Gesundheitspolitik«

Roswitha Voigt, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

»Ziele, Nutzen, Methoden – Erfahrungen aus Berlin-Brandenburg«

Heinrich-Daniel Rühmkorf, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam

»Das Arbeiten mit Gesundheitszielen auf kommunaler Ebene – Eine Zwischenbilanz«

Klaus Winkler, Gesundheitsamt Herne

#### **Moderation:**

Frank Lehmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Rüdiger Meierjürgen, Barmer GEK, Wuppertal

### **FR14.15 Passivrauchen – Gesundheitspolitik nach Interessenlage**

»Wissenschaftliche Evidenz in Interessenkonflikten: das Beispiel Passivrauchen«

Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

Anschließend Podiumsdiskussion mit Statements von:

Sebastian Frankenberger, Volksbegehren „Für echten Nichtrauchererschutz!“ in Bayern, Passau

Johannes Spatz, Forum Rauchfrei, Berlin

#### **Moderation:**

Wolfgang Nitze, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin

### **FR16.15 Einfluss der Pharmaindustrie auf das Gesundheitswesen**

»Aus Gesunden Kranke machen«

Thomas Lindner, MEZIS e.V., Henningsdorf

»Heraus aus der Abhängigkeit – Wege und Alternativen«

Hans-Joachim Both, Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges e.V. (IPPNW), Berlin

#### **Moderation:**

Adelheid Lüchtrath, Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges e.V. (IPPNW), Berlin

Thomas Schulz, Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP), Hamburg

**SAllog.00      Drohende Rationierung oder interessengesteuerte Panikmache? – Mythos und Realität von Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen**

»Einsparpotentiale in der medizinischen Versorgung«  
Wulf Dietrich, Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), München

»Fehlsteuerung im ambulanten Sektor«  
Bernhard Winter, Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), Frankfurt am Main

»Über-, Unter-, Fehlversorgung im sozialen Kontext«  
Martina Bunge MdB, Fraktion Die Linke, Sprecherin für Gesundheitspolitik, Berlin

**Moderation:**

Nadja Rakowitz, Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), Maintal  
Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser, Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), München

**SAll11.00      Normative Gesundheitsförderung – Kritik und Handlungsmöglichkeiten**

»Gesundheit als Humankapital? Gesundheit und Arbeitsschutz im Spätkapitalismus«  
Regina Brunnett, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)

»Geschlechternormen in der Debatte um Männergesundheitsförderung«  
Sebastian Scheele, Soziologe, Berlin

»Dicke Körper im Spannungsfeld von Medikalisierung, Normierung und Widerstand. Der Kampf gegen die ‚Übergewichts-Epidemie‘ und seine Folgen für die Betroffenen«  
Friedrich Schorb, Universität Bremen

**Moderation:**

Uwe Bittlingmayer, Pädagogische Hochschule Freiburg  
Diana Sahrai, Universität Duisburg-Essen, Essen

---

## Globalisierung und Gesundheit

---

**FRll11.30 – 17.45      global, gerecht, gesund – die Debatte geht weiter!**

Am 17. und 18. September tagte im Berliner Rathaus Schöneberg die Konferenz „global, gerecht, gesund – Zu den Perspektiven globaler Gesundheit“. Initiiert von medico international und Gesundheit Berlin-Brandenburg, wurde sie von ver.di, zahlreichen gesundheits- und entwicklungspolitischen Organisationen und Gesundheitsaktivistinnen und -aktivisten aus Zimbabwe, Indien, Brasilien und den USA unterstützt.

Fragen der weltweiten gerechten Verteilung und der politischen Gestaltung des öffentlichen Guts Gesundheit standen im Zentrum von „global, gerecht, gesund“. Gegen die scheinbare Alternativlosigkeit der gesundheitlichen Ungleichheit hat die Konferenz Möglichkeiten solidarischen Handelns und Perspektiven für Veränderungen aufgezeigt. Bereits heute werden an vielen Orten auf der Welt in lokalen Projekten und Programmen solche Alternativen praktiziert und Ideen gelebt, wie eine soziale Gesundheitsversorgung und -fürsorge gestaltet werden kann.

In der Veranstaltung werden zentrale Befunde der Konferenz „global, gerecht, gesund“ vorgestellt und gemeinsam tragfähige Strategien und Handlungsoptionen für die Durchsetzung Globaler Gesundheit beraten. Diskutiert werden soll auch, wie ein Aktionsplan für eine „Convention for Global Health“ durchgesetzt werden kann.

Veranstalter: medico international und Gesundheit Berlin-Brandenburg, unterstützt von den Trägerorganisationen der Konferenz „global, gerecht, gesund“.

**SAllog.00 Sozialer Wandel im Zeitraffer – Russland am Beispiel der Veränderungen in der Behindertenarbeit**

»Barriere im Kopf und auf der Straße. Wie Menschenbilder sozialen Wandel behindern und fördern«  
Klaus Eberl, Evangelische Kirche im Rheinland, Düsseldorf

»Selbstverwirklichung in sozialer Integration. Wie Menschen mit Behinderung eine Stadt verändern«  
Swetlana Andrejewa, Heilpädagogisches Zentrum Pskow, Russland

**Moderation:**

Helene Luig-Arlt, Bundesverband Deutscher West-Ost-Gesellschaften e.V., Berlin  
Bernd Schleberger, Rurtal-Schule, Heinsberg-Oberbruch

**SAll11.00 Solidarische Krankenversicherung in reichen und armen Ländern: Wie funktioniert sie? Was kann sie zur „Gesundheit für alle“ beitragen?**

»Solidarische Krankenversicherung – Erfahrungen aus Beratungsprojekten der internationalen Zusammenarbeit«

Evert Jan van Lente, AOK-Bundesverband, Berlin

»Erfahrungen mit selbstverwalteten gemeinde-basierten Krankenversicherungen in Tansania«

Fahdi Dkhimi, Evangelischer Entwicklungsdienst (EED), Bonn

**Moderation:**

Peter Bartmann, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Berlin  
Sonja Weinreich, Evangelischer Entwicklungsdienst (EED), Bonn

## Qualitäten der Gesundheitsförderung

### Präventionsforschung

---

**FRll11.30 Effektive Präventionsforschung für die Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten? Transferstrategien und Hemmnisse**

»Erfolgreicher Praxistransfer – Erfahrungswerte aus der Praxis«

Veronika Reisig, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

»Benachteiligte Quartiere – Welche Gesundheitsförderungsansätze lassen sich übertragen?«

Eva Göttlein, Projektagentur Göttlein, Fürth

»Praxistransfer von Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen in Quartieren mit besonderen Problemlagen«

Sibylle Fischer, Zentrum für Kinder- und Jugendforschung der Evangelischen Hochschule Freiburg

**Moderation:**

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover

Veronika Reisig, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

**SAllog.00      Verwirklichungschancen erweitern: Zugang zur Prävention von Migrant/innen verbessern! Ergebnisse des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung**

»Gesundheitsförderung im Stadtteil: Einführung eines partizipativen Angebots für sozial benachteiligte Mütter«

Janka Große, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig (HTKW)

»Welche Migrant/innen erreicht man mit welchen Zugangswegen?«

Susanne Bisson, Medizinische Hochschule Hannover

»Barrieren und Ressourcen in der Nutzung des Gesundheitsamtes am Beispiel der HIV-Prävention und Versorgung«

Robert Koami Akpabli, Gesundheitsamt Bremen

Norbert Krischke, Freie Universität Berlin

»Ein Blick aus der Praxis auf die Ergebnisse der Präventionsforschung«

Alp Otman, Berlin

**Moderation:**

Guido Nöcker, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Martina Plaumann, Medizinische Hochschule Hannover

**SAll11.00      Verwirklichungschancen erweitern: Handlungskompetenz zur Gesundheit von Kindern stärken! Ergebnisse des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung**

»Elternkompetenzen alleinerziehender Mütter stärken: PALME, ein bildungsorientiertes Elterstraining«

Matthias Franz, Universitätsklinikum Düsseldorf

»Gesundheitliche Chancengleichheit für benachteiligte Grundschul Kinder: Stärkung der Handlungskompetenz und der Selbstwirksamkeitsüberzeugung durch das Mentorenprogramm ‚Balu und Du‘«

Brigitte Borrmann, Sibylle Drexler, Hildegard Müller-Kohlenberg, Universität Osnabrück

»Wenn die Ernährungspyramide auf dem Kopf steht – Gesundheitswissen und Ernährungsmuster sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher«

Alexandra von Garmissen, Regine Rehaag, Universität Hannover

»Partizipative Qualitätsentwicklung zur Implementierung des schulischen Gesundheitsmanagements«

Mustapha Sayed, Medizinische Hochschule Hannover

**Moderation:**

Svenja Dubben, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Martina Plaumann, Medizinische Hochschule Hannover

## Qualitätsentwicklung

---

### FR11.30 Kolloquium Partizipative Gesundheitsforschung I

»Möglichkeiten und Herausforderungen praxisorientierter Evaluation im Bereich Früher Hilfen«  
Michaela Schunk, Barbara Schurig, Andreas Mielck, Helmholtz Zentrum München

»Partizipation auf dem Land: Qualitätskriterien der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung bei MIA – Mütter in Aktion«  
Brigitte Steingruber, Frauengesundheitszentrum Graz, Österreich

»Goal Attainment Scaling – eine Unterstützung für die partizipative Qualitätsentwicklung und Ergebnisevaluation?«  
Ina Schaefer, Universität Bremen

»Lebenswelt, Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit – Zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelten am Beispiel einer Wohnungsloseneinrichtung«  
Stefan Thomas, Jarg Bergold, Freie Universität Berlin

#### **Moderation:**

Hella von Unger, Michael T. Wright, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)

### FR14.15 Kolloquium Partizipative Gesundheitsforschung II

»Partizipative HIV-Forschung durch afrikanische ‚Peer Researcher‘: Berichte aus dem PaKoMi-Projekt«  
Tanja Gangarova, Deutsche Aids-Hilfe e.V., Berlin  
Omer Ouedraogo, AIDS-Hilfe Hamburg e.V.  
Hella von Unger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)

»Partizipative Forschung mit Männern, die Sex mit Männern haben (MSM): Zum Stellenwert von ‚Community‘«  
Jannis Karamanidis, manCheck Berlin  
Nozomi Spennemann, Verband für interkulturelle Arbeit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin  
Michael T. Wright, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)

»Facilitated Collaborative Action Research: Challenging the Structural Inequality in Approaches to Knowing«  
Tina Cook, Northumbria University, Newcastle upon Tyne, Großbritannien

#### **Moderation:**

Hella von Unger, Michael T. Wright, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)

### FR11.30 Bewertungsportale im Gesundheitswesen – ein Weg zu mehr Transparenz und Qualität?

Podiumsdiskussion mit Statements von:  
Peter Müller, Stiftung Gesundheit, Hamburg  
Kai Kolpatzik, AOK-Bundesverband, Berlin  
Christoph Kranich, Verbraucherzentrale Hamburg e.V.  
Corinna Schaefer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin

#### **Moderation:**

Franz Knieps, Abteilungsleiter a.D., Bundesministerium für Gesundheit, Berlin  
Rainer Sbrzesny, Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), Berlin



**FR114.15 Netzwerke versus Networking – Was braucht eine gute Praxis der Gesundheitsförderung?**

»Vernetzung – Was ist das und wie kann sie funktionieren?«  
Egon Endres, Katholische Stiftungsfachhochschule München

»Good Practice-Kriterien für Netzwerke«  
Klaus-D. Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

»Voneinander wissen. Miteinander handeln – Das Münchner Netzwerk REGSAM als Beispiel guter Praxis«  
Friederike Goschenhofer, Martina Hartmann, REGSAM, München

**Moderation:**

Gesine Bär, Alice Salomon Hochschule, Berlin  
Holger Kilian, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin

**FR116.15 Gesundheitliche Ungleichheit aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive**

»'Könnt ihr es verstehen?': Suizid-Foren im Internet: Nutzer- und Betreiberseite«  
Christoph Karlheim, Universität Bielefeld

»Gesundheitschance Bildungsaufstieg?! Soziale Herkunft, Bildungsbeteiligung und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Deutschland«  
Benjamin Kuntz, Universität Bielefeld  
Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Berlin

»Der Einfluss regionaler und nachbarschaftlicher Deprivation auf körperliche Gesundheit in Deutschland«  
Sven Voigtländer, Universität Bielefeld

**Moderation:**

Andreas Büscher, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)/Fachhochschule Osnabrück  
Doris Schaeffer, Universität Bielefeld

**FR116.15 Anspruch und Wirklichkeit bei der Qualitätsentwicklung am Beispiel von drei Ansätzen: quint-essenz, Zielerreichungsskalen und Partizipative Qualitätsentwicklung**

»quint-essenz: Qualitätsentwicklung und Projektmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention«  
Elke Anna Eberhard, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V./Regionaler Knoten Bremen  
Annett Schmok, Gesundheit Berlin-Brandenburg/Regionaler Knoten Brandenburg, Potsdam

»Zielerreichungsskalen: Von der Zielsetzung zur Überprüfung der Zielerreichung«  
Katharina Lis, Technische Universität Dortmund  
Ina Schaefer, Universität Bremen

»Partizipative Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung«  
Martina Block, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin  
Rolf Reul, HAGE Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V./Regionaler Knoten Hessen, Marburg

**Moderation:**

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover  
Ute Winkler, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

**FR116.15 Empowerment durch Expert/innen? Wie Verwirklichungschancen realisiert werden können**

»Befähigung oder Bemächtigung: Die Rolle der Expert/innen bei Empowerment, Selbsthilfeaktivierung und Bürgerbeteiligung«

Alf Trojan, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

»Stärkung gesundheitlicher Kompetenzen von Eltern durch ehrenamtliche Familienbegleitung auf Gemeindeebene«

Astrid Helm, Netzwerk Gesunde Kinder, Eberswalde

»Empowerment-Werkzeuge in der Hand der Nutzer/innen«

Beate Blank, empowerment consulting, Stuttgart

»Befähigen im Betrieb: Wen, wie, wozu?«

Heinrich Geißler, Beratung und Forschung - Geißler (BFG), Bregenz, Österreich

**Moderation:**

Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

Bernd Müller-Senftleben, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes

Brandenburg, Potsdam

---

## Gesundheitsberichterstattung: Daten für Taten

---

**FR111.30 „Macht Hartz IV krank?“ – Gesundheitliche Veränderungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen in den letzten zehn Jahren in Deutschland und Vorstellung von aktuellen Programmen zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung**

»Gesundheitliche Entwicklungen von Berufstätigen und Arbeitslosen in den letzten zehn Jahren – TK-Gesundheitsberichterstattung 2000 bis 2009«

Thomas Grobe, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover

»Ganzheitliche Gesundheitsförderung für Erwerbslose – Erfahrungen und Schlussfolgerungen aus der Umsetzung des Aktiva-Programms«

Susann Mühlpfordt, Katrin Rothländer, Technische Universität Dresden

**Moderation:**

Gudrun Ahlers, Techniker Krankenkasse, Hamburg

Gudrun Borchardt, Techniker Krankenkasse Landesvertretung Berlin-Brandenburg, Berlin

**FR114.15 Wohlfahrtsstaat in der Krise? Aktuelle Daten zu den Auswirkungen auf die Gesundheit**

»Entwicklung von Armut und sozialer Ausgrenzung in Deutschland«

Markus Grabka, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

»Gesundheitliche Situation von Hartz IV-Empfängern«

Lars Eric Kroll, Robert Koch-Institut, Berlin

»Wohlfahrtsstaatliche Entwicklung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Ein internationaler Vergleich«

Katharina Rathmann, Hertie School of Governance, Berlin

Matthias Richter, Universität Bern, Schweiz

**Moderation:**

Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Berlin

**FR116.15 Neue Datenquellen und Methoden für die integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung**

»Nutzung von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung für sozialstrukturelle Auswertungen – Vorgehen, Methoden und erste Ergebnisse«  
Mandy Schulz, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin

»Beiträge des Mikrozensus zur sozialepidemiologischen Forschung – Analysen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Deutschen und Migrant/innen«  
Kerstin Schmidtke, Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter, Düsseldorf

»Faktorenanalytische Bestimmung der sozialen Lage im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen«  
Susanne Bettge, Sylke Oberwöhrmann, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin

**Moderation:**

Gerhard Meinschmidt, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin

**SALlog.00 „Hard to Reach“: Daten für Taten für eine schwer erreichbare Bevölkerungsgruppe – Ältere Migrant/innen**

»Türkische Pflegebedürftige: eine schwer erreichbare Gruppe?«  
Susanne Glodny, Universität Bielefeld

»Beteiligung von Migrant/innen an einer Befragung zur Gesundheit von älteren Menschen in Hamburg: Wer wird erreicht? Was haben sie zu sagen?«  
Regina Fertmann, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), Hamburg

»LISA – Lebensqualität, Interessen und Selbstständigkeit im Alter – eine Befragung mit besonderer Berücksichtigung der Situation von Migrant/innen«  
Jeffrey Butler, Bezirksamt Mitte von Berlin

**Moderation:**

Andreas Böhm, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (MUGV), Potsdam  
Jeffrey Butler, Bezirksamt Mitte von Berlin

## Gesundheitsförderung im Setting ...

### Kita und Schule

---

**FR111.30 Eröffnung von Verwirklichungschancen in Kindertageseinrichtungen – Ansätze und Interventionen**

»Erfahrungen aus der Kooperation zwischen Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und Regionalem Knoten bei der Förderung sozial benachteiligter Kinder in Kindertageseinrichtungen«  
Iris Grimm, Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V./Regionaler Knoten Bayern, München

»Qualitätsrahmen Kita: Bildung, Erziehung, Betreuung und Gesundheit«  
Susanne M. Nagel-Prinz, Peter Paulus, Universität Lüneburg

»Gesunde Kita für alle! – Wie geht das? Vorstellung des Leitfadens zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte«  
Antje Richter-Kornweitz, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V./Regionaler Knoten Niedersachsen, Hannover

**Moderation:**

Johannes G. Gostomzyk, Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V., München  
Andrea Möllmann, Gesundheit Berlin-Brandenburg/Regionaler Knoten Berlin

**FR11.30 Gesunde Schüler/innen, gesunde Mitarbeiter/innen – wie kann eine Gesunde Schule für alle näher rücken?**

»Gesunde Schule – wie wird aus gut gemeint gut?«

Dieter Sommer, ZAGG – Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH, Berlin

»Der aid-Ernährungsführerschein – Schüler in einem gesunden Lebensstil stärken«

Jutta Kreibaum, Deutscher Landfrauenverband e.V., Berlin

»Jenaplan-Schulen – ein integriertes Konzept zu einer Gesunden Schule«

Mike Bruhn, Jenaplan-Schule, Jena

**Moderation:**

Anke Schmidt, ZAGG – Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH, Berlin

Stephanie Wetzels, SW – Ernährungswissenschaftliche Dienstleistungen, Berlin

**FR14.15 Gemeinsam Klasse sein! Drei unterschiedliche Zugänge im Setting Schule**

»„Mobbingfreie Schule – Gemeinsam Klasse sein!“ – ein Kooperationsprojekt in sechs Bundesländern«

York Scheller, Techniker Krankenkasse, Hamburg

»„primakids“: ein Online-Schulungskonzept für Lehrer/innen«

Elisabeth Kirchner, Techniker Krankenkasse, Berlin

»„Gesunde Schule“: Praxisbeispiele für Gesundheitsförderungsprojekte«

Guido Grunenberg, Techniker Krankenkasse, Berlin

**Moderation:**

Anja Krüger, Maike Schmidt, Techniker Krankenkasse, Hamburg

**FR16.15 Psychische Gesundheit in Kita und Schule**

»Kitas bewegen – Gesundheit von Erzieher/innen«

Rüdiger Bockhorst, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

»Psychische Gesundheit von Lehrkräften«

Peter Paulus, Universität Lüneburg

»„Verrückt? Na und!“ – Eine Aufklärungsinitiative zur Stärkung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen«

Manuela Richter-Werling, Irrsinnig Menschlich e.V., Leipzig

»MindMatters – ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit«

Rüdiger Meierjürgen, Barmer GEK, Wuppertal

Birgit Nieskens, Universität Lüneburg

**Moderation:**

Maria Flothkötter, aid-Infodienst, Bonn

Rüdiger Meierjürgen, Barmer GEK, Wuppertal

## Betriebliche Gesundheitsförderung

---

### FR11.30 Verwirklichungsperspektiven in den verschiedenen Phasen des Berufslebens – Forum I

»Einführung«

Benjamin-Immanuel Hoff, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin

»Gute Arbeit – Anspruch und Wirklichkeit aus der Sicht jüngerer und älterer Arbeitnehmer/innen«

Mary Lindner, DGB-Index Gute Arbeit GmbH, Berlin

»Verwirklichungschancen für Berufsanfänger/innen und erfahrene (ältere) Mitarbeiter/innen aus unternehmerischer Sicht«

Michael Grau, Deutsches Benchmarking Zentrum (DBZ), Berlin

»Verwirklichungschancen für Berufsanfänger/innen und erfahrene (ältere) Mitarbeiter/innen aus Sicht eines traditionellen Großunternehmens – aus Sicht der Arbeitnehmer-Vertretung«

Moritz Naujack, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin

»Verwirklichungschancen für Berufsanfänger/innen und erfahrene (ältere) Mitarbeiter/innen aus Sicht eines traditionellen Großunternehmens – aus betriebsärztlicher Sicht«

Stefanie Seele, Berliner Stadtreinigung (BSR)

#### **Moderation:**

Detlef Kuhn, ZAGG – Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH, Berlin

Claudia Sommerschuh, DAK, Berlin

### FR14.15 Verwirklichungsperspektiven in der Arbeit – Forum II

»Handlungsspielraum in der Arbeitswelt als Facette zur Verwirklichung des eigenen Tuns und als entscheidender Faktor zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit«

Jochen Prümper, Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin (HTW)

Anschließend Podiumsdiskussion mit Statements von:

Einer Krankenschwester/Gesundheitswissenschaftlerin

Einem/Einer Vertreter/in des akademischen Prekariats

Einem/Einer Vertreter/in der „Generation Praktikum“

Einem/Einer Vertreter/in der „Jungen Beschäftigten“

Einem/Einer Personalchef/in einer Firma, die Praktikanten einsetzt

Einem/Einer Vertreter/in der Gewerkschaften

#### **Moderation:**

Gudrun Borchardt, Techniker Krankenkasse Landesvertretung Berlin-Brandenburg, Berlin

Robert Rath, Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit LAGetSi, Berlin

**FR116.15 Verwirklichungsperspektiven in der Arbeit: Beispiele aus der Praxis des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) – Forum III**

»BEM aus Sicht der Arbeitsmedizin«

Bernward Siebert, Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW)/TÜV Rheinland Group, Berlin

»Modellprojekt ‚Integratives Beratungsnetzwerk – Betriebliches Eingliederungsmanagement‘ der Deutschen Rentenversicherung Bund«

Lutz Hechtfish, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

»enterability Existenzgründungsberatung für Menschen mit Behinderung«

Jeanette Oechsl, Manfred Radermacher, iq Consult, Berlin

**Moderation:**

Rainer Gensch, Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit LAGetSi, Berlin

Sabine Reszies, Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin (HTW)

---

## Stadtteil/Kommune

---

Forum der AG Gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung

**FR111.30 Integrierte Handlungs- und Entwicklungskonzepte für eine gesundheitsfördernde Quartiersentwicklung – Forum I**

»Integrierte Handlungs- und Entwicklungskonzepte – Kriterien guter Praxis«

Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik (DifU), Berlin

»Gesundheitsförderung im Berliner Brunnenviertel – ein Beispiel aus der ‚Sozialen Stadt‘«

Kerstin Stelmacher, Quartiersmanagement Brunnenviertel, Berlin

»Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung‘ am Beispiel Jena-Winzerla – ein Unterstützungsangebot des Regionalen Knotens Thüringens«

Uta Maercker, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR/Regionaler Knoten Thüringen, Weimar

**Moderation:**

Eberhard Göpel, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg

Christa Kliemke, Technische Universität Berlin

**FR114.15 Partnerschaften für einen gesunden Stadtteil – Forum II**

»Das Präventionsprogramm Lenzgesund als gemeinsames Projekt von Gesundheitsamt und Hochschule (Community-Campus-Partnership)«

Christian Lorentz, Gesundheitsamt Eimsbüttel, Hamburg

Waldemar Süß, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

»Krankenkassen als Partner in der gesundheitsfördernden Quartiersentwicklung«

Bettina Reimann, Deutsches Institut für Urbanistik (DifU), Berlin

»Netzwerkprojekt ‚Bewegung und Gesundheit – mehr Migrantinnen in den Sport‘«

Verena Zschippang, Deutscher Olympischer Sportbund, Frankfurt am Main

**Moderation:**

Uwe Lummitsch, Bundesarbeitsgemeinschaft soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit, Halle an der Saale

Rainer Schwarz, Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), Berlin

**FR116.15 Finanzierung gesundheitsfördernder Quartiersentwicklung – Beispiele aus der Praxis – Forum III**

»Mittelbündelung am Beispiel der Geschäftsstelle Gesundheit in der Fürther Innenstadt«  
Eva Göttlein, Projektagentur Göttlein, Fürth

»Bürgerstiftung als Motor für Gesundheitsförderung vor Ort«  
Kirsten Minkel, Projekt „Arnsbergs Helden“, Arnsberg  
Petra Schmitz-Hermes, Bürgerstiftung Arnsberg

»Stadteilprojekt ‚Gesundheitsteams vor Ort‘«  
Stephan Engel, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz

**Moderation:**

Sigrid Michel, Fachhochschule Dortmund  
Klaus-D. Plümer, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

**SAll11.00 Safe Communities**

»The European Safe Community Network. Experiences and perspectives«  
Børge Ytterstad, Helse Nord/European Safe Community Network (ESCON), Harstad, Norwegen

»Safe Region Brandenburg – Umsetzung auf Landesebene«  
Gabriele Ellsäßer, Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, Zossen

»Safe Community Delmenhorst – Umsetzung auf kommunaler Ebene«  
Johann Böhm, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Delmenhorst

**Moderation:**

Gabriele Ellsäßer, Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, Zossen

## Weitere Handlungsfelder der Gesundheitsförderung

### Sucht

---

**FR116.15 Neuroenhancement – Verbreitung, Chancen und Risiken**

»Neurodoping im Studium«  
Katrin Lohmann, Freie Universität Berlin

»Neuroenhancement: Chancen für Benachteiligte?«  
Isabella Heuser, Charité-Universitätsmedizin Berlin

»Neuroenhancement: Chancen und Risiken?«  
Thomas Bär, Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

**Moderation:**

Anneke Groth, Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH (Vista), Berlin  
Rüdiger Schmolke, Suchtpräventionsfachstelle Potsdam Chill out e.V.

**SAllog.00 Sündenbock oder Held – Ich bin mehr! Perspektiven eröffnen für Kinder aus suchtbelasteten Familien**

»Das einzig Zuverlässige ist die Unzuverlässigkeit – die Not der Kinder verstehen und ihr begegnen«  
Anke Schmidt, Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin

»Praxisorientierte Ansätze der Gesundheitserziehung für Kinder suchtbelasteter Familien in der Fontane-Klinik Motzen«  
Natalie Jatzlau, Fontane-Klinik Motzen, Mittenwalde

»Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) – Leidpfade zur Akzeptanz«  
Heike Hoff-Emden, Charité-Universitätsmedizin Berlin

**Moderation:**

Petra Eichler, Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Berlin  
Kerstin Jüngling, Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin

**SAll11.00 Frauen und Rauchen – wie erreichen wir sozial benachteiligte Frauen?**

»Die Erreichbarkeit von jungen Familien für eine Intervention zur Reduktion der Passivrauchbelastung«  
Sabina Ulbricht, Universität Greifswald

»Projekt Rauchfrei für werdende und junge Eltern«  
Joachim Blank, Fachstelle Sucht, Emmendingen

»Umsetzungsstrategien im Internet: Frauengesundheitsportal – Praxisdatenbank Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«  
Katrin Balke, ProjektBüro Köln  
Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

**Moderation:**

Sibylle Fleitmann, FACT – Frauen aktiv contra Tabak e.V., Dortmund  
Christa Rustler, Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e.V., Berlin

---

## Bildung

---

**FRll14.15 Gesundheitskompetenz und Empowerment**

»Empowerment – ein Ansatz für Patient/innen und Gesunde?«  
Julika Loss, Universität Regensburg

»Gesundheitskompetenz im Kontext der modernen Informationsgesellschaft«  
Renate Soellner, Universität Hildesheim

»Gesundheitsbildung bei Kindern und Jugendlichen durch die Gesetzliche Krankenversicherung«  
Sabine Drexler, AOK Baden-Württemberg, Stuttgart

»Die ‚Rollende Patientenuniversität‘ – Gesundheitskompetenzvermittlung bei Schüler/innen Berufsbildender Schulen – Erreichbarkeit von neuen Zielgruppen?«  
Gabriele Seidel, Medizinische Hochschule Hannover

»Heilen-Forschen-Lehren: Wie passt die Gesundheits-Uni Jena in das Konzept des Universitätsklinikums?«  
Sylvia Säger, Klinikum der Universität Jena

**Moderation:**

Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover  
Julika Loss, Universität Regensburg



**FR116.15      Erwachsenenbildung in allen Lebensphasen – Gesundheitsbildung für ein gesundes Älterwerden**

»Pro Bildung statt Anti-Aging! Alters- und Alternsbilder in der Gesundheitsbildung der Volkshochschulen«  
Anette Borkel, Deutscher Volkshochschulverband, Hamburg

»Gesundheit um die Ecke – Gesundheitsförderung in Kooperation mit Wohnungsbaugenossenschaften«  
Werner Burkhardt, Hamburger Volkshochschule

»Biographischer Ansatz zum Lernen in allen Lebensphasen«  
Susanne Nolte, Bremer Volkshochschule

»Qualifizierung für ehrenamtliche Wohnberater/innen«  
Katrin Hodler, Niedersachsenbüro für Neues Wohnen und Alter, Hannover

**Moderation:**

Anette Borkel, Deutscher Volkshochschulverband, Hamburg  
Holger Kühne, Volkshochschule Steglitz-Zehlendorf, Berlin

---

## Salutogenese

---

**SAllog.00      Die Potenziale der Salutogenese – Zur Erweiterung menschlicher Verwirklichungschancen – Forum I**

»Projekt Lebensouveränität – Salutogenese und Verwirklichung«  
Rüdiger-Felix Lorenz, Zentrum für Gesundheitsförderung, Hannover

»Der ‚Capability Approach‘ auf Gesundheit übertragen – was müsste sich ändern?«  
Burkhard Dresen, Institut für Salutogenese und Ressourcenoptimierung, Ahlen

Diskussion mit:  
Benedicta Becker-Balling, Praxis Ankerpunkt, Gundelsheim

**Moderation:**

Anja Dresen, Institut für Salutogenese und Ressourcenoptimierung, Ahlen  
Christa Lorenz, Zentrum für Gesundheitsförderung – Psychologische Praxis, Hannover

**SAl11.00      Die Potenziale der Salutogenese – Zur Erweiterung menschlicher Verwirklichungschancen – Forum II**

»Gibt es Kriterien für ‚heilsame Systeme‘? Salutogene Verwirklichungschancen in sozialen und kulturellen Systemen«  
Theodor D. Petzold, Zentrum für Salutogenese/Akademie für patientenzentrierte Medizin APAM e.V., Bad Gandersheim

»Die Entwicklung des Selbstwertes bei Kindern – Chancen und Risiken«  
Christina Krause, Universität Göttingen

Diskussion mit:  
Benedicta Becker-Balling, Praxis Ankerpunkt, Gundelsheim

**Moderation:**

Anja Dresen, Institut für Salutogenese und Ressourcenoptimierung, Ahlen  
Christa Lorenz, Zentrum für Gesundheitsförderung – Psychologische Praxis, Hannover

## Studium und Beruf

### Gesundheitsberufe

---

#### FR114.15 Von der Sozialhygiene zu Public Health

»Anfänge der Sozialhygiene in Deutschland und ihre Destruktion im Nationalsozialismus«  
Philipp Osten, Universität Heidelberg

»Die Etablierung von Public Health in der Bundesrepublik«  
Dagmar Ellerbrock, Universität Bielefeld

»Public Health im Zeitalter der Globalisierung«  
Peter Tinnemann, Charité-Universitätsmedizin Berlin

»Zwischen Gerechtigkeit und Gesundheitsmaximierung – Ethische Werte und Normen für Public Health im 21. Jahrhundert«  
Peter Schröder-Bäck, Universität Maastricht, Niederlande

#### **Moderation:**

Monika Huber, Technische Universität Berlin  
Brigitte Michel, Berlin School of Public Health an der Charité

#### SAllog.00 Therapieberufe und Public Health: (Be-)Handlungsperspektiven und Beiträge zur Gesundheitsversorgung

»Public Health als Bezugsrahmen – Interventions- und Forschungsansätze für Therapieberufe«  
Heidi Panhorst, Hamburger Fern-Hochschule (HFH)/Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HGV)  
Barbara Schurig, Helmholtz Zentrum München, Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HGV)

»Schule und Gesundheit – Erfahrungen als Physiotherapeutin in Schulprojekten«  
Brigitte Böttcher, Physiotherapeuteninitiative zur Gesundheitsförderung in öffentlichen Einrichtungen mit Gemeinschaftscharakter e.V., Dresden

»Erzählcafé in der Geriatrie«  
Hanne Zuber, Agaplesion Bethanien-Krankenhaus gGmbH, Heidelberg

#### **Moderation:**

Maren Bredehorst, Universität Bielefeld/Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HGV)  
Eva Trompetter, Fachhochschule Bielefeld/Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HGV)

## Studierendenforum

---

*Die Veranstaltungen des Studierendenforums finden im Pinellodrom, Dominicusstraße 5-9, statt.*

#### FR111.30 „BA Public Health – was nun?“ Workshop zum Thema Bachelorausbildung in Public Health/Gesundheitswissenschaften und korrespondierenden Studiengängen

»Bachelor of Science in Health Communication: Erfahrungen der ersten vier Absolventenjahrgänge«  
Ralf E. Ulrich, Universität Bielefeld

»Ergebnisse zum Berufsverbleib von Absolvent/innen des ersten Bachelorjahrgangs im Studiengang „Gesundheitsförderung und -management“ an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)«  
Kerstin Baumgarten, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg

»Was kommt nach dem BA in Public Health? Ergebnisse der Absolvent/innen-Befragung des Bachelorstudiengangs Public Health der Uni Bremen«  
Frauke Koppelin, Universität Bremen

Input von Absolvent/innen aus Bremen, Magdeburg und Bielefeld:

Judith Linnemann, Kinderumwelt gGmbH, Osnabrück

Anika Skirl, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Mecklenburg-Vorpommern e.V., Schwerin

Nicole Tempel, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V., Bremen

**Moderation:**

Kerstin Baumgarten, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg

Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover

Frauke Koppelin, Universität Bremen

**FR114.15 Gesundheitsfördernde Hochschule – Erfolgsfaktoren im Setting Hochschule**

»alice gesund? Analysen, Ergebnisse und gemeinsame Prozesse für gesundheitsgerechteres Studieren und Arbeiten«

Theda Borde, Alice Salomon Hochschule, Berlin

»Erfolgsfaktoren auf dem Weg zur Gesunden Hochschule: Ergebnisse der Studie AnSPORn und Präsentation des Praxishandbuchs ‚Gesunde Lebenswelt Hochschule‘«

Claudia Seibold, Universität Bayreuth

**Moderation:**

Ulla Oerder, Techniker Krankenkasse, Berlin

Maike Weerts, Techniker Krankenkasse, Berlin

**FR116.15 Welche Erwartungen haben zukünftige Arbeitgeber/innen an Absolvent/innen von gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen?**

»Erwartungen aus Sicht einer außeruniversitären Einrichtung – Robert Koch-Institut (RKI)«

Thomas Ziese, Robert Koch-Institut – Bundesgesundheitsblatt, Berlin

»Erwartungen aus Sicht einer außeruniversitären Einrichtung: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)«

Susanne Weinbrenner, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin

»Erwartungen aus Sicht eines Pharmaunternehmens«

Kerstin Uhl-Hochgräber, Bayer Schering Pharma AG, Berlin

»Erwartungen aus Sicht der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft«

Gisela Schott, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Berlin

»Erwartungen aus Sicht einer Senatsverwaltung«

Barbara Buck-Malchus, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin

»Erwartungen aus Sicht eines Projektträgers«

Sybill Schulz, Familienplanungszentrum Berlin-BALANCE

»Erwartungen aus Sicht des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR)«

Axel Hahn, Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Berlin

»Erwartungen aus Sicht der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.«

Armin Schafberger, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin

**Moderation:**

Beate Blättner, Hochschule Fulda

Monika Hey, Berlin School of Public Health an der Charité

**SAllog.00 Gesundheitswissenschaften studieren in Berlin – Die AG „gesundheitsstudiengänge-berlin“ stellt gesundheitswissenschaftliche Studiengänge vor**

»Welcher Studiengang kommt für mich in Frage?«

Monika Hey, Brigitte Michel, Berlin School of Public Health an der Charité

Anschließende Informationsrunden:

»Weiterbildender Masterstudiengang Master of Public Health«

Nina Adelberger, Berlin School of Public Health an der Charité

»Weiterbildender Masterstudiengang Master of Science in Epidemiology«

Rebecca Muckelbauer, Berlin School of Public Health an der Charité

»Health and Society: Gender and Diversity Studies«

Ruth Waldherr-Ifada, Berlin School of Public Health an der Charité

»Weiterbildender Masterstudiengang Consumer Health Care an der Charité«

Marion Schaefer, Charité-Universitätsmedizin Berlin

»Master of Science in International Health' an der Charité-Universitätsmedizin Berlin«

Matthias Borchert, Amanguli Yasheng, Charité-Universitätsmedizin Berlin

»Weiterbildender Masterstudiengang Public Health – Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung an der FU Berlin«

Burkhard Gusy, Freie Universität Berlin

»Masterstudiengang Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen an der Alice Salomon Hochschule«

Jutta Räßiger, Elke Weisgerber, Alice Salomon Hochschule, Berlin

»Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen«

Karlheinz Ortman, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

»Studiengang Bachelor of Nursing an der Evangelischen Hochschule«

Dagmar Kubanski, Evangelische Hochschule Berlin

»Studiengang Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule«

Margarete Reinhart, Evangelische Hochschule Berlin

**Moderation:**

Monika Hey, Brigitte Michel, Berlin School of Public Health an der Charité

**SAll11.00 Gesundheit bei Studierenden**

»Engagement bei Studierenden«

Burkhard Gusy, Katrin Lohmann, Freie Universität Berlin

»Sport als gesundheitsfördernde Ressource im Setting der Hochschule – institutionelle Rahmenbedingungen und empirische Befunde zum Sportverhalten von Studierenden«

Arne Göring, Daniel Möllenbeck, Universität Göttingen

»Studium heute: Gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? – Eine Lebensstilanalyse«

Sandra Bischof, Hans Peter Brandl-Bredenbeck, Astrid Kämpfe, Carolin Köster, Universität Paderborn

**Moderation:**

Burkhard Gusy, Katrin Lohmann, Freie Universität Berlin

Thomas Hartmann, Hochschule Magdeburg-Stendal

## Moderierte Posterpräsentation

### **FR113.00**      **Posterpräsentation**

»Vorstellung des Forschungsprojekts ‚Selbst eingeschätzte Gesundheit in sozial benachteiligten Stadtteilen in Dänemark‘«  
Inga Bacher, Universität Flensburg

»Demenzfreundliche Kommune«  
Gülcan Bagci, Berlin School of Public Health an der Charité  
Stephan Schikorra, Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V., Berlin

»Vorstellung der kindheitswissenschaftlich geprägten Netzwerkarbeit«  
Susanne Borkowski, Anja Funke, Hochschule Magdeburg-Stendal

»Sozialraumorientierte Förderung von gesunder Ernährung, Bewegung und sozialer Teilhabe älterer türkischer Frauen und Männer mit Migrationshintergrund in Hamburg«  
Regina Brunnett, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)

»Kohle, Kies und Knete – Ohne Kröten keine Fete: Bildung gegen Kinderarmut«  
Kathrin Eckert, DRK Kreisverband Fläming-Spreewald e.V., Königs Wusterhausen

»Tabakwerbung außer Kontrolle«  
Dieter Eichinger, Aktionszentrum des Forum Rauchfrei, Berlin

»Schulische Qualifikation junger Drogenabhängiger in Suchtrehabilitation«  
Christiane Firnges, SPI Forschung gGmbH, Berlin

»Gesundheitsförderung für erwerbslose Frauen. Ein Kurs des Feministischen Frauen Gesundheitszentrums e.V. Berlin«  
Monika Fränznick, Katarina Schneider, Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Berlin

»Schritt für Schritt in eine gesündere Arbeitswelt«  
Janine Grundei, Marie Neums, Alice Salomon Hochschule, Berlin

»Projektmanagement und Finanzierungswege in der kommunalen Gesundheitsförderung«  
Irmela Häuser, Universität Flensburg

»Gesundheitsprojekte für Eltern und Kinder in der Kita Omas Garten e.V.«  
Magdalene Heinisch, Kita Omas Garten e.V., Berlin

»Die subjektive Gesundheitseinschätzung von Jungen mit expansiven Verhaltensauffälligkeiten nach Sozialstatus (Teilauswertung KiGGS, RKI 2005)«  
Birgit Keller, Bertram Szagun, Hochschule Ravensburg-Weingarten, Weingarten

»Beteiligung konkret: ‚WiB Brunnen gesund‘ – Gesundheitsförderung von Bewohnern für Bewohner im Berliner Wedding«  
Kathrin Kraft, Gießen

»How do health trainers engage with ethnic communities? A qualitative research study on innovative approaches to health promotion«  
Victoria Leitner, Universität Flensburg

»Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Zielgruppen im Setting Stadtteil: Das Aktionsbündnis ‚Gesund leben und älter werden in Eving‘«  
Katharina Lis, Technische Universität Dortmund

»Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft«  
Janett Ließmann, Erika Zoike, BKK Bundesverband, Essen/spectrum K GmbH, Berlin

»Evaluationstools – ein Beitrag zur Unterstützung von Selbstevaluation in der Gesundheitsförderung«  
Andreas Mühlbach, Universität Bremen

»Gesund aufwachsen in Kitas - Gesundheitsförderung durch Setting-Entwicklung im Landkreis Coburg«  
Bianca Schmidt, Barbara Thumann, Hochschule Coburg

»Gesund aufwachsen in Deutschland: Potentiale erkennen – Chancen nutzen – Entwicklung fördern. GUT  
DRAUF – eine Jugendaktion der BZgA zur Gesundheitsförderung«  
Benita C. Schulz, Projecta Köln, i.A. der BZgA

»Good Practice Poster«  
Beispiele guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

## Teil II: Kurzfassung der Beiträge

### Eröffnung

---

#### FR119.30 Eröffnungsveranstaltung „Verwirklichungschancen für Gesundheit“

##### Grußworte

*Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin*

Der Senat von Berlin verfolgt eine übergreifende Strategie, die auf sozialen Ausgleich, Integration, Chancengleichheit und wirtschaftliche Stärkung ausgerichtet ist. Berlin will Modell werden für eine Stadt, in der soziale, ökonomische und ökologische Ziele nicht im Widerspruch zueinander stehen, sondern sich gegenseitig ergänzen und befördern.

Diese Gesamtstrategie ist sinnvoll, denn die Gesundheit jeder und jedes Einzelnen wird maßgeblich vom Wohnumfeld, vom Zugang zu Bildung, vom Arbeitsplatz und von den sozialen Beziehungen beeinflusst. Daher sollten auch die bisherigen Strategien zur Gesundheitsförderung überdacht und angepasst werden. Ziel ist ein Mehr an Gesundheit für alle und der Abbau von Nachteilen. Hierbei geht es insbesondere um Chancengleichheit und mehr Teilhabe. Das Thema Gesundheit muss daher in allen Politikbereichen präsent sein.

Aus dem Sozialstrukturatlas, der seit den 90er Jahren ein zentrales Element der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Berlins ist, ergeben sich wertvolle Hinweise für die politische Praxis auf gesamtstädtischer Ebene und in den Bezirken. Strukturell bietet die Berliner Landesgesundheitskonferenz durch die breite Fächerung ihrer Mitglieder eine geeignete Plattform für die Entwicklung von Gesundheitszielen. Beschlossen bzw. auf den Weg gebracht wurden bisher Gesundheitsziele unter den Leitmotiven „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ sowie „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“. Mit dieser breit angelegten Diskussion wird der ressortübergreifende Ansatz des Berliner Senats für die Verbesserung der Lebensqualität für alle Berlinerinnen und Berliner konkretisiert und umgesetzt.

##### Einführungsreferat

#### „Gesundheit und Verwirklichungschancen – Gerechtigkeit neu denken?“

*Uwe H. Bittlingmayer, Pädagogische Hochschule Freiburg*

In den letzten Jahren hat mit dem so genannten Capabilities-Ansatz ein gerechtigkeitstheoretisches Konzept erstaunlich große Aufmerksamkeit erfahren und das weit über disziplinäre Grenzen hinaus. In Deutschland wird der Ansatz breit diskutiert unter Begriffen wie Befähigungsgerechtigkeit oder Verwirklichungschancen. Der Capabilities-Ansatz ist zunächst ganz allgemein normativ darauf ausgerichtet, die Handlungsbefähigungen aller Menschen zu erweitern. Zu diesem Zweck müssen gesellschaftliche Institutionen und Handlungsfelder – also die gesamten gesellschaftlichen Verhältnisse! – darauf ausgerichtet werden, die Realfreiheiten der in ihnen lebenden Menschen zu erhöhen.

Für Public Health stellt die Perspektive auf Realfreiheiten und Verwirklichungschancen ein starkes gerechtigkeitstheoretisches Instrument zur Verfügung, mit dem die gesundheitsbezogene Kritik an den gegenwärtigen Bedingungen der Vergesellschaftung gut fundiert werden kann. Im anvisierten Vortrag soll entsprechend auf der Grundlage des Capabilities- bzw. Verwirklichungschancenansatzes eine aktuelle Analyse gesellschaftlicher Bedingungen für (oder gegen) Gesundheit anhand der Handlungsbereiche Bildung und Arbeit durchgeführt werden. Damit soll nicht zuletzt bezweckt werden, der anhaltenden politischen Schelte benachteiligter Gruppen zu begegnen, indem die strukturellen Handlungsbarrieren und die politisch vorangetriebene Limitierung ehemals vorhandener Verwirklichungschancen gerade für benachteiligte soziale Gruppen aufgezeigt werden.

## Abschluss

---

### „Verwirklichungschancen – nicht zuletzt eine Frage von Macht und Verteilung“

*Annelie Buntenbach, DGB Bundesvorstand, Berlin*

Verwirklichungschancen sind in der Betrachtung von Amartya Sen mehr als die Frage nach Wohlstand oder Armut, nach der Verteilung von Ressourcen, Geld und Macht – aber diese gesellschaftlichen Grundfragen dürfen bei der Debatte auf keinen Fall aus dem Blick geraten. Da es hier nicht um die aktuellen Auseinandersetzungen bei der Finanzierung des Gesundheitswesens gehen soll – nur ein Verweis auf das Bündnis Köpfe gegen die Kopfpauschale ([www.stoppauschale.de](http://www.stoppauschale.de)) sei mir gestattet! - will ich im Folgenden am Feld Arbeit und Gesundheit versuchen, mit einigen Schlaglichtern den Zusammenhang zu konkretisieren. Gute Arbeit - Arbeit, die man (und frau) schätzt und bei der man (und frau) geschätzt wird, Arbeit, die Gestaltungsspielräume lässt, anständig bezahlt ist und unter guten Bedingungen stattfindet (vgl. DGB-Index Gute Arbeit) – schont und fördert Gesundheit und schafft Zufriedenheit. Schlechte Arbeit – schlecht bezahlt, oft inzwischen so schlecht, dass man kaum davon leben kann, überlange Arbeitszeiten, hoher Druck, unsichere Beschäftigungsverhältnisse ohne Perspektive wie z.B. Befristung und Leiharbeit – macht die Menschen krank, nicht allein weil die körperliche Belastung nicht zu bewältigen ist, sondern weil auch die psychischen Belastungen überfordern. Das sind Folgen des immensen Drucks im Niedriglohnbereich: In Deutschland haben wir inzwischen den größten Niedriglohnsektor im europäischen Vergleich.

Wie sehr die Betroffenen in der Lage sind, ihre Arbeitsbedingungen zu beeinflussen, oder wie sehr sie sich der Willkür und dem Druck des Arbeitgebers ausgeliefert sehen, ist eine Machtfrage – wieviel Gewicht, wieviel Macht können sie gegenüber dem Arbeitgeber in die Waagschale werfen? Und trauen sie sich überhaupt noch Einmischung zu, wenn man dann schnell den befristeten Job los ist und in kurzer Zeit abzustürzen droht? Hartz IV macht den aufrechten Gang im Betrieb (und oft genug die Realisierung von Verwirklichungschancen) zur Mutprobe.

Das Kräfteverhältnis – und damit die individuelle und die kollektive Möglichkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, ihre Arbeitsbedingungen zu gestalten – hängt von einer Reihe von Faktoren ab: im Betrieb vom gewerkschaftlichen Organisationsgrad (oder bin ich auf mich allein gestellt?) und davon, ob es einen Betriebsrat gibt. Und in der Gesellschaft davon, ob sich auch gegen das neoliberale Dogma prekäre Beschäftigung eindämmen und gute Arbeit schaffen lässt, mit gleichem Lohn für gleiche Arbeit, existenzsicherndem Mindestlohn per Gesetz, einer Verbesserung der Absicherung im Fall der Arbeitslosigkeit statt Hartz IV.

Und wie weit gelingt es uns, Politik dazu zu bewegen, dass Arbeitslosigkeit konsequent bekämpft wird? Arbeitslose haben ein besonders hohes Krankheitsrisiko, und ihre Verwirklichungschancen hängen nicht nur materiell, sondern auch was ihren Lebensentwurf und ihre Teilhabemöglichkeiten betrifft, davon ab, ob auch während der Phase von Arbeitslosigkeit ihre Würde gewahrt wird und ob sie dabei unterstützt werden, wieder eine Perspektive im Arbeitsmarkt aufzubauen.

Dafür sind auch Investitionen in öffentlicher Daseinsvorsorge und Infrastruktur z.B. in den Kommunen nötig, die unter den Vorgaben von Schuldenbremse und Stabilitätspakt kaputt gespart werden.

Dass Armut Bildungs- und Teilhabechancen und damit Verwirklichungschancen mindert, liegt auf der Hand – leider führen die Politikrichtungen, die dazu führen, dass mehr Menschen arm sind und damit mehr öffentliche Angebote nötig wären, in der Regel auch zu Armut der öffentlichen Hand und damit einer Verschärfung von gesellschaftlicher Spaltung und Ausgrenzung.

Aber sie führen oft auch zu einer Verstärkung der Gegenwehr und damit wie bei dem Streik der Erzieher/innen oder der Gebäudereiniger/innen zu verstärkter Selbstorganisation von Interessen. Solche Auseinandersetzungen wirken auch als Lern- und Aneignungsprozess von Verwirklichungschancen. Diese Prozesse gilt es nach Kräften zu fördern und zu unterstützen.

Da es zunächst einmal der Arbeitgeber ist, der die Arbeitsbedingungen setzt und damit großen Einfluss darauf hat, ob die Arbeit krank macht oder zu guten Bedingungen stattfindet, dürfen die Arbeitgeber nicht die Chance haben, diese Kosten soweit zu externalisieren, wie es im Moment der Fall ist. Milliarden Kosten für arbeitsbedingte Erkrankungen trägt die Krankenversicherung und damit die Beitragszahler/innen. Die Arbeitgeber müssen für die Kosten, die sie verursachen und beeinflussen können, stärker in die Pflicht genommen werden – Gesundheitsförderung, wie sie ja in einer Reihe von Betrieben durchaus stattfindet, soll sich lohnen; und wenn Arbeit krank macht, sollen die Arbeitgeber zahlen, bis sie endlich die Arbeitsbedingungen verbessert haben.

Statt jetzt auch noch den Arbeitgeberbeitrag einzufrieren und damit die gesamten Kostensteigerungen der Zukunft allein den Versicherten aufzubürden, müssen die Arbeitgeber zur gerechten Lastenverteilung im Boot bleiben, aber auch deshalb, um ein eigenes Interesse an der Eindämmung von Kostensteigerungen zu haben.



### **„Alte Forderungen für neue (Verwirklichungs-) Chancen!“**

*Tülin Duman, GLADT e.V., Berlin*

Migrant/innen, insbesondere junge Migrant/innen, stehen ausschließlich mit vermeintlich negativen Eigenschaften in gesellschaftlichen Diskussionen. Sie werden, unabhängig davon, wo sie geboren und sozialisiert sind, welcher Bildungsgruppe sie zugehören oder welchen sozio-ökonomischen Hintergrund sie haben, als „Andere“ wahrgenommen. Die zunehmende pauschal-kollektive Betrachtung und Analyse „der Migrant/innen“ bzw. „der Muslim/innen“ verhindert die Herausarbeitung von Individualität und dadurch auch von individuellen Potenzialen, die im Bezug auf Verwirklichungschancen unabdingbar sind. Die aktuell laufende scheinheilige Integrationsdebatte führt nicht zuletzt zu einer Steigerung bereits bestehender Hürden zur Teilhabe. Immer mehr Politiker/innen errichten unter dem Deckmantel „Sanktionen für Integrationsunwillige“ neue Barrieren und erhalten im Zuge der populistischen Welle leider auch Zuspruch in der Mehrheitsgesellschaft, wie z.B. bei der Forderung, junge männliche Migranten schneller auszuweisen, oder bei der Verschärfung des Aufenthaltsgesetzes. Um überhaupt eine Grundlage für Verwirklichungschancen zu bilden, muss die Gesamtdebatte versachlicht werden, indem vor allem soziale Probleme nicht ethnisiert und Lebenswelten nicht kulturalisiert werden. Das Recht und der Anspruch auf gleichberechtigte Teilhabe und Chancengleichheit sind dabei die entscheidenden alten Forderungen, die stärker in den Fokus gestellt und von mehr als nur den „Betroffenen“ getragen werden müssen, und zwar ohne Wenn und Aber.

## Migrant/innen

---

### FR11.30 Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit – wie beeinflussen Integration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? – Forum I

#### „Migration und andere Hintergründe“

*Michael Knipper, Universität Gießen*

Welche Bedeutung haben Faktoren wie „Migration“, „Herkunft“ und „Ethnizität“ für medizinische Fragestellungen? Unter welchen Bedingungen kann die aktuell hohe Aufmerksamkeit für Themen wie „Integration“ und „ethnisch-kulturelle Vielfalt“ für eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation und medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten genutzt werden?

Ausgehend von der populären Kategorie „Migrationshintergrund“ werden in diesem Vortrag exemplarisch verschiedene „Hintergründe“ beleuchtet, die für eine differenzierte Erfassung der soziokulturellen Aspekte von Krankheit, Schwangerschaft, Geburt oder medizinischer Versorgung relevant sind. Dabei geht es zum einen um die komplexen Hintergründe von deskriptiven Kategorien bezüglich Herkunft oder „Kultur“ bei Migrant/innen: Welche Bedeutungen etwa „Nationalität“, die Zuordnung zu einem „Kulturkreis“ oder eine Migrationsbiographie im Einzelfall besitzen ist zunächst eine grundsätzlich offene Frage. Erst der differenzierte Blick in die reale Lebenswelt und -wirklichkeit der betroffenen Menschen führt hier weiter. Zum anderen sind auch die mit Schlüsselbegriffen wie „Migration“, „Akkulturation“ oder „Integration“ verbundenen Vorannahmen, Denkmodelle und Wertungen wichtig. Auch die Hintergründe der in gesellschaftlichen und/oder wissenschaftlichen Debatten um Migration und Gesundheit verwendeten Begriffe gilt es auszuleuchten, um die vielen brennenden Fragen in diesem Zusammenhang sinnvoll beantworten zu können.

#### „Hybridität als Gleichzeitigkeit von Differenz? Überlegungen zu Identitätsmodellen zwischen Abgrenzung, Akkulturation und Assimilation“

*Naika Foroutan, Humboldt Universität zu Berlin*

Hybridität tritt auf in Situationen kultureller Überschneidung, d.h. teilweise gegensätzliche Sinngehalte und Handlungslogiken, die getrennten Handlungssphären entstammen, fügen sich zu neuen Mustern zusammen. Es kommt zu einer Infragestellung traditioneller Zugehörigkeitskriterien und einer Delokalisierung von Identität. Dies erzeugt Reibung und Energie, die sich sowohl negativ in freiwilligen Desintegrationsmechanismen und Abgrenzung entladen kann, die aber auch positiv zur Erneuerung überkommener gesellschaftlicher Strukturen beitragen kann. Hybride Identitäten sind variabel, kontextuell und von vielschichtigen Loyalitäten und Zugehörigkeitsmustern geprägt. Es entsteht ein dynamisches Spiel der Zugehörigkeiten in einer komplexen Struktur der Mehr-Heimigkeit – ein Moment der Gleichzeitigkeit von Differenz. Dies steht der Idee der Assimilation gegenüber. Interessant sind hier die unterschiedlichen Reaktionsmuster von Zugehörigkeit speziell bei jenen Individuen, die einen muslimischen Migrationshintergrund haben und diesen gleichzeitig mit einer deutschen Identität verbinden. Diese hybriden – bipolaren, mehrheimischen, transkulturellen – Identitätsmodelle sind abhängig von inneren und äußeren Exklusions- und Inklusionsstrategien, die in diesem Vortrag vorgestellt werden sollen.

### FR11.15 Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit – wie beeinflussen Integration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? – Forum II

#### „Befindlichkeit chinesischer Migrantinnen in der Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung“

*Gudrun Kotte, Institut für Ethnologie, Medical Anthropology Berlin*

Das Erleben und Gestalten von Geburt ist weder universell noch angeborene Kompetenz. Es entwickelt und verändert sich in direkter Antwort auf die Gesellschaft, in der die werdende Mutter lebt (Kitzinger, 1980). Das Zeitalter großer Migrationsbewegungen bringt es mit sich, dass mehr Frauen als je zuvor außerhalb ihres Herkunftskontextes und ihrer Familienstrukturen ein Kind zur Welt bringen. Am Beispiel der Geburtserfahrungen chinesischer Frauen in Berlin werden in der Präsentation spezifische Irritationen und Konflikte in der Interaktion und Kommunikation mit Ärzt/-innen, Hebammen und Krankenschwestern in der Schwangerschaft und während des Wochenbettes dargestellt. Dabei werden sowohl kulturelle als auch strukturelle Faktoren analysiert, die sich signifikant auf die Befindlichkeit der chinesischen Frauen auswirken. Aus den Forschungsergebnissen ergibt sich insbesondere im Rahmen des Kongresses Armut und

Gesundheit ein Plädoyer für eine Geburtspraxis, die sensibel auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingeht und ihre eigenen kulturbedingten Voraussetzungen kritisch reflektiert.

### **„Wie Migrantinnen Netzwerke nutzen – transkulturelle Beziehungen als Ressourcen in der Schwangerschaft und im Wochenbett“**

*Magdalena Stüb, AMIKO Institut für Migration, Kultur und Gesundheit, Freiburg*

Die in der Ethnologie verortete Forschung zu Frauengesundheit wählt einen explizit ressourcenorientierten Ansatz. Dabei ermöglichen es qualitative Erhebungsmethoden, die Perspektive von nach Deutschland zugewanderten schwangeren Frauen aufzugreifen. Es werden komplexe soziale Netzwerke sichtbar, auf die sich Frauen während ihrer Schwangerschaft und auch als junge Mütter stützen. Diese Netzwerke sind transnational, indem sie sich über verschiedene Länder erstrecken, und transkulturell, indem sie Menschen mit verschiedensten kulturellen Hintergründen umfassen. Sie dienen sowohl der sozialen, emotionalen und ökonomischen Unterstützung als auch der Vermittlung von schwangerschafts- bzw. mutterschaftsspezifischem Wissen. Damit stellen sie eine wichtige Ressource dar, die Migrantinnen in der Phase des Mutterwerdens stärkt. Der Rückgriff auf die Support-Netzwerke ermöglicht den Frauen eine aktive Auseinandersetzung mit den lokalen geburtshilflichen Angeboten und unterstützt sie in ihrer Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit. Trotz vielfältiger Barrieren und durchaus wahrgenommener Defizite sehen sich die für diese Studie befragten Migrantinnen als Akteurinnen, die ihren jeweils individuellen Spielraum nutzen, um die „Geburtskultur“ mitzugestalten. Die professionelle Geburtshilfe muss sich für die Komplexität der kulturellen Orientierungen ihrer Klientel – ob mit oder ohne Migrationshintergrund – öffnen und versuchen, die transkulturellen Lebenswelten aufzugreifen ohne die Frauen und Familien auf ihre Herkunftskultur zu reduzieren.

### **„Einfluss der Akkulturation auf die Ernährung und Gesundheit türkischstämmiger Kinder in Berlin“**

*Paolo Maria Matricardi, Christoph Grüber, Charité-Universitätsmedizin Berlin*

Türkische Migrant/innen unterscheiden sich durch ihren Lebensstil von der deutschstämmigen Population in Berlin. Zu Kindern gab es bislang wenig Untersuchungen. In früheren Untersuchungen haben wir zeigen können, dass türkischstämmige Kinder bei Einschulung deutlich seltener von allergischen Erkrankungen (Neurodermitis, Asthma bronchiale, Heuschnupfen) betroffen sind. Dieser Schutz scheint mit zunehmender Akkulturation verloren zu gehen. Wenn man die zuhause gesprochene Sprache als Marker für Akkulturation nimmt, haben türkischstämmige Kinder, die nur Deutsch zuhause sprechen, genauso häufig allergische Sensibilisierung im Blut nachweisbar wie deutschstämmige Kinder. Die Ursachen sind nicht bekannt. Eigene Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Ernährungsmuster unterschiedlich sind. Eine zweite Möglichkeit sind bei Heimatreisen in die Türkei erworbene Infektionen, die zu einer Reifung des Immunsystems fort von der Allergie beitragen könnten. Diesen Möglichkeiten wird in einer aktuellen Follow-up-Untersuchung der damals eingeschulter Kinder nachgegangen.

**FR116.15 Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit – wie beeinflussen Integration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? Erfahrungen aus der Praxis – Forum III**

### **„Werdende und junge Familien – Zuwanderung – Integration – gesundheitliche Prävention“**

*Erika Sievers, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf*

In der Schwangerschaft und frühen Kindheit werden Familien in Deutschland komplexe Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention angeboten. Ihre optimale Nutzung baut u.a. auf einer gesicherten Finanzierung, einem frühen Kontakt in der Schwangerschaft zum Gesundheitssystem, Grundkenntnissen der Strukturen und Versorgungsprozesse und darüber hinaus auf dem tatsächlichen sprachlichen und kulturellen Verständnis der empfohlenen Maßnahmen, z.B. im Arztgespräch. Für gut integrierte werdende und junge Familien mit ausreichenden Sprachkenntnissen ist dies meist gut möglich. Liegt die Zuwanderung jedoch kurz vor der Schwangerschaft, kann dies problematisch sein, da diese Kenntnisse fehlen. Auf Probleme der perinatalen Gesundheit weisen die Daten zur Säuglingssterblichkeit ausländischer Säuglinge in Deutschland deutlich hin.

In den letzten Jahren wurden verschiedene Projekte erfolgreich etabliert, ebenso stehen empfehlenswerte mehrsprachige – insbesondere auch audiovisuelle – Informationsmaterialien zur Verfügung. Neben der Frage des Zugangs zur Information, stellt sich die Frage der Verständlichkeit im kulturellen Kontext und entsprechenden Lösungen. Werdende und junge Familien treffen auch heute noch auf ein

Gesundheitssystem, dessen Beschäftigte unzureichend hierauf vorbereitet sind. Interkulturelle Öffnung sollte als Merkmal der Struktur- und Prozessqualität der medizinischen Versorgung betrachtet und umgesetzt werden. Dies wird anhand von Beispielen illustriert.

### **„Die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen durch türkeistämmige Frauen“**

*Danielle Dobberstein, Holger Kilian, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin*

Im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin führte Gesundheit Berlin-Brandenburg im Frühjahr 2010 eine Studie zur Inanspruchnahme von Hebammenangeboten durch türkeistämmige Frauen in Berlin durch. Erfahrungswerte zeigen, dass bei Frauen mit Migrationshintergrund eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme dieser Leistungen gegeben ist. In Berlin stellt die türkeistämmige Bevölkerung die größte Gruppe der Migrant/innen dar.

Nach der Literaturanalyse und Gesprächen mit Expert/innen wurden 52 türkeistämmige Frauen zu ihrer Nutzung von und ihren Erfahrungen mit Hebammenangeboten in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und im Wochenbett befragt. Die Studie zeigt, dass Hebammenangebote von den befragten türkeistämmigen Frauen grundsätzlich positiv aufgenommen werden. Weshalb nutzt die Gruppe trotzdem weniger häufig diese Angebote? Die Studie beleuchtet mögliche Gründe und fragt danach, ob die türkeistämmigen Frauen für sich möglicherweise keinen Bedarf an Hebammenleistungen sehen, ob der Informationsfluss zu Hebammenangeboten die Zielgruppe angemessen erreicht und welche Zugangshürden zu den Angeboten für türkeistämmige Migrantinnen eventuell bestehen.

Der Beitrag stellt zentrale Ergebnisse der Befragung und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen vor.

### **„Kulturspezifische Wertvorstellungen und Umgangsweisen mit Säuglingen“**

*Andreas Eickhorst, Universitätsklinikum Heidelberg*

Im Rahmen der „Frühen Hilfen“ gibt es zunehmend Angebote für Familien mit Säuglingen zur Psychodukation und mittelfristigen Prävention von psychosozialen Belastungen in der Familie (z.B. das Projekt des Referenten „Keiner fällt durchs Netz“). In der Regel weist ein nicht unerheblicher Anteil der teilnehmenden Familien in derartigen Maßnahmen einen Migrationshintergrund auf. Diesen Familien mit den in und für Deutschland bzw. westlichen kulturellen Kontexten entwickelten Angeboten und Konzepten zu begegnen, weist Risiken auf. Eine wirkliche psychologische Erreichbarkeit könnte damit in Frage gestellt sein.

Der Beitrag thematisiert unterschiedliche psychologische Hintergründe kultureller Kontexte (z.B. in Bezug auf Selbstkonzepte, Werthaltungen, Elterntheorien, Erziehungsziele, etc.) und deren Auswirkungen auf die Lebenswirklichkeit der Säuglinge. Diskutiert werden sollen die Möglichkeiten der kultursensiblen Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Hintergründe in den Angeboten z.B. der „Frühen Hilfen“.

## **SAll11.00 Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Eine Befragung von Ärzt/innen in Berlin**

### **„Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus – Ergebnisse einer Befragung von Ärzt/innen in Berlin 2010“**

*Monika Hey, Berlin School of Public Health an der Charité*

Der Aufenthalt eines Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus stellt oftmals ein Leben in der Schattenwelt dar. Viele dieser Menschen haben einen erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung, die über eine Notfallversorgung hinaus geht. Studien berichten, dass viele erst mit ernststen Beschwerden ärztliche Hilfe aufsuchen, wodurch Chronifizierungen der Erkrankungen keine Seltenheit sind. Ziel dieser Ärztebefragung in Berlin war es, mehr Transparenz über medizinische Versorgung und Gesundheitsprobleme von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Berlin zu bekommen. Diese Untersuchung wurde in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, mit der Ärztekammer Berlin, mit der Alice Salomon Hochschule und mit der Berlin School of Public Health durchgeführt. Ein standardisierter Fragebogen wurde an alle niedergelassenen Ärzt/innen in Berlin verschickt. Zusätzlich wurden mit Ärzt/innen, die Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hilfeorganisationen behandeln, Experteninterviews geführt. In dieser Veranstaltung werden die Ergebnisse vorgestellt. Diese sollen helfen, praxisnahe Argumente für eine Verbesserung der gegenwärtigen unbefriedigenden Situation an die Hand zu geben. In einer Podiumsdiskussion mit Vertreter/innen aus Politik, aus einer Landesorganisation und aus Unterstützungsinitiativen werden die Ergebnisse diskutiert.

## Frauen

### SAll9.00 Mehr Verwirklichungschancen für Frauen: Neuere Erkenntnisse und Unterstützungsansätze bei intimer Partnergewalt gegen Frauen

#### „Partnergewalt gegen ältere Frauen – Befunde und Perspektiven für die Unterstützung von Betroffenen“

*Barbara Nägele, Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V., Göttingen*

Bislang wurde das Thema Partnergewalt gegen Frauen primär als Problem jüngerer Frauen und ihrer Kinder gesehen. Partnergewalt endet jedoch nicht im Alter. Vielmehr ist von besonderen Problem- und Bedürfnislagen älterer Frauen auszugehen. Bislang liegen dazu für den deutschsprachigen Raum keine Befunde vor. In einem von der EU im Rahmen des Daphne-Programmes geförderten internationalen Forschungsprojekt wird diese Forschungslücke geschlossen ([www.ipvow.org](http://www.ipvow.org)). Es wurde (1) eine Analyse statistischer Daten (primär Polizeiliche Kriminalstatistik, Nutzer/innendaten von Opferschutzeinrichtungen) vorgenommen, (2) eine schriftliche Befragung von 427 potenziell mit älteren betroffenen Frauen in Kontakt stehenden Einrichtungen durchgeführt, (3) zudem Interviews mit 45 Fachkräften aus Einrichtungen mit einschlägiger Fallkenntnis und (4) Interviews mit 10 betroffenen Frauen geführt (beteiligte Länder: Österreich, Polen, Portugal, United Kingdom, Ungarn und Deutschland). Im Rahmen des Vortrags werden die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt und besonderes Augenmerk auf die Frage gerichtet, wie Angebote gestaltet sein müssen und welche Kooperationsformen notwendig sind, um auch für ältere Opfer von Beziehungsgewalt adäquate Hilfe bieten zu können. In diesem Zusammenhang wird auch über ein vom BMFSFJ gefördertes Aktionsprogramm berichtet, welches dieses Thema aufgreift und für Hamburg neue Konzepte in der Arbeit mit älteren misshandelten Frauen erprobt ([www.silia.info](http://www.silia.info)).

#### „Ungleiche Chancen auf Anerkennung und Entschädigung für Opfer unterschiedlicher Gewaltformen: die Praxis des Opferentschädigungsgesetzes (OEG)“

*Anna Grundel, Hochschule Fulda*

Opfer körperlicher oder sexualisierter Gewalt haben einen rechtlichen Anspruch auf Entschädigung durch das Opferentschädigungsgesetz (OEG). Der gesellschaftliche Umgang mit den Betroffenen kann empowernd oder demoralisierend wirken. Er ist außerdem ein Indikator für die Position, die die Gesellschaft gegenüber Gewalt und Gewaltbetroffenen einnimmt.

In einer einjährigen Studie der Hochschule Fulda wurde untersucht, ob das OEG in der Praxis unterschiedlichen Opfergruppen gleiche Chancen bietet, von Entschädigungsleistungen zu profitieren. Dafür wurde eine statistische Auswertung aller im Jahr 2008 abgeschlossenen Akten (n=209) in der Versorgungsregion Fulda vorgenommen, sowie leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt.

Ergebnisse der Studie sind u.a. die Erkenntnis, dass Entschädigung insgesamt nur wenigen Betroffenen zugute kommt. Opfer häuslicher Gewalt sind unter den Antragstellenden unterrepräsentiert und sehen sich im Rahmen des Antragsverfahrens mit strukturellen Schwierigkeiten konfrontiert. Die Bearbeitungsdauer beträgt durchschnittlich 13 Monate, bei bewilligten Anträgen 6 Monate länger als bei abgelehnten, somit ist eine zeitnahe Unterstützung und Anerkennung von Gewaltopfern durch das OEG nicht möglich.

Durch Änderungen in der Verfahrenspraxis, vor allem aber durch eine Neuregelung des Opferrechts würden Empowermentprozesse, und die Chance verschiedener Opfergruppen gleichermaßen davon zu profitieren, wahrscheinlicher.

#### „Bessere Chancen bei häuslicher Gewalt? Handlungsempfehlungen für die zahnmedizinische Praxis“

*Daphne Hahn, Hochschule Fulda*

Etwa 90 Prozent der von interpersoneller Gewalt Betroffenen weisen Verletzungen in Kopf-, Nacken-, Gesicht- und Mundregion auf. Aufgrund von sichtbaren Verletzungen im Kopf-, Gesichts- und Mundbereich ist die Zahnarztpraxis eine wichtige Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung für Frauen, die häusliche oder sexualisierte Gewalt erfahren haben. Zahnärztinnen und Zahnärzte fühlen sich für die Versorgung gewaltbetroffener Frauen verantwortlich, benötigen aber Informationen, um Gewalt zu erkennen.

Ziel des Projektes war die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Zahnärztinnen und -ärzte sowie eines zahnmedizinischen gerichtsverwertbaren Dokumentationsystems. Hierbei lag der Fokus auf der Dokumentation von Verletzungen im Mundbereich wie gebrochene Zähne oder Kieferläsionen, im Gesichtsbereich wie Hämatome der Haut oder Bruch des Nasenknorpels. Ein zweites Ziel des Projektes war die Durchführung einer Pilotphase am Uniklinikum Frankfurt am Main, um das Dokumentationssystem zu testen bzw. eine Prävalenzerhebung in der Notaufnahme durchzuführen.

Zu den Ergebnissen zählt die Entwicklung eines Dokumentationsbogens, einer Dent-Doc-Card, einer Handlungsanleitung sowie eines Ablaufschemas für die Zahnärztinnen und Zahnärzte. Die Prävalenzerhebung zeigte, dass der Anteil an Männern mit Gewaltverletzungen im Vergleich zu den Frauen zwar höher lag, bei Frauen die verursachenden Personen jedoch immer aus dem familiären Umfeld kamen, bei den Männern nie.

### **„Medizinische Intervention gegen Gewalt (MIGG) – Modellprojekt zur Entwicklung eines praxistauglichen Interventionsprogramms in der ambulanten Versorgung“**

*Hildegard Hellbernd, SIGNAL e.V., Berlin*

Das vom BMFSFJ geförderte Modellprojekt MIGG zielt auf die Entwicklung und Erprobung eines praxistauglichen Interventionsprogramms, um Chancen der Intervention und Prävention bei häuslicher und sexualisierter Gewalt in der ambulanten medizinischen Versorgung optimal zu nutzen. Der Berliner Verein SIGNAL e.V. ist gemeinsam mit dem Gesundheitsnetzwerk Gesine im Enepe-Ruhr-Kreis/NRW Träger des Modellprojekts.

Mit einem modularen Fortbildungskonzept wurden Ärztinnen, Ärzte und Praxismitarbeiter/innen erfolgreich geschult. Eine Prävalenzerhebung in allgemeinmedizinischen und gynäkologischen Praxen zeigt ein hohes Ausmaß von Gewalt unter den Patientinnen. Die zunehmende Sensibilisierung und engere Vernetzung mit dem psychosozialen Hilfenetz resultiert u.a. in einem stärkeren Kontakt von Arztpraxen mit Beratungsstellen.

Mit der seit 2010 durch die Senatsverwaltung Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz finanzierten Koordinierungs- und Interventionsstelle bei häuslicher und sexualisierter Gewalt bietet SIGNAL e.V. eine systematische Förderung und Weiterentwicklung von Interventionskonzepten im Gesundheitsbereich.

### **SAll11.00 Einmal Opfer immer Opfer – Ein Beitrag zur aktuellen Missbrauchsdebatte**

Vor ca. einem halben Jahr war das Thema sexueller Missbrauch in Deutschland in aller Munde. Wie wird in unserer Gesellschaft über Missbrauch geredet? Welche Rolle kommt dabei den Betroffenen zu, und was bedeutet dies in Bezug auf ihre Verwirklichungschancen? Ausgehend von dieser Fragestellung stellen Referent/innen aus unterschiedlichen Praxis- und Wissenschaftsfeldern (Justiz, Medien, Genforschung, Männerforschung, Anti-Gewalt Beratung) aus der Perspektive ihrer Disziplin und Erfahrung den Blick auf (Missbrauchs-)Opfer dar. In der anschließenden Diskussion möchten wir uns zusammen mit den Besucher/innen der Frage stellen, welche individuellen und kollektiven Veränderungspotenziale die öffentliche Auseinandersetzung und die Konfrontation mit dem Thema sexueller Missbrauch enthalten, und wie sie genutzt werden.

## **Frühe Hilfen**

---

### **FRll11.30 Neue Konzepte in den frühen Hilfen**

#### **„Frühe Hilfen brauchen frühe Daten! Vom Wert der Schuleingangsuntersuchungen für die kommunale Gesundheitsförderung“**

*Klaus Stegmüller, Hochschule Fulda*

Daten der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) können als empirische Grundlage zur Bearbeitung gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen in der Region herangezogen werden. SEU-Daten, die vom örtlichen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) erhoben werden, stehen im Gegensatz zu beispielsweise den Daten der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen („U-Untersuchungen“) oder anderen Daten der Gesundheitsberichterstattung den regionalen Akteuren unmittelbar zur Verfügung und liefern unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten unverzichtbare Informationen über Gesundheit und Entwicklung für die Altersgruppe der „Einschulkinder“. Auf dieser Basis sind epidemiologisch gestützte Handlungsfelder identifizierbar und gesundheitsfördernde Interventionen planbar. In einer lebensbiografisch retrospektiven Analyse können anhand der SEU-Daten nur eingeschränkt solche Faktoren und Kriterien identifiziert werden, die für die Identifikation und Begründung von soziallagenbezogenen Interventionen der „Frühen Hilfen“ von Relevanz sind.

## **„Was denken junge Mütter über kinderärztliche Untersuchungen und Frühe Hilfen?“**

*Raimund Geene, Nicola Wolf-Kühn, Hochschule Magdeburg-Stendal  
Claudia Höppner, KinderStärken e.V., Stendal*

Auf Initiative der Politik entsteht mit den so genannten Frühen Hilfen aktuell ein neues Versorgungsfeld. Es sollen Angebote auf- und ausgebaut werden, die insbesondere sozial benachteiligte junge Familien darin unterstützen, ihre Aufgaben als Eltern zu bewältigen. Zugleich werden aber auch Kontrollbesuchen bei Familien und verpflichtenden Kindervorsorgeuntersuchungen (U's) durch Kinderärzt/innen eine Schlüsselrolle zugesprochen. In der Studie geht es um die Sichtweise der Nutzer/innen: (1) Wie sehen sozial benachteiligte Mütter die Vorsorge-U's beim Kinderarzt und (2) Welche Frühen Hilfen würden sie bevorzugen?

Im Rahmen von Lehrforschungsprojekten/Projektseminaren an den Hochschulen Magdeburg-Stendal und Alice-Salomon Berlin wurden benachteiligte Mütter und einige sozial besser gestellte Mütter mit qualitativen Interviews (n=34) zu ihren Ressourcen, ihren Erfahrungen im Gesundheitssystem, ihrer Sichtweise der Kindervorsorge-U's sowie zu verschiedenen Frühen Hilfen befragt. Die Familien wurden nach sozioökonomischem Status sowie dem Family Adversity Index klassifiziert und die Aussagen der sozial benachteiligten Mütter mit den statushöheren Müttern kontrastiert.

Alle statusniedrigen Mütter nehmen an den Kinder-Vorsorge-U's teil und berichten über einen hohen subjektiven Nutzen der Teilnahme: Sie ermöglicht es ihnen zu fühlen, dass sie ihrer Mutterrolle gerecht werden. Ein weiterer Grund ist das mangelnde Vertrauen in die eigene Fähigkeit zu beurteilen, wie sich das Kind entwickelt. Die ärztliche Autorität versichert, es sei alles in Ordnung. Die besser gestellten Frauen sehen hingegen in der Medizin primär eine Dienstleistung. Sozial benachteiligte Mütter bevorzugen Hilfen, bei denen sie keine Einblicke in ihre Privatsphäre gewähren müssen. Dies sind die medizinischen Hilfen, bei denen der Fokus auf dem Kind, nicht aber der Familie liegt (wie Kinderarzt, Physiotherapie, Frühförderung usw.). Ganzheitliche, familienbezogene Hilfen wehren sie entsprechend eher ab (Eltern-Kind-Gruppen, Müttertreffs). Erfahren sie hingegen soziale Unterstützung (z.B. durch Familienhebammen oder ein gutes soziales Netz), dann wird die Hemmschwelle zur Nutzung solcher Hilfen gesenkt. Familienhebammen werden positiv bewertet. Das Jugendamt sehen sie eher als Bedrohung, es sei denn, sie haben positive Erfahrungen gemacht.

Die Interviews zeigen die Bedeutung sozialer Kontakte und Unterstützung für die Nutzung familienbezogener Angebote. Demzufolge gilt es, Zugangsbarrieren zu familienorientierten Hilfen auch für sozial isolierte Frauen abzubauen.

## **„Versorgung rund um die Geburt“**

*Meinrad Armbruster, MAPP e.V., Magdeburg*

Ein Baby wird erwartet, die Freude ist riesengroß – und die Schwierigkeiten gehen los. Kaum ein Ereignis im Lebenszyklus bedeutet einen so bedeutenden Einschnitt wie der Eintritt in die Elternschaft. Toll, wenn Familie und Freunde da sind, die unterstützen und beraten können. Schwierig, wenn Probleme wie ungeplante Elternschaft, instabile Beziehung zu Partner oder Herkunftsfamilie oder Arbeitslosigkeit die Zeit von Schwangerschaft und Geburt zu einem kritischen Lebensereignis werden lassen. Dann ist ein gut funktionierendes Netzwerk das Wichtigste, um Mutter und Kind gute Startbedingungen zu geben.

Ein Netzwerk rund um die Geburt umfasst die Schwangerenberatung, die Frauenärztin oder den Frauenarzt, die Geburtsklinik, die Familienhebamme, die Kinderärztin, den Kinderarzt und den allgemeinen Sozialdienst – um nur die Wichtigsten zu nennen. In Magdeburg wird geplant, ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit dem Schwerpunkt Familiengesundheit zu etablieren. Ziel ist es, die oft sehr schwierigen Übergänge von einer Stelle zur anderen zu erleichtern und die Kooperation der einzelnen Dienste und Professionen zu optimieren. Ein Zwischenbericht.

## **„Hebammen, Familienhebammen und Frühe Hilfen“**

*Ulrike von Haldenwang, Berliner Hebammenverband e.V.*

Eine Aufgabe der Frühen Hilfen ist das Bilden von lokalen und regionalen Unterstützungssystemen mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft.

Heutige Hebammen sind Fachfrauen rund um Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach und verstehen sich als Fürsprecherinnen der schwangeren und gebärenden Frauen. Eine achtsame Betreuung vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit ist ein gesellschaftlich relevanter Beitrag zur Frauen- und Familiengesundheit: Denn durch eine kompetente Hebammenbegleitung wird das zukünftige gesundheitliche Wohlergehen von Mutter und Kind gestärkt.

Familienhebammen sind Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit vor allem die Gesunderhaltung von Müttern, Kindern und Familien in belasteten Lebenssituationen fördert. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von Risikogruppen durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen.

Hebammenarbeit ist Frühe Hilfe und sollte unbedingt Bestandteil lokaler Netzwerke zur Unterstützung junger Familien sein. Durch die Kombination aus medizinischer und psychosozialer Beratung haben wir einfache und trotzdem wirkungsvolle Möglichkeiten, die Kompetenz der Eltern zu stärken. Unser Angebot gilt für alle Familien, unabhängig ihrer gesellschaftlichen Stellung. Damit vermitteln wir „Gleichheit“. Dies trägt sicherlich zum Erfolg unserer Arbeit bei.

#### **FR114.15 Netzwerke für Familien**

##### **„Familienplanung: ein Menschenrecht – auch für arme Frauen“**

*Carola Bury, Arbeitnehmerkammer Bremen*

Nach der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe im Zuge von Hartz IV seit dem 1.1.2005 ist eine weitere Einschränkung sozialer Leistungen fast unbemerkt geblieben:

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) sah zwar grundsätzlich eine Hilfe zur Familienplanung für Sozialhilfeempfängerinnen vor. Doch Leistungen, die über die der gesetzlichen Krankenkassen hinausgehen, sollen ausgeschlossen sein. Die Regelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, wie es zum 1.1.2004 in Kraft getreten ist, sehen vor, dass Verhütungsmittel für Frauen ab 20 Jahren vom Leistungskatalog ausgeschlossen sind.

Viele Städte haben daher seit 2005 die Kosten für Verhütungsmittel nicht mehr übernommen und der Zugang zu günstigen Verhütungsmitteln und das Recht auf die eigene Entscheidung in Fragen der Familienplanung ist nicht mehr gegeben. Dies widerspricht den Absprachen, die auf der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo festgesetzt wurden, denen die Bundesrepublik zugestimmt hat und den internationalen Frauenrechten.

Betroffen sind Frauen, die Leistungen nach Sozialhilfe beziehen, Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II und Frauen mit prekären Einkommen.

Die Frage nach dem Zugang zu kostengünstiger Familienplanung für Frauen muss auf die Agenda der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung gesetzt werden.

##### **„Schreibbabyarbeit und Lokales Netzwerk Frühe Hilfen“**

*Susanne Borkowski, Anja Funke, KinderStärken e.V., Magdeburg-Stendal  
Gerd Poerschke, Schreibbabyambulanz Kleinmachnow*

Der Übergang zur Elternschaft ist mit vielen Veränderungen und häufig mit Belastungen verbunden, die ein hohes Krisenpotenzial bergen:

- Überforderung mit der Verantwortung für das Baby
- Gefühle der Erschöpfung, Unzulänglichkeit, Depression
- Verlust an Freiheit und Einschränkung von sozialen Beziehungen
- Psychische Belastung durch ungeplante Schwangerschaft, vorangegangene Fehl- oder Totgeburten, unvorhersehbare Geburtsverläufe wie Not-Sectio
- Bindungsstörung durch frühe Trennung von Mutter und Kind direkt nach der Geburt

Mit dem Aufbau eines Netzwerkes Frühe Hilfen in Stendal möchten wir eine Interventionslücke in der Lebenszeit von 0-3 Jahren füllen. Damit stellt es einen Kompetenzbereich im Lokalen Netzwerk ‚Kinderschutz‘ des Landkreises Stendal dar. Wichtigstes Ziel des Projektes ist es, Kooperationen aufzuspüren und die Vernetzung der Anbieter von Frühen Hilfen, Frühförderung und Prävention voran zu bringen. Diese Vernetzung bildet die Grundlage dafür, dass Eltern die Angebote der Frühen Hilfen kennen und auch wahrnehmen. Im Fokus der Arbeit stehen dabei Eltern aus bildungsfernen Schichten und Familien mit Migrationshintergrund. Eine wichtige Arbeit leistet in diesem Bereich die Schreibbabyambulanz. Sie setzt auf emotionale Hilfe und körperpsychotherapeutische Verfahren, die sich sowohl an Säuglinge als auch an die Eltern richten.



## **„Ganzheitliche Ansätze der kombinierenden Familienbildung“**

*Kathrin Eckert, DRK-Kreisverband Fläming-Spreewald e.V., Königs Wusterhausen*

In der heutigen Zeit verändern sich die Lebensformen und Lebensgewohnheiten immer stärker und schneller. Die Normen und Werte früherer Zeiten sind weniger bekannt und fehlen oft als Fundament bei immer mehr jungen Menschen. Eine Vielzahl an „Lebensmodellen“ entstehen und prägen sich aus. „Doch welches passt zu mir?“, fragen sich immer mehr junge Erwachsene. Ein Teil konzentriert sich zunächst auf die Schul- und Berufsausbildung, um eine solide finanzielle Grundlage für die weitere Lebens- und Familienplanung zu schaffen. Ein anderer Teil entscheidet sich jedoch sehr früh, oft in Folge einer ungeplanten Schwangerschaft, für die Gründung einer Familie. Dies bedeutet in der Regel eine zeitliche Verschiebung der Berufsausbildung und eine größere Kraftanstrengung, um anschließend eine Ausbildung mit der Betreuung eines Kindes in Einklang zu bringen. Damit geht häufig auch der Bezug von Sozialleistungen einher. Ist zudem der Bildungsgrad eher niedrig oder wurden Schul- und/oder Berufsausbildung abgebrochen, mangelt es nicht nur an einem festen Einkommen. Das Armutsrisiko steigt und eine Unterstützung dieser Familien ist unabdinglich. Beobachtungen aus der Praxis zeigen weiter, dass es gerade diese jungen Familien sind, denen es häufig an Lebens- und Sozialkompetenzen fehlt. Mangelndes Wissen über behördliche Zuständigkeiten und Beratungsangebote erschweren zusätzlich die Inanspruchnahme notwendiger Hilfen. Nicht selten führt dies dazu, dass entsprechende Sozialleistungen nicht oder nur teilweise in Anspruch genommen werden. Hinzu kommt, dass junge Familien, die sich bereits in einer Problemlage befinden, meist erst Hilfe und Unterstützung suchen, wenn die Lebenssituation so schwierig ist, dass der Alltag nur noch unter großen Anstrengungen zu bewältigen ist. Eigene adäquate Lösungsstrategien stehen aus eigener Kraft nicht zur Verfügung. Der DRK-Kreisverband Fläming-Spreewald e.V. nimmt sich dieser Problematik nicht nur an. Er sorgt mit seinen interdisziplinären Teams an Fachkräften für geeignete Präventionsprogramme sowie entsprechende, vor allem bedarfsgerechte Familien- und Bildungsangebote für junge Menschen. So greifen beispielsweise die Familienbildungsprogramme EFA-Einfach Leben! oder EFFEKT – Entwicklungsförderung in Familien, die Alltagsschwierigkeiten junger Mütter und Väter auf, um Lebens- und Sozialkompetenzen zu stärken oder die Partnerschaft und das familiäre Zusammenleben zu fördern. Durch das weitreichende Netz an Fachkräften gelingt es dem DRK-Kreisverband Fläming-Spreewald e.V. somit, insbesondere Familien, deren Armutsrisiko erhöht ist, nicht nur „aufzufangen“, sondern sie gegebenenfalls an geeignete Beratungsstellen und/oder andere Unterstützungsangebote weiterzuvermitteln.

## **„Lokale Netzwerke Gesunde Kinder in Brandenburg – Gesundheitsförderung im Setting Familie“**

*Hendrik Karpinski, Klinikum Niederlausitz GmbH, Senftenberg*

*Steffi Miroslau, Netzwerk Gesunde Kinder Eberswalde/Werner-Forßmann-Krankenhaus*

Die Netzwerke Gesunde Kinder wurden 2005 konzeptionell entwickelt und als zentrale Maßnahme in das familienpolitische Programm des Landes Brandenburg aufgenommen. Im Kern geht es darum, dass Familien alle Hilfen und die erforderliche Unterstützung für eine gesunde Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes erhalten – und zwar unmittelbar in ihrer Lebenswelt und „unbürokratisch aus einer Hand“.

Die Netzwerke Gesunde Kinder in Brandenburg koordinieren auf freiwilliger Basis ein umfassendes Angebot zur Begleitung von Familien für eine förderliche seelische, körperliche und geistige Entwicklung ihrer Kinder. Geschulte ehrenamtliche Paten begleiten junge Familien und vermitteln auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Angebote in der Lebenswelt der Kinder. Sie stellen Familien mit ihren Kindern in den gesellschaftlichen Mittelpunkt, bringen Unterstützung, stärken die Erziehungs-kompetenzen der Eltern und stabilisieren frühkindliche Beziehungen, damit Kinder sich gesund entwickeln können. Dieses Angebot gilt für alle Familien von der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr der Kinder, die im Einzugsgebiet eines lokalen Netzwerks geboren werden und aufwachsen. Die Netzwerke Gesunde Kinder leisten einen wesentlichen Beitrag für ein kinder- und familienfreundliches Brandenburg. Seitens des Landes werden sie sowohl politisch als auch finanziell unterstützt.

Im Jahr 2006 sind die ersten drei Netzwerke in den Landkreisen Oberspreewald-Lausitz, Havelland und Barnim (Nord) mit Unterstützung des Landes gestartet. Der Transfer des Projekts ist frühzeitig gelungen. Heute arbeiten Netzwerke in dreizehn Landkreisen und zwei kreisfreien Städten. Alle Netzwerke werden nach einheitlichen Bewertungskriterien evaluiert.

**FR116.15 Praxisentwicklung und Verstetigung Früher Hilfen – Ergebnisse der im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) geförderten Projekte**

**„Ergebnisse der Modellprojekte Frühe Hilfen“**

*Ilona Renner, Nationales Zentrum Frühe Hilfen/BZgA, Köln*

Seit 2007 werden in Deutschland im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ verschiedene Ansätze Früher Hilfen wissenschaftlich begleitet. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Begleitforschung vielerorts noch nicht abgeschlossen. Dennoch können bereits erste Ergebnisse zu zentralen Fragestellungen im Kontext Früher Hilfen berichtet werden.

Aus grundlegenden Anforderungen an Frühe Hilfen ergeben sich Fragen für die wissenschaftliche Begleitung. Um erfolgreich helfen zu können, muss zum Beispiel ein systematischer und umfassender Zugang zu hoch belasteten Familien hergestellt und Hilfebedarf richtig erkannt werden. Aber inwieweit gelingt dies in der Praxis?

Diesen Fragen sind die Modellprojekte unter dem Dach des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) nachgegangen: Anfang 2010 beantworteten Leitung und Mitarbeitende der Projekte einen Fragebogen des NZFH. Die Darstellung der projektübergreifend zusammengefassten Ergebnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen basiert auf der Auswertung dieser explorativen Befragung.

Die Ergebnisse zeigen, wo die Chancen bei der praktischen Umsetzung Früher Hilfen liegen. Deutlich sichtbar werden aber auch Hürden und Barrieren, die es in Zukunft zu überwinden gilt, um Familien in belastenden Lebenslagen besser unterstützen zu können und somit dazu beizutragen, das potentielle Auftreten einer späteren Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden.

**„Systemgrenzen überwinden und miteinander vernetzt anbieten: Ergebnisse der bundesweiten Bestandsaufnahme Früher Hilfen“**

*Maja Arlt, Soziologin, Berlin*

*Alexandra Sann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen/Deutsches Jugendinstitut e.V., München*

Die Beobachtung der Praxisentwicklung Früher Hilfen in Deutschland zählt zu den zentralen Aufgaben des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Das NZFH führte dazu 2008 eine erste Bestandsaufnahme Früher Hilfen in Deutschland durch. Sie umfasste die Untersuchung von zwei bislang weitgehend getrennten sozialen Versorgungs- und Unterstützungssystemen – dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe. Zentrale Fragestellung war, ob und wie die beiden Systeme beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen zusammenarbeiten. Unter der Annahme, dass die kommunalen Steuerungsbehörden Jugendamt und Gesundheitsamt bei der Planung und Sicherung der Versorgung im Bereich Früher Hilfen eine zentrale Rolle einnehmen, wurden sie als Adressat/innen der Befragung ausgewählt. Die 2009 durchgeführte erste Teiluntersuchung verfolgte das Ziel, einen Überblick darüber zu gewinnen, was Jugend- und Gesundheitsämter unter Frühen Hilfen verstehen, welche Aktivitäten sie in diesem Bereich entwickelt haben, mit wem sie im Einzelfall kooperieren, in welchem Umfang sie bereits an fallunabhängigen Netzwerken beteiligt sind und welche Auswirkungen die Netzwerkarbeit zeitigt. Beide Systeme wurden mit einem identischen Erhebungsinstrument befragt. Dies erlaubt in der Darstellung der Ergebnisse eine kontrastierende Gegenüberstellung der beiden Systeme und Untersuchung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Zentrale Befunde aus der Bestandsaufnahme Früher Hilfen werden im Beitrag präsentiert und diskutiert.

**SAllg.00 Projekte mit Peer- und Multiplikatorenansatz in der Förderung von Kindern aus Familien in sozial schwierigen Lebenslagen: Ziele, Ergebnisse und Rahmenbedingungen**

*Giselind Berg, Regina Stolzenberg, Berlin School of Public Health*

In den letzten Jahren haben in Deutschland Multiplikatoren- und Peergruppen-Ansätze in den Bereichen der Gesundheitsförderung oder der Stadtteilarbeit an Bedeutung gewonnen. Dies zeigt sich unter anderem in der raschen Ausbreitung von Projekten dieser Art in Berlin wie Stadtteilmütter, Kiez mütter oder Gesundheitsmentor/innen. Der Schwerpunkt ihres Einsatzes liegt in der Förderung von Kindern und Jugendlichen, unter anderem durch aufsuchende Elternarbeit. In verschiedenen anderen Kommunen sind ebenfalls Projekte dieser Art seit längerer Zeit tätig. Bisher bestehen keine professionellen Netzwerke, die eine Übersicht und einen systematischen Austausch über diese Ansätze ermöglichen, und es gibt nur wenige wissenschaftliche Aussagen über ihre Wirksamkeit. Ziel des Workshops ist es, Akteure aus diesem Bereich aus ganz Deutschland zusammenzubringen, um einen ersten Erfahrungsaustausch auf einer

praktischen und wissenschaftlichen Ebene zu ermöglichen. Im Mittelpunkt stehen Fragen nach den Zielen und den Zielgruppen der Arbeit sowie der Organisationsform der Projekte. Außerdem geht es darum, sich über die jeweiligen Erfahrungen und ggf. über wissenschaftliche Ergebnisse auszutauschen.

### **„Stadtteilmütter in Berlin-Neukölln“**

*Alix Katharina Rehlinger, Fachbereichsleiterin, Diakonisches Werk Neukölln-Oberspree e.V., Berlin*  
*Nermin Dutra Silva, Stadtteilmütter Neukölln, Berlin*

Das Pilotprojekt qualifiziert arbeitslose Mütter nicht deutscher Herkunftssprachen zu zehn Themen der Erziehung, Bildung und Gesundheit. Danach besuchen die geschulten „Stadtteilmütter“ andere Familien ihrer Communities in Neukölln jeweils zehnmal und vermitteln umfängliche Informationen und Materialien, die zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Erziehungsverhalten motivieren, Anregungen und Hilfestellung zur frühen Förderung von Kindern sowie konkrete Hilfen im Bezirk aufzeigen. Die „Stadtteilmütter“ werden sozialpädagogisch begleitet und erhalten für ihre Tätigkeit ein Honorar oder arbeiten im Rahmen einer vom Job Center Neukölln finanzierten Beschäftigungsmaßnahme, angestellt mit 30 Stunden pro Woche. Die Stadtteilmütter kooperieren vor Ort sehr eng mit den Quartiersbüros, Kindertagesstätten, Grundschulen, Elterntreffs, Beratungsdiensten und der Jugendhilfe. Das Vertrauen in die Ressourcen der Frauen, ist maßgebliche Voraussetzung für den Erfolg dieses Konzeptes. Für die besuchten Familien haben die Stadtteilmütter Vorbildfunktion, sie machen eigene Stärken und Möglichkeiten sichtbar und ermutigen dazu, selbst weiter Deutsch zu lernen und sich aktiv in den Kitas und Schulen einzubringen. So geht es in diesem Projekt nicht nur um Elternbildung und Frühförderung von Kindern, sondern auch um Identifikation mit dem Gemeinwesen und Partizipation.

### **„Stadtteilmütter in Köln-Mülheim“**

*Ingrid Kaiser, Stadtteilmütter in Köln-Mülheim/Christliche Sozialhilfe Köln e.V.*  
*Ida-Maria Richter, Stadtteilmütter in Köln-Mülheim/Jugendamt Interkultureller Dienst, Köln*

Das Projekt Qualifizierung von Stadtteilmüttern wurde als Modellprojekt vom 01.10.2007 - 31.12.2009 im Rahmen von Vernetzung und Kooperation im Stadtteil Mülheim durchgeführt. Vorbild war das Pilotprojekt aus Berlin-Neukölln. Ein intensiver Erfahrungsaustausch und Fachbegleitung mit dem Träger in Berlin, dem Diakonischen Werk, ermöglichte die Umsetzung und den Erfolg der Qualifizierungsmaßnahme in Köln-Mülheim.

Die Steuerungsgruppe – Interkultureller Dienst, Jobbörse, Sozialraumkoordination und der Volkshochschule – konnte unterschiedliche Ressourcen und Kompetenzen in das Projekt einbringen, die Finanzierung sichern, das Projekt begleiten und die ARGE zu einer Beteiligung überzeugen.

Aufgrund der großen Wirksamkeit und nachhaltigen Verbesserung der Lebenslagen von Familien konnte das Pilotprojekt in nachhaltige Strukturen in das Programm Soziale Stadt, Mülheim 2020 überführt werden und wird zunächst bis 2015 finanziert.

### **„Mütter für Mütter in Berlin-Moabit“**

*Shiva Saber-Fattahy, Dagmar Lettner, Diakoniegemeinschaft Bethania e.V., Berlin*

Das QM-Gebiet Moabit West ist eines der problematischsten Wohngebiete in Berlin. Dazu tragen das geringe Einkommensniveau, hohe Arbeitslosigkeit und Armut, v.a. bei Familien mit Migrationshintergrund bei.

Seit 2006 existiert hier das Soziale-Stadt-Projekt „Mütter für Mütter“ (MüfüMü): 20 Frauen aus verschiedenen Herkunftsländern wurden zu Multiplikatorinnen ausgebildet. Sie besuchen Frauen, die noch weitestgehend isoliert leben, geben ihr Wissen und ihre Erfahrungen weiter und vermitteln sie an die vorhandenen Beratungsangebote.

Gesundheitsförderung ist wichtiger Schwerpunkt – und Mütter sind der Schlüssel zu ihren Familien und deren Sensibilisierung für Gesundheit. Die Multiplikatorinnen haben in Schulungen Informationen über eine breite Themenpalette (z.B. Depression, Krebsvorsorge, gesunde Ernährung) erhalten. Das Gespräch auf Augenhöhe zwischen Mutter und Multiplikatorin baut Schwellenängste ab, die z.B. durch sprachliche Barrieren oder Tabuisierung der Themen bestehen.

Durch die langjährige Erfahrung übernehmen die „MüfüMü“ eine authentische Vorbildfunktion und bilden ihrerseits den Zugang von Gesundheitsthemen für Familien mit Migrationshintergrund. Sie regen Schulungsinhalte an und können eine gute Einschätzung geben, inwieweit ein Angebot in den besuchten Familien wichtig ist und akzeptiert wird. Ein Beispiel ist die Interkulturelle Kursberatung: Die Frauen erfahren von dem Angebot, können Anregungen zur passgenauen Gestaltung geben und es als „mobile Gelbe Seiten“ in die Familien bringen.

## **„Vom Modellprojekt ‚Starke Mütter – Starke Kinder‘ zum Eltern-Kind-Kompetenzzentrum ‚El Kiko – international‘“**

*Sabine Krömker, Universität Mainz*

Die ersten drei Lebensjahre eines Kindes sind entwicklungspsychologisch betrachtet die intensivste Zeit des Lernens, sie können den Zugang zum Bildungssystem grundlegend öffnen. Das Eltern-Kind-Kompetenzzentrum „El Kiko – international“ des Deutschen Kinderschutzbundes Mainz e.V. orientiert sich an den Bedürfnissen der Kinder in dieser sensiblen ersten Lebensphase und an der angestrebten Erweiterung der Erziehungskompetenz der Eltern.

Was heute das gut besuchte Eltern-Kind-Kompetenzzentrum „El Kiko – international“ ist, begann im Oktober 2005 in der Mainzer Neustadt als Modellprojekt „Starke Mütter – Starke Kinder“.

Das Projekt, welches durch das Ministerium für Frauen, Bildung und Jugend Rheinland-Pfalz unterstützt wurde und vom Zentrum für Bildungs- und Hochschulforschung der Johannes Gutenberg-Universität Mainz wissenschaftlich begleitet wurde, hatte zum Ziel, Eltern von Säuglingen die Möglichkeit zu bieten, über aufsuchende, individuelle Begleitung durch sogenannte „Erziehungspartnerschaften“ Hilfe und Anregung im Alltag zur frühen Förderung des Babys sowie zu alltagspraktischen Themen wie Ernährung, Gesundheit und Schlaf zu erhalten. Diese Unterstützung sollte „auf Augenhöhe“ erfolgen durch Mütter, die aus dem gleichen Stadtteil stammten und die zur Erziehungspartnerin geschult wurden.

Im Projektverlauf konnte die Konzeption des Projektes immer stärker auf die Bedürfnisse der in der Mainzer Neustadt lebenden Familien ausgerichtet werden, was aufgrund der großen Nachfrage im Stadtteil eine Institutionalisierung in Form des heutigen „El Kiko – international“ zur Folge hatte.

## **„Stadtteilmütter in Fulda und Ihre Rolle“**

*Adriana Oliveira, Bürgerzentrum Aschenberg/AWO, Fulda*

Die Auseinandersetzung mit den Qualifizierungs- und Beratungsthemen, sowie mit den Lebenswirklichkeiten der Stadtteilmütter führte zu einer Reflektion der eigenen Rolle und zu Veränderungswünschen in der eigenen Lebenssituation.

- Wie dauerhaft sind diese Wünsche, besonders im Bezug auf die Ernährungsumstellung?
- Was sind Sie bereit zu tun?
- Wo können Sie Unterstützung brauchen?

## **„Stadtteilmütter in Berlin Kreuzberg“**

*Ulrike Koch, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.*

Das Projekt Stadtteilmütter in Berlin- Kreuzberg ist ein Modellprojekt im Bereich der interkulturellen Familienbildung. Ziel ist es, die Bildungschancen von Kindern aus sozial benachteiligten Familien zu verbessern. Dazu sind inzwischen knapp 100 Frauen, unterschiedlicher Nationalität ein halbes Jahr zu Themen rund um die Erziehung und Entwicklung von Kindern qualifiziert worden, um anschließend als Multiplikatorinnen, ihr Wissen anderen Familien ihrer Community weiterzugeben und Eltern Wege aufzuzeigen, wo sie konkret Hilfe und Unterstützung bekommen. Die Stadtteilmütter arbeiten dort, wo sie leben. Zu ihren Kernaufgaben gehören die aufsuchende Familienarbeit und die Mitarbeit in Familiencafés in einer der umliegenden Kitas bzw. Grundschulen. Eltern sollen in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt werden. Durch den Einsatz der Stadtteilmütter soll auch die Zusammenarbeit zwischen Eltern, Kita und Grundschule verbessert werden. Sie übernehmen damit Brückenfunktion zu anderen Familien. Die Stadtteilmütter arbeiten im Rahmen von MAE oder auf Honorar. Sie werden sozialpädagogisch begleitet und treffen sich einmal wöchentlich zur Reflexion ihrer Arbeit. Durch ihre muttersprachlichen Kenntnisse und ähnlichen kulturellen Erfahrungen bekommen sie Zugang zu Familien, die von sozialen Einrichtungen und dem bestehenden Hilfesystem bislang nicht erreicht wurden. Ziel des Projektes ist, Eltern frühzeitig zu erreichen, um sie dabei zu unterstützen, wie sie die Entwicklung ihrer Kinder zukünftig besser begleiten können. Bildung und die Verbesserung von Bildungschancen sind ein wichtiger Schlüssel, um den Kreislauf von Armut und sozialer Benachteiligung zu durchbrechen, als Voraussetzung, um an unserem gesellschaftlichen Leben teilnehmen und partizipieren zu können.

**SAll11.00 Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen – Erste Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Projektbereich des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH)**

**„Überblick zum Projektbereich ‚Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen‘ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH)“**

*Jörg Backes, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)/BZgA, Köln*

In einem gemeinsamen Beschluss der Konferenz der Regierungschefs der Länder und der Bundeskanzlerin vom 12. Juni 2008 wurde das NZFH mit einem weiteren Aufgabenbereich beauftragt: „Um Defizite im Kinderschutz zu identifizieren und um aus problematischen Kinderschutzverläufen zu lernen wird das Nationale Zentrum Frühe Hilfen in Abstimmung mit Bund und Ländern eine Plattform für einen regelhaften Erfahrungsaustausch einrichten.“

Dieser Beschluss hebt hervor, dass die Reflexion problematisch verlaufener Fälle sowie die Evaluation lokaler Kinderschutzsysteme verstärkt im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Schutzes von Kindern in Deutschland genutzt werden sollte.

Der neue Aufgabenbereich im NZFH hat sich zum Ziel gesetzt: aktuelle Aktivitäten der Länder und Kommunen im Bereich des Lernens aus Fehlern im Kinderschutz zu bündeln, einen länder- und kommunenübergreifenden Austausch zwischen den beteiligten Akteuren zu intensivieren, eine breite Diskussion in der Fachpraxis über das Lernen aus Fehlern im Kinderschutz zu fördern und Impulse zur weiteren Qualitätsentwicklung im Kinderschutz zu geben.

Im Rahmen dieses Aufgabenbereichs wurde u.a. das Praxisentwicklungs- und Forschungsprojekt „Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ auf dem Weg gebracht. Gemeinsam mit 42 Kommunen aus 12 Bundesländern wurde im Rahmen dieses Projekts eine fehleroffene und reflexive Kinderschutzpraxis im multidisziplinären Setting lokaler Kinderschutzsysteme (weiter)entwickelt.

**„Ergebnisse des Praxisentwicklungs- und Forschungsprojekts ‚Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz‘“**

*Felix Brandhorst, Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V., Berlin*

Im Rahmen des Aufgabenbereichs „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“ hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) im Mai 2009 das Forschungs- und Praxisentwicklungsprojekt „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ auf den Weg gebracht. Die Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin und der Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V. führten als Partner im Rahmen des Projekts in 12 Modell-Kommunen mit 31 Partner-Kommunen (insgesamt 43 Kommunen) jeweils 5 zweitägige Qualitätsentwicklungswerkstätten (mit etwa 550 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus den verschiedenen am Kinderschutz beteiligten Berufsgruppen und insgesamt 120 Seminartagen) sowie eine intensive Feld- und Praxisforschung in 6 Modell-Kommunen durch, um nachhaltig die Entwicklung einer fehleroffenen und achtsamen kommunalen Kinderschutzpraxis zu fördern.

Dabei wurde durch die Verschränkung der qualitativ angelegten Mehrebenen-Forschung mit den dialogischen Qualitätsentwicklungswerkstätten ein umfangreiches und bisher nicht verfügbares Datenmaterial erschlossen. Erste Ergebnisse aus dem Projekt „Aus Fehlern lernen: Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ können nun vorgestellt werden.

**„Wir fördern und schützen Kinder gemeinsam und gern‘ – Ergebnisse aus einer beteiligten Modellkommune (Kinderschutzcluster 2)“**

*Herbert Holakovsky, Amt für Soziale Dienste Bremen*

Das Amt für Soziale Dienste Bremen als Kinderschutzorganisation hat sich zur Aufgabe gemacht, die inner- und interorganisationalen Abläufe auf Qualität hin auszurichten und durch die Einführung von Qualitätssicherung und Risikomanagement kontinuierlich zu bewerten und zu verbessern. Dies soll im Dialog zwischen den Familien, dem öffentlichen Kinder- und Jugendhilfeträger und den anderen jeweils Beteiligten geschehen, indem praktische Erfahrungen ausgewertet, gemeinsame professionelle Standards weiterentwickelt und frühzeitig aus den Hilfeprozessfehlern gelernt wird.

Die gemeinsame Untersuchung von Hilfeprozessfehlern und -erfolgen ist auf eine Kultur der Achtsamkeit, des Dialogs und der Fehleroffenheit angewiesen.

Insoweit sind Partizipation, Adressatenbeteiligung und Fehleroffenheit als Grundhaltungen im Kinderschutz zu verstehen und sollen den Arbeitsalltag bestimmen. Die Herstellung dieser Grundhaltung soll mit unterschiedlichen methodischen Verfahren unterstützt werden. Dazu gehören die „Werkstatt für Familienhilfe“, der „Familienrat“, „Netzwerkerkundungen“ und Fallanalysen laufender bzw.

abgeschlossener problematischer Kinderschutz-Fälle und systematische organisationale Fehleranalysen (Erarbeitung eines differenzierten Fehlerverständnisses).

Als ein Ergebnis der Teilnahme am Bundesmodellprojekt „Aus Fehlern lernen - Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ sollen Entwicklungslinien und Herausforderungen für die weitere Qualitätsentwicklung vorgestellt werden.

### **SAll11.00 Elternschaft als „riskante“ Lebensform – Verwirklichungschancen von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung als Eltern**

#### **„Elternrechte, Kinderrechte und gesellschaftliche Verantwortung“**

*Sigrid Graumann, Universität Oldenburg*

Die Elternschaft von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung ist einerseits gesellschaftliche Normalität und kann mit guter Assistenz gelingen, andererseits sind Eltern, die als behindert gelten, aber nach wie vor mit Vorurteilen und Ablehnung konfrontiert. Das Herausnehmen von Kindern aus der Familie ist ebenfalls vielfach noch Realität.

Nach der neuen UN-Behindertenrechtskonvention haben Eltern mit Lernbeeinträchtigungen wie alle anderen Menschen ein Recht auf eine eigene Familie und Anspruch auf Elternassistenz. Dieser Aspekt der Konvention wird im Rahmen dieses Beitrags dargestellt und gezeigt, wie darin der Schutz der Rechte der Eltern und der Schutz des Wohlergehens des Kindes miteinander vermittelt werden.

#### **„Elternschaft von Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung – Wie kann sie gelingen?“**

*Eva-Maria Fehre, Psychologin, Bielefeld*

„Gelingende Elternschaft“, d.h. dem hohen Assistenzbedarf von Eltern(-teilen) mit einer sogenannten geistigen Behinderung gerecht zu werden und gleichzeitig das Wohl und die angemessene Entwicklung der Kinder durch adäquate Förderung zu gewährleisten, basiert auf einem Doppelcharakter der Hilfen.

Das individuelle Potenzial der Eltern(-teile) lässt sich u.a. durch Eingebundenheit in ein soziales Feld, größtmögliche aktive Beteiligung (Partizipation) und Aktivierung von Schutzfaktoren (Ressourcen) stärken. Gleichzeitig bedarf es umfangreicher Forschung und gezielter Öffentlichkeitsarbeit, um Vorurteile z.B. bezüglich Bindungs- und Erziehungsfähigkeit abzubauen, sowie begleitender Qualifizierung der Unterstützer/innen, Vernetzung der Hilfen über die Grenzen von Leistungsträgerzuständigkeiten hinaus, z.B. durch Vereinbarung einer sog. Komplexleistung.

Das Hilfesystem und das Assistenzangebot für Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung als Eltern muss „inklusive Orientierungen“ folgen und in die örtlichen Planungsprozesse integriert sein.

#### **„Begleitete Elternschaft in der Praxis am Beispiel des Familienprojektes Friesack“**

*Karina Groß, AWO Betreuungsdienste GmbH, Friesack*

Wie die Praxis der Elternassistenz aussehen kann, wird am Beispiel des Familienprojektes (AWO - Betreuungsdienst) in Friesack berichtet: Wie wird die Begleitung der Eltern und Kinder im Projekt konzeptionalisiert. Welche Inhalte und Aufgabenstellungen werden bearbeitet und welche Methoden genutzt? Welche Erfahrungen mit gelingender Elternschaft hat das Projekt in seiner langjährigen Arbeit gesammelt? Die Erfahrungen der Praxis werden vor den Hintergrund der beiden ersten – theoretischen – Beiträge gestellt und diskutiert.

Darüber hinaus wird in der abschließenden Diskussion mit den Teilnehmer/innen und Referentinnen folgenden Fragen nachgegangen: Welche Rechte haben Eltern mit Lernbeeinträchtigungen und ihre Kinder? Mit welchen Schwierigkeiten sind sie konfrontiert und welche Begleitung brauchen sie für ein gelingendes Familienleben?

## Kinder und Jugendliche

---

### FR14.15 Zugänge zu Kindern und Jugendlichen

#### „Strukturaufbau in einem Quartier von BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier“

*Maren Janella, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin*

Gesunde Lebenswelten für sozial benachteiligte Kinder können nur entstehen, wenn die Strukturen vor Ort den Bedürfnissen der Kinder und ihren Eltern angepasst werden. Für Strukturveränderungen bedarf es starker Partner und stabiler Kooperationen. Wenn alle Akteure ihre Ressourcen einbringen, können gesunde Lebenswelten entstehen, die Kindern einen gesunden Start ins Leben ermöglichen.

Das Projekt „BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier“, das in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg innerhalb des Nationalen Aktionsplans IN FORM durchgeführt wird, hat es sich zur Aufgabe gemacht, gemeinsam mit vielen Partnern und Stadtteilakteuren gesunde Lebenswelten für Kinder bis sechs Jahre zu gestalten. Das Vorhaben wird in vier Berliner und zwei Brandenburger Regionen durchgeführt, überwiegend Quartiersgebiete der Sozialen Stadt.

Der Aufbau kostenloser, niedrigschwelliger Bewegungsförderungsangebote ist dabei die „Spitze des Eisberges“ und dient der Verwirklichung einer gemeinsamen Vision: ein gesundes Quartier für sozial benachteiligte Kinder und ihre Familien zu schaffen. Nachhaltige Kooperationen konnten entstehen und stabile Partnerschaften werden auch nach Projektende im Februar 2011 das Begonnene fortsetzen.

#### „Gesundheitsförderung im Setting Hauptschule – Erfahrungen aus dem ‚Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten‘“

*Eike Quilling, Lernende Region – Netzwerk Köln e.V.*

Kinder und Jugendliche bewegen sich heutzutage durchschnittlich nur noch etwa eine Stunde täglich. Mögliche Folgen dieser Entwicklung stellen u.a. motorische Defizite sowie die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas dar. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sind hiervon besonders gefährdet. Hier setzt das Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten an und richtet sich mit seinen Angeboten an das Setting Hauptschule, in dem überdurchschnittlich viele Schülerinnen und Schüler mit niedrigem sozioökonomischem Status zu finden sind.

Das Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten ist inzwischen in 21 Kölner Hauptschulen vertreten, die sich aktiv für mehr Gesundheitsförderung an ihren Schulen einsetzen. Im Mittelpunkt der Arbeit an den Schulen steht die Implementierung von qualifizierten Gesundheitsteams, die das Thema langfristig und nachhaltig für die Schulen sichern und gesundheitsfördernde Maßnahmen nachhaltig in den Schulalltag implementieren sollen. Als einen Anreiz für die Schulen hat das Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten ein Gütesiegel „Gesunde Schule“ entwickelt, das den Schulen einen niederschweligen Einstieg in einen Zertifizierungsprozess ermöglichen soll.

### FR16.15 Prävention von Kinderunfällen

#### „Verhütung von Kinderunfällen: Laufen, Springen, Klettern. Sicher geht das! – Trends und Erfahrungen aus 10 Jahren“

*Martina Abel, Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V., Bonn*

Das Wissen um typische Unfallhergänge und altersbezogene Gefahren ist eine Grundlage für die Entwicklung effektiver Maßnahmen zur Unfallprävention. Stürze sind mit ca. 50 Prozent aller Kinderunfälle die häufigste Unfallart. Aktuelle Daten zeigen, dass Säuglinge und Kleinkinder eine Risikogruppe sind und Stürze häufig mit Produkten in Verbindung stehen.

Beim Blick zurück zeigen sich interessante Trends und Herausforderungen an die Sturzunfallprävention. Zehn Jahre werden deshalb in den Blick genommen, weil 2010 das zehnjährige Jubiläum des Kindersicherheitstages, der nationalen Hauptveranstaltung gegen Kinderunfälle, stattfand. Der Kindersicherheitstag 2000 hatte den Schwerpunkt Stürze, der 2010 wieder aufgenommen wurde.

Innerhalb dieser zehn Jahre ist die Rate tödlicher Unfälle massiv zurück gegangen. Dies trifft aber nicht auf Stürze zu. Auch bei den nicht-tödlichen Unfällen ist die Zahl der Stürze unverändert hoch, in einigen Altersgruppen bei schweren Verletzungsfolgen sogar gestiegen. 2008 mussten fast 2 von 100 Kindern unter fünf Jahren wegen einer Kopfverletzung im Krankenhaus behandelt werden.

Aus der Analyse des Unfallgeschehens entwickelt die Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder gezielt Präventionsansätze, so wie z.B. die diesjährige Initiative gegen Sturzunfälle. Unter dem Motto „Laufen, Springen, Klettern. Sicher geht das“ steht ein Aktionspaket zur Verfügung, das unter [www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de) Hintergründe, Arbeitshilfen und Elterninformationen bereithält. Die Initiative richtet sich an Kindertageseinrichtungen und lädt sie ein, sich an einem Wettbewerb zur Sturzprävention zu beteiligen. Die Präventionsbotschaften, Aktionselemente und begleitenden Angebote zur Initiative werden vorgestellt.

### **„Unfallverhütung und Prävention an Schulen und in Stadtteilen – Der Präventionstisch Münster“**

*Gertrud Wietholt, Kinderneurologie-Hilfe Münster e.V.*

Schädelhirntraumen sind eine der häufigsten Todesursachen im Kindes- und Jugendalter und zugleich der häufigste Grund für körperliche Beeinträchtigungen in dieser Altersgruppe.

Schätzungsweise 71.000 Kinder bis zum 15. Lebensjahr (Rickels et al 2001) erleiden pro Jahr ein Schädelhirntrauma, die Zahl der weiter erworbenen Hirnschäden durch Hypoxien, entzündliche Prozesse, Tumore liegt im Graubereich und macht deutlich, dass wir von einer insgesamt hohen Zahl von Kindern und Jugendlichen mit erworbenen Hirnschäden ausgehen müssen.

Diese Tatsache ist alarmierend, da die Nachsorge der betroffenen Personengruppe trotz guter Akutversorgung und einem sehr differenzierten Ressourcenangebot recht defizitär ist. (Projekt: Kinderneurologie-Hilfe Münster e.V. 2003-2007)

Festzustellen ist, dass ein großes Defizit sowohl in der Aufklärung über eventuelle Spätfolgen einer erworbenen Hirnschädigung als auch über die Möglichkeiten der individuellen Nachsorge bestehen.

Der Nachsorgebedarf ist höher, als vermutet wird, dennoch kommen nur 9 von 62 Kindern (Rickels et al.) in eine Rehabilitationsmaßnahme obwohl dieses gerade bei Kindern von hoher Wichtigkeit ist.

Vor diesem Hintergrund hat die Kinderneurologie-Hilfe Münster e.V. ein Netzwerk von Nachsorge- und Beratungseinrichtungen in NRW aufgebaut, um diese Lücken zu schließen. Modellhaft wurde in der Stadt Münster ein „idealer Behandlungspfad“ zur nahtlosen Versorgung über alle Versorgungsbereiche hinweg entwickelt.

Gleichzeitig gründete die Kinderneurologie-Hilfe Münster e.V. den „PräventionsTisch Münster“ um durch gezielte Angebote an Schulen und in Stadtteilen in Zusammenarbeit mit der Polizei, den Kliniken und städtischen Ämtern Verkehrs- und Verhaltenspräventive Projekte zur Unfallvermeidung durchzuführen.

Ein populäres Beispiel ist die Helm-Aktion. So wurde erfolgreich der „Münster-Helm“ wie auch der Paulinum-Helm entwickelt und in einer Kampagne den Schüler/innen, wie den Bürger/innen nahe gebracht.

### **„Risiko raus! - die Kampagne für mehr Aufmerksamkeit im Straßenverkehr“**

*Carla Rodewald, Unfallkasse Berlin*

Mehr Sicherheit im Straßenverkehr heißt auf andere Rücksicht zu nehmen, Risiken wahrzunehmen und sichere Verkehrsmittel zu benutzen.

Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und die landwirtschaftliche Sozialversicherung haben im Januar 2010 ihre gemeinsame Präventionskampagne „Risiko Raus!“ gestartet. Ziel der Kampagne ist, das Unfallrisiko im Straßenverkehr zu verringern. Die Kampagne richtet sich mit Aktionen und Materialien an Unternehmen und ihre Beschäftigten, an Kinder und Jugendliche, deren Eltern sowie an Lehrer/innen und Erzieher/innen.

Die Kampagne soll im wahrsten Sinne des Wortes für mehr Aufmerksamkeit werben. Es wird auf typische Gefahren hingewiesen, eigenes Fehlverhalten bewusst gemacht und zu sicherem Verhalten motiviert. Durch die Bereitstellung von zielgruppenspezifischen Medien und Materialien wird die Verkehrssicherheitsarbeit auf unterschiedlichsten Ebenen unterstützt. Die Unfallkasse Berlin beteiligt sich an der Kampagne und führt eigene Projekte durch. Im Schülerbereich stehen Kinder als Fußgänger und Radfahrer sowie junge Fahranfänger im Focus.

---

## **SAllg.00      Gesunder Start: Aspekte frühkindlicher Sexualentwicklung**

### **„Frühkindliche Sexualentwicklung und psychische Störung“**

*Bettina Schuhrke, Evangelische Fachhochschule Darmstadt*

Zunächst ist es unerlässlich sich zu vergewissern, was man unter frühkindlicher Sexualentwicklung versteht. Am einfachsten scheint es, darunter Phänomene zu fassen, bei denen es direkt um die Sexualorgane und Gefühle von Lust und Erregung geht. In diesem Sinne kann ein Spektrum von zu beobachtenden Verhaltensweisen skizziert werden. Im Hinblick auf psychische Auffälligkeiten oder Störungen schließen sich



darán Fragen nach der „Normalität“ von sexuellem Verhalten und Ursachen abweichenden Verhaltens an. Sie haben ihren Ausgangspunkt besonders in US-amerikanischen Debatten der 1990er Jahre und dominieren die Forschung der letzten beiden Jahrzehnte. Sexuelles Verhalten wird dabei häufig aus seinem Entwicklungskontext (z.B. Aufbau eines Körperschemas) gerissen und unter anderen Maßstäben als andere Aspekte kindlicher Entwicklung betrachtet, was leicht zu einer pathologisierenden Sichtweise führt. Eine weitere Perspektive auf frühkindliche Sexualentwicklung wäre die, welche Bedeutung sie für eine langfristige sexuelle Entwicklung oder auch Fehlentwicklung hat. Kategorien gestörter Sexualität in diagnostischen Manualen wie der ICD 10 betreffen die sexuelle Funktionsfähigkeit, die sexuellen Objekte und die sexuelle Identität. Mit wenigen Ausnahmen gibt es keine spezifischen diagnostischen Kategorien für gestörtes Sexualverhalten bei (Klein-) Kindern. Frühkindliche sexuelle Traumatisierungen sind belegt und doch in ihrer dauerhaften Wirkung nicht abschließend verstanden.

### **„Aspekte sexualfreundlicher Erziehung im Kindergarten“**

*Dirk Böhm, Eigenbetrieb NordOst, Berlin*

Sexualpädagogik im Kindergarten beginnt mit der Erkenntnis, dass Kinder sexuelle Wesen sind und dass Sexualität sich auch jenseits der genital und kulturell geprägten erwachsenen Vorstellungswelten ereignet. Der lustvolle Umgang mit dem eigenen Körper wie auch die Entdeckung des Anderen sind wesentliche Voraussetzungen für die gelingende Integration von Sinneserfahrung und sozialer Interaktion. Kindergärten sollen solche Bildungs- und Integrationsprozesse fördern und es Kindern ermöglichen, ein unbefangenes Verhältnis zur eigenen Sexualität zu entwickeln. In der alltäglichen Praxis wirft dieser Anspruch eine Reihe von struktur- und prozessqualitativen Fragestellungen auf. Sexualpädagogik beginnt nicht erst mit Aufklärungsprojekten im Vorschulbereich sondern mit der bewussten Gestaltung von Wickelsituationen und Sanitärbereichen. Sie beginnt nicht mit den Elternbeschwerden hinsichtlich vollzogener Doktorspiele, sondern mit der konzeptionellen Auseinandersetzung rund um kindliche Rückzugsbereiche, kulturelle Sensibilitäten und vorurteilsbewusste Pädagogik. Sie beginnt nicht mit der Definition des Verbotenen, mit der Grenz- und Regelsetzung, sondern mit der Auseinandersetzung rund um die eigene Biographie und die Bewusstmachung der eigenen Grenzen und unbewussten Glaubenssätze zum Thema. Nur indem sich die Pädagogik im Kindergarten entsprechend qualifiziert, kann sie im Spannungsfeld von Kinderschutz, Elternarbeit und öffentlicher Wahrnehmung sexualfreundliche Bildungsumgebungen schaffen und erhalten.

## **SAll11.00 Sexualaufklärung und Familienplanung**

### **„Standards für die Sexualaufklärung in Europa – Eine gemeinsame Initiative von BZgA und WHO-Regionalbüro für Europa“**

*Christine Winkelmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln*

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat in Kooperation mit dem WHO-Regionalbüro für Europa im Herbst 2010 Standards für die Sexualaufklärung in Europa vorgelegt. Die Standards wurden in enger Zusammenarbeit mit 20 Expert/innen und Experten aus neun westeuropäischen Ländern erarbeitet. Sie dienen dem Zweck, die Qualität der Sexualaufklärung in der europäischen Region zu sichern und zu verbessern. Zwar verfügt die große Mehrheit der europäischen Länder über schulische Sexualaufklärung, jedoch liegt der Fokus nach wie vor sehr stark auf biologischen Fakten. Gleichzeitig kann man in der europäischen Region hohe Zahlen von Teenagerschwangerschaften und steigende Zahlen von sexuell übertragbaren Infektionen verzeichnen.

Die Standards basieren auf einem positiven Verständnis von Sexualität, die als menschliches Potential verstanden wird. Sie definieren Inhalte der Sexualaufklärung für die jeweiligen Altersgruppen und gehen gleichzeitig auf zu erwerbende Fähigkeiten und Werthaltungen ein. Die BZgA wird gemeinsam mit dem WHO-Regionalbüro für Europa die Implementierung der Standards in Ländern Osteuropas und Zentralasiens begleiten.

### **„Zugang über Web-Auftritte: Präsentation der Internetauftritte [www.loveline.de](http://www.loveline.de) und [www.schule.loveline.de](http://www.schule.loveline.de)“**

*Stefanie Amann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln*

Das Jugendportal zu Liebe, Sexualität und Verhütung [www.loveline.de](http://www.loveline.de) der BZgA stellt das zentrale Medium der Sexualaufklärung dar und erreicht monatlich ca. 60.000 jugendliche Besucherinnen und Besucher. 2010 erfuhr die Seite einen umfangreichen Relaunch, der auch Erkenntnisse eines Gutachtens zur besseren Erreichbarkeit von Jungen und Jugendlichen mit Migrationshintergrund umsetzte. Die im Herbst gestartete

bundesweite Informationskampagne für Jugendliche zur Sexualaufklärung macht mit Anzeigen in der Jugendpresse und in sozialen Netzwerken Jugendliche auf das Jugendportal aufmerksam und vermittelt ihnen tiefer gehende Informationen über die in der Kampagne angesprochenen Themen und Situationen. Die Website [www.schule.loveline.de](http://www.schule.loveline.de) bietet Lehrkräften umfangreiche Informationen, Materialien und Arbeitsanregungen für die fächerübergreifende Sexualerziehung sowie die Einsatzmöglichkeiten der „loveline“ im schulischen oder außerschulischen Setting.

## **SAll11.00 Körperwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen**

### **„Spieglein, Spieglein an der Wand“**

*Elisabeth Horstkotte, Gesundheitsamt Bremen*

Eine Studie des Bremer Gesundheitsamtes bei rund 600 Schüler/innen belegt, dass Übergewicht und das Risiko für eine Essstörung unter Bremer Jugendlichen weit verbreitet ist. In einer Quotenstichprobe in 8. Klassen wurden im Schuljahr 2008/2009 Diätgewohnheiten, Körper selbstwahrnehmung und Essverhalten erfragt und die Körpermaße festgestellt. 21 Prozent der Jugendlichen war übergewichtig, 10 Prozent sogar adipös. Eigene Untersuchungen zeigen auf, dass sich der Anteil übergewichtiger Schüler/innen schon zwischen Beginn und Ende der Grundschulzeit verdoppelt und anschließend nur noch geringfügig ansteigt. Jugendliche leiden häufig stärker unter einem „gefühlten“ als unter einem „tatsächlichen“ Übergewicht. Das Körper selbstbild bei den Jugendlichen mit einem objektiv normalen Körpergewicht entsprach oftmals nicht ihrem tatsächlichen Körpergewicht. Bei jedem 7. dieser normalgewichtigen Jugendlichen fanden sich zudem Hinweise auf ein gestörtes Essverhalten.

Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei diesen Jugendlichen ein hoher Bedarf für eine körperbewusste Gesundheitsförderung zur Stärkung des Körper selbstbildes und Vermeidung von Essstörungen besteht. Präventionsprojekte mit dem Schwerpunkt Lebenskompetenztraining, Körper selbstbild und Körper selbstwahrnehmung werden in Bremen seit einigen Jahren für unterschiedliche Altersstufen erfolgreich im Setting Schule angeboten. Einige dieser Projekte werden beispielhaft vorgestellt.

### **„Fidelio.Plus: Förderung von Selbstbestimmung und intrinsischer Motivation bei übergewichtigen und adipösen Kindern durch Bewegung und Sport“**

*Andreas Heißel, Sport-Gesundheitspark Berlin e.V.*

Übergewicht und Adipositas stellen ein wachsendes gesundheitliches Problem dar. Insbesondere bei Kindern ist eine steigende Prävalenz zu beobachten.

Bei der Entstehung von Adipositas spielen die psychologischen Prozesse und der soziale Hintergrund des Kindes eine wichtige Rolle. Sie beeinflussen die Inanspruchnahme von Interventionsprogrammen ebenso wie deren Verlauf und Erfolg. In diesem Zusammenhang stellt die Motivation zu einem aktiven gesundheitsbewussten Lebensstil und dessen Förderung ein wichtiges Ziel dar.

Hier setzt Fidelio.Plus an: Das Fidelio-Programm beinhaltet ein vielseitiges, ganzheitliches Spiel- und Bewegungsprogramm mit Ernährungsmodul und ärztlicher Betreuung. Das Plus steht für die gezielte psychologische Intervention basierend auf der Selbstdeterminationstheorie von Deci und Ryan (1985). Diese ist in das Bewegungsprogramm integriert. Dabei kommt ein autonomiefördernder Lehrstil zum Einsatz. Eine Vielzahl von Studien basierend auf der Selbstdeterminationstheorie bestätigten die pädagogischen Vorteile dieses Lehrstils. Ziel ist es, den übergewichtigen und adipösen Kindern damit die Werkzeuge für mehr Selbstverantwortung und Eigenmotivation an die Hand zu geben und eine Übernahme dieser Strategien in den Freizeit- und Familienbereich zu erreichen.

## **„Prävention: Ein Projekt stellt sich vor – Karuna prevents“**

*Oliver Riemer, Karuna prevents, Berlin*

Drei interaktive Mitmachparcours zur Suchtprävention erreichen jährlich ca. 10.000 Berliner Schülerinnen und Schüler mit ihren Angeboten zu den Themen Alkohol- und Tabakkonsum, sowie Ernährung und Bewegung. Die thematische Wissensvermittlung unter Aspekten der Gesundheitsförderung findet hierbei auf spielerische Art und Weise statt. Ein Besuch im Suchtpräventionszentrum KARUNA prevents birgt ein 90-minütiges Infotainment, eine lebhaft ausgestellte mit interaktiven Stationen, die von fachlich versierten Moderatoren angeleitet wird. Ziel eines Besuches im Mitmachparcours ist die Vermittlung von Wissen und ein positiver Imagetransfer, der Kindern und Jugendlichen dabei hilft, sich in Fragen der Lebensführung risikobewusst zu Gunsten ihrer eigenen Gesundheit zu entscheiden.

Die interaktiven Mitmachparcours zur Suchtprävention existieren in Berlin seit 2005 und sind ein Kooperationsprojekt der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz und dem freien Träger der Jugendhilfe Berlin: KARUNA – Zukunft für Kinder und Jugendliche in Not e.V..

---

## **Arbeitslose**

---

### **FR11.30 Gesundheit von Arbeitslosen fördern – aber richtig!**

#### **„Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen: Fehler und Fallen aus psychologischer Sicht“**

*Gisela Mohr, Universität Leipzig*

Ausgangspunkt für die Beschäftigung mit dem Thema ist, dass der Anteil psychisch Erkrankter unter den Erwerbslosen etwa doppelt so hoch ist wie unter den Erwerbstätigen. Eine genauere Betrachtung der häufigsten Erkrankungen zeigt, dass es sich um Depressionen, Ängste und vermindertes Selbstwertgefühl handelt. Betrachtet man die offiziellen Definitionen dieser Störungsbilder, wird klar, dass den Arbeitslosen im Zustand der Krankheit genau diejenigen Fähigkeiten fehlen, die sie zum Erhalt eines Arbeitsplatzes benötigen: Selbstvertrauen, Optimismus, Aktivität, Initiative. Von daher ist es erforderlich, diese psychischen Beeinträchtigungen zu behandeln, als Vorbedingung für einen erfolgreichen Vermittlungsprozess. Die o.g. psychischen Beeinträchtigungen gelten heute als relativ gut therapierbar, vorausgesetzt, die Behandlung beginnt nicht zu spät. Die erste Hürde ist die Diagnose der Beeinträchtigung und die Entwicklung eines Problembewusstseins durch die Betroffenen selbst. Die zweite Hürde besteht darin, einige naheliegenden Behandlungsfehler zu vermeiden. Die dritte Hürde existiert beim Zugang zu den Behandlungsmöglichkeiten. Behandlungsfehler speziell bei Erwerbslosen, die sich aus der bisherigen Forschungsliteratur über die psychischen Folgen der Erwerbslosigkeit ableiten lassen, werden dargestellt und diskutiert.

#### **„Brücken in Arbeit durch Förderung der Beschäftigungsfähigkeit – Evaluation eines Projektes“**

*Matthias Schmidt, Technische Universität Dresden*

Neben fehlenden Lebensperspektiven haben junge Arbeitslose zum Teil erhebliche Gesundheitsprobleme. Aus diesem Grund wurde das Projekt „Bridges – Brücken in Arbeit“ entwickelt. Auf der Basis einer umfangreichen Analyse der Bedürfnisse und Probleme junger Hartz IV Empfänger/innen, wurde ein Modellprojekt umgesetzt, in dem die Teilnehmer/innen die Bedeutung von selbstgesetzten Zielen für den eigenen Entwicklungsweg erlernen konnten. Durch die gezielte Kombination verschiedener wirksamer Maßnahmen entwickelten die Teilnehmer/innen beschäftigungsrelevante Personenmerkmale. Zusätzlich hat sich die seelische Gesundheit der Trainingsteilnehmer/innen deutlich verbessert. Beachtlich dabei war der Rückgang von Depressionssymptomen. Die jungen Arbeitslosen wurden in allen Phasen des Programms von speziell ausgebildeten ehemaligen Arbeitslosen intensiv gecoacht. In der Versuchsregion Ostsachsen konnten durch diesen neuen Ansatz innerhalb von zwei Jahren 272 junge Arbeitslose in den ersten Arbeitsmarkt oder Ausbildung integriert werden. Dies entspricht einer Erfolgsquote von 56,2 Prozent. Zusätzlich wurden jene Merkmale identifiziert, die den Wiedereinstieg in Arbeit für diese besondere Zielgruppe begünstigen. Eine stabile seelische Gesundheit hat sich dabei als zuverlässiger Prädiktor erwiesen. Die Evaluation des Projekts hat gezeigt, dass Gesundheitsförderung, psychosoziale Beratung und berufliche Qualifikation aufeinander abgestimmt werden sollten.

**FR114.15 Der JobFit-Ansatz in der Arbeitsförderung – Finanzierungsmöglichkeiten der Gesundheitsangebote unter den Vorzeichen der Instrumentenreform SGB II/SGBIII**

*Barbara Hordt, Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung – G.I.B. NRW, Bottrop  
Monique Faryn-Wewel, Team Gesundheit GmbH, Essen  
Tina Riedel, Arbeitsgemeinschaft SGB II für den Kreis Unna*

Um den nachgewiesenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Langzeit-) Arbeitsloser entgegenzuwirken, ist ein sektorenübergreifendes Engagement sinnvoll, in dem sowohl arbeitsmarkt- als auch gesundheitspolitische Akteure gemeinsam arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung unterstützen und finanzieren.

In den Modellprojekten JobFit Regional und JobFit NRW, die vom MAGS NRW sowie dem BKK Bundesverband und Landesverband NRW seit November 2004 gefördert werden, konnte erfolgreich eine Verknüpfung von Gesundheitsförderung und arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen erprobt werden.

Die Grundidee von JobFit Regional bestand darin, Beschäftigungsträger als Setting für die Implementierung von Gesundheitsförderung zu nutzen und direkt in der „Lebenswelt“ der Arbeitsuchenden sowohl individuelle Gesundheitsberatung als auch präventiv ausgelegte Gruppenangebote zu unterbreiten.

Aufgrund der positiven Ergebnisse wurden im Folgeprojekt JobFit NRW darauf aufbauend Möglichkeiten zur Finanzierung des Ansatzes in der arbeitsmarktpolitischen Regelförderung gesucht. An vier Standorten konnten erfolgreich Modelle entwickelt werden, in denen SGB II Träger und GKV gemeinsam den JobFit Ansatz finanzieren.

Mittlerweile wurden mit den JobFit-Projekten über 1.000 Arbeitslose erreicht. Beide Projekte wurden wissenschaftlich evaluiert und konnten Erfolge sowohl bzgl. gesundheitsbezogener Variablen als auch im Hinblick auf die Beschäftigungsfähigkeit erzielen.

**FR116.15 Gesundheitsförderung für Langzeitarbeitslose – Projekte aus dem Forschungsschwerpunkt „Prävention“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung**

**„Implementierung eines partizipativen Gesundheitskompetenztrainings in Maßnahmen der Arbeitsmarktintegration – Ergebnisse der Prozessevaluation des Projekts Arbeit und Gesundheit“**

*Mechthild Heinmüller, Katrin Horns, Klinikum der Universität München*

Das Projekt „Arbeit und Gesundheit“ hat das Ziel, ein Präventionskonzept für erwerbsfähige Langzeitarbeitslose (SGB II) in verschiedenen Settings in München und Hannover zu entwickeln, zu implementieren und wissenschaftlich zu evaluieren (Kontrollgruppendesign). In einem ersten Schritt werden Fachkräfte aus der Erwerbslosenarbeit zum „Gesundheits-Coach“ ausgebildet. Diese bieten in einem zweiten Schritt ihren Kunden motivierende Gesundheitsgespräche („FIT-Beratung“) und regelmäßige partizipative Gruppenaktivitäten („FIT-AG“) zu Gesundheitsthemen mit einem Schwerpunkt auf körperlicher Aktivität an.

Die formative und summative Prozessevaluation findet kontinuierlich auf den Ebenen a) Gesundheits-Coaches und b) arbeitslose Menschen statt und fokussiert auf Umsetzung, Reichweite und Akzeptanz des Projekts (nach Loss, 2007). Parallel wird die Projektimplementierung auf Setting-Ebene begleitet und unterstützt.

43 Coaches wurden in 4 Schulungen qualifiziert; 86 Prozent der Schulungsteilnehmer/innen bewerteten diese (sehr) positiv. Im Interventionsarm (n=220) fanden 258 FIT-Beratungen und 442 FIT-AGs (mittl. Teilnehmerzahl: 7) statt. Persönliche Aussagen belegen die Akzeptanz der Intervention bei den arbeitslosen Menschen wie den Gesundheits-Coaches. Projektbegleitende Fallbesprechungen mit Erfahrungsaustausch (n=22) gewährleisteten einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Als Erfolgsfaktoren erwiesen sich die partizipative Herangehensweise sowie eine konsequent wertschätzende und ermutigende Haltung.

**„Verhaltens- und verhältnisbezogene Gesundheitsförderung im Rahmen von Beschäftigungsmaßnahmen“**

*Susann Mühlpfordt, Katrin Rothländer, Technische Universität Dresden*

Beschäftigungsträger sind eines der wenigen Settings, in denen Erwerbslose mit dem Anliegen der Gesundheitsförderung erreicht werden können. Durch die Umsetzung des psycho-sozialen Trainings „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (AktivA)“ bei Beschäftigungsträgern entstand die Frage, inwiefern auch verhältnisbezogene Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung hier praktikabel und wirksam sind. In einem mehrstufigen Vorgehen wurden zunächst arbeitspsychologische Tätigkeitsbewertungen

durchgeführt. Auf dieser Grundlage entwickelten die Maßnahmeteilnehmer/innen konkrete Umsetzungsmöglichkeiten, um eine Steigerung im gesundheitlichen Befinden zu erreichen. Das beschriebene Vorgehen wurde bei sieben Beschäftigungsträgern mit insgesamt 111 Maßnahmeteilnehmer/innen durchgeführt. Weitere 211 Maßnahmeteilnehmer/innen ohne Teilnahme an den beschriebenen Interventionen wurden als Kontrollgruppe befragt. Die Tätigkeitsanalysen zeigen eine große Bandbreite hinsichtlich der Qualität der angebotenen Tätigkeiten. In den Gesundheitszirkeln (GZ) spielen insbesondere Themen wie Anerkennung, Berücksichtigung der eigenen Fähigkeiten, Qualifizierung, Gruppenprozesse sowie der Werdegang nach Ablauf der Maßnahme eine Rolle. Bei den Teilnehmer/innen mit Interventionen lässt sich im Vergleich zur Kontrollgruppe eine bedeutsame Verringerung der gesundheitlichen Beschwerden nachweisen. Darüber hinaus nahmen die Einrichtungen die Rückmeldungen aus den GZ als wichtige Hinweise für die Gestaltung künftiger Maßnahmen.

### **„Fit50+: Abbau von Vermittlungshemmnissen durch gezieltes körperliches Training“**

*Steffi Kreuzfeld, Markus Preuss, Regina Stoll, Universität Rostock*

Insbesondere bei älteren Langzeitarbeitslosen ist der Anteil derjenigen, die gesundheitlich bedingte Wiederbeschäftigungsbarrieren aufweisen, hoch. Neben unterschiedlich stark ausgeprägten Einschränkungen im Bereich der psychischen Gesundheit lassen sich häufig deutliche körperliche Leistungsminderungen und schmerzbedingte Vermittlungshemmnisse feststellen, die bisher selten Forschungsgegenstand waren. Klassische Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen wie Übergewicht, Bluthochdruck, körperliche Inaktivität und Rauchen lagen in der hier untersuchten Gruppe wesentlich häufiger vor als in der alters- und geschlechtsentsprechenden Allgemeinbevölkerung.

Der Zugangsweg über einen Bildungsträger mit Vermittlungsfunktion hat sich als erfolgreich herausgestellt, älteren Langzeitarbeitslosen parallel zur fachlichen Qualifizierung die Teilnahme an einem Gesundheitsförderungsprogramm zu ermöglichen. Ein modulares Konzept aus edukativen Komponenten (40 Stunden) und einem, nach sportwissenschaftlichen Kriterien entwickelten körperlichen Training (60 Stunden) mit individualisierter medizinischer Beratung führte zu statistisch signifikanten Verbesserungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Körperzusammensetzung, des Wohlbefindens und subjektiven Gesundheitsempfindens sowie zu einer Reduktion des Risikos für Herz-Kreislaufkrankungen und zum Rückgang chronischer Rückenschmerzen.

## **Wohnungslose**

**FR14.15 Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Versorgungssituation wohnungsloser Menschen aus dem Ausland (insbesondere EU-Ausländer)**

### **„Verwirklichungschancen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen – Evaluation des Projektes „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose in Hannover“**

*Jana Meidl, Paul Wenzlaff, Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Ärztekammer Niedersachsen, Hannover*

*Cornelia Goesmann, Bundesärztekammer/Ärztekammer Niedersachsen, Hannover*

*Ursula Lange, Caritas Hannover*

*Udo Birkenfeld, Kontaktladen Mecki, Diakonisches Werk Hannover*

Das Projekt „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose in Hannover“ der Ärztekammer Niedersachsen bietet seit 1999 eine niedrigschwellige Versorgung für Menschen in Wohnungslosigkeit an, die durch individuelle oder gesellschaftliche Zugangsbarrieren das Regelversorgungssystem nicht in Anspruch nehmen (können). Um den Bedarf für ein solches Versorgungsangebot zu erheben und das Konzept kontinuierlich weiter zu entwickeln (veränderte Rahmenbedingungen, Anforderungen), wird vom Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen eine Evaluation durchgeführt.

Im Rahmen des Projektes werden in acht Behandlungsstätten der Caritas und Diakonie auf die Zielgruppe abgestimmte ärztliche Sprechstunden durchgeführt, mit dem Ziel, eine medizinische Grundversorgung für wohnungslose Menschen anzubieten. Die Patienten sollen darüber hinaus Zugang zur Regelversorgung und zu anderen Hilfesystemen bekommen. In 10 Jahren wurden ca.14.000 Behandlungsfälle in den Einrichtungen versorgt. Die Inanspruchnahme der Leistungen hat sich von ca.1000 auf ca.2000 Fälle pro Jahr verdoppelt. 46 Prozent der Patient/innen kommen mittlerweile mehrfach. Herz-Kreislauf- (16 Prozent), psychische Erkrankungen (15 Prozent) und Muskel-/Skeletterkrankungen (12 Prozent) sind deutlich angestiegen.

Die Evaluation zeigt, dass das Versorgungsangebot angenommen wird. Die Patient/innen kommen häufiger und mehrfach. Neue Herausforderungen ergeben sich für das Projekt dadurch, dass sozial schwache Bevölkerungsschichten stärker die Behandlungsorte aufsuchen.

### **„Zur Situation wohnungsloser Unionsbürger/innen in Berlin – aus der Sicht einer Kontakt- und Beratungsstelle für junge Menschen auf der Straße“**

*Anett Leach, Alexandra Post, Klik – Kontaktladen für junge Menschen auf der Straße, Berlin*

Korrespondierend zu den „EU-Osterweiterungen“ sind im Klik – einer Einrichtung der Jugendsozialarbeit in Berlin-Mitte – in den vergangenen Jahren vielfältige Erfahrungen mit jungen Menschen aus unterschiedlichen Ländern der EU zusammengetragen worden. Die Statistik des Klik und Aussagen von Akteuren verschiedener Berliner Hilfeeinrichtungen belegen, dass so etwas wie ein Auswanderungsdruck in den Ländern der „EU-Osterweiterung“ vorhanden ist, gerade bei Menschen, die sich bereits in den Herkunftsländern in prekären sozialen bzw. psychischen Situationen befinden.

Durch den besonderen rechtlichen Status der oftmals amtlich nicht registrierten Zugewanderten, (z.T. besonders belastet durch bereits im Herkunftsstaat fehlende Krankenversicherung) ist ihnen die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und der sozialen Sicherungssysteme der BRD verschlossen.

Im Gegensatz zu wohnungslosen Mitgliedern der deutschen Solidaritätsgemeinschaft scheitert eine in diesem Bereich etablierte Hilfestrategie in Form eines niedrigschwelligen Zugangs zu alltagspraktischer Hilfe, Gesundheitsversorgung und Beratung an den kaum vorhandenen Möglichkeiten weiterführender Hilfe. Anknüpfend an die Idee der Förderung von Verwirklichungschancen durch „instrumentelle Freiheiten“ wird die Frage nach dem Bezugsrahmen sozialer Verantwortung und Solidarität aufgeworfen.

### **„Medizinische Versorgungssituation wohnungsloser Menschen aus dem europäischen Ausland – Erfahrungen des Vereins neunerHAUS in Wien“**

*Livia Mutsch, Verein neunerHAUS, Wien*

Der Verein neunerHAUS ist eine Wiener Sozialorganisation, die obdachlosen Menschen ein selbstbestimmtes und menschenwürdiges Wohnen ermöglicht und seit mehr als vier Jahren Zugang zu medizinischer Versorgung bietet. Neben aufsuchender allgemeinmedizinischer Betreuung, betreibt der Verein neunerHAUS eine eigene Zahnarztpraxis für obdachlose Menschen.

In dieser werden obdach- und wohnungslose Menschen unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zahnmedizinisch versorgt. Obwohl über 75 Prozent der Patient/innen in der neunerHAUS Zahnarztpraxis versichert sind, haben sie die Versorgung im Regelsystem oft jahrzehntelang nicht in Anspruch genommen. Der Verlust ihrer persönlichen Bewältigungsressourcen und zahlreiche weitere Barrieren hindern sie, am Gesundheitswesen zu partizipieren und damit entsprechend medizinisch versorgt zu werden.

Für wohnungslose Menschen aus dem europäischen Ausland – vor allem all jene aus den EU-Beitrittsländern von 2004 und 2007 – gestaltet sich der Zugang zum Arbeitsmarkt und infolgedessen auch zu medizinischer Versorgung besonders schwierig.

Die Reflexion der Erfahrungen in der Versorgung dieser Zielgruppe in der neunerHAUS Zahnarztpraxis sollen im Rahmen des diesjährigen Kongresses Armut und Gesundheit dazu dienen, sich auf europäischer Ebene auszutauschen, gemeinsam auf die Schwierigkeiten und Bedürfnisse dieser Zielgruppe hinzuweisen und neue Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln.

## Ältere Menschen

---

### FR11.30 Verwirklichungschancen für Gesundheit im Alter – Forum I

#### **„Verwirklichungschancen: ein neuer Blick auf (ungleiche) Chancen und Möglichkeiten der Lebensgestaltung im Alter“**

*Susanne Kümpers, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)*

Der Capabilities Approach von Amartya Sen und Martha Nussbaum beschreibt den Wohlstand in einer Gesellschaft nicht nur anhand des Einkommens, wie bisher in der Wohlfahrtsökonomie üblich. Im Vordergrund steht vielmehr die Frage, was Menschen für ein gutes, gelingendes Leben benötigen und welche Entfaltungsmöglichkeiten sie realisieren können. Dabei stehen die gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen im Vordergrund, die dem Individuum Entscheidungsoptionen hinsichtlich einer ‚Teilhabe am guten Leben‘ ermöglichen (oder verwehren).

Im Vortrag wird erläutert, wie sich der Ansatz der Verwirklichungschancen zu Fragen von Gesundheit und Lebensqualität Älterer verhält und welche Perspektiven er eröffnet. Dabei stehen Fragen von Gerechtigkeit und Freiheit sowie Teilhabe und Mitbestimmung im Kontext sozialer und politischer Bedingungen im Mittelpunkt.

#### **„Welche Gesundheits- und Präventionsziele im Alter werden benötigt? Was kann ein Zielprozess in der Praxis bewirken?“**

*Martin Schmahl, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin*

Der Erhalt von „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter“ in einer Gesellschaft des längeren Lebens ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung, der sich alle diejenigen stellen müssen, die mit den Bereichen Information, Beratung, Betreuung, Pflege und Versorgung befasst sind. Im Rahmen dieses wegweisenden Ziels sollen Prozesse in Gang gesetzt, gemeinsames Vorgehen abgestimmt und koordiniert werden.

Benötigt werden Gesundheits- und Präventionsziele, die innerhalb und zwischen den für den Zielprozess ausgewählten prioritären Handlungsfeldern den Ausbau von Netzwerken stärken, Partizipation ermöglichen und bei älteren Menschen die Bereitschaft zur Übernahme gesundheitlicher Eigenverantwortung erhöhen. Auch bei bereits bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, so auch bei Depressionen oder Demenz ist z.B. die Anregung zu körperlicher und geistiger Aktivität und der Erhalt der Mobilität ein erstrebenswertes Ziel.

In der Praxis, d.h. in den alltäglichen Anforderungen an die Institutionen und Berufsgruppen, die mit Seniorinnen und Senioren zu tun haben oder für ihre Interessen eintreten, dienen einvernehmlich vereinbarte Gesundheitsziele und Initiativen der Bildung neuer Partnerschaften, der intersektoralen Bündelung von qualitätsorientierten und transparenten Präventionsanstrengungen und der erfolgreichen Zusammenarbeit.

### FR14.15 Verwirklichungschancen im Quartier – Forum II

#### **„Wir rechnen mit Ihnen!“ – Fünf Jahre Bürgerhaushalt in Berlin-Lichtenberg“**

*Christina Emmrich, Bezirksamt Lichtenberg, Berlin*

Lichtenberg hat sich bereits im Jahre 2001 die Entwicklung zur Bürgerkommune auf die Fahne geschrieben. Bezirksamt und Bezirksverordnetenversammlung waren sich immer einig darüber, dass nicht die „Bürgerkommune“ an sich beschlossen werden kann, sondern nur das Ziel definiert und der Weg dorthin annähernd beschrieben werden kann, die Straße aber noch gebaut werden muss.

Es wird keinen festen Zeitpunkt der fertigen Umsetzung geben. Vielmehr wird es ein sich langsam entwickelnder Prozess sein.

Bürgerhaushalt und Bürgerkommune sind untrennbar mit Lichtenberg verbunden.

Der Bürgerhaushalt soll aufgrund der aktiven Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger an der Haushaltsplanung und Haushaltskontrolle einen effizienteren und effektiveren Einsatz der Ressourcen bewirken, insbesondere sollen die nur begrenzt verfügbaren Mittel aufgrund sorgfältiger Prioritätenabwägung und den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger entsprechend eingesetzt werden. Das schließt Vorschläge und Empfehlungen zu Minderausstattungen ein. Die öffentliche Auseinandersetzung über Bedarfe und Ressourcen einerseits, die Transparenz der

Haushaltsentscheidungen andererseits ermöglicht einen Informationsgewinn sowohl bei den Entscheidungsträgern als auch bei beteiligten Bürgerinnen und Bürgern, Ressourcenbündelung durch Planungsvernetzung, Wirksamkeitsdialog und kleinräumliche Steuerung des Mitteleinsatzes.

### **„Erfahrungen aus der interkulturellen Öffnung von Angeboten zur Teilhabe, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung alter Menschen mit Migrationserfahrung am Beispiel eines Kiez-Projekts am Kottbusser Tor“**

*Marta Ladwig, Seniorenvertretung/Bezirksverordnetenversammlung Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin*

Übergeordnetes Ziel der Initiative ist die Förderung altersunabhängiger gesellschaftlicher Teilhabe von Bewohnerinnen und Bewohnern in einem sozialen Brennpunkt in Berlin.

Möglichkeiten, sich am gesellschaftlichen Leben in diesem Wohngebiet zu beteiligen, gibt es wenig. Durch die Isolation und aufgrund mangelnder sozialer Kontakte sind viele ältere, zugewanderte Frauen, die auch mobil eingeschränkt sind, von psychischen Erkrankungen mehr betroffen als deutsche, ältere Frauen in gleicher Situation.

Um die Isolation aufzubrechen sind niedrigschwellige Orte im direkten Wohnumfeld ein entsprechendes Angebot. Mit Unterstützung der Wohnungsbaugesellschaft konnte ein Mietertreff eingerichtet werden, den die Frauen und ihre Familienangehörigen aufsuchen.

Ziel ist es, über ein gemeinsames Interesse, eine Nähwerkstatt, einen Anlaufpunkt für Mieterinnen und Mieter aller Altersgruppen, unabhängig ihrer Herkunft zu schaffen, um dadurch die gesellschaftliche Teilhabe an Aktivitäten im Wohnquartier zu fördern. Besonders Frauen, die bisher keine sozialen Kontakte außerhalb ihrer Familie haben, bekommen eine Möglichkeit sich zu treffen und auszutauschen und entkommen damit ihrer sozialen Isolation. Bei der Begegnung profitieren Jüngere von den Älteren, aber auch ältere Frauen von den Jüngeren, so dass auch ein Effekt hinsichtlich des „Lernens im Alter“ erzielt werden kann.

Letztendlich stärkt die Eigeninitiative der Frauen ihr gesundheitliches Wohlbefinden. Eigenständige Verantwortung für ein Miteinander im unmittelbaren Lebensumfeld befördert die soziale Teilhabe und damit auch die Gesundheit.

## **FR116.15 Armut im Alter – Folgen und politische Antworten – Forum III**

### **„Altersarmut und ihre Auswirkungen auf Gesundheits- und Teilhabechancen“**

*Antje Richter-Kornweitz, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V./Regionaler Knoten Niedersachsen, Hannover*

Im Jahr 2008 lag die Armutsquote in der Gesamtbevölkerung Europas bei 17 Prozent. Nach den Angaben der europäischen Union hatten im selben Jahr 19 Prozent der Über-65-jährigen in der EU weniger als 60 Prozent des Nettoäquivalenzeinkommens zur Verfügung und lebten somit unterhalb der Armutsschwelle. In Deutschland lag die Armutsrate der Über-65-jährigen in diesem Jahr bei 15 Prozent und war damit laut EU ebenso hoch wie die Armutsquote der deutschen Gesamtbevölkerung (15 Prozent). Angaben zur Einkommenshöhe Älterer macht der Mikrozensus. Im Jahr 2008 standen 48,1 Prozent der über 59-Jährigen monatlich zwischen 700 und 1.500 Euro zur Verfügung. 25,4 Prozent in dieser Altersgruppe verfügten jedoch nur über ein monatliches Nettoeinkommen von unter 700 Euro.

Menschen, denen es aus gesundheitlichen Gründen und/oder auf Grund der Arbeitsmarktlage nicht möglich ist, lange genug im Erwerbsleben zu bleiben, tragen bereits heute das Risiko von Altersarmut. Die seit den 1990er Jahren ansteigende Zunahme von atypischen Beschäftigungen, wie Teilzeitbeschäftigungen, geringfügigen und befristeten Beschäftigungsverhältnisse, die im Übrigen für 54 Prozent der weiblichen Arbeitnehmerinnen die Regel sind, führt schon jetzt zu prekären Lebenssituationen bei den Betroffenen und wird künftig die Alterseinkünfte mindern, da kaum finanzieller Spielraum für private Vorsorge gegeben ist. Frauen werden zukünftig wegen dieser Teilzeiterwerbstätigkeit sowie der noch immer geringeren Lohnzahlungen im Vergleich zu Männern und wegen Kindererziehungs- und Pflegezeiten aller Wahrscheinlichkeit nach zu den besonders Betroffenen gehören.

Neben der materiellen Versorgung ist die Versorgung im Wohnbereich entscheidend für die soziale und die gesundheitliche Situation Älterer. Demografische Aspekte, regionale Besonderheiten, Unterschiede zwischen Stadt und Land, Infrastruktur und Mobilität sowie die Situation im Stadtteil bzw. der Nachbarschaft beeinflussen die konkrete Lebenslage in diesem Feld. In enger Verknüpfung und in Wechselwirkung dazu steht die Situation im Bereich der sozialen Teilhabe und der Einbindung in soziale Netzwerke. Das Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen in allen genannten Bereichen wirkt sich entscheidend auf den Gesundheitsstatus älterer Menschen aus.



## **„Was bedeuten gesundheitspolitische Steuerungen hinsichtlich Chancen für ein gesundes Alter(n)?“**

*Wilhelm Frieling-Sonnenberg, Fachhochschule Nordhausen*

Die 'klassische' Versorgung im Alter (an dessen Ende die Heimunterbringung steht) kann Pflegebedürftigkeit und (chronische) Erkrankungen im Alter fördern. Für eine ressourcenstabilisierende Versorgung im Alter käme den Kommunen eine wichtige netzwerkorientierte Entscheidungs- und moderierende Funktion zu, die sie bisher nicht wahrnehmen. Des Weiteren wird politisch zunehmend eine Entprofessionalisierung im Bereich der Versorgung und Pflege formuliert, in Verbindung mit Stichworten wie 'bürgerschaftliches Engagement' (u.a. 'Nachbarschaftshilfe'), 'Pflegestützpunkte', Pflegezeiten für Angehörige (bzw. Frauen). Dazu gehört auch die diskutierte 'Umschulung' von Langzeitarbeitslosen, die ohne weitere Qualifizierung und als Billigvariante in der Pflege eingesetzt werden sollen, usw.... Auch das sozialpolitische Dogma der Einbahnstraße ‚ambulant vor stationär‘ ist in seiner einseitig defizitorientierten Ausrichtung krankheitsfördernd. Das Prinzip: erst verwalten fachlich überforderte pflegende Angehörige die Defizite (Gewalt in der Pflege), dann der ambulante Pflegedienst und schließlich ‚erben‘ fachlich überforderte Heime sozusagen das 'Scheitern der ambulanten Pflege'. Diese Zusammenhänge können deutlich machen, dass beim Thema des (pflegebedürftigen) Alters weiterhin die funktionale Versorgung der Defizitverwaltung favorisiert wird, statt Ressourcenförderung von z.B. Autonomie und Rehabilitation. Die Professionalisierung im Bereich nachhaltiger, gesundheitsstabilisierender (Pflege-)Dienstleistungen, Sozialraumplanung und die Förderung alternativer bzw. neuer Wohnformen im Alter wird im weiteren Verlauf der demografischen Entwicklung gleichwohl von entscheidender fachübergreifender und ökonomischer Bedeutung sein.

### **SAllg.00      Verwirklichungschancen am Lebensende? Palliativversorgung für alte Menschen: Stand der Entwicklung und Barrieren für ein Sterben in Würde – Forum IV**

*Dirk Harms, Palliative Care Team (PCT), Brandenburg an der Havel*

Das Lebensende definiert sich besonders als die Zeit, die vom baldigen Verlust aller Verwirklichungschancen geprägt ist. Da greift die in die Zukunft schauende Sorge ins Nichts und es droht die hilflose Leere. Nichts von Gestern und Heute scheint weiter zu tragen. Die salutogenen Ressourcen drohen alle zusammenzubrechen, weil sie sich aus dem „Ich-möchte“, „Ich-könnte“ usw. entwickeln. Viele Sterbende verdrängen deshalb das Lebensende und richten den Blick auf technische Machtmöglichkeiten. So entsteht oft ein entwürdigendes Scheitern.

Entwickeln sich Verwirklichungschancen nicht immer aufgrund einer vorangegangenen Akzeptanz der eigenen und der systemgegebenen Grenzen? Am Lebensende – wenn es denn gelingt, dieses zu bejahen – bestehen viele Möglichkeiten, die Würde geben: Unter anderem die Möglichkeit, von allen Verwirklichungschancen dankbar Abschied zu nehmen. Oder die Möglichkeit Unfertiges abzuschließen und sich mit dem zu beschäftigen, was nach dem Tode weiter geht. Die neue spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) möchte dieses durch gute Pflege, gute Symptomlinderung und spirituelle Begleitung Zuhause ermöglichen, hat aber noch viele Baustellen: Team-Arbeit muss geübt werden. Strukturen müssen entwickelt und finanziert werden. Schnittstellen zu Pflegediensten, Seelsorger/innen, Hausärzte/innen, Krankenhäusern, Angehörigen usw. müssen geklärt und gepflegt werden. Dabei droht auch, dass es immer mehr nur um die Verwirklichungschancen einer neuen Profession geht.

## **„Dem Abschied mehr Beachtung schenken“**

*Dirk Müller, Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gGmbH, Berlin*

Das Pflegeheim als letztes Zuhause alter Menschen muss heute zwei wesentliche Ziele erfüllen: Es muss den Alltag so gestalten, dass sich die multimorbiden, häufig von Demenz betroffenen Bewohner/innen wohl fühlen können und zweitens eine Kultur des Lebens und des Sterbens entwickeln, das heißt entsprechend des Versorgungsauftrages alle konzeptionellen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen, damit ein Sterben in Würde und den Bedürfnissen der Heimbewohner/innen entsprechend möglich ist. Derzeit wird die Altenpflege diesen Ansprüchen nur selten gerecht. Auch darum fürchten viele Menschen Pflegebedürftigkeit, Würdelosigkeit und Abhängigkeit. Die Helfenden fühlen sich häufig überfordert und ausgebrannt.

Altenpflege braucht einen von Ethik und Kompetenz getragenen Paradigmenwechsel. Die Betreuung und Begleitung von Menschen am Lebensende ist ein Kernauftrag der Altenpflege. Anders ausgedrückt, Todesnähe ist ein Charakteristikum der Geriatrie und muss daher in der Arbeit der Heime seinen Niederschlag finden. Gefragt sind qualifizierte geriatrische Kompetenzen (Frühwald 2008). Es gilt, dem

Thema Abschied grundsätzlich mehr Beachtung zu schenken und das dafür erforderliche Wissen und Können zu erwerben. Dies muss mit konzeptionellen und gesellschaftlichen Veränderungen einhergehen.

*H. Christof Müller-Busch, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin*

Die Betreuung alter und hochbetagter Menschen unter palliativen Aspekten wird in den nächsten Jahren eine der wichtigsten Herausforderungen in der Medizin werden. Der Anteil der Menschen ab 80 Jahren, der um 1900 erst rund 0,5 Prozent der Bevölkerung ausmachte und gegenwärtig auf ca. 4 Prozent gestiegen ist, wird im Jahre 2050 etwa 12 Prozent betragen. Innerhalb der nächsten 25 Jahre wird die Zahl der 100-Jährigen in Deutschland von jetzt 10.000 auf 45.000 steigen, im Jahr 2050 sollen es sogar 114.000 über 100-Jährige sein. Praktische und ethische Fragen in der medizinischen und psychosozialen Betreuung alter Menschen werden die Gesundheitsversorgung in den nächsten Jahren wesentlich bestimmen. Ca. 1,8 Mio (60 Prozent) der über 80-jährigen haben chronische Schmerzen, ca. 600 000 - 900 000 haben Krebs, 20 Prozent haben Depressionen, 20 Prozent haben eine Demenz. Ca. 30 Prozent der Menschen über 80 Jahre und über 50 Prozent der Menschen über 90 sind pflegebedürftig.

Vor diesem Hintergrund ist ein wichtiges Ziel der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die Probleme am Lebensende und das Thema Sterbebegleitung und humanes Miteinander zu einer moralisch verpflichteten Herausforderung zu machen. Wichtige Bereiche sind vor allem die Förderung von Initiativen im Alten- und Pflegebereich, in der Weiterbildung zur Palliative Care im Altenpflegebereich, die Netzwerkbildung und Qualitätssicherung in der ambulanten Palliativversorgung, Öffentlichkeitsarbeit z.B. durch Tage der Achtsamkeit könnten dazu beitragen, das Thema Verwirklichungschancen am Lebensende aufzunehmen und das, was für ein Sterben unter würdigen Bedingungen selbstverständlich zu sein scheint, auch so zu vermitteln, dass daraus eine Verpflichtung entsteht.

### **„Verwirklichungschancen am Lebensende? Palliativversorgung für alte Menschen: Eine Illusion?“**

*Thomas Sitte, Deutsche Palliativstiftung, Fulda*

Palliativversorgung alter Menschen bedeutet auch die Behandlung von Menschen mit Krebs. Meist sind die Probleme aber völlig anders. Nachlassen der Alltagsfähigkeiten, vielfältige Befindlichkeitsstörungen, zunehmender Verlust der sozialen Kontakte, Altersarmut, teilweise zunehmende Demenz stellen völlig andere Anforderungen als an die „übliche“ Palliativversorgung Krebskranker.

Alle medizinischen Probleme für sich genommen sind oft noch therapierbar oder zumindest in der Ausprägung zu bessern. In der Gesamtzahl der Erkrankungen ist dadurch aber oft eine Therapielast notwendig, die dem schwächer werdenden Körper mehr schadet als nutzt.

Hierzu kommen die besonderen Anforderungen an den ethisch korrekten Umgang mit Menschen von eingeschränkter Entscheidungsmöglichkeit und unserer beschränkten Möglichkeit, Wunsch und Willen dieser Menschen korrekt wahrzunehmen und wiederzugeben. Eine Herausforderung, der wir uns mit der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung immer mehr stellen müssen.

Wie viele Hochbetagte werden wir menschlich und medizinisch angemessen versorgen können? Gibt es für diese dringenden und bislang verdrängten Probleme überhaupt eine akzeptable Lösung mit unseren gesellschaftlichen Möglichkeiten?

## **SAll11.00      Pflegerische Versorgung – Gleiche Qualitätchancen für Alle?! – Forum V**

### **„Ungleichheit in der Pflege“**

*Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)*

Die Diskussion über soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung wurde ursprünglich vorrangig im anglo-amerikanischen Sprachraum geführt. Mittlerweile ist bekannt, dass es sich dabei jedoch keinesfalls um ein auf diesen Raum begrenztes Phänomen handelt und Ungleichheiten auch hierzulande die Gesundheitsversorgung beeinflussen. Das gilt auch für den Bereich der pflegerischen Versorgung, der ein hohes Potenzial für Auswirkungen von Ressourcenunterschieden aufweist. Diese können sich konkretisieren in der Ausgestaltung häuslicher Pflegearrangements, in der Qualität der erbrachten Pflegeleistungen, bei der Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützungsleistungen und der individuellen Bestimmung der Pflegebedürftigkeit. Anhand verschiedener Aspekte werden vorliegende Befunde zum Zusammenhang von Ungleichheit und Pflege in dem Vortrag dargestellt und ihre Bedeutung für die zukünftige pflegerische Versorgung und deren Rolle bei der Produktion und Reproduktion sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten diskutiert.

## **„Zur Situation von Pflegefachkräften in sozial benachteiligten Familien“**

*Margret Flieder, Evangelische Hochschule Darmstadt*

Ausgangssituation:

Die Lebenslagen von Menschen, die aktuell oder zukünftig von Armut und Pflegebedürftigkeit betroffen sind, erfahren noch wenig Aufmerksamkeit. Pflegebedürftigkeit ist ein multifaktorielles Geschehen, das sich u. a. auf alters-, krankheits- und belastungsbedingte Faktoren auswirkt. Darüber hinaus ist die soziale bzw. familiäre Gesamtsituation von zentraler Bedeutung. Das familiäre Hilfenetz wird auch zukünftig die Hauptlast bei häuslicher Pflege tragen, es erreicht bei zunehmender Pflegebedürftigkeit in Kombination mit Akutsituationen und sozialer Ungleichheit jedoch schnell seine Grenzen.

Zentrale Fragen:

- Wie sieht die Pflegesituation bei Menschen in armutsgeprägten Lebensverhältnissen mit wenig tragfähigen familiären Bindungen aus?
- Wie sind professionell Pflegenden auf diese Zielgruppe vorbereitet und welche Steuerungsinstrumente wenden sie an?
- Unter welchen Bedingungen gelingt ein Verbleiben in häuslicher Umgebung und welche Ressourcen können genutzt werden?

Ergebnisse:

- Die Ergebnisse des Forschungsprojektes beziehen sich auf
- Klärung von Zuständigkeiten und Kenntnisse der Pflegenden über ihren formalen Entscheidungsrahmen sowie über informelle Hilfen;
- Rolle und Steuerungsaufgaben der Pflegenden im Umgang mit sozialer Ungleichheit;
- Bedeutung von Vertrauen und personeller Kontinuität;
- Lösungsansätze zur Reduzierung von sozialer Ungleichheit.

Die Erkenntnisse über die Lebens- und Pflegewelten der Betroffenen ermöglichen Initiativen für mehr Chancengleichheit und Gerechtigkeit beim Zugang zum Gesundheitswesen. Dazu notwendig sind Förderung von Solidarität und Entwicklung innovativer Kooperationen der professionellen Berufsgruppen.

## **„Entlastungsangebote für ältere Menschen und deren Angehörige“**

*Tania-Aletta Schmidt, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover*

1. Definitionen und Rahmenbedingungen
  - Pflege- und Hilfsbedürftigkeit
  - Versorgungsstrukturen
  - Pflegeversicherung
2. Zur Situation von pflegenden Angehörigen
  - Wer sind eigentlich die pflegenden Angehörigen ((Ehe-)Partner, Kinder in unterschiedlichen Altersstufen und Lebenslagen)?
  - Formen der Übernahme von Pflege und Vorstellungen von Pflege (Motivation, Rollenerwartungen, etc.)
  - Belastungen und Belastungserleben, insbesondere bei der Pflege Demenzkranker
3. Unterstützungsangebote
  - Unterstützungsangebote der Pflegeversicherung und im vorpflegerischen Bereich bzw. komplementäre Dienste
  - Inanspruchnahme von Leistungen und Zugangswege: Chancen und Hemmschwellen
4. Gesundheitsförderliche Aspekte

**SAllg.00 Umwelt, Gesundheit und Alte(rn)**

**„Umwelteinflüsse auf ältere Menschen – eine Übersicht“**

*Torben Vahle, Universität Bielefeld*

In der umweltbezogenen Gesundheitsforschung finden ältere Menschen bisher weniger Beachtung als beispielsweise Kinder oder Erwachsene mittleren Alters. Dabei können gerade ältere Menschen aufgrund von altersphysiologischen Veränderungen und/oder Schadstoffakkumulationen über die Lebensjahre hinweg eine besondere Risikogruppe in Bezug auf Umwelteinflüsse auf die Gesundheit bilden.

Im Beitrag wird ein theoretisches Modell zur Erklärung der besonderen Vulnerabilität dieser Zielgruppe erläutert, die vorliegende Datenlage diskutiert und vorhandene Forschungsergebnisse präsentiert. Beispielhaft sind eine höhere Empfindlichkeit gegenüber Feinstaub bzw. Luftverschmutzung allgemein und höhere Blei-Werte im Blut von Seniorinnen und Senioren im Vergleich zu jüngeren Menschen zu nennen. Insgesamt zeigt sich, dass es im Bereich „Umwelteinflüsse auf ältere Menschen“ weiteren Forschungsbedarf gibt, bei dem vor allem die Themenfelder Umwelt, Gesundheit und soziale Lage verstärkt betrachtet und miteinander verknüpft werden sollten.

**„Wenn die Stadt krank macht: Einflüsse der sozialen und physikalisch-chemischen Umwelt auf die Gesundheit älterer Menschen“**

*Nico Dragano, Barbara Hoffmann, Universitätsklinikum Essen*

Trotz regionaler Unterschiede folgen auch die Großstädte dem demographischen Trend und „altern“. In Zukunft werden demnach noch mehr ältere Menschen ihren Lebensmittelpunkt in städtischen Ballungsräumen haben, als dies ohnehin heute schon der Fall ist. Zu wissen, was dies für den Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppe bedeutet, ist von hohem Interesse. Denn es ist offensichtlich, dass Wohnort und Gesundheit zusammenhängen. Die medizinische Infrastruktur, Unfallgefahren, Umweltgifte, Kriminalität, Erholungsmöglichkeiten oder der soziale Zusammenhalt sind Beispiele für Merkmale der Wohnumgebung, die sich direkt oder indirekt auf das körperliche und seelische Wohlbefinden auswirken können.

In diesem Beitrag wird eine interdisziplinäre Untersuchung vorgestellt, in der erforscht wird, ob bestimmte Kontextmerkmale der Wohnumgebung einen Einfluss auf die Gesundheit älterer Bewohner/innen in einem städtischen Ballungsraum haben. Hierbei werden soziale und physikalisch-chemische Kontextfaktoren gemeinsam untersucht. Soziale Kontextfaktoren sind beispielsweise Indikatoren der ökonomischen Lage eines Viertels, ausgedrückt etwa über Arbeitslosenquoten oder das mittlere Einkommen der Bewohner/innen. Als Merkmale der physikalisch-chemischen Umwelt werden drei Risikofaktoren betrachtet: chronische Verkehrsexposition, Feinstaubkonzentration und Lärm, drei typische Belastungen in innerstädtischen Bezirken. Bisher wurden die beiden Gruppen von Kontextfaktoren überwiegend getrennt betrachtet. Um den jeweiligen Effekt der sozialen sowie physikalisch-chemischen Faktoren unabhängig voneinander zu betrachten, ist es jedoch notwendig, sie gemeinsam zu analysieren.

Das Projekt ist in eine laufende bevölkerungsbezogene Studie, die Heinz Nixdorf Recall Studie integriert. Um die Forschungsfragen zu beantworten, sind individuelle Merkmale der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer mit Informationen über soziale und physikalisch-chemische Umweltbedingungen zusammengebracht worden.

**„Wohngebiete mit hitzeabhängigen Gesundheitsrisiken ermitteln – Strategien zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden älterer Menschen“**

*Beate Blättner, Hochschule Fulda*

Erfahrungen aus dem Hitzesommer 2003 zeigen, dass die prognostizierte Zunahme von Hitzewellen im Rahmen des Klimawandels geeignete Strategien zur Prävention von hitzebedingten Gesundheitsschäden bei älteren Menschen erfordert. Auch die Hitzewelle im Juli 2010 hat in Hessen zu einer Exzessmortalität geführt. Hitzewarnungen erfassen gegenwärtig allerdings nur stationär versorgte Menschen. Hochaltrige, die in Überwärmungsgebieten leben, sollen deshalb modellhaft präventiv durch das Gesundheitsamt Region Kassel aufgesucht und beraten werden. Hierzu war zu klären, wo in der Region besonders viele potentiell gefährdete Personen leben.

In einem Mapping von kleinräumigen Klimadaten und demografischen Daten zur absoluten und relativen Dichte der Zahl Hochbetagter im Wohngebiet sowie einem Rapid Assessment der Bausubstanz gefährdeter Gebiete konnten Risikowohngebiete identifiziert werden, die prioritäres Handeln erfordern. Daten zur stationären pflegerischen Versorgung wurden berücksichtigt. Die Methodik ist in andere Regionen übertragbar.

Als generelle Empfehlung zur Klimaanpassung kann hinsichtlich Prävention von Hitzeschäden empfohlen werden, Wohngebiete anhand der Kriterien Belüftung und Versiegelung grundsätzlich zu kartieren, um so Hochrisiko- und Risikogebiete zu identifizieren. Ergänzend wäre eine Kartierung der Bausubstanz und ihres Sanierungs- und Dämmungszustandes relevant. Die Identifikation von Wohngebieten mit einer hohen Dichte der Hochaltrigkeit kann zur Ressourcenplanung sinnvoll sein, eine Einschränkung der Prävention auf solche Gebiete ist allerdings ethisch problematisch. Prävention von Hitze mitbedingter Morbidität und Mortalität als Aufgabe des kommunalen Gesundheitsschutzes erfordert entsprechend eine enge Kooperation mit der Stadtplanung.

---

## Menschen mit Behinderung

---

### SAllg.oo Behindert(es) Gesundheitswesen – Wie lassen sich Teilhabe und Barrierefreiheit für alle verwirklichen?

#### „Kein Platz für behinderte Menschen im Gesundheitswesen“

*Martin Marquard, Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung a.D., Berlin*

In vielen Bereichen der Gesellschaft werden große Anstrengungen unternommen, bauliche und andere Barrieren für Menschen mit Behinderung zu beseitigen. Wie sieht es damit im Gesundheitswesen aus?

Die Erfahrung zeigt, dass sich leider wenig tut. Man muss sogar den Eindruck gewinnen, dass Barrieren hier vielfach willkommen sind, um bestimmte Personengruppen möglichst auf Distanz zu halten: Behinderte und chronisch kranke Menschen.

Dies klingt auf den ersten Blick absurd und irrational, gehören doch viele dieser Patienten zu der Hauptklientel in den Wartezimmern der Arztpraxen. Dennoch trifft es zu, dass behinderte und chronisch kranke Menschen allgemein nicht zu den Wunschpatienten einer Praxis gehören. Diskutiert werden sollen folgende Probleme bzw. Fragen:

- Akut-Medizin versus Chronisch-Kranken-Medizin
- Probleme behinderter und chronisch kranker Menschen im Krankenhaus
- Behinderte und Chronisch-Kranke – für Arztpraxen ein wirtschaftliches Risiko?
- Zu wenig barrierefreie Arztpraxen – Versorgungsrealität in Berlin
- Vorschläge zur Schaffung von mehr Barrierefreiheit im Gesundheitswesen

#### „Praxis-Erfahrungen aus der ambulanten medizinischen Versorgung – Was sind die Argumente für und gegen Barrierefreiheit?“

*Thorsten Stellmacher, Albatros/Mobidat, Berlin*

Die Albatros – Barrierefrei Leben gGmbH recherchiert in Berlin sehr detailliert Informationen zur Barrierefreiheit von Einrichtungen mit Publikumsverkehr und stellt dies im Internet in der Datenbank Mobidat öffentlich zur Verfügung. Ziel ist es, über diese Erfassung von Daten

- vor Ort für mehr Barrierefreiheit zu sensibilisieren und aufzuklären,
- Institutionen und Betroffenen Daten zum Grad der jeweiligen Barrierefreiheit zur Verfügung zu stellen und
- Beratungen zu baulichen Fragen in Bezug auf Barrierefreiheit zur Verbesserung der städtebaulichen Situation anzubieten.

Ein wichtiger Arbeitsschwerpunkt der vergangenen zwei Jahre war die Erhebung von Daten im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung. Bei dieser Arbeit sind teilweise sehr große Widerstände deutlich geworden.

Vorgestellt und diskutiert werden die Erfahrungen, die die Mitarbeiter/innen der Albatros – Barrierefrei Leben gGmbH gemacht haben und aus welchen Aspekten sich Perspektiven für positive Entwicklungen ableiten lassen.

#### „Welche Bedeutung hat die UN-Behindertenrechtskonvention für das Gesundheitswesen?“

*Eileen Moritz, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V., Berlin*

Gilt Gesundheit als Menschenrecht auch für behinderte und chronisch kranke Menschen? Seit März 2009 ist die UN Behindertenrechtskonvention in Deutschland geltendes Recht. Im Artikel 25 verpflichten sich die Vertragsstaaten, Maßnahmen zu ergreifen, um das Recht behinderter Menschen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu verwirklichen.

Die Realität behinderter und chronisch kranker Menschen sieht allerdings anders aus. Bundesweit ist der Anteil an Arztpraxen und Ambulanzen mit barrierefreiem Zugang sowie behindertengerechtem medizinischen Untersuchungsmobiliar und entsprechenden sanitären Einrichtungen verschwindend gering. Zusammengenommen verhindert das die freie Arztwahl und erschwert die medizinische Diagnostik, Behandlung und eine geeignete Vorsorge für behinderte und chronisch kranke Menschen. Doch die UN Behindertenrechtskonvention gibt uns viele Ansatzpunkte an die Hand, die Gleichstellung behinderter und chronisch kranker Menschen voranzubringen und damit gesamtgesellschaftlich Verbesserungen für viele Menschen zu erreichen.

## Strategien der Gesundheitsförderung

### Gesundheitspolitik

---

#### **FR11.30 Ungleichheit zersetzt die Gesellschaften – Zu den gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen von (Einkommens-) Ungleichheit**

##### **„Ungleichheit zersetzt die soziale Matrix einer Gesellschaft - Zu den gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen von (Einkommens-)Ungleichheit“**

*Dieter Lehmkuhl, Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges e.V. (IPPNW), Berlin*

2009 erschien das Buch der britischen Epidemiologen Richard Wilkinson und Kate Pickett: „The Spirit Level, Why Equality is Better for Everyone“ (deutsch: Gleichheit ist Glück, Verlag 2001). Das Buch, vom „New Statesman“ als eines der zehn wichtigsten Bücher der letzten Dekade bezeichnet, wird in der internationalen Debatte, so der Publizist Robert Misik, bereits als „game changer“ angesehen, als eine Studie, die das Zeug habe die Diskurse zu verändern und vielleicht auch die Politik auf eine ganz neue Bahn zu bringen. Im Vereinigten Königreich, den USA und Schweden hat das Buch große Beachtung gefunden und eine breite Diskussion über die sozialen und gesundheitlichen Folgen von Ungleichheit ausgelöst.

Die Autoren untersuchten auf breiter empirischer Basis die Zusammenhänge zwischen Einkommens(un)gleichheit und dem Ausmaß sozialer und gesundheitlicher Probleme in den entwickelten Ländern. Ihre Ergebnisse belegen, dass einkommensgleichere Gesellschaften deutlich besser abschneiden. Das gilt selbst für die oberen Einkommenschichten. Große Einkommensungleichheit wirke mittelbar über Faktoren wie höherer Stress, Unsicherheit, Zukunftsverlust, (Status-) Konkurrenz, Wettbewerbsdruck, Konsumismus (als Statusmarker) und fehlenden sozialen Zusammenhalt, Faktoren, die ungleichere Länder stärker bestimmten. Durch Umverteilung, Anhebung der Durchschnittseinkommen sowie mehr Wirtschaftsdemokratie ließen sich, so die Autoren, die Auswirkungen der Ungleichheit mindern und die hohen Kosten der durch Armut erzeugten sozialen und gesundheitlichen Probleme vermeiden. Ergebnisse der Studie werden als Einstieg für die (Podiums-) Diskussion präsentiert. Siehe auch [www.equalitytrust.org.uk/](http://www.equalitytrust.org.uk/).

*Horst Schmittenner, IG Metall – Verbindungsbüro soziale Bewegungen, Frankfurt am Main*

Es sind nicht nur die materiellen Möglichkeiten, die bei Einkommensungleichheit und Niedrig-einkommen die Gesundheit beeinträchtigen, weil immer weniger Gesundheitsgüter über die gesetzliche Krankenversicherung bereit gestellt werden, sondern vom privaten Einkommen bezahlt werden müssen. Nein, es sind vor allem die in gespaltenen Gesellschaften zugewiesenen diskriminierenden Positionen der Menschen, die an den Rand gedrängt sind, die die Gesundheit vernichten. Einkommensdiskriminierungen, gesellschaftliche Ausgrenzung und fehlende Anerkennung machen krank. Da kann die Individualprävention nur wenig helfen, Verhältnisprävention ist der Weg des Erfolgs für diese Mitmenschen.

#### **FR11.30 Welche Finanzierungsmodelle der GKV sichern auch armen Menschen den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung?**

*Biggi Bender MdB, Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Sprecherin für Gesundheitspolitik, Stuttgart*

Ein GKV-Finanzierungsmodell muss nachhaltig und gerecht ausgestaltet sein, um auch armen Menschen den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu ermöglichen. Die schwarz-gelbe Bundesregierung hat den umgekehrten Weg eingeschlagen. Höhere Zusatzbeiträge, Aufkündigung der Parität, unklarer Sozialausgleich und Geschenke an die PKV führen zu einer Entsolidarisierung der GKV. Ausgerechnet die

finanziell Leistungsstärksten können sich wieder schneller aus der GKV verabschieden. Bündnis 90/Die Grünen setzen sich für eine Bürgerversicherung ein, in der alle Bürger/innen, auch Beamt/innen, Politiker/innen und Selbstständige, versichert sind. Damit wollen wir die ungerechte Zweiteilung in GKV und PKV überwinden, die es europaweit nur noch in Deutschland gibt. Durch die Berücksichtigung aller Einkommensarten (z.B. Miet- und Kapitaleinkünfte) wollen wir die einseitige Anbindung an die Lohneinkommen aufheben und Gesundheit nachhaltig finanzierbar machen. Von unserem Modell würde der überwiegende Teil der Bevölkerung profitieren. Gerade niedrige und mittlere Einkommen könnten mit finanziellen Entlastungen rechnen. Damit würde die Solidargemeinschaft gestärkt und das Prinzip „starke Schultern müssen mehr tragen als schwache Schultern“ verwirklicht werden.

Mehr zum Modell der grünen Bürgerversicherung unter [www.gruene-bundestag.de](http://www.gruene-bundestag.de) (Menüpunkt Gesundheit).

### **„Die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung – weil sie sozial und gerecht ist“**

*Martina Bunge MdB, Fraktion Die Linke, Sprecherin für Gesundheitspolitik, Berlin*

Es gibt das Ammenmärchen der explodierenden Gesundheitskosten. Schauen wir auf die Kosten im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt, stellen wir fest: die Kosten sind über einen langen Zeitraum konstant. Nicht konstant hingegen ist die Lohnquote. Diese sinkt beständig und damit die Grundlage der Beiträge zur GKV. Kapital- und Zinserträge hingegen steigen. Die Einkommensschere geht immer weiter auseinander. Diese immer höher werdenden Einkommen werden aber nicht verbeitragt. Dies zeigt: in unserem Gesundheitssystem mangelt es jetzt bereits an Solidarität. Schwarz-Gelb will den Rest nun zu Grabe tragen. Meine Fraktion will, dass alle Menschen in Deutschland Mitglied einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung werden. Gutverdienende, Beamtinnen, Beamte und Selbstständige werden einbezogen. Die private Krankenversicherung als Vollversicherung wird abgeschafft.

Es werden alle Einkommensarten einbezogen, also auch Einkommen aus selbständiger Arbeit sowie Miet- und Kapitalerträge.

Die Arbeitgeber tragen wieder die Hälfte der Beiträge. Die Beitragsbemessungsgrenze wird erst an- und später aufgehoben. Praxisgebühren und Zuzahlungen werden abgeschafft. Sie belasten besonders Geringverdiener, die deshalb notwendige Behandlungen verschieben. Das ist unsozial und sinnlos.

Die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung garantiert für alle Menschen eine umfassende Gesundheitsversorgung. Sämtliche erforderlichen Leistungen werden zur Verfügung gestellt und der medizinische Fortschritt wird einbezogen.

### **FR11.30 Nutzen von Gesundheitszielen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene**

#### **„Was können Gesundheitsziele leisten und was nicht?“**

*Gabriele Klärs, Universität Bielefeld*

Das Anliegen von Gesundheitszielen ist, gesundheitspolitisches Handeln stärker zielorientiert zu gestalten. Als ergänzendes Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik leisten Gesundheitsziele einen Beitrag zu Kooperation, Transparenz und zur verbesserten Ressourcenallokation im Gesundheitswesen.

Die Gestaltung eines Gesundheitszieleprozesses orientiert sich an den Rahmenbedingungen des politischen und des gesundheitlichen Versorgungssystems. Angesichts der fehlenden legislativen Grundlage und der föderalen und korporatistischen Rahmenbedingungen in Deutschland, setzt der nationale Gesundheitszieleprozess auf die Partizipation und das Engagement der beteiligten Akteure. Das Ausmaß ihrer Bereitschaft zum vernetzten Handeln bestimmt über den Erfolg des Prozesses. Eine wichtige Schlüsselrolle kommt außerdem den politisch Verantwortlichen zu, denn nur sie haben die Möglichkeit, Gesundheitsziele in eine Gesamtstrategie einzubetten und in den verschiedenen Politikfeldern zu verankern. Gesundheitsziele sind also von verschiedenen Faktoren abhängig, die sie nicht beeinflussen können. Entsprechend sind sie kein linearer Prozess, sie gleichen vielmehr dem Kompass eines Schiffes, der zwar selbst fest ist und eine gerade Linie in die gewünschte Richtung zeigt. Das Schiff ist jedoch verschiedenen Wetterlagen ausgesetzt, die eine ständige Neuausrichtung der Fahrt erfordern. Gesundheitsziele sind daher als ein kontinuierlicher Lernprozess zu verstehen, dessen Unwägbarkeiten es zu integrieren und dessen Potenziale es zu nutzen gilt.

## **„Den Nutzen von Gesundheitszielen sichtbar machen – Transfer schaffen“**

*Martina Thelen, GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V./ Geschäftsstelle gesundheitsziele.de, Köln*

Gesundheitsziele, Präventionsziele, prioritäre Handlungsfelder und vergleichbare Aktionsprogramme finden heute eine breite Akzeptanz bei den verantwortlichen Akteuren im deutschen Gesundheitswesen. Neben den Gesundheitszielen auf Bundesebene verfolgen inzwischen alle Bundesländer länderspezifische Gesundheitsziele oder prioritäre Handlungsfelder, die richtungweisend für deren Gesundheitspolitik sind. Auch weitere Akteure wie beispielsweise die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. sowie Kommunen haben Gesundheits- bzw. Präventionsziele entwickelt.

Entsprechend vielfältig sind sowohl das Themenspektrum der Zielprozesse als auch die Vorgehensweise bei der Auswahl, Entwicklung, Umsetzung und Evaluation. Bei teilweise sehr unterschiedlichen Ausgangslagen ergeben sich jedoch zugleich eine Vielzahl von Parallelen und Anknüpfungspunkten, sowohl inhaltlicher wie auch organisatorischer Art. Im Sinne der Effizienz und Effektivität sollte mehr Transparenz geschaffen werden und die laufenden Zielprozesse besser verzahnt werden.

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de wird daher zeitnah einen Infopool mit Ansätzen, Techniken und Werkzeugen zur Umsetzung konkreter Gesundheitsziele auf Bundes- und Länderebene online bereitstellen. Dies ermöglicht einen breiten Erfahrungsaustausch im Sinne des „Voneinander Lernens“ und fördert somit die Vernetzung der zuständigen Akteure.

## **„Nationale Gesundheitsziele als Steuerungsinstrument in der Gesundheitspolitik“**

*Roswitha Voigt, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin*

Das pluralistische und stark gegliederte Gesundheitswesen Deutschlands bedarf einer gemeinsamen Zielorientierung aller Akteure. Demographischer Wandel, neue Morbidität und letztlich begrenzte Ressourcen machen ein strukturiertes und gemeinsames Vorgehen immer wichtiger.

Auf Bundesebene gibt es eine Vielzahl von Strategien und Maßnahmen, die vom BMG initiiert wurden oder an denen sich das BMG beteiligt. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang der nationale Gesundheitszieleprozess, der sich auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in definierten Bereichen, für bestimmte Gruppen oder von Strukturen, die die Gesundheit beeinflussen, richtet. Das Forum gesundheitsziele.de hat bereits sechs Gesundheitsziele beschlossen. Aktuell wird als ein weiteres Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ erarbeitet. Ziel von Gesundheitszieleprozessen ist es, Vereinbarungen und Selbstverpflichtungen der Akteure des Gesundheitssystems zu erreichen und Anregungen an die Politik zu geben.

Unabhängig davon, ob Gesundheitsziele krankheitsbezogen sind, sich auf bestimmte Zielgruppen richten oder einen Settingansatz verfolgen, ist allen gemeinsam, dass sie bestimmte Querschnittsanforderungen, wie z.B. Gender Mainstreaming, Unterstützung gesundheitlicher Chancengleichheit oder Stärkung der Patientenbeteiligung erfüllen müssen. Insofern geht es bei Gesundheitszielen immer auch um das Erreichen von Gruppen, die sozial benachteiligt oder normalerweise schwerer zu erreichen sind.

## **„Das Arbeiten mit Gesundheitszielen auf kommunaler Ebene“**

*Klaus Winkler, Gesundheitsamt Herne*

Gesundheitsziele bieten der kommunalen Gesundheitspolitik einen Orientierungsrahmen über Verbesserungsmöglichkeiten des örtlichen gesundheitlichen Versorgungssystems und der Gesundheitsförderung.

Gesundheitsziele entwickeln sich im Rahmen von kommunalen Gesundheitskonferenzen aus der Diskussion gemeinsam interessierender Fragen der gesundheitlichen Versorgung und der Gesundheitsförderung. Bei diesen Fragen muss Bedarf nach verbesserter Zusammenarbeit auf örtlicher Ebene bestehen, für dessen Deckung eine Koordinationsleistung der kommunalen Selbstverwaltung erwartet wird.

Die gemeinschaftliche Erarbeitung von Gesundheitszielen führt professionelle und freiwillig engagierte Akteure des Gesundheitswesens zusammen, ermöglicht den Aufbau eines offenen und konstruktiven Kommunikationsklimas in der Stadt und erweitert die Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung.

Gesundheitsziele führen zu einer verbesserten Transparenz im Versorgungssystem und in der Gesundheitsförderung und bieten Steuerungsmöglichkeiten durch Prioritätensetzungen bei der Zuweisung finanzieller Mittel und bei den Themen der Fortbildungsangebote.

Gesundheitsziele zeigen neue Kooperationsmöglichkeiten auf und unterstützen die Entwicklung einer gemeinsamen Verantwortung für ein effektives gesundheitliches Versorgungssystem und eine leistungsfähige Gesundheitsförderung.



Der Grad der Umsetzung der Gesundheitsziele ist davon abhängig, wie intensiv die örtlichen Akteure in den Prozess der Erarbeitung eingebunden werden konnten und in welchem Ausmaß die Ziele von der lokalen Situation und Praxis geprägt wurden. Diese Qualitätskriterien lassen sich nur mit einer angemessenen Infrastruktur (Personal, Sachmittel) und einem Mindestmaß an politischem Rückhalt realisieren.

#### **FR114.15 Passivrauchen – Gesundheitspolitik nach Interessenlage**

##### **„Wissenschaftliche Evidenz in Interessenkonflikten: das Beispiel Passivrauchen“**

*Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim*

In der Regel werden Entscheidungen weder im persönlichen noch im politischen Alltag alleine nach Maßgabe wissenschaftlicher Erkenntnisse getroffen. Meist spielen auch andere Faktoren eine Rolle. In der Diskussion um die gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens und die daran anknüpfenden Maßnahmen des Nichtraucherschutzes ist dies besonders augenfällig. Bei diesem Thema ist häufig sogar die Akzeptanz des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes an sich durch Interessenkonflikte geprägt. In der amerikanischen Diskussion wird in diesem Zusammenhang seit einiger Zeit das Phänomen des sog. „Denialism“ untersucht. Man versteht darunter das systematische Bestreiten wissenschaftlicher Erkenntnisse von einem interessengebundenen Standpunkt aus. Dabei geht es weniger um den Nachweis der Einflussnahme der Tabakindustrie auf die Wissenschaft als um typische Argumentationsmuster im Umgang mit missliebigen wissenschaftlichen Erkenntnissen. „Denialism“ in diesem Sinne kann Teil des Alltagsbewusstseins bestimmter Personengruppen sein. Der Vortrag führt an einem Fallbeispiel in die Problematik ein, versucht Hintergründe von „Denialism“ beim Thema Passivrauchen verständlich zu machen und einige Schlussfolgerungen abzuleiten.

##### **„Nichtraucherschutz braucht direkte Demokratie“**

*Johannes Spatz, Volksinitiative Frische Luft für Berlin/Forum Rauchfrei, Berlin*

Erstmalig entstehen in den Bundesländern außerhalb der Parlamente Bürgerbewegungen, um mit den Mitteln der Volksinitiative oder des Volksentscheides gesundheitspolitische Ziele zu erreichen. Die erfolgreiche Volksabstimmung für den Nichtraucherschutz in Bayern dient als Vorbild für die Volksinitiative „Frische Luft für Berlin“. Die Berliner Volksinitiative fordert ein Gesetz, das für eine rauchfreie Gastronomie ohne Ausnahmen sorgt und das Rauchen auf Kinderspielplätzen verbietet. Sie ist notwendig, da die bisherige Mehrheit im Berliner Landesparlament sich für ein Nichtraucherschutzgesetz entschieden hatte, das wirtschaftlichen und nicht gesundheitlichen Zielen Priorität eingeräumt hatte. Eine öffentliche Anhörung zu dem Gesetz hatte die Senatsgesundheitsverwaltung verweigert. Die Herstellung dieser Öffentlichkeit ist auch eines der Ziele von Volksinitiativen und -begehren. Die Auseinandersetzung um einen Nichtraucherschutz ohne Ausnahme in der Gastronomie ist somit auch eine Auseinandersetzung zwischen direkter und repräsentativer Demokratie auf dem Feld der Gesundheitspolitik geworden.

#### **FR116.15 Einfluss der Pharmaindustrie auf das Gesundheitswesen**

##### **„Heraus aus der Abhängigkeit - Wege und Alternativen“**

*Hans-Joachim Both, Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges e.V. (IPPNW), Berlin*

Kaum eine Branche sieht sich so häufiger Kritik ausgesetzt wie die Pharmaindustrie. Wir sehen uns konfrontiert mit einer Einflussnahme auf allen Ebenen. Die finanziellen Ressourcen für das Marketing erscheinen schier unerschöpflich. Ärzt/innen und Patient/innen geraten unter massiven Einfluss, eine rationale Therapie zunehmend schwierig.

In dieser Situation, aus der es kaum ein Entrinnen gibt, sollen Wege zu mehr Unabhängigkeit, besserer Informiertheit und mehr Selbstbestimmtheit aufgezeigt werden. Andere Länder sind uns da voraus, was sollen und können wir übernehmen?

Es gibt unabhängige Informationen, nutzen wir sie! Verweisen wir Big Pharma in ihre Schranken, wo sie hingehört: wirksame, nebenwirkungsarme und bezahlbare Medikamente zu entwickeln. Auf ein völlig überzogenes Marketing lässt sich verzichten, der Pharmamarkt würde wieder bezahlbar und die Solidargemeinschaft wäre entlastet.

**SAll9.00 Drohende Rationierung oder interessengesteuerte Panikmache? – Mythos und Realität von Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen**

**„Einsparpotentiale in der medizinischen Versorgung“**

*Wulf Dietrich, Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), München*

In der Debatte um die Finanzierung der GKV geht es hauptseitig um die Frage, wie mehr Geld in das System zu bekommen ist. Angeblich machen medizinischer Fortschritt und die Überalterung die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens unmöglich. Zusätzliche Kosten sollen auf die Versicherten abgewälzt werden. Im deutschen Gesundheitswesen sind Über-, Unter- und Fehlversorgung nebeneinander anzutreffen.

Es soll gezeigt werden, welche Einsparpotentiale es im Gesundheitswesen gibt, ohne die medizinische Versorgung zu verschlechtern. Bekanntlich werden hauptsächlich in den Ballungsgebieten der Großstädte sehr viele Herzkatheter, Röntgenaufnahmen und Kniegelenksspiegelungen durchgeführt, ohne dass ein medizinischer Nutzen nachzuweisen ist. Auch beim Medikamentenverbrauch sind nach Expertenmeinung zwischen 8-10 Milliarden Euro Einsparpotential. Eine bessere Planung bei Großgeräten, stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie eine rationale Arzneimitteltherapie könnte zu deutlichen Einsparungen im Gesundheitswesen und einer Verbesserung der medizinischen Versorgung führen.

**„Über-, Unter-, Fehlversorgung im sozialen Kontext“**

*Martina Bunge MdB, Fraktion Die Linke, Sprecherin für Gesundheitspolitik, Berlin*

Fast 90 Prozent der Bevölkerung in Deutschland ist gesetzlich krankenversichert. Die GKV soll den einkommensunabhängigen Zugang zur Gesundheitsversorgung garantieren. Dennoch ist die Gesundheitsversorgung im Kontext mit dem Sozialstatus sowohl innerhalb des GKV-Systems und erst recht im Vergleich zum PKV-System unterschiedlich. Diese Unterschiede finden sich sowohl bei horizontalen, z.B. Migrationsstatus, wie vertikalen sozialen Merkmalen, z.B. Einkommen. Im Schnitt suchen sozial benachteiligte gesetzlich Versicherte seltener einen Arzt/eine Ärztin auf, gehen seltener zu Fachärzt/innen und nehmen weniger Vorsorgeuntersuchungen wahr, obwohl mit sinkendem Sozialstatus der Behandlungsbedarf steigt. Studien zur Praxisgebühr belegen, dass Zuzahlungen bei sozial Benachteiligten zum Hinauszögern von notwendigen Arztbesuchen führen. Im Vergleich zu Privatversicherten ist der Zugang zu einem Arzttermin für gesetzlich Versicherte erschwert.

Im sozialen Kontext findet Rationierung statt. Sie findet durch die Versicherten selbst statt, die es sich nicht leisten können, eine Praxis aufzusuchen oder ein Rezept einzulösen. Nicht unerwähnt darf bleiben, dass die Gesundheitsversorgung von Frauen in einigen Bereichen nicht adäquat ist.

Die Debatte um Rationierung oder Priorisierung findet ohne die Einbeziehung sozialer Ungleichheiten statt. Dies zeigt: sie soll letztlich der Beschränkung der GKV auf eine Basisversicherung und der Privatisierung der Gesundheitsversorgung insgesamt Vorschub leisten.

**SAll11.00 Normative Gesundheitsförderung – Kritik und Handlungsmöglichkeiten**

**„Gesundheit als Humankapital? Gesundheit und Arbeitsschutz im Spätkapitalismus“**

*Regina Brunnett, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)*

Gesundheit bildet in spätkapitalistischen Gesellschaften einen wichtigen Knotenpunkt von Macht, weil sie sich (scheinbar) bruchlos mit ökonomischen Interessen verbinden lässt. Dies wird besonders deutlich in den Feldern, in denen Arbeit, ökonomische Interessen und die Verwertung menschlicher Subjektivität sich überschneiden. Am Beispiel einer Diskursanalyse von politischen Reden im Politikfeld 'Arbeitsschutz' wird gezeigt, wie mit einem ökonomischen Entwurf von 'Gesundheit' als Humankapital Politik gemacht wird. Wie ist diese politische Strategie im Kontext gesamt-gesellschaftlicher Veränderungen einzuschätzen? Wo und wie kann mit Blick auf einen kritischen Umgang mit Gesundheit politisch gehandelt werden?

Der Beitrag stützt sich auf meine 2009 im Transcript-Verlag erschienene Dissertation „Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus“.

## **„Geschlechternormen in der Debatte um Männergesundheitsförderung“**

*Sebastian Scheele, Soziologe, Berlin*

Das der Gesundheitsbereich von Geschlechternormen durchzogen ist, ist bekannt: sowohl Care-Arbeit (also kümmern um Gesundheit und Wohlergehen von anderen) als auch Selbstsorge (kümmern um die eigenen Gesundheit und Wohlergehen) sind weiblich konnotiert. Wer also korrekt Männlichkeitsnormen befolgen will – was immer noch primär das Meiden von weiblich Konnotiertem bedeutet – verhält sich als „Gesundheitsmuffel“. Das problematisiert die Männergesundheitsförderung und versucht es zu verändern. Dabei kritisiert sie einerseits Männlichkeitsnormen, knüpft andererseits jedoch auch an sie an: ganz praktisch im Namen des niedrigschwelligen Zielgruppenzugangs, aber auch mit der Zielvorstellung des „Gesundheitsunternehmers seiner selbst“, der in der Tradition männlich-bürgerlicher Subjektivität steht. Gründe genug, den eingelassenen Männlichkeitsnormen genauer nachzugehen.

## **„Dicke Körper im Spannungsfeld von Medikalisierung, Normierung und Widerstand. Der Kampf gegen die ‚Übergewichts-Epidemie‘ und seine Folgen für die Betroffenen“**

*Friedrich Schorb, Universität Bremen*

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisationen WHO hat sich Übergewicht zu einer weltweiten Epidemie mit verheerenden Folgen für den Gesundheitszustand und die Gesundheitssysteme ganzer Nationen entwickelt. Als Ursache gilt eine mangelnde individuelle wie gesellschaftliche Anpassung an eine übergewichtsfördernde Umwelt. Schuld an diesem Zustand haben idealtypisch entweder die (Lebensmittel-) Industrie oder unverantwortliche Individuen: hier insbesondere die sogenannte Unterschicht. Auch wenn zumindest in der ersten Variante die Dicken von persönlicher Schuld weitgehend entlastet werden, wird ihr Zustand doch weiterhin als abweichend von den gesundheitlichen Normvorstellungen und damit als inakzeptabel definiert. Gegen diese Zuschreibungen regt sich Widerstand. In den USA setzen sich unter dem Überbegriff Fat-Acceptance Individuen, NGOs und Wissenschaftler/innen gegen die Gleichsetzung von dick und krank ein. War Fat-Acceptance anfangs vor allem ein soziales Phänomen, so sind die Einsatzfelder mittlerweile vielfältiger. Mediziner/innen und Epidemiologen/innen bezweifeln die statistische Basis der „Übergewichts-Epidemie“. Juristen/innen beschäftigen sich mit Anti-Diskriminierungsgesetzen und setzen sich für die rechtliche Gleichstellung von Übergewichtigen bei Adoptionen ein und sie verteidigen die Eltern dicker Kinder gegen Misshandlungsvorwürfe. Gesundheitswissenschaftler/innen plädieren unter dem Slogan Health at Every Size für eine Gesundheitsförderung, die Spaß am Essen und an Bewegung unabhängig vom individuellen Körpergewicht propagiert.

---

## **Globalisierung und Gesundheit**

---

### **SALL9.00 Sozialer Wandel im Zeitraffer – Russland am Beispiel der Veränderungen in der Behindertenarbeit**

*Klaus Eberl, Evangelische Kirche im Rheinland, Düsseldorf*  
*Swetlana Andrejewa, Heilpädagogisches Zentrum Pskow, Russland*

Das Heilpädagogische Zentrum Pskow, entstanden aus einer gemeinsamen Initiative der Evangelischen Kirchengemeinde Wassenberg und der Rurtalschule Heinsberg-Oberbruch, ist Ausgangspunkt einer rasanten sozialen Entwicklung in der russischen Stadt Pskow geworden. In dem Zentrum wurden seit 1993 nicht nur neue Wege der Förderung von Menschen mit Behinderung beschritten, sondern auch die Grundlagen für viele weitere soziale Aktivitäten gelegt. Heute gilt Pskow als sozialste Stadt Russlands. Darüber hinaus ist es gelungen, ein weit gespanntes Netzwerk der Behindertenhilfe im Nordwesten Russlands zu schaffen, in dem fachlicher Austausch ebenso selbstverständlich geworden ist wie die Stärkung des Selbstbewusstseins und der Würde der Betroffenen. Zuletzt konnten erste Erfahrungen mit Modellen selbstbestimmten Lebens in nachbarschaftlichen, barrierefreien Wohnungen gesammelt werden, die eine radikale Abkehr von den in Russland immer noch weit verbreiteten Komplexeinrichtungen bedeuten.

**SAll11.00 Solidarische Krankenversicherung in reichen und armen Ländern: Wie funktioniert sie? Was kann sie zur „Gesundheit für alle“ beitragen?**

**„Solidarische Krankenversicherung – Erfahrungen aus Beratungsprojekten der internationalen Zusammenarbeit“**

*Evert Jan van Lente, AOK-Bundesverband, Berlin*

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung der Wirtschaft in Schwellen- und Entwicklungsländern. Viele Menschen haben weiterhin keinen oder nur sehr eingeschränkten Zugang zu solchen Leistungen. Viele Länder haben ein staatliches Gesundheitssystem geerbt, das gekennzeichnet ist durch Unterfinanzierung, private Zuzahlungen und ein schlechtes Management. Den öffentlichen ambulanten und stationären Einrichtungen fehlt es häufig an allem.

Viele Entwicklungs- und Schwellenländer haben sich dafür ausgesprochen, ein Sozialversicherungsmodell nach deutschem Vorbild zu etablieren. Basis ist meistens eine – oftmals vorhandene – Pflichtversicherung für Mitarbeiter des Öffentlichen Dienstes. Die erste Erweiterungsstufe ist die Einbeziehung des formalen Sektors. Es gibt staatliche Programme, die Arme in die soziale Krankenversicherung einbeziehen, indem der Staat die Versicherungsprämie zahlt. Dabei handelt es sich nicht um eine Versicherung im eigentlichen Sinne. Trotzdem hat Indonesien so die Ausgaben im Gesundheitsbereich sehr stark anheben können und viele Menschen haben erstmals Zugang zu Gesundheitsleistungen bekommen. Entscheidend für die Entwicklung einer sozialen Krankenversicherung ist ein starker politischer Wille und Verbindlichkeit und Kontinuität in der Umsetzung.

**„Erfahrungen mit selbstverwalteten gemeinde-basierten Krankenversicherungen in Tansania“**

*Fahdi Dkhimi, Evangelischer Entwicklungsdienst (EED), Bonn*

Consistent evidence underlines the link between poverty and poor health. Nevertheless, the causal pathway between the two is complex and widely debated. If poverty clearly affects numerous health determinants (1), little is known about how sickness episodes can cause a family to fall into the poverty trap (2).

In the recent years, this issue has gained momentum (3) in developing countries. Different interventions are consequently set to protect vulnerable populations against the risk of impoverishment related to health shocks, as part of the global strategic plan for poverty reduction. Nevertheless, a set of intertwined factors interacts to delay the implementation of the system which is considered as the most efficient to buffer the financial risk related to health adverse events in such a context: the social health insurance. The key issue remains: how to integrate the poor and the poorest in such a health plan? How to ensure protective financial transfers between different categories of population? National insurance schemes are set, mainly targeting formal workers while a vast majority of the population is still self-employed. For people in the informal sector, other mechanisms such as Voluntary Community Based Health Insurance schemes (CBHI) are tested. How successful these experiences are? How do they adjust to the challenges that affect implementation of the social health insurance, i.e. low risk pooling opportunity (high poverty rates), low enforcement capacity, low compliance to taxation, lack of quality care (4)? How do they impact on the poor groups' health status? Is it a relevant strategy to reach the “most vulnerable groups”? How do they integrate in a national roadmap toward a social health insurance? These questions will be discussed in the light of experiences carried out in East Africa, notably in Tanzania by a French Non Governmental Organization, CIDR.

(1) Such as education, lifestyle, diet, environment, exclusion from health care, and more specifically from effective care...

(2) Meessen B., Zhenzhong Z., Van Damme W., Devadasan N., Criel B., Bloom G., “Editorial: Iatrogenic poverty”, *Tropical Medicine and International Health*, volume 8 no 7, 2003, pp 581–584

(3) More and more academic works have detailed the direct (= costs of care which necessitate financial adjustments, either long or short term) and indirect (= loss of working days due to incapacity or death) financial impacts of a serious health event on the households' income generation in developing countries.

(4) Equivalent challenges are identified for the setting up of a tax based system. Since the voluntariness of the membership is compulsory at first, the social health insurance model is often selected.

## Qualitäten der Gesundheitsförderung

### Präventionsforschung

#### FR11.30 Effektive Präventionsforschung für die Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten? Transferstrategien und Hemmnisse

##### „Erfolgreicher Praxistransfer – Erfahrungswerte aus der Praxis“

*Veronika Reisig, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim*

Im Rahmen ihrer Auseinandersetzung mit Aspekten des Praxistransfers wurden die Mitglieder der Arbeitsgruppe Praxistransfer des Kooperationsprojekts für nachhaltige Präventionsforschung (KNP) zu Transfererfahrungen in den eigenen Projekten befragt. Unter Praxistransfer wird dabei sowohl die Evidenzbasierung („getting evidence into practice“) als auch Verstetigung bzw. Ausweitung von Interventionen („getting models into practice“ und „distributing models of good practice“) verstanden. Bei der Befragung interessierten vor allem die Fragen nach der erfolgreichen Gestaltung von Praxistransfer und nach den Erfahrungen mit verschiedenen Transfermethoden.

Die Antworten wurden in ein aus der Literatur abgeleitetes Modell zu Aspekten erfolgreichen Praxistransfers eingeordnet, das die Dimensionen „Charakteristika des Modells“, „Charakteristika der Evidenz“, „Zielsetting“, „Individuelle Anwenderebene“ und „Breiterer Kontext“ enthielt.

Die Ergebnisse zeigten Erfahrung mit vielfältigen Transferansätzen sowie vielen Aspekten eines erfolgreichen Praxistransfers, wobei jedoch die Dimensionen „Charakteristika der Evidenz“ und „Individuelle Anwenderebene“ bisher wenig Beachtung fanden. Implikationen und künftige Ansatzpunkte für eine Verbesserung des Praxistransfers werden diskutiert.

##### „Benachteiligte Quartiere – welche Gesundheitsförderungsansätze lassen sich übertragen?“

*Eva Göttlein, Projektagentur Göttlein/Geschäftsstelle Gesundheit, Fürth*

Das Gesundheitsprojekt „Gesund und fit im Stadtteil“, entstanden aus dem Forschungsprojekt „Mehr als gewohnt – Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung in der Innenstadt Fürth“ ist auf andere benachteiligte Quartiere übertragbar. Ein erfolgreiches Beispiel ist der Transfer des Projektes vom Stadtteil Fürth/Innenstadt auf Nürnberg Leonhard/Schweinau, beides Soziale Stadt-Gebiete. Zielgruppen sind bei beiden Projekten Kinder, Jugendliche und Multiplikatoren. Einige Voraussetzungen für die nachhaltige Verankerung im Stadtteil sind jedoch zwingend notwendig: die Implementierung der Gesundheitsförderung als Schwerpunktthema im Stadtteil über das integrierte Handlungskonzept, die Bereitschaft der Kommune zur Mitarbeit, die Einrichtung einer kommunalen projektbegleitenden Steuerungsgruppe mit Vertreter/innen aller beteiligten Fachämter, die Schaffung einer „Geschäftsstelle für Gesundheit“, eine Ansprechperson im Stadtteil und die Einrichtung eines Verfügungsfonds für Mikroprojekte. Am Beispiel Fürth und Nürnberg wurde der jeweilige Verfügungsfonds von der Techniker Krankenkasse zur Verfügung gestellt. Um das Projekt nachhaltig zu verankern, muss der neue Stadtteil mit dem Thema Gesundheit „erobert“ werden, d.h. alle für die Gesundheitsprävention relevanten Einrichtungen, Tagesstätten, Stadtteilnetzwerke etc. müssen in das Projekt eingebunden werden. Nur so ist eine nachhaltige Verankerung auch über die Projektlaufzeit hinaus möglich.

#### SAll9.00 Verwirklichungschancen erweitern: Zugang zur Prävention von Migrant/innen verbessern! Ergebnisse des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung

##### „Gesundheitsförderung im Stadtteil: Einführung eines partizipativen Angebots für sozial benachteiligte Mütter“

*Janka Große, Gesine Grande, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig*

Als vielversprechende Ansätze für einen nachhaltigen und adäquaten Zugang zur Zielgruppe der sozial Benachteiligten bieten sich stadtteilbezogene und partizipative Interventionen an, wie sie im Rahmen des Präventionsprojektes „GO-Gesund im Osten“ erprobt werden. Zu Projektbeginn wurden die Bedarfe der Bewohner/innen mit einer Bedarfserhebung bei den Akteur/innen im Stadtteil erfasst und die Bewohnerinnen selbst über einen Nutzer/innenbeirat in die Planung der konkreten Angebote einbezogen. Auf dieser Grundlage wurde das Angebot „Gesundes kulturspezifisches Kochen“ konzipiert und in Kooperation mit einem ortsansässigen Verein eingeführt. Am „gesunden kulturspezifischen Kochen“

nehmen regelmäßig sozial benachteiligte Mütter und Mütter mit Migrationshintergrund teil. Die Evaluationsergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz des Angebots durch die Teilnehmerinnen. Die Motivation zur Teilnahme ist eher von emotional positiv besetzter sozialer Gemeinschaft als von gesundheitsbezogenen Interessen geprägt. Dieses Beispiel zeigt, dass die Zielgruppe der sozial Benachteiligten mit gesundheitsfördernden Angeboten erreicht werden kann, wenn diese auf die Bedarfe der Zielgruppe ausgerichtet sind und die Teilnehmerinnen aktiv in die Gestaltung der Angebote einbezogen werden.

### **„Welche Migrant/innen erreicht man mit welchen Zugangswegen?“**

*Susanne Bisson, Medizinische Hochschule Hannover*

Der Anteil an Migrant/innen, die Suchthilfeeinrichtungen aufsuchen, ist deutlich geringer als bevölkerungsstatistisch zu erwarten wäre. Eine Ursache könnte sein, dass ihr Zugang zu Informationen schlechter ist. Die Nutzung spezieller Zugangswege könnte dem abhelfen. Beim „Mediatoren-Ansatz“ werden geschulte Muttersprachler/innen als Multiplikator/innen in ihren ethnischen Gemeinschaften eingesetzt, um Informationsveranstaltungen zu bestimmten Themen anzubieten. In einem durch das BMBF geförderten Projekt zur Analyse der Effektivität muttersprachlicher Präventionsberater/innen wurden von November 2006 bis Juli 2007 60 russisch- bzw. türkischsprachige Informationsveranstaltungen durchgeführt. 48 Veranstaltungen fanden in Settings der jeweiligen Kulturgemeinschaft statt und wurden über die Präventionsberater/innen bekannt gemacht (Zugeh-Struktur), 12 wurden in öffentlichen Gebäuden durchgeführt und per Plakat oder Flyer angekündigt (Komm-Struktur). Die Teilnehmer/innen wurden mittels zweisprachiger Fragebögen u.a. zu ihrem Gesundheits- und Präventionsverhalten befragt. Für die Analysen liegen Daten von 436 russischen und 386 türkischen Migrant/innen vor. Zusätzlich wurde eine für die Einwohner/innen der Stadt Hannover repräsentative Stichprobe russischer (n=300) bzw. türkischer Migrant/innen (n=299) befragt. Die Zugehstruktur erwies sich bei beiden Migrantengruppen als die erfolgreichere Strategie. Der Besuch der Veranstaltungen wurde häufiger mit einem allgemeinen Interesse am Thema begründet und seltener mit der Absicht, einer suchtgefährdeten Person helfen zu wollen. In der Präsentation werden die über die verschiedenen Zugangswege erreichten Migrant/innen charakterisiert und mit den Daten der repräsentativen Stichprobe verglichen.

## **SAll11.00 Verwirklichungschancen erweitern: Handlungskompetenz zur Gesundheit von Kindern stärken! Ergebnisse des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung**

### **„Elternkompetenzen alleinerziehender Mütter stärken: PALME, ein bildungsorientiertes Elterntraining“**

*Matthias Franz, Universitätsklinikum Düsseldorf*

Alleinerziehende Mütter und ihre Kinder sind erhöhten wirtschaftlichen, gesundheitlichen und psychischen Risiken ausgesetzt. Besonders das Risiko einer maternalen Depression ist erhöht, welche sich auch dem Kind mitteilen kann. Hier setzt PALME ([www.palme-elterntraining.de](http://www.palme-elterntraining.de)) an. Auf bindungstheoretischer Grundlage wurde das emotionszentrierte Elterntraining PALME für alleinerziehende Mütter mit Kindern im Vorschulalter entwickelt. Die Gruppen werden auf der Basis eines Manuals von geschulten Erzieher/innen geleitet. Die Wirksamkeit des Trainings auf psychische Belastungsmaße und emotionale Kompetenzen der Mütter sowie kindliches Problemverhalten wurde in einer randomisierten, kontrollierten Studie mit 58 alleinerziehenden Müttern und ihren Kindern untersucht. Nach dem Training waren psychische Beeinträchtigung, Depressivität und emotionale Kompetenzen der teilnehmenden Mütter auch im Langzeitverlauf (6 Monate nach der Intervention) verbessert. Darüber hinaus ergaben sich Hinweise auf reduzierte Verhaltensprobleme ihrer Kinder. Die positiven Effekte des PALME-Trainings erweitern die Verwirklichungschancen alleinerziehender Mütter deutlich. Aktuell wird im Rahmen einer Folge-Studie (PALMEplus) überprüft, ob sich die Effekte durch das Einbeziehen der Kinder noch verstärken lassen. Dazu wurden analog zum Mütter-Training 20 Kinder-Sitzungen konzipiert. Diese vermitteln kindgerecht und spielerisch emotionale Kompetenzen, um auch die Verwirklichungschancen der Kinder zu erweitern.

### **„Gesundheitliche Chancengleichheit für benachteiligte Grundschul Kinder: Stärkung der Handlungskompetenz und der Selbstwirksamkeitsüberzeugung durch das Mentorenprogramm ‚Balu und Du‘ “**

*Brigitte Borrmann, Sibylle Drexler, Hildegard Müller-Kohlenberg, Universität Osnabrück*

Hintergrund/Fragestellung:

Im Rahmen einer Evaluationsstudie wird geprüft, ob das Mentorenprojekt „Balu und Du“ zur gesundheitlichen Chancengleichheit von benachteiligten Grundschulkindern beitragen kann: Mentor/innen begleiten 6-10 Jährige, um sie in einer aktiven und kompetenten Lebensführung zu unterstützen. Im Sinne von Amartya Sen sollen die Verwirklichungschancen der Kinder gestärkt und erweitert werden. Trotz oft begrenzter Möglichkeiten (*capabilities*) soll ein befriedigendes *functioning* erreicht werden.

Vorgehen/ Methodik:

Mentor/innen (18-30 Jahre) kompensieren ein teilweise versagendes erzieherisches Umfeld. Sie stärken z. B. die Selbstwirksamkeitsüberzeugung und wecken Lebensfreude. Die Kinder werden mit einem umfangreichen Instrumentarium prospektiv getestet; ferner liegen Online-Tagebücher der Mentor/innen vor.

Ergebnisse:

a) Die qualitative Analyse von Mentor/innen-Tagebüchern (z. Z. ca. 20 000 Einträge) gibt Hinweise auf Wirkfaktoren des Programms: z. B. wird die Freude der Kinder an Bewegung gesteigert und das Verhaltensrepertoire erweitert sich. b) Die prospektive Testung wird Auskunft über Einstellungs- und Verhaltensänderungen geben.

Diskussion und Folgerungen:

Ein Mentorenprogramm könnte für besonders benachteiligte Kinder eine individualisierte Ergänzung zu Gesundheitsprogrammen darstellen, die z. T. bereits etabliert sind und sich in Schulen an ganze Klassen wenden. Die Nachhaltigkeit sollte durch entsprechende Struktureigenschaften des Programms gesichert werden.

### **„Wenn die Ernährungspyramide auf dem Kopf steht – Gesundheitswissen und Ernährungsmuster sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher“**

*Alexandra von Garmissen, Regine Rehaag, Universität Hannover*

Sozial benachteiligte Jugendliche, insbesondere mit Migrationshintergrund, leiden häufiger an ernährungsassoziierten Gesundheitsstörungen. Das Projekt „Verbesserung der Wirksamkeit der Adipositasprävention für sozial benachteiligte Jugendliche“ hat in einer explorativen Forschungsphase Übergewicht aus der Alltagsperspektive untersucht. In Gruppendiskussionen wurde – gestaffelt nach Alter, Geschlecht und kulturellem Hintergrund – erhoben, wie betroffene Jugendliche ihren Alltag, Ausgrenzungserfahrungen infolge ihres Übergewichts und den Umgang damit beschreiben. Die Innovation dieses qualitativen Ansatzes ist es, konsequent die Perspektive der Betroffenen in den Mittelpunkt zu rücken. Die berichteten Lösungsstrategien für das Problem Übergewicht verdeutlichen, dass ein umfangreiches Ernährungswissen vorhanden ist. Das Gewicht und die Ess- und Trinkgewohnheiten der teilnehmenden Jugendlichen (TN=60) legen allerdings nahe, dass dieses Wissen im Alltag nicht umgesetzt wird, oder nicht umgesetzt werden kann. Die Entwicklung geeigneter Präventionsmaßnahmen erfordert eine hohe Sensibilität gegenüber den herkunfts- und genderspezifischen Erfahrungsmustern und Handlungsmöglichkeiten der Zielgruppen. Da Jugendliche erst in geringem Maße autonom sind, kommt dem strukturellen Einbezug ihrer Lebenskontexte (Familie, Schule, Freizeitbereich) eine besondere Bedeutung zu.

### **„Partizipative Qualitätsentwicklung zur Implementierung des schulischen Gesundheitsmanagements“**

*Mustapha Sayed, Sebastian Liersch, Susanne Bisson, Christian Krauth, Ulla Walther, Medizinische Hochschule Hannover*

*Irmtraut Windel, Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.*

Das BMBF-geförderte Forschungsprojekt evaluiert, inwieweit die managementbezogene Intervention Gesund Leben Lernen (GLL) Schulen zu einer gesundheitsförderlichen Ausrichtung führen kann. Untersucht wird die Eignung der Balanced Scorecard (BSC) als Management- und Evaluationsinstrument an niedersächsischen Schulen. Vor Implementierung der Schul-BSC wurden 31 Fachkräfte zum Hintergrund sowie deren Handhabung geschult. Im Sinne einer partizipativen Qualitätsentwicklung wurde die Methodik nach der Schulung mittels telefonischer Leitfadenterviews evaluiert (n=22). Die Evaluation ergab die Notwendigkeit der Integration des niedersächsischen Orientierungsrahmens für Schulqualität. Die

Erwartungen der Fachkräfte an die Schul-BSC sind zielorientiertes und strukturiertes Arbeiten sowie die Schaffung von Transparenz innerhalb der Organisation Schule. Barrieren sind die eigene Unsicherheit mit dem Instrument, verwendete Begrifflichkeiten sowie Zuordnung der Ziele zu den Perspektiven der Schul-BSC.

Anfangs bestehende Vorbehalte seitens der Fachkräfte konnten durch neu entwickelte Schulungsprogramme weitgehend beseitigt werden. Die Schul-BSC wird als nützliches Hilfsmittel zur Schaffung von Strukturen und Transparenz sowie als Arbeitserleichterung aufgenommen. Im Rahmen eines partizipativen Ansatzes wurden zur Optimierung des Schulungskonzeptes zwei Fachkräfte einbezogen. Die Evaluation der Schul-BSC ermöglicht deren Bewertung als Management- und Evaluationsinstrument in der Organisation.

---

## Qualitätsentwicklung

---

### FR11.30 Kolloquium Partizipative Gesundheitsforschung I

#### **„Möglichkeiten und Herausforderungen praxisorientierter Evaluation im Bereich Früher Hilfen“**

*Michaela Schunk, Barbara Schurig, Andreas Mielck, Helmholtz Zentrum München*

Ziel von Unterstützungssystemen für Familien ist das frühzeitige Erreichen hoch belasteter Familien sowie flexible, an individuelle Lebenssituationen orientierte Unterstützung. Angesichts knapper Budgets wird die Überprüfung der Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen im Bereich Früher Hilfen durch Evaluationen zunehmend eingefordert. Empfehlungen zur Durchführung von Evaluationen, wie z.B. in der vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen vorgelegten Expertise, orientieren sich eng am Regelwerk der evidenzbasierten Medizin und priorisieren randomisierte Studien mit Kontrollgruppendesign. Diese Verfahren sind jedoch im Kontext sozialer Stadtentwicklung oft kaum durchführbar und stehen häufig in keinem angemessenen Verhältnis zu den Belastungen der beteiligten Nutzer/innen sowie der Fachkräfte.

In unserem Kongressbeitrag wollen wir anhand praktischer Erfahrungen aus einem großen Evaluationsprojekt in München aufzeigen, dass die Evaluation lokaler Unterstützungssysteme nur dann nützlich ist, wenn es den Beteiligten gelingt, die Qualitätsentwicklungsprozesse innerhalb der jeweiligen lokalen politischen und institutionellen Rahmenbedingungen in Gang zu setzen. Eine systematische Bewertung von Bedarfserkennung, Vermittlung und Intervention bietet die Grundlage für ein neues dreigliedriges Evaluationsverfahren, das sich an den Standards für Evaluation „Nützlichkeit – Durchführbarkeit – Fairness – Genauigkeit“ (DeGEval-Standards) orientiert.

#### **„Partizipation auf dem Land: Qualitätskriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung bei MIA – Mütter in Aktion“**

*Brigitte Steingruber, Frauengesundheitszentrum Graz, Österreich*

Niedrigschwellige Arbeitsweise, Partizipation, Empowerment und Settingansatz waren die Grundlagen des dreijährigen Modellprojektes „MIA – Mütter in Aktion“, das in den Jahren 2007-2010 in ländlichen Regionen der Steiermark umgesetzt wurde. Ziel war es unter anderem, Mütter von Babys zu ermutigen, die eigenen Bedürfnisse ernst zu nehmen, gemeinsam zu handeln und dadurch sowohl ihre persönliche Lebensqualität zu verbessern als auch ihren unmittelbaren Lebensraum mitzugestalten.

Gesundheitsförderung im regionalen Setting wurde für diese Zielgruppe bisher nicht in Österreich angeboten. Sowohl Müttercafés als auch Hausbesuche, sowie „Runde Tische“ waren innovative Methoden. Ebenso innovativ war die begleitende Kinderbetreuung bei jeder Aktivität.

In zwei Jahren ist es uns gelungen, Frauen zu motivieren, eigene Projekte zu entwickeln und umzusetzen, die Spielplatzgestaltung in der Gemeinde selbst in die Hand zu nehmen, Elternbildungsveranstaltungen zu organisieren und sich mit den Gemeindevertreter/innen über ihre Wünsche an die Gemeinde auseinanderzusetzen.

Der Bericht über dieses Projekt wird neben den Ergebnissen und Wirkungen auch auf die Umsetzung der genannten Qualitätskriterien eingehen. Ein Handbuch, das die gemachten Lernerfahrungen Interessierten zugänglich macht, wird vorgestellt.



## **„Goal Attainment Scaling – eine Unterstützung für die partizipative Qualitätsentwicklung und Ergebnisevaluation?“**

*Ina Schaefer, Universität Bremen*

Goal Attainment Scaling (GAS) wurde ursprünglich im therapeutischen Kontext als standardisiertes Instrument entwickelt, das Patienten und Patientinnen über eine gemeinsame Zieldefinition stärker in den Behandlungsprozess einbezieht. Für ein gemeinsam definiertes Ziel wird eine Ergebniserwartung im Rahmen einer 5-stufigen Skala formuliert, die auch zur Evaluation genutzt werden kann.

Während im klinischen Bereich mit GAS vielfältige Erfahrungen bestehen, wird es bislang in der Gesundheitsförderung nur selten eingesetzt. Im Rahmen der Förderinitiative „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ des Bundesministeriums für Gesundheit wird dieses Verfahren für die Unterstützung der Prozessoptimierung und Evaluation selbstgesteckter Ziele der Aktionsbündnisse erprobt. An der Auswahl dieser Ziele sowie der Formulierung und Bewertung der Zielerreichungsskalen wurden verschiedene Akteurinnen und Akteure der Aktionsbündnisse beteiligt.

Nach den bisherigen Erfahrungen hat sich die Anwendung des Goal Attainment Scaling als vielversprechend erwiesen: Das Instrument unterstützt die partizipative Entwicklung der Zielsetzungen der Aktionsbündnisse. Es sorgt für eine Strukturierung des Arbeitsprozesses, indem Klarheit, Verbindlichkeit und Transparenz bezüglich der gemeinsam zu bewältigenden Aufgaben gefördert werden. Bleibt die Frage, welchen Beitrag GAS darüber hinaus für die Überprüfung der Zielerreichung und für die Ergebnisevaluation liefert.

Der Einsatz von GAS erfolgt in dem Evaluationsvorhaben unter doppelter Perspektive: Zum einen sollen die Aktionsbündnisse in der Formulierung adäquater Ziele und der Operationalisierung der Zielerreichung unterstützt werden. GAS befördert damit die Qualitätsentwicklung. Zum anderen sollen vor dem Hintergrund sehr heterogener Aktionsbündnisse vergleichende Aussagen zur Zielerreichung und -überprüfung ermöglicht werden. Inwiefern sich diese evaluationsbezogene Forschungsperspektive verwirklichen lässt, wird im Rahmen der Präsentation diskutiert.

## **„Lebenswelt, Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit – Zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelten am Beispiel einer Wohnungsloseneinrichtung“**

*Stefan Thomas, Jarg Bergold, Freie Universität Berlin*

Das St. Ursulaheim in Offenburg bietet einen besonderen Ansatz in der Sozialen Arbeit mit wohnungslosen Menschen. Die Idee von Partizipation und Empowerment werden auf verschiedenen Ebenen der Einrichtung verwirklicht. Die Mitwirkung der Betroffenen prägt aber nicht nur das Alltagsleben innerhalb der Institution. Ebenso beteiligen sie sich durch politische Aktionen am öffentlichen Leben der Stadt Offenburg etwa durch Straßentheater, Straßenzeitung und jährliches Berbertreffen, an der Fortentwicklung der Angebotsstruktur der Einrichtung etwa in Form der Wärmestube und eines straßennahen Gesundheitsversorgungsangebots als Selbsthilfeprojekte, an der politischen Selbstvertretung in regionalen, nationalen und internationalen Selbsthilfeinitiativen.

Gemeinsam mit den Bewohner/innen und Professionellen führen wir seit dreieinhalb Jahren ein partizipatives Forschungsprojekt durch. Die Forschungsarbeit wird im Dialog von Wissenschaft und Praxis in Forschungswerkstätten geplant und koordiniert. Die Forschungsfrage nach dem „How it works“ des Partizipations- und Empowerment-Modells des St. Ursulaheims leitet von Anbeginn unsere Forschungsarbeit. Dabei werden die verschiedenen Partizipationsformen und -bereiche als Räume zur Persönlichkeitsentwicklung theoretisch gefasst, in denen sich die Erfahrung von Akzeptanz, Selbstwert, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Gesundheit entwickeln können.

In dem Vortrag soll gezeigt werden, welche Möglichkeiten Partizipation und Empowerment zur gelingenden Gestaltung gesundheitsfördernder Umwelten bieten.

---

### **FR114.15 Kolloquium Partizipative Gesundheitsforschung II**

## **„Partizipative HIV-Forschung durch afrikanische Migrant/innen als ‚Peer Researcher‘: Berichte aus dem PaKoMi-Projekt“**

*Tanja Gangarova, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin*

*Omer Ouedraogo, AIDS-Hilfe Hamburg e.V.*

*Hella von Unger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)*

In der Partizipativen Forschung werden Gruppen, Einrichtungen und Communities, die in konventioneller Forschung in der Regel auf die Rolle von Rekrutierungshelfern und Datenquellen beschränkt sind, gleichberechtigt am Forschungsprozess beteiligt. Im PaKoMi-Projekt zur Förderung von Partizipation und

Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrant/innen wurden Personen aus Zielgruppen und Communities mit Migrationshintergrund zu „Peer Researchern“ ausgebildet. Zum Beispiel haben in Hamburg afrikanische Peer Researcher ein Studiendesign entwickelt und über 260 Afrikaner/innen zu HIV/Aids befragt. Das PaKoMi-Projekt ist ein Projekt der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH), das vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) wissenschaftlich begleitet und mit verschiedenen regionalen Partner/innen, wie der Hamburger AIDS-Hilfe e.V. und ihren Community-Partnern, durchgeführt wird. Erfahrungen mit „Forschung auf Augenhöhe“ durch Peer Researcher werden an diesem Beispiel zur Diskussion gestellt.

### **„Partizipative Forschung mit Männern, die Sex mit Männern haben (MSM): Zum Stellenwert von ‚Community‘“**

*Jannis Karamanidis, manCheck Berlin*

*Nozomi Spannemann, Verband für interkulturelle Arbeit Berlin-Brandenburg e.V. (VIA), Berlin*

*Michael T. Wright, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)*

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), die keine homosexuelle Identität haben bzw. nicht offen damit umgehen, sind für die HIV-Präventionsbotschaften schwer erreichbar, da die Präventionsmaßnahmen in der Regel an schwule Männer gerichtet sind. Um mehr Erkenntnisse über die Lebenswelten der schwer erreichbaren MSM zu gewinnen, läuft in Berlin bis zum Jahresende 2010 eine PaKoMi-Fallstudie in drei Projekten (manCheck/Schwulenberatung gGmbH, subway/HILFE-FÜR-JUNGS e.V., Glad e.V.). Als besondere Herausforderung stellte es sich zunächst heraus, MSM mit Migrationshintergrund zur Partizipation an der Studie zu gewinnen, da es keine „Community“ von nicht offen homosexuell lebenden MSM gibt. Um diese Voraussetzung zu überwinden, wurden in einer Teilstudie die „Jungs, die unterwegs sind und anschaffen gehen“ als Experten für schwer erreichbare Freier befragt. In der anderen Studie wurden Schlüsselpersonen aus den Migrantengemeinschaften befragt und damit der Zugang zur Zielgruppe über die Herkunftscommunities erprobt. Die Studie von manCheck erreichte die MSM in einer virtuellen „Community“ durch Chats in einem Internetportal. Anhand der Studie von manCheck soll der Stellenwert von Community in der Arbeit mit der schwer erreichbaren Zielgruppe diskutiert werden.

### **“Facilitated Collaborative Action Research: Challenging the Structural Inequality in Approaches to Knowing”**

*Tina Cook, Northumbria University, Newcastle upon Tyne, Großbritannien*

Zunehmend wird anerkannt, dass partizipative Forschung unter der Beteiligung von Menschen mit Lernbehinderungen einen besonderen Beitrag dazu leisten kann, die komplexen Lebensumstände dieser Menschen besser zu verstehen. Durch Partizipation am Forschungsprozess wird das Konzept der Inklusion umgesetzt, um neue Möglichkeiten für die Lebensgestaltung von Menschen mit Lernbehinderungen zu entwickeln, die ihren Bedürfnissen und Wünschen besser entsprechen und dadurch eine aktive, sinnerfüllte Lebensführung unterstützen. Partizipative Forschung kann auch das Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen der beteiligten Menschen stärken. Die Mitarbeit in Forschungsprojekten wirft jedoch zentrale ethnische und methodologische Fragen auf: Wie weiß man, dass die Beteiligten wirklich ihr Einverständnis zur Mitarbeit gegeben haben? Wie ermöglicht man, dass Beteiligte sich authentisch äußern können? Wie kann ein Empowerment der Beteiligten realisiert werden? Wie schafft man glaubwürdige (valide) Ergebnisse in dieser Art von Forschung? Solche Fragen stellen sich allerdings nicht nur in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Lernbehinderungen, sondern auch in allen partizipativen Forschungszusammenhängen.

### **FR11.30 Bewertungsportale im Gesundheitswesen – ein Weg zu mehr Transparenz und Qualität?**

*Peter Müller, Stiftung Gesundheit, Hamburg*

Zahlen sprechen eine deutliche Sprache. 75 bis 80 Prozent der Internetnutzer/innen suchen laut einer Studie der California HealthCare Foundation bei neu gestellten Diagnosen oder bei Pandemien nach Gesundheitsinformationen im Internet. Jeder Fünfte (20 Prozent) findet die dazu verfügbaren Themen im Internet verwirrend.

Wie können Bewertungsportale zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen beitragen? Es gibt zahlreiche Informationsportale rund um Gesundheit, Krankheiten und Therapien im Internet. Darüber hinaus werden – auf Basis unterschiedlicher Methodiken – Arztbewertungsportale ins Netz gestellt. All diese Portale müssten präziserweise „Patienten-Zufriedenheitsportale“ genannt werden. Denn sie bilden eine Summe von standardisierten wie nicht standardisierten Meinungsäußerungen von Patienten ab.

Welche Instrumente sind für die Sicherung und Entwicklung der Qualität im Internet vonnöten? Zunächst müsste die Manipulationsanfälligkeit der Bewertungsportale verringert werden. Im Zuge der Methodenentwicklung muss der ganze Prozess einschließlich der jeweiligen Fragebogen-Komponenten überprüft werden auf Objektivität, Reliabilität und Validität. Ein weiterer wesentlicher Baustein ist die wissenschaftlich basierte Zertifizierung von Websites. Denn die Studien haben auch ergeben, dass sich die Patienten eine unabhängige Instanz wünschen, die ihnen die medizinischen Informationen bestätigt.

### **„Patient/innen ernst nehmen!“**

*Christoph Kranich, Verbraucherzentrale Hamburg e.V.*

Ärzt/innen und Krankenhäusern ist es enorm schwer gefallen, zu akzeptieren, dass ihre Qualität von unabhängigen externen Expert/innen beobachtet und bewertet wird, etwa im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen sogenannten Externen Qualitätssicherung („BQS-Daten“). Noch viel schwerer können viele damit leben, dass auch Patient/innen ihre subjektiven Erfahrungen mit Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten usw. untereinander austauschen, etwa in Internet-Foren. „Patienten können das gar nicht beurteilen“ oder „Der Manipulation ist Tür und Tor geöffnet“, lauten etwa die Gegenargumente. Manche stimmen ja sogar – nicht jedes Arzt- oder Krankenhaus-Bewertungsportal ist seriös und sicher. Aber es gibt ermutigende Beispiele, die zeigen, dass die Urteile von Patient/innen durchaus belastbar und aussagekräftig sind. Patient/innen ernst zu nehmen, lohnt sich!

## **FR14.15 Netzwerke versus Networking – Was braucht eine gute Praxis der Gesundheitsförderung?**

### **„Vernetzung – Was ist das und wie kann sie funktionieren?“**

*Egon Endres, Katholische Stiftungshochschule München*

Vernetzung ist zu einem wichtigen Erfolgsfaktor in Non-Profit-Organisationen ebenso wie in Wirtschaftsunternehmen geworden.

Es werden die Grundlagen, Erfolgsbausteine und Probleme von Netzwerken beleuchtet.

Im Einzelnen geht es um:

- Typen und Stärken von Netzwerken
- Funktionen der Vernetzung
- Erfolgsbausteine und Grenzen von Netzwerken
- Grenzgänger als neuer Managementtypus
- Die Evaluation von Netzwerken durch Nutzwertanalysen

### **„Voneinander wissen. Miteinander handeln! – Das Münchner Netzwerk REGSAM als Beispiel guter Praxis“**

*Friederike Goschenhofer, Martina Hartmann, REGSAM, München*

REGSAM – „Regionale Netzwerke für soziale Arbeit“ wurde 1992 vom Sozialreferat der Landeshauptstadt München eingeführt und arbeitet seit 2002 stadtweit. In diesem Netzwerk arbeiten Akteure aus den Arbeitsbereichen Soziales, Gesundheit und Bildung in regionalen Gremien zusammen. Die kontinuierliche Vernetzungsplattform, die professionelle Begleitung durch Moderatorinnen und Moderatoren und das gegenseitige Vertrauen ermöglichen Transparenz und Absprachen über die (notwendigen) Angebote in den Stadtteilen.

Gleichzeitig entstehen durch die Kooperation im REGSAM-Netzwerk viele Aktionen und Projekte, die unmittelbar den Menschen in den Stadtteilen zu Gute kommen und die Lebensqualität verbessern helfen.

Die Zertifizierung als „good practice“ durch den „Regionalen Knoten Bayern“ bzw. Gesundheit Berlin-Brandenburg stellt eine wichtige fachliche Anerkennung der Netzwerkarbeit dar. Qualitätskriterien für Netzwerke sind ihr längerfristiges Arbeiten und ein professionelles Management. Dadurch werden vertrauensvolle und effiziente Kooperationen ermöglicht. Die besondere Qualität von REGSAM stellt zudem der niedrigschwellige Zugang der Akteur/innen in den Stadtteilen zum Netzwerk dar. Ein weiteres Merkmal ist die zielgruppen- und arbeitsbereichübergreifende Arbeitsweise des Netzwerkes sowie die Neutralität der professionellen Moderation.

**FR116.15      Gesundheitliche Ungleichheit aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive**

**„Könnt Ihr es verstehen?: Suizid-Foren im Internet: Nutzer- und Betreiberseite“**

*Christoph Karlheim, Universität Bielefeld*

In der relativen Anonymität, die das Internet bietet, können sich Menschen über Themen informieren und austauschen, die im alltäglichen Leben tabuisiert werden. Darunter fällt auch der Suizid. Seit einigen Jahren gibt es eine steigende Anzahl an Online-Foren, die den inhaltlichen Schwerpunkt auf das Thema „Suizid“ gelegt haben; im deutschsprachigen Raum ca. 30 Online-Foren. Was aber genau passiert innerhalb eines solchen Forums? Was suchen Menschen in einem Suizid-Forum? Wer ist für die Inhalte der Web-Seiten verantwortlich und wie sehen diese Inhalte aus?

Über diese sogenannten Suizid-Foren wurde und wird kontrovers diskutiert. Bislang gibt es nur wenige Studien, die sich explizit diesem Phänomen widmen. Im Vortrag wird die folgende forschungsleitende Frage im Mittelpunkt stehen: Welche Erwartungen der Nutzer/innen an das Forum lassen sich in den Beiträgen finden und inwiefern stehen die Idee und Zielsetzung der Betreiber damit in Verbindung? Um beide Seiten – Nutzer/innen sowie Betreiber – darstellen zu können, werden erstens Ergebnisse der Analysen der Experteninterviews mit einem Forumsleiter und einer Moderatorin eines Online-Forums vorgestellt und zweitens eine Typologie der Nutzer/innen. Auf Grundlage der qualitativen Analyse, werden sowohl der bisherige Forschungsstand dargestellt als auch weitere offene Fragen vorgestellt und diskutiert.

**„Gesundheitschance Bildungsaufstieg?!: Soziale Herkunft, Bildungsbeteiligung und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Deutschland“**

*Benjamin Kuntz, Universität Bielefeld  
Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Berlin*

Bildung ist der Schlüssel zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit. Daher trägt der Umstand, dass Bildungschancen in Deutschland noch immer stark von der sozialen Herkunft abhängen, maßgeblich zur Aufrechterhaltung und Verfestigung ungleicher Gesundheitschancen bei. Auf der Basis von Daten des am Robert Koch-Institut durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) wird der Frage nachgegangen, wie sehr sich das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen (Jungen und Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren; n=3.737) in Abhängigkeit von ihrer sozialen Herkunft und der von ihnen besuchten Schulform unterscheidet.

Inwieweit Prozesse intergenerationaler Bildungsmobilität (das aus Sicht der Jugendlichen Erlangen höherer oder niedrigerer Bildungsabschlüsse als die eigenen Eltern) mit der Ausprägung gesundheitsbezogener Einstellungen, Kompetenzen und Verhaltensmuster assoziiert sind, ist hierzulande bislang weitestgehend unerforscht. Dabei zeigen internationale Studien, dass über die Bildung vermittelte soziale Aufstiege mit einer tendenziell gesünderen Lebensweise einhergehen, umgekehrt „Bildungsabsteiger“ einen unter Gesundheitsaspekten eher risikoreichen Lebensstil entwickeln. Folgende Verhaltensindikatoren bzw. verhaltenskorrelierte Risikofaktoren werden in den eigenen Analysen berücksichtigt: Rauchen, Körpergewicht, körperlich-sportliche Inaktivität, übermäßige Mediennutzung, regelmäßiger Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten sowie ein aus den Einzelindikatoren gebildeter Index.

**„Der Einfluss regionaler und nachbarschaftlicher Deprivation auf körperliche Gesundheit in Deutschland“**

*Sven Voigtländer, Ursula Berger, Oliver Razum, Universität Bielefeld*

Der gesundheitliche Einfluss von Merkmalen des kleinräumigen Kontextes steht im Mittelpunkt einer wachsenden Zahl sozialepidemiologischer Untersuchungen. Bisher liegen jedoch nur wenige Untersuchungen aus Deutschland vor. Am Beispiel der physischen Gesundheit, gemessen auf Basis des SF-12, werden Ergebnisse einer explorativen Querschnittsuntersuchung zum Einfluss kleinräumiger Deprivation auf Basis des deutschlandweiten Sozio-Oekonomischen Panels (SOEP) vorgestellt. In der Untersuchung wurden auch Angaben zum näheren Wohnumfeld wie Luftverschmutzung und die Entfernung zu Grünflächen berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen eine signifikante Assoziation zwischen kleinräumiger Deprivation und physischer Gesundheit auch nach Kontrolle soziodemografischer Merkmale. Auf Nachbarschaftsebene kann die Assoziation zwischen durchschnittlicher Kaufkraft und physischer Gesundheit zum Teil durch spezifische Merkmale des näheren Wohnumfeldes erklärt werden. Von diesen Merkmalen zeigt sich insbesondere für die subjektive Beeinträchtigung durch Luftverschmutzung eine negative Assoziation mit physischer Gesundheit. Die Ergebnisse stützen die These, dass sich die regionale und nachbarschaftliche Umwelt auf die physische Gesundheit von Personen auswirkt. Da Personen mit einem niedrigen

sozioökonomischen Status häufiger ungünstigen regionalen und nachbarschaftlichen Merkmalen ausgesetzt sind, dürften diese zur Verstärkung bestehender gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.

**FR116.15      Anspruch und Wirklichkeit bei der Qualitätsentwicklung am Beispiel von drei Ansätzen: quint-essenz, Zielerreichungsskalen und Partizipative Qualitätsentwicklung**

**„quint-essenz: systematische Qualitätsentwicklung und Projektmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention“**

*Elke Anna Eberhard, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V./Regionaler Knoten Bremen  
Annett Schmok, Gesundheit Berlin-Brandenburg/regionaler Knoten Brandenburg, Potsdam*

Das Qualitätssystem quint-essenz verbindet Qualitätsentwicklung mit Projektmanagement und bezieht bewährte Verfahrensweisen aus diesen Bereichen konsequent auf Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung und Prävention. Es ist als Onlineressource im Internet abrufbar. Fachinformationen, Instrumente und ein Projektmanagement-Tool können kostenlos genutzt werden. Das System ist Mitte der neunziger Jahre aus der gemeinsamen Auseinandersetzung von Praktiker/innen und Wissenschaftler/innen mit Anforderungen der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz entstanden. Es wird seither kontinuierlich weiterentwickelt.

Zentraler Auftrag des Projektes „quint-essenz in Deutschland“ ist die Vermittlung des Qualitätssystems in Deutschland und seine Anpassung an Bedürfnisse von Praktiker/innen zu Fragen der Qualitätsentwicklung. Das Projekt wird durch das BMG im Rahmen des nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ bis Ende 2010 gefördert.

Nach einer kurzen Übersicht über den Aufbau des Qualitätssystems wird das Projekt „Kitas für Kitas“, Gesundheit Berlin-Brandenburg, vorgestellt. Dieses Projekt fördert den Transfer guter Beispiele zu den Grundsätzen elementarer Bildung in Brandenburg. Nach einer zweijährigen Testphase wurde das Konzept mit Hilfe von quint-essenz überarbeitet. Dieser Prozess wird vorgestellt.

**„Zielerreichungsskalen: Von der Zielsetzung zur Überprüfung der Zielerreichung“**

*Katharina Lis, Technischen Universität Dortmund  
Ina Schaefer, Universität Bremen*

„Nur wer sein Ziel kennt, findet den Weg“ besagt ein chinesisches Sprichwort. Die Definition klarer Zielsetzungen ist eine zentrale Voraussetzung für die Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Anwendung von Zielerreichungsskalen erfordert die Festlegung überprüfbarer Zielsetzungen, deren Zielerreichungen mit Hilfe der Skalen zu einem festgesetzten Zeitpunkt überprüft werden sollen. Dabei können die Skalen zunächst für Zwischenziele definiert und so prozessbegleitend eingesetzt werden.

Zielerreichungsskalen sollen möglichst gemeinsam durch alle an einem Projekt beteiligten Akteurinnen und Akteure formuliert werden. Sie erfordern daher neben einer Einführung in die Methode eine Verständigung über gemeinsame Zielsetzungen, die realistisch und überprüfbar sind. Außerdem muss die Formulierung von Zielerreichungsskalen, die eindeutig bewertet werden können, in der Regel geübt werden.

Im Rahmen des Beitrages werden der Aufwand für die Anwendung von Zielerreichungsskalen einerseits und die bisherigen Erfahrungen damit, inwieweit Zielerreichungsskalen andererseits die Qualitätsentwicklung in Projekten zur Gesundheitsförderung unterstützen, diskutiert.

**„Partizipative Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung“**

*Martina Block, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin  
Rolf Reul, HAGE Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V./Regionaler Knoten Hessen, Marburg*

Partizipative Qualitätsentwicklung intendiert die ständige Verbesserung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Projekten, Zielgruppen, Geldgebern und ggf. weiteren Akteuren, die am Prozess beteiligt sind. Ein Kennzeichen dieser Zusammenarbeit ist eine möglichst starke Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) der Projektmitarbeiter/innen und vor allem der Zielgruppe an den vier Phasen der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen. Hierzu gehören die Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Umsetzung und Evaluation der Interventionen (vgl. [www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de)).

Die Partizipative Qualitätsentwicklung wird kurz vorgestellt und in ihrer Anwendbarkeit aus Sicht der Praxis beleuchtet werden. Gemeinsam mit dem Plenum werden Tipps und Stolpersteine für die Umsetzung von qualitätssichernden Instrumenten in der Praxis diskutiert.

**FR116.15 Empowerment durch Expert/innen? Wie Verwirklichungschancen realisiert werden können**

**„Befähigung oder Bemächtigung: Die Rolle der Expert/innen bei Empowerment, Selbsthilfeaktivierung und Bürgerbeteiligung“**

*Alf Trojan, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

Das Konzept Empowerment ist ebenso komplex wie populär in der Gesundheitsförderung. Neben den Übersetzungen im Titel ist für mich eine seltener gebrauchte, aber zutreffende Übersetzung „Stärkung von Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeiten“. Diese Übersetzung schließt schon ein, dass es Akteur/innen gibt, die Wissen und Fähigkeiten haben, wie man „empowert“. In der Gesundheitsförderung (wie auch in anderen Feldern, in denen der Begriff gebräuchlich ist) sind das die professionellen Expert/innen. Gute professionelle Helfer/innen haben ein Rollenverständnis, zu dem es gehört, Macht abzugeben und sich selbst zunehmend überflüssig zu machen. Auch für diejenigen, die dieses Selbstverständnis haben (aber noch viel mehr für alle anderen) ist diese Aufgabe nicht ohne Widersprüche und Rollenkonflikte zu bewältigen.

Auf der anderen Seite ist es aber auch so, dass die meisten von psychischen oder sozialen Problemen Betroffenen nicht gerade darauf warten, zur Selbsthilfe aktiviert zu werden oder begierig sind, als Bürger/innen an Vorhaben und Projekten der Gesundheitsförderung beteiligt zu sein.

In meinem Beitrag, der sich als abstraktere Einführung für die anschließenden konkreten Erfahrungen in verschiedenen Projekten versteht, werde ich auf diese Probleme intensiver eingehen und damit hoffentlich Grundlagen liefern für eine Diskussion dieser Widersprüche. Im Idealfall werden wir durch die Diskussion selbst besser befähigt, Empowerment, Selbsthilfeaktivierung und Bürgerbeteiligung in der Gesundheitsförderung umzusetzen.

**„Empowerment-Werkzeuge in der Hand der Nutzer/innen“**

*Beate Blank, empowerment consulting, Stuttgart*

„Can we empower others?“ Diese Frage haben Judith Gruber und Edison J. Trickett (1987) gestellt und verneint. Solche Macht und Kraft liegt allein in der Person selbst. Ein autonomer Ressourcenbegriff der Adressat/innen und Aneignungsinstrumente hingegen können Empowerment ermöglichende Strukturen schaffen. Barbara Solomon (1976) hat den Empowerment Begriff begründet und in einen machttheoretischen Zusammenhang gestellt, indem sie ein Empowerment verhinderndes oder ermöglichendes Hilfesystem definiert hat. Doch bis heute ist nicht hinreichend die Frage beantwortet, wie sich marginalisierte Bevölkerungsgruppen gleichsam selbst empowern und Zugang zu Ressourcen und Teilhabe verschaffen können. Hat der Befähigungsansatz (capabilities) auf die Frage nach dem „Wie“ der Aneignung von Freiheit, Sinn und Verwirklichungschancen Antworten? Wie löst er die Paradoxie der Konstruktion des Befähigens (anderer)? Als mögliche Antworten werden Zusammenhänge von Armut (schwache Ressourcenausstattung) und Gesundheit (Stress) im Kontext von Stressforschung und Ressourcenförderung diskutiert und Empowerment ermöglichende Strukturen vorgestellt. Zentrale Elemente sind die Förderung von Personen- und Umweltressourcen und von Reziprozität, die Sicherung von Zugängen zu und Teilhabe an Gemeinschaftsressourcen (common goods) sowie von Empowerment-Werkzeugen in der Hand der Nutzer/innen.

**„Befähigen im Betrieb: Wen, wie, wozu?“**

*Heinrich Geißler, Beratung und Forschung – Geißler (BFG), Bregenz, Österreich*

Der Workshop-Titel „Empowerment durch Expert/innen? Wie Verwirklichungschancen realisiert werden können“ beinhaltet eine Frage und beantwortet sie positiv, indem Umsetzungschancen signalisiert werden. – Deshalb geht mein Beitrag folgenden Fragen nach:

- Wer sind Expert/innen im betrieblichen Setting?
- Was könnte das Ziel von Empowerment sein?
- Wie bzw. mit welchen „Werkzeugen“ könnte Empowerment im betrieblichen Setting stattfinden?
- Welche exemplarischen betrieblichen Beispiele können individuelles und kollektives Empowerment bebildern?

## Gesundheitsberichterstattung: Daten für Taten

---

**FR|11.30** „Macht Hartz IV krank?“ – Gesundheitliche Veränderungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen in den letzten zehn Jahren in Deutschland und Vorstellung von aktuellen Programmen zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung

### „Gesundheitliche Entwicklungen von Berufstätigen und Arbeitslosen in den letzten zehn Jahren – TK-Gesundheitsberichterstattung 2000 bis 2009“

*Thomas G. Grobe, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover*

Der Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (TK) liefert Informationen zur gesundheitlichen Situation von Erwerbspersonen. Regelmäßig – und zwischenzeitlich über einen Zeitraum von zehn Jahren – werden u.a. Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen sowohl bei Berufstätigen als auch bei Arbeitslosen dargestellt. In allen Jahren verweisen Ergebnisse bei Arbeitslosen auf eine im Vergleich zu Berufstätigen schlechtere gesundheitliche Situation. Unterschiede zeigen sich insbesondere im Hinblick auf psychische Störungen und entsprechende Arzneiverordnungen.

Zwischen 2000 und 2009 nahm die Bedeutung psychischer Störungen bei Erwerbspersonen deutlich zu. Während es in der ersten Hälfte der Dekade – bei ansteigender Arbeitslosigkeit – vorrangig durch einen Anstieg bei Arbeitslosen zu einer Zunahme der Gesamtfehlzeiten mit der Diagnose von psychischen Störungen gekommen ist, lässt sich nach 2006 eine erhebliche Zunahme entsprechender Fehlzeiten (altersbereinigt um 37 Prozent) auch unter den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten feststellen. Dieses und weitere Ergebnisse deuten auf eine steigende Belastung (auch) bei Berufstätigen ab 2006 hin. Hierzu dürften zunehmend unsichere Beschäftigungsverhältnisse sowie eine rückläufige Absicherung bei Arbeitslosigkeit beigetragen haben

### „Ganzheitliche Gesundheitsförderung für Erwerbslose – Erfahrungen und Schlussfolgerungen aus der Umsetzung des AktivA-Programms“

*Susann Mühlpfordt, Katrin Rothländer, Technische Universität Dresden*

Das Gesundheitsförderungsprogramm „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (AktivA)“ wird seit 2006 als Multiplikatorenschulung im Land Sachsen gefördert und mittlerweile bundesweit nachgefragt. Das Programm stärkt die psycho-soziale Ressourcen von Erwerbslosen in den folgenden Bereichen: Aktivitätenplanung, konstruktives Denken, soziale Kompetenzen und systematisches Problemlösen. In einer gesonderten Auswertung wurden erstmalig die Gesundheitseffekte des AktivA-Programms für zwei Settings mit unterschiedlichen Zugangswegen untersucht (Gesamtstichprobe N= 772). Im Setting 1 wurde das AktivA-Programm bei Beschäftigungsträgern im Rahmen von öffentlich geförderten Beschäftigungsmaßnahmen („1-Euro-Jobs“) durchgeführt. Das Setting 2 zeichnet sich dadurch aus, dass es Erwerbslose erreicht, die sich eigeninitiativ (z.B. über Werbung in Zeitungen) für die Teilnahme an AktivA meldeten. Die begleitenden Evaluationen über drei Messzeitpunkte ergaben, dass die Teilnahme an dem Programm in beiden Settings zu einer bedeutsamen Verbesserung des gesundheitlichen Befindens führt. Darüber hinaus ist in Setting 2 eine Steigerung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung nachweisbar. Was den Aspekt der Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung betrifft, so bewähren sich Strukturen und Träger, die AktivA in eine komplexe Förderstrategie integrieren. Anhand von zwei Fallbeispielen wird außerdem dargestellt, wie eine erfolgreiche Einbindung konkret gestaltet werden kann.

**FR|14.15** Wohlfahrtsstaat in der Krise? Aktuelle Daten zu den Auswirkungen auf die Gesundheit

### „Entwicklung von Armut und sozialer Ausgrenzung in Deutschland“

*Markus Grabka, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin*

Seit Ende der 90er Jahre ist in Deutschland eine deutliche Zunahme der Ungleichheit der Einkommen und der Vermögen zu beobachten. Auf Basis der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) kann aufgezeigt werden, wie stark das Ausmaß der zunehmenden Ungleichheit ist und welche Bevölkerungsgruppen hiervon besonders betroffen waren. Mit Hilfe des relativen Armutskonzepts wird dabei vor allem ein Augenmerk auf den unteren Rand der Einkommensverteilung gelegt. Neben der rein querschnittlichen Analyse der relativen Einkommensarmut wird dem sozialpolitisch wesentlich bedeutsameren Problem der verringerten

Einkommensmobilität nachgegangen. Das relative Armutskonzept wird zudem ergänzt durch Befunde der Forschung zur Deprivation und sozialen Ausgrenzung.

### **„Gesundheitliche Situation von Hartz IV-Empfängern“**

*Lars Eric Kroll, Robert Koch-Institut, Berlin*

Es ist dokumentiert, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger von Gesundheitsproblemen betroffen sind. Auf Basis repräsentativer Daten für Deutschland wird der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung der Dauer der aktuellen Arbeitslosigkeit beschrieben.

Methoden: Die repräsentative telefonische Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) wird regelmäßig vom Robert Koch-Institut bei mehr als 20.000 Befragten durchgeführt. Für die vorliegenden Analysen wurden die Angaben der 30- bis 59-jährigen Teilnehmer/innen herangezogen. Die Gesundheitsindikatoren stammen aus dem „4-item Healthy Days Core Module“ der CDC. Es werden Ergebnisse zu Einschränkungen in drei Bereichen (physisch, emotional, funktional) berichtet und multivariat abgesichert.

Ergebnisse: Arbeitslose zwischen 30 und 59 Jahren sind häufiger von physischen, emotionalen und funktionalen Einschränkungen betroffen. Im Vergleich zu kurzzeitig arbeitslosen Frauen und Männern sind Langzeitarbeitslose und Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) besonders häufig in ihrer Gesundheit beeinträchtigt. In den Regressionsmodellen hatte der Erwerbsstatus auch nach Kontrolle für Alter, Bildung und Einkommen der Befragten einen signifikanten Effekt auf das Auftreten und die Dauer der Einschränkungen.

Schlussfolgerung: Arbeitslosigkeit ist ein Gesundheitsrisiko, dem in Public Health und Gesundheitsförderung eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte.

### **„Wohlfahrtsstaatliche Entwicklung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Ein internationaler Vergleich“**

*Katharina Rathmann, Hertie School of Governance, Berlin*

*Matthias Richter, Universität Bern, Schweiz*

Dass die wohlfahrtsstaatliche Organisationsform, das Wohlstandsniveau und die Einkommensungleichheit auf Gesellschaftsebene einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung allgemein und speziell auf gesundheitliche Ungleichheiten ausübt, ist für Erwachsene belegt worden. Welche Unterschiede in der Gesundheit und der gesundheitlichen Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen ist bislang wenig erforscht. Der Beitrag untersucht, welche Unterschiede für psychosomatische Beschwerden und die sozioökonomisch bedingte Ungleichheit in der Beschwerdelast von Heranwachsenden aufgrund makrostruktureller Determinanten bestehen.

Datenbasis ist die internationale „Health Behaviour in School-aged Children“-Studie 2005/06.

Insgesamt 27 europäische und nordamerikanische Länder (n=134.632) wurden in fünf Wohlfahrtsregimes zusammengefasst (sozialdemokratisch, konservativ, liberal, süd- und osteuropäisch). Es wurden hierarchische Regressionsmodelle mit individuellen (familiärer Wohlstand) und makrostrukturellen Determinanten (BIP, Gini, Wohlfahrtsregime-Dummies) berechnet.

Die psychosomatischen Beschwerden und die sozioökonomische Ungleichheit in der Beschwerdelast fallen im liberalen Regime und in Ländern mit hoher Einkommensungleichheit am höchsten aus.

Die Beschwerden und die sozioökonomisch bedingten Unterschiede in der Beschwerdelast variieren nach Wohlfahrtsregimes und aufgrund der makrostrukturellen Determinanten. Daher sollte die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bereits im Kindes- und Jugendalter auf (sozial-) politischer Ebene fokussiert werden.

---

### **FR116.15 Neue Datenquellen und Methoden für die integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung**

#### **„Nutzung von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung für sozialstrukturelle Auswertungen – Vorgehen, Methoden und erste Ergebnisse“**

*Mandy Schulz, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin*

Erstmalig im Rahmen der Berliner Gesundheitsberichterstattung wurden Informationen zu Diagnosehäufigkeiten und Behandlungsanlässen aus Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Berlin generiert. Die



Erschließung dieser neuen Datenquelle ist ein Meilenstein hinsichtlich der Nutzbarmachung von Morbiditätsdaten aus dem ambulanten Sektor, der zusammen mit unserem Kooperationspartner der KV Berlin gelegt worden ist.

Zur Auswertung kommen die zur Leistungsbegründung verschlüsselten Diagnosedaten aller vier Quartale des Abrechnungsjahres 2007. Dabei sind Analysen zu Diagnosehäufigkeiten nach Arztgruppen, nach Alter und nach Geschlecht sowie in der regionalen Verteilung möglich.

Aufgrund des bekannten Zusammenhangs zwischen der gesundheitlichen und der sozialen Lage von Bevölkerungen ist eine Verknüpfung von Informationen zur ambulanten Morbidität mit Erkenntnissen aus den sozialstrukturellen Untersuchungen für Berlin anhand der Systematik der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) sinnvoll.

### **„Beiträge des Mikrozensus zur sozialepidemiologischen Forschung – Analysen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Deutschen und Migrant/innen“**

*Kerstin Schmidtke, Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter, Düsseldorf*

Der Mikrozensus ist eine jährliche Ein-Prozent-Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Die Schwerpunkte der Erhebung liegen in den Bereichen Erwerbstätigkeit, Einkommen und Ausbildung. Als Haushaltsbefragung werden im Mikrozensus grundsätzlich Informationen zu allen Mitgliedern eines Haushalts erhoben. Durch die fortlaufende Erhebung können auch Veränderungen in der Haushalts- und Familiensituation abgebildet werden. Für die meisten Fragen besteht Auskunftspflicht. In regelmäßigen Abständen werden im Mikrozensus auch Angaben zur Gesundheit bzw. zum Gesundheitsverhalten erfragt. Seit der Erhebung des Jahres 2005 können Personen mit Migrationserfahrung bzw. Migrationshintergrund differenziert werden.

In der gesundheitswissenschaftlichen Forschung wird der Mikrozensus derzeit nur vereinzelt verwendet. Im Rahmen dieses Beitrags wird anhand von Analysen zu gesundheitlicher Ungleichheit dargelegt, welches Analysepotential der Mikrozensus für die sozialepidemiologische Forschung hat. Ein Schwerpunkt liegt auf der Analyse der sozialen Determinanten des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustandes. Die Ergebnisse werden differenziert für Personen mit und ohne Migrationshintergrund dargestellt.

### **„Faktorenanalytische Bestimmung der sozialen Lage im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen“**

*Susanne Bettge, Sylke Oberwöhrmann, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin*

Bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin (ESU) werden vielfältige Merkmale zur Beschreibung der sozialen Lage der Kinder und ihrer Familien erhoben. Anhand dieser werden mittels explorativer Faktorenanalysen Möglichkeiten der sozialstrukturellen Beschreibung der Population erkundet.

Für die Berechnungen werden die Individualdaten aus den ESU-Jahrgängen 2007/2008 verwendet. Analog wird auf der Sozialraumebene der 60 Prognoseräume von Berlin ein Modell unter Einbeziehung des Anteils der Kinder mit Bezug von Sozialgeld berechnet.

Die Faktorenanalyse auf Individualdatenebene ergibt 3 Faktoren, die als Familienform, Sozialstatus und Zuwanderungsfaktor interpretiert werden. Der Faktor Sozialstatus lässt sich durch Drittelung des Wertebereichs in 3 Sozialstatusgruppen einteilen. Hiernach gehören 21,1 Prozent der Familien der niedrigen, 58,5 Prozent der mittleren und 20,4 Prozent der hohen Statusgruppe an. In dem Faktorenmodell auf Prognoseraumebene werden 2 Faktoren extrahiert. Der 1. Faktor entspricht einer Kombination des Sozialstatusfaktors inklusive Sozialgeldbezug und des Zuwanderungsfaktors. Der 2. Faktor entspricht der Familienform.

Das mit der Faktorenanalyse gewonnene Modell zur Beschreibung der Sozialstruktur der Kinder und ihrer Familien ist klar und gut interpretierbar. Der Sozialstatusfaktor bildet die Grundlage für einen Sozialstatusindex für die ESU-Daten auf der Basis eines einfachen Punktwertmodells, der den bisher verwendeten „sozialen Schichtindex“ ablösen wird.

**SAll9.00 „Hard to reach“: Daten für Taten für eine schwer erreichbare Bevölkerungsgruppe – Ältere Migrant/innen**

**„Türkische Pflegebedürftige: eine schwer erreichbare Gruppe?“**

*Susanne Glodny, Yüce Yilmaz-Aslan, Oliver Razum, Universität Bielefeld*

In unserer Gesellschaft gibt es vulnerable Gruppen, die nicht die gleichen Zugangschancen zum Gesundheitssystem haben wie die Mehrheitsbevölkerung. Migrant/innen – besonders ältere Migrant/innen – nehmen z. B. aufgrund von sprachlichen und kulturellen Barrieren oder Informationsdefiziten Unterstützungsangebote und Hilfen nicht an bzw. kennen diese Optionen nicht. Im Rahmen des Pflegeforschungsverbundes NRW wurde das Projekt saba durchgeführt, welches sich speziell an türkische Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen richtet. Zur Erreichung der Zielgruppe wurden verschiedene Zugangswege erprobt. In der Studie saba zeigte sich, dass eine Erreichbarkeit türkischer Pflegebedürftiger über eine registerbasierte Stichprobenziehung nicht möglich war. Eine Rekrutierung potentieller Studienteilnehmer/innen auf Basis der sozialen Netzwerkarbeit – unter Einbeziehung von türkischsprachigen Schlüsselpersonen mit Migrationshintergrund – war dagegen erfolgreich. Der Kontakt über Schlüsselpersonen und die Bildung eines Vertrauensverhältnisses kristallisierten sich in diesem Projekt als fundamentale Voraussetzungen für einen kultursensiblen Zugang zur Zielgruppe heraus.

**„Beteiligung von Migrant/innen an einer Befragung zur Gesundheit von älteren Menschen in Hamburg: Wer wird erreicht? Was haben sie zu sagen?“**

*Regina Fertmann, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg*

Für die lebensphasenbezogene Gesundheitsberichterstattung in Hamburg wurde bei den über 60-Jährigen eine telefonische Befragung (auch in Türkisch, Polnisch, Englisch und Französisch) durchgeführt. Die Themen waren Gesundheitszustand und -verhalten, Versorgung und Vorsorge, Lebensqualität, Kontakte und Aktivitäten, Leistungsfähigkeit und Barrieren, Setting und Mobilität, Gesundheitskompetenzen und -ressourcen. Die Erhebung wurde mit mehr als 1200 Telefoninterviews abgeschlossen, darunter auch 120 Gespräche mit Personen nicht-deutscher Staatsangehörigkeit (Migrant/innen). Die Response war in der Zufallsstichprobe um gut 10 Prozent besser als bei den Migrant/innen.

Im Vergleich der Zufallsstichprobe mit den Migrant/innen überwiegen die Übereinstimmungen in vielen gesundheitsrelevanten Aspekten. Beispielhaft sind zu nennen das Bewegungsverhalten und die Überzeugung, selbst wesentlich zum Gesundheitszustand beitragen zu können. Im Unterschied zur Zufallsstichprobe sind Migrant/innen häufiger überzeugt, mehr für ihre Gesundheit tun zu müssen. Gleichzeitig ist das Interesse an Gesundheitsförderungsmaßnahmen noch deutlich geringer als in der Allgemeinbevölkerung.

**„LISA – Lebensqualität, Interessen und Selbstständigkeit im Alter – eine Befragung mit besonderer Berücksichtigung der Situation von Migrant/innen“**

*Jeffrey Butler, Bezirksamt Mitte von Berlin*

In der LISA-Studie wurde eine tiefere Befragung der über 60-jährigen Bevölkerung im Bezirk Mitte durchgeführt. Hierbei ging es insbesondere darum, fundierte Daten für die Gestaltung von Angeboten für diese Bevölkerungsgruppe zu erhalten. Da ein sehr großer Anteil der bezirklichen Bevölkerung einen Migrationshintergrund (MH) hat, wurde angestrebt, diese Bevölkerungsgruppe angemessen zu berücksichtigen.

Neben einigen Fragen zur Gesundheit und Lebenssituation enthielt der Fragebogen auch standardisierte Instrumente, um Lebensqualität, soziale Unterstützung, Anzeichen von Depression sowie Hinweise auf Demenz bei der älteren Bevölkerung festzustellen. Darüber hinaus interessierte der Bekanntheitsgrad von gegenwärtigen Anlaufstellen sowie die Bedürfnisse nach zusätzlicher Unterstützung. Um die Beteiligung von Migrant/innen zu erhöhen, wurden Fragebögen und Informationsmaterialien auf Türkisch, Russisch und Serbokroatisch bereitgestellt. Migrant/innen wurden auch aktiv in verschiedenen Settings mithilfe von muttersprachlichen Interviewern für die Teilnahme gewonnen.

Es gab eine Reihe von aufschlussreichen Ergebnissen der Befragung, z.B. eine höhere Betroffenheit von älteren Menschen türkischer Herkunft bei Depression und Übergewicht – auch wenn die Ergebnisse nach der sozialen Lage differenziert wurden. Ebenfalls zeigten sich größere Unterschiede im Bewegungsverhalten nach MH. Interessant hinsichtlich des künftigen Bedarfs an Pflegeleistungen ist, dass die deutschen Befragten eher Pflege von ihren Partnern erwarteten als die Migrant/innen. Diese erwarten wiederum die Unterstützung eher von ihren Kindern und Enkeln.

## Gesundheitsförderung im Setting...

### Kita und Schule

#### FR11.30 Eröffnung von Verwirklichungschancen in Kindertageseinrichtungen – Ansätze und Interventionen

##### **„Erfahrungen aus der Kooperation zwischen Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und Regionalem Knoten bei der Förderung sozial benachteiligter Kinder in Kindertages-einrichtungen“**

*Iris Grimm, Johannes G. Gostomzyk., Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.*

Schwerpunkt ist die Stärkung gesundheitsorientierter Prävention für Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren aus sozial benachteiligten Situationen, um ihre Startbedingungen für die Schule zu verbessern. Ziel ist, „Gesundheitliche Chancengleichheit“ durch Intervention in den Kitas in Bayern flächendeckend und nachhaltig zu fördern, dabei haben Bildung und Gesundheitsförderung eine große Schnittmenge. Primäre Zielgruppe ist das pädagogische Personal als Multiplikator und Akteur.

Von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe wurden praxisorientierte Fortbildungsinhalte (Module) erarbeitet, die sich mit Motivation, Vorurteilen, Eltern als Partner sowie Vernetzung befassen. Die Module wurden auf zwei Tagungen mit pädagogischen Fachkräften diskutiert und weiterentwickelt. Die Auswertung zeigt, dass sich der Schwerpunkt der Intervention in den Kitas auf die Eltern richten sollte. Die Einrichtung dient als offener Ort für Familien. Dies bedeutet, die Eltern wertzuschätzen, sie ernst zu nehmen mit ihren Stärken und Schwächen sowie ihre Ressourcen und Potentiale zu nutzen. Erwünscht ist auch eine weitergehende finanzielle und personelle Unterstützung. Wichtige Vernetzungs- und Kooperationspartner sind v.a. Kinderärzte, Vereine, Arbeitskreise, Kommunen, Ehrenamtliche, Ämter, Gremien und Fachdienste, externe Partner und Firmen. „Beispiele guter Praxis“ sind Projekte und Maßnahmen, die in den Einrichtungen stattfinden wie Stadtteilmütter, Sprachförderprojekte, Netzwerktreffen und Frühförderung u.a.

Das erarbeitete Informationsmaterial soll an die Kitas in Bayern versandt und als Thema in die trägerinterne Fortbildung und später in die Ausbildung des pädagogischen Personals integriert werden.

##### **„Qualitätsrahmen Kita: Bildung, Erziehung, Betreuung und Gesundheit“**

*Susanne M. Nagel-Prinz, Peter Paulus, Universität Lüneburg*

In einer Zeit der wachsenden Anforderungen an Erzieherinnen und Erzieher sowie an Kinder in der Kita bekommt auch das Thema der Gesundheit eine zunehmende Bedeutung. Wissenschaftliche Studien belegen die vielfach besorgniserregenden Daten zur gesundheitlichen Situation der Fachkräfte in Kitas sowie der Kinder, insbesondere solcher aus sozial benachteiligten Milieus. Wissenschaftliche Studien belegen auch den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit sowie Lernen, Entwicklung und Gesundheit. Trotz dieses Wissens hat sich die Gesundheitsförderung in Kitas in der Mehrheit bis heute nicht systematisch in der Organisation Kita verankert entwickelt und wurde kein Modell der systematischen Integration von Gesundheit in die Organisation Kita entwickelt. Auch haben sich die Themen der pädagogischen Qualitätsentwicklung und Gesundheitsförderung in Kitas unabhängig voneinander entwickelt. Der Qualitätsrahmen Kita: Bildung, Erziehung, Betreuung und Gesundheit stellt ein Modell zur Verfügung, dass eine solche systematische Integration von Gesundheit in den Qualitätsentwicklungsprozess der Kita ermöglicht. Konzeptionell basiert der Qualitätsrahmen auf dem Ansatz der Guten Gesunden Kita. Entscheidend ist dabei, dass die Gute Gesunde Kita sich vorrangig als ein Ansatz der pädagogischen Qualitätsentwicklung versteht.

##### **„Gesunde Kita für alle! Wie geht das? Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte“**

*Antje Richter-Kornweitz, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V./Regionaler Knoten Niedersachsen, Hannover*

In der Mehrzahl der Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme dominieren Einzelaspekte der Prävention und Gesundheitserziehung mit einer eher geringen Reichweite. Sie fokussieren zudem in der Regel auf die Gesundheit der Kinder in den Kindertagesstätten, während Eltern als Partner/innen von Gesundheitsförderung in einer Kindertagesstätte kaum einbezogen und Erzieher/innen vorwiegend in ihrer Vorbildfunktion für die Kinder berücksichtigt oder als Multiplikator/innen zur Programmumsetzung gesehen werden.

Der Leitfaden „Gesunde Kita für alle“ – Leitfaden zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten“ legt ein integriertes Konzept zum Gesundheitsmanagement vor, das sowohl die Arbeitssituation der Beschäftigten als auch die Gesundheit von Kindern verbessert und weitere Akteur/innen in der Kita und im Umfeld als Partner/innen in die Umsetzung dieses Ziels einbezieht. Er bietet in vier Kapiteln Hintergrundinformationen zu Gesundheitsförderung und Prävention, zu den Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte. Außerdem werden die Regeln und Prinzipien der systematischen und qualitätsgesicherten Umsetzung im Team erläutert. Ergänzt um Checklisten, Literaturhinweise, Links und ein kurzes Manual, das Beispiele zur Umsetzung gesundheitsfördernder Aktivitäten in der Kita enthält, bietet er den Beschäftigten die Möglichkeit, den Prozess in der eigenen Einrichtung als Team selbstständig zu organisieren.

### **FR11.30      Gesunde Schüler/innen, gesunde Mitarbeiter/innen – wie kann eine Gesunde Schule für alle näher rücken?**

#### **„Gesunde Schule – Wie wird aus gut gemeint gut?“**

*Dieter Sommer, ZAGG – Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH, Berlin*

Für die Bemühungen um eine Gesunde Schule gibt es allseits Zustimmung. Zurückhaltung entsteht allerdings häufig dann, wenn klar wird, dass es nicht nur um das gesunde Mittagessen und eine weitere Sportstunde in der Schule geht. Gesunde Schule meint Veränderungsprozesse, an denen sich Schüler/innen, Lehrer/innen und Eltern beteiligen. Dann besteht die Chance, eine wirklich gesunde Lebenswelt zu realisieren.

Unumgänglich ist es dann, auch schwierige Themen anzugehen und Konflikte zu bearbeiten. Auf jeden Fall müssen die Betroffenen darauf bestehen, ihre Probleme selbst zu definieren und eigene Lösungsvorschläge zu entwickeln. Voraussetzung dafür ist in erster Linie eine störungsarme und konstruktive Kommunikation. Erst darauf können in der Regel Prozesse aufbauen, die auch gesundheitliche Wirkungen entfalten. Zu diesen Veränderungsprozessen werden praktische Erfahrungen berichtet.

#### **„Der aid-Ernährungsführerschein – Schüler in einem gesunden Lebensstil stärken“**

*Jutta Kreibaum, Deutscher Landfrauenverband e.V., Berlin*

Die Daten des Kinder- und Jugendsurveys (KISS) vom Robert-Koch-Institut sowie die OECD Health Data 2010 zeigen, dass ca. 15 Prozent der drei- bis 10-jährigen Kinder in Deutschland übergewichtig sind. Übergewicht kann zu chronischen Erkrankungen, wie Diabetes, Gelenksbeschwerden und Herz-Kreislauferkrankungen führen.

Erfolgreiche Gesundheitsförderung sollte deshalb schon im Kindesalter beginnen, denn in diesem Alter werden gesundheitsgefährdende, aber auch gesundheitsfördernde Verhaltensweisen entscheidend geprägt. Eine gute Möglichkeit, Kindern im Grundschulalter gesunde Ess- und Ernährungsgewohnheiten zu vermitteln und damit entscheidende Grundlagen für deren Ausprägung zu einer Alltagskompetenz zu schaffen, ist der vom aid infodienst e.V. entwickelte aid-Ernährungsführerschein. Er ist ein Baustein für eine moderne und lebendige Ernährungsbildung in der Grundschule und unterstützt Kinder dabei, einen gesunden Lebensstil zu entwickeln.

Zwischen theoretischem Wissen über die Bedeutung von gesunder Ernährung und der praktischen Umsetzung im täglichen Leben gibt es eine große Diskrepanz. Im Rahmen des Projektes vermitteln qualifizierte LandFrauen als externe Fachkräfte Kindern nicht nur theoretisches Wissen über gesunde Ernährung, sondern sie regen sie vor allem zu aktivem Handeln an. Die Kinder erfahren und probieren aus, wie genussvoll gesunde Ernährung ist und wie viel Spaß die Zubereitung einer Mahlzeit macht. Sie tragen das Erlernete in ihre Familien, so dass sich gesundheitsförderliche Ess- und Ernährungsweisen dort verankern sollen.

#### **„Jenaplan-Schulen – ein integriertes Konzept zu einer Gesunden Schule“**

*Mike Bruhn, Jenaplan-Schule, Jena*

Die Jenaplan-Schule Jena, stellt die Kinder in den Mittelpunkt – Kinder ganz verschiedener Begabungen, Lebens- und Schulschicksalen, von der Vorschule bis zum Abitur. Dies bestimmt Maß und Ziel der Jenaplan-Schule bis heute, es bestimmt ihr Verständnis von Lernen und Leistungsbewertung, von Didaktik, Schulleben und Lehrerberuf.

Als staatliche Schule hat sie den staatlichen Lehrplan gewissermaßen zerlegt und als schuleigenen Lernplan neu zusammengesetzt. Ihr berühmtes Vorbild, den historischen Jenaplan Peter Petersens, hat sie aufgegriffen und weiterentwickelt. Altersmischung und Jahrgangsunterricht, individuelle und gemeinschaftliche Lernformen, fachlicher und fächerverbindender Unterricht sind neu aufeinander abgestimmt.

Anstelle der traditionellen inhaltlichen Gliederung durch Fächer und der organisatorischen Gliederung nach Jahrgangsklassen und Kurzstundeneinheiten von 45 Minuten werden hier offene Lernsituationen möglich gemacht, die Spielräume für individuelle Lern- und Arbeitsrhythmen der Schüler/innen im Tages- und Wochenablauf gewähren. Die Schüler/innen lernen in vielen Stunden gemeinsam und voneinander, weil sie eine Vielfalt von Gelegenheiten im Schulalltag erfahren, die möglich machen, dass sie sich wechselseitig anregen, sich gegenseitig beim Lernen helfen, ihre Selbstständigkeit in Gruppen oder Einzelarbeit erwerben und erproben, Kooperation statt Konkurrenz erfahren. Gemeinsam wurde eine Kultur des Lernens und Arbeitens entwickelt, die entscheidend von dem obersten Gebot der Zusammenarbeit der Lehrerteams bestimmt wird: das gegenseitige Schaffen von Freiräumen, die ermöglichen, aus den eigenen Fehlern zu lernen und daraus die Arbeit weiterentwickeln zu können.

#### **FR114.15      Gemeinsam Klasse sein! Drei unterschiedliche Zugänge im Setting Schule**

##### **„Mobbingfreie Schule – Gemeinsam Klasse sein!“ - ein Kooperationsprojekt in sechs Bundesländern“**

*York Scheller, Techniker Krankenkasse, Hamburg*

Für das Phänomen Mobbing in der Schule sollte neben einer professionellen Krisenbewältigung auch über Präventionsmaßnahmen eine Sensibilisierung und Auseinandersetzung erreicht werden. Mit der Beratungsstelle Gewaltprävention des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI Hamburg) hat die TK deshalb ein Konzept zur Prävention von Mobbing an der Schule entwickelt: Die Aktion "Mobbingfreie Schule – gemeinsam Klasse sein!". Inzwischen haben über 35 Hamburger Schulen mit mehr als 5600 Schülern die Aktion umgesetzt. Jährlich kommen rund weitere 20 Schulen dazu. Seit 2009 setzt die TK das Projekt auch in Kooperation mit den zuständigen Ministerien weiterer Bundesländer um.

Während der Projektwoche beschäftigen sich Schüler/innen der fünften und siebten Klassen fünf Tage intensiv mit dem Thema Mobbing. Sie erforschen in Übungen, Rollenspielen und Gesprächen, wie sie positiv und konstruktiv miteinander umgehen können. Sie erfahren, welche Folgen Mobbing für die betroffenen Mitschüler/innen hat und was sie tun können, um Mobbing gar nicht erst entstehen zu lassen.

Im Beitrag werden die Projektinhalte und die Medien des "Anti-Mobbing-Koffers" vorgestellt.

##### **„primakids“: ein Online-Schulungskonzept für Lehrer/innen“**

*Elisabeth Kirchner, Techniker Krankenkasse, Berlin*

„primakids“ sind Unterrichtseinheiten, die die TK im Internet passwortgeschützt für Lehrer/innen als Download zur Verfügung stellt. Das Angebot besteht aus zwei Spiralcurricula zur Gesundheitserziehung für die 1. bis 4. Klasse zu den Themenschwerpunkten Gesundheitsförderung und Adipositasprävention. Alle Einheiten sind alters- und jahrgangsgerecht konzipiert. Pro Schuljahr stehen Online-Materialien für fünf Unterrichtseinheiten à 90 Minuten zur Verfügung. Diese bestehen aus Arbeitsblättern, Stundenbildern, Elternbriefen und Hintergrundinformationen.

Der handlungsorientierte Gesundheitsunterricht „primakids“ unterstützt Schulen auf ihrem Weg zu einer „Gesunden Schule“. Neben dem Unterricht sollen weitere Handlungsebenen einbezogen werden. Eine vierjährige Interventionsstudie in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg hat gezeigt, dass mit „primakids“ ein besseres Gesundheitsverhalten und mehr Wohlbefinden bei Schüler/innen erreicht wird.

##### **„Gesunde Schule“: Praxisbeispiele für Gesundheitsförderungsprojekte“**

*Guido Grunenberg, Techniker Krankenkasse, Berlin*

Mit dem Projekt „Gesunde Schule“ fördert die TK Schulen auf dem Weg zu einer gesunden Lebenswelt. Voraussetzung ist, dass ein Projekt zur Gesundheitsförderung in der Schule ganzheitlich und umfassend ansetzt. Nicht nur Schüler/innen und Lehrer/innen, sondern das gesamte Schulpersonal wie auch Eltern sollen sich beteiligen.

SNAKE (Stress nicht als Katastrophe erleben) ist ein Stressbewältigungstraining der TK für Schüler/innen der 8. und 9. Jahrgangsstufe, das ausschließlich im Setting Schule in Kooperation mit dem kommunalen Schulträger angeboten wird.

Der Beitrag erläutert das TK-Antragsmodell „Gesunde Schule“ und fokussiert praxisorientiert Inhalte und Umsetzung von SNAKE an Berliner Schulen im Rahmen des Landesprogramms Gute Gesunde Schule.

#### **FR116.15 Psychische Gesundheit in Kita und Schule**

##### **„Kitas bewegen – Gesundheit von Erzieher/innen“**

*Rüdiger Bockhorst, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh*

Seit gut vier Jahren befindet sich ‚Kitas bewegen‘ in über 40 Kindertagesstätten in der Umsetzung. Kitas bewegen basiert auf dem Konzept der guten gesunden Kindertagesstätte, die auf dem Weg der Organisationsentwicklung die Verbindung von Bildung und Gesundheit nachhaltig unterstützt und etabliert. Nach der ersten Pilotphase mit rund 30 Kindertagesstätten in Münster und Berlin liegen erste Ergebnisse vor. Die Ergebnisse zeigen, dass die derzeitigen Belastungen für die Kindertagesstätten, z. B. durch die Umstellung auf KiBiz in NRW, als sehr hoch empfunden werden. Dies hat zwangsläufig Auswirkungen auf das Gesundheitsempfinden und die Arbeit der Teams in den Kindertagesstätten.

Da es sich bei dem Konzept der guten gesunden Kita um einen ganzheitlichen Ansatz handelt, sind neben dem zentralen Aspekt der Arbeit mit den Kindern auch die Teamarbeit oder beispielsweise die als Belastung empfundene Zusammenarbeit mit den Eltern ein kontinuierliches Thema gewesen. Die Ergebnisse der Pilotphase und die Perspektiven der weiteren Umsetzung mit über 40 Kindertagesstätten in Berlin sind Gegenstand dieses Beitrags und sollen zur Diskussion gestellt werden.

##### **„Verrückt? Na und!“ Eine Aufklärungsinitiative zur Stärkung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“**

*Manuela Richter-Werling, Irrsinnig Menschlich e.V., Leipzig*

Die Aufklärungsinitiative „Verrückt? Na und!“ knüpft an die guten Ergebnisse des Schulprojektes „Verrückt? Na und!: Seelisch fit in der Schule“ und des Filmfestes „Ausnahme/Zustand“ an. Ziel ist es, die entstanden Netzwerke und kommunalen Akteur/innen zu unterstützen, ihre Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit von Heranwachsenden zu bündeln, zu erweitern und zu verstetigen. Dafür stellt die Aufklärungsinitiative Materialien, Medien und Programme bereit. Sie sollen junge Menschen, Eltern, Lehrkräfte und Expert/innen für das Thema psychische Gesundheit sensibilisieren. Erprobte schulische Programme wie „Verrückt? Na und!“ und „MindMatters“ unterstützen Entwicklungsprozesse, die dazu beitragen, mit psychischer Gesundheit gute Schule zu machen. Die Qualität des Vorhabens besteht im Anregen zum Tun und im Wachstum von Netzwerken. Die Initiative ist ein Modellprojekt des nationalen Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de. Das Vorhaben will einen nachhaltigen Beitrag zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ sowie „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ leisten. Träger des Modellvorhabens sind Irrsinnig Menschlich e.V., Leipzig, die Barmer GEK sowie die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG). Das Bundesministerium für Gesundheit fördert die Evaluation des Modellprojekts. [www.verrueckt-na-und.de](http://www.verrueckt-na-und.de)

##### **„MindMatters – ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen“**

*Rüdiger Meierjürgen, Barmer GEK, Wuppertal  
Birgit Nieskens, Universität Lüneburg*

Programme für Schulen, die positive Begegnungen und Erlebnisse im Erfahrungsraum Schule ermöglichen und auf den Erwerb von Resilienzfaktoren fokussieren, sind auch geeignet, schulische Leistungen zu verbessern und unterstützen Schulen in ihrem Bildungs- und Erziehungsauftrag. Denn psychische Probleme stehen in engem Zusammenhang zur Schulleistung und sozialen Entwicklung der Betroffenen.

Mit MindMatters wird hier ein umfassendes Programm für Schulen vorgestellt, das im Rahmen des Konzepts der Guten Gesunden Schule zur Förderung der psychischen Gesundheit von Schüler/innen und Lehrkräften beiträgt und damit die Arbeits- und Lernbedingungen gerade auch für verhaltensauffällige, mit psychischen Problemen belastete Schüler/innen verbessert.

Das ursprünglich aus Australien stammende Programm wurde von der Barmer GEK, der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, dem Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover und dem Bundesamt für Gesundheit (Schweiz) im Rahmen eines Modellversuchs an der Leuphana Universität Lüneburg an die Gegebenheiten im deutschsprachigen Raum angepasst und extern evaluiert. MindMatters ist heute eines der zentralen Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen in Deutschland.

In dem Vortrag wird die Konzeption des Programms vorgestellt sowie ein Überblick über den Stand der Umsetzung gegeben.

## Betriebliche Gesundheitsförderung

---

### FR11.30 Verwirklichungsperspektiven in den verschiedenen Phasen des Berufslebens – Forum I

#### **„Gute Arbeit – Anspruch und Wirklichkeit aus der Sicht jüngerer und älterer Arbeitnehmer/innen“**

*Mary Lindner, DGB-Index Gute Arbeit GmbH, Berlin*

Die Initiative DGB-Index Gute Arbeit wurde im Jahr 2007 von vier Einzelgewerkschaften (IG Metall, IG BCE, ver.di, NGG) und dem DGB gegründet. Die DGB-Index Gute Arbeit GmbH ist einerseits für die Berichterstattung der jährlich erhobenen Repräsentativerhebung zur Ermittlung der Arbeitsbedingungen abhängig Beschäftigter in Deutschland zuständig und führt andererseits in Betrieben Mitarbeiterbefragungen zum Thema Gute Arbeit durch.

Der Index Gute Arbeit als zentrales Untersuchungsinstrument misst die Beurteilung der Arbeitsqualität aus der Sicht der Beschäftigten. Im Sinne der Verhältnisprävention werden Beanspruchungs- und Belastungsniveaus – per Index Gute Arbeit (IST) – sowie die Ansprüche (Soll) der Beschäftigten an gute Arbeitsbedingungen ermittelt.

Der Vortrag wird Daten aus der Repräsentativerhebung von 2009 vorstellen. Dabei stehen die Ergebnisse zu den Beurteilungen der Arbeitsbedingungen von älteren (über 50 Jahre) und jüngeren (unter 30 Jahre) Beschäftigten im Mittelpunkt der Betrachtungen.

Valide und reliable Daten einer deutschlandweiten und repräsentativen Arbeitsberichterstattung, wie sie in dem Vortrag vorgestellt werden, stellen für die verschiedensten Interessen- und Expertengruppen die Basis dar, um gesundheitsförderliche betriebliche Maßnahmen umsetzen zu können.

#### **„Verwirklichungschancen für Berufsanfänger/innen und erfahrene („ältere“) Mitarbeiter/innen aus unternehmerischer Sicht“**

*Michael Grau, Deutsches Benchmarking Zentrum (DBZ), Berlin*

Das Deutsche Benchmarking Zentrum (DBZ) ist ein Informations- und Beratungsdienstleister für Unternehmen aus allen Wirtschaftszweigen. Als wissensbasierte Organisation, baut der Erfolg auf der Erfahrung und der Motivation der in ihr wirkenden Menschen auf. Entwicklungs- und Verwirklichungsperspektiven, sowie die Eigeninitiative der Mitarbeiter/innen, sind von zentraler Bedeutung. In dem Kurzvortrag wird ein Einblick in die Gegebenheiten und Maßnahmen des Unternehmens gegeben. Der Leiter des DBZ erläutert Möglichkeiten und Grenzen von Verwirklichungschancen für ein kleines Unternehmen, aus Sicht der Geschäftsleitung.

#### **„Verwirklichungschancen für Berufsanfänger/innen und erfahrene („ältere“) Mitarbeiter/innen aus Sicht eines traditionellen Großunternehmens – aus betriebsärztlicher Sicht“**

*Stefanie Seele, Berliner Stadtreinigung (BSR)*

Mal Hand auf's Herz: wer geht schon gerne zum Arzt?

Stets von ganz besonderer Hoffnung oder auch Sorge getragen sind die Arztbesuche eines Bewerbers um einen neuen Arbeitsplatz. Nämlich wenn die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt des zukünftigen Arbeitgebers über die Verwirklichungschancen in Bezug auf die gesundheitliche Eignung für den Job zu entscheiden hat. Oder wenn für die zukünftige berufliche Einsatzfähigkeit von Mitarbeiter/innen mit gesundheitlichen Einschränkungen ein tragbarer Weg gefunden werden muss.

Stets nimmt die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt damit maßgeblich Einfluss auf den weiteren beruflichen Werdegang und den Lebensverlauf von Menschen. Aus den verschiedenen Interessenlagen heraus ergibt sich zwangsläufig ein besonderes Spannungsfeld, welches diesem speziellen „Ärztin/Arzt-Patienten-Verhältnis“ einiges abverlangt. Erfahrungen aus der betriebsärztlichen Realität bei der Berliner Stadtreinigung sollen zeigen, wie es trotzdem gelingen kann, welcher Rahmenbedingungen es dazu bedarf und welche ethischen Werte im Selbstverständnis einer Betriebsärztin/eines Betriebsarztes eine Rolle spielen.

**FRI16.15 Verwirklichungsperspektiven in der Arbeit: Beispiele aus der Praxis des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BEM) – Forum III**

**„BEM aus Sicht der Arbeitsmedizin“**

*Bernward Siebert, Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW)/TÜV Rheinland Group, Berlin*

Die Wiedereingliederung und langfristige Integration von Mitarbeiter/innen mit andauernden Funktionsstörungen oder Behinderungen in den Arbeitsprozess gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Der dauerhafte Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ist für die betroffenen Mitarbeiter von existenzieller Bedeutung. Mit dem demographischen Wandel im Betrieb gewinnt der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit auch wirtschaftlich zunehmend an Bedeutung. Unternehmen haben nicht nur die gesetzliche Verpflichtung, sondern aufgrund der wirtschaftlichen Bedeutung ein massives Interesse an einer nachhaltigen betrieblichen Wiedereingliederung bewährter und erfahrener Leistungsträger. Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist eine Kernkompetenz von Betriebsärzten an der Schnittstelle von Betrieb, Personalmanagement und medizinischer Versorgung. Mit dem überarbeiteten SGB IX hat dieses Thema einen noch höheren Stellenwert erhalten, weil Unternehmen gesetzlich zu aktivem Eingliederungsmanagement verpflichtet sind. Betriebsärzte erfüllen einen präventiven Auftrag in unserem medizinischen Versorgungssystem; dazu gehört als Sekundär- und Tertiärprävention das betriebliche Eingliederungsmanagement. Betriebe, die gemeinsam mit ihrem Betriebsarzt die Initiative ergreifen und die betriebliche Wiedereingliederung aktiv gestalten, gewinnen nicht nur erfahrene und hoch motivierte Beschäftigte zurück, sondern beeinflussen damit das Betriebsklima und die Motivation aller Beschäftigten positiv.

**„Modellprojekt ‚Integratives Beratungsnetzwerk – Betriebliches Eingliederungsmanagement‘ der Deutschen Rentenversicherung Bund“**

*Lutz Hechtfish, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin*

Der größte Anteil der Erwerbstätigen ist im Alter zwischen Mitte 40 bis Mitte 50. Im Jahr 2020 wird dieser Personenkreis bereits zwischen 50 und 60 Jahre alt sein und immer noch den größten Anteil an den Erwerbstätigen stellen. Die demografische Entwicklung wird zugleich dazu führen, dass weniger junge Fachkräfte nachrücken werden, die ältere Fachkräfte ersetzen können. Schon jetzt fehlen der Wirtschaft mehr als 36.000 Ingenieure und es fehlt an ausreichendem Nachwuchs. Mangel droht nicht nur bei Mathematiker/innen und Naturwissenschaftler/innen, auch der Pflegebereich und das Handwerk sind davon betroffen. Auch die Anhebung der Altersgrenzen wird zukünftig den Anteil der älteren Beschäftigten verstärken. Fallen diese krankheitsbedingt aus, entstehen den Betrieben und der Sozialversicherung erhebliche Kosten.

Unternehmen können selber dazu beitragen, die Gesundheit ihrer Belegschaft zu schützen, zu erhalten oder schnellstmöglich wieder herzustellen. Dies ist umso wichtiger, wenn gut ausgebildete, erfahrene Fachkräfte aufgrund längerer oder wiederholter Krankheit ausfallen und ohne rechtzeitiges Handeln die endgültige krankheitsbedingte Beendigung der Beschäftigung droht.

Seit dem 01.05.04 sind Arbeitgeber/innen gem. §84 Abs.2 SGB IX zu Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM) verpflichtet. Mit dieser Regelung weist der Gesetzgeber einen wesentlichen Teil der Verantwortung für die Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter den Arbeitgeber/innen zu, da sie danach zur Ein- und Durchführung des BEM verpflichtet sind. Die Deutsche Rentenversicherung Bund bietet Arbeitgeber/innen konkrete Hilfe und Unterstützung bei der Ein- und Durchführung von BEM an.

**„enterability – Existenzgründungsberatung für Menschen mit Behinderung“**

*Jeanette Oechsl, Manfred Radermacher, iq consult, Berlin*

„enterability“ unterstützt seit 2004 Menschen mit Schwerbehinderung beim Aufbau einer beruflichen Selbstständigkeit in Berlin. Ziel ist es, die Teilhabe von behinderten Menschen am Arbeitsleben zu sichern. Bis Ende September 2010 haben sich 176 Menschen mit Schwerbehinderung mit der Hilfe von „enterability“ beruflich selbstständig gemacht. Sie sind jetzt Unternehmer/innen in Berlin. 77 Prozent dieser Gründer/innen sind noch am Markt.

Schwerbehinderte Menschen bringen ein breites Spektrum verschiedenster Behinderungsarten mit ihren jeweils spezifischen Beeinträchtigungen mit. Die meisten erwerben ihre Behinderung im Laufe ihres Arbeitslebens und viele können ihre erlernten Berufe aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben.

Die Selbstständigkeit ist für viele dieser Menschen mit Schwerbehinderung die einzige Möglichkeit, noch am Arbeitsleben teil zu haben. Diese Menschen schaffen sich als „ihr eigener Chef“ einen Arbeitsplatz, der ihren



ganz individuellen Bedürfnissen entspricht. Sie organisieren den Arbeitsprozess so, dass dieser ihrer Behinderung angemessen ist. Sie schaffen sich einen „gesunden Arbeitsplatz“.

Das zentrale Angebot von „enterability“ ist die individuelle und intensive Einzelberatung vor und nach einer Existenzgründung. Darüber hinaus gibt es ein breites Qualifizierungsangebot rund um die Themen Selbstständigkeit und Behinderung. In den letzten Jahren wurde außerdem ein Netzwerk für Unternehmer/innen mit Behinderung aufgebaut.

---

## Stadtteil/Kommune

---

### Forum der AG Gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung

#### FR11.30 Integrierte Handlungs- und Entwicklungskonzepte für eine gesundheitsfördernde Quartiersentwicklung – Forum I

##### „Integrierte Handlungs- und Entwicklungskonzepte – Kriterien guter Praxis“

*Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik (DIfU), Berlin*

Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte sind wichtige Instrumente, um eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung systematisch voranzubringen. Nach der Bedarfsanalyse im Quartier ist das Erstellen eines Entwicklungs- und Handlungskonzepts ein konsequenter nächster Schritt. Ein solches Konzept verschafft zum einen Orientierung und zum anderen – soweit das Konzept politisch beschlossen ist – Planungssicherheit. Bei seiner Erstellung bietet sich die Chance, mit Stadtteilakteuren und Quartiersbewohnerschaft in einen Dialog über Entwicklungsaufgaben und Maßnahmenschwerpunkte im Gebiet zu treten. In der Praxis sind solche Konzepte allerdings bislang noch eine Seltenheit. Erfahrungen hierzu liegen vor allem aus dem Bund-Länder-Programm Soziale Stadt vor. Im Vortrag werden Struktur und Inhalte „Integrierter Handlungs- und Entwicklungskonzepte“ erläutert und „Gute-Praxis-Kriterien“ zu ihrer Erarbeitung und Umsetzung vorgestellt, die vom Deutschen Institut für Urbanistik im Forschungsprojekt „Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ gemeinsam mit den drei Fallstudien-Kommunen des Forschungsvorhabens entwickelt wurden.

##### „Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung‘ am Beispiel Jena-Winzerla – ein Unterstützungsangebot des Regionalen Knotens Thüringen“

*Uta Maercker, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR/ Regionaler Knoten Thüringen, Weimar*

Bisher existieren unterschiedliche integrative Programmansätze zum Großteil nebeneinander. Ausgehend von einem im Netzwerk des Regionalen Knotens Thüringen geäußerten Bedarf, konkrete, ressourcenschonende Projektideen zu entwickeln, wurde ein sozialraumorientiertes Gesundheitsförderungsprojekt in Jena-Winzerla ins Leben gerufen. Winzerla, ein Plattenbaugebiet am Rande von Jena, ist eine Region des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“. Gemeinsam mit dem Stadtteilbüro vor Ort und einer Vernetzungsgruppe aus unterschiedlichen Akteuren der Kinder- und Jugendarbeit, geleitet durch das Jugendamt, wurde ein integriertes Handlungskonzept entwickelt, wobei vor allem an den gesundheitsförderlichen Potenzialen der Akteure im Stadtteil angeknüpft wird. Neben den bereits existierenden Netzwerken bilden die Wünsche, Bedürfnisse und Ideen der Bürger/innen eine Basis für die Projektentwicklung. Es entstand bereits eine Vielzahl an einzelnen Mikroprojekten, die in ihrem Zusammenwirken das Ziel haben, Angebote der Gesundheitsförderung in bestehende Strukturen zu integrieren, um den Stadtteil als ein gesundheitsförderliches Setting zu entwickeln. Nach einer Projektlaufzeit von fünf Jahren wurde Gesundheitsförderung im Integrierten Entwicklungskonzept des Stadtteils festgeschrieben, welches im Dezember 2009 vom Stadtrat beschlossen wurde. Die im Prozess gesammelten Erfahrungen und Ergebnisse sollen im Rahmen der Koordinations- und Vernetzungsfunktion des Regionalen Knotens Thüringen, anderen Quartieren zur Verfügung gestellt werden, um zu einer kontinuierlichen und nachhaltigen Verknüpfung beider Ansätze beizutragen.

**FR14.15 Partnerschaften für einen gesunden Stadtteil – Forum II**

**„Das Präventionsprogramm ‚Lenzgesund‘ als gemeinsames Projekt von Gesundheitsamt und Hochschule (Community-Campus-Partnership)“**

*Christian Lorentz, Gesundheitsamt Eimsbüttel, Hamburg*

*Waldemar Süß, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg*

Hintergrund: Das Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel hat für das benachteiligte Quartier „Lenzsiedlung“ ein Präventionsprogramm erarbeitet, das zur Zeit mit dem „Runden Tisch Lenzgesund“ und anderen wichtigen Akteuren umgesetzt wird. Das Präventionsprogramm trägt den Titel „Lenzgesund – Vernetzte Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre“ und startete nach verschiedensten Vorarbeiten (seit 2001) im Frühjahr 2005. Aktuell hat es sieben Handlungsfelder, in denen unterschiedliche innovative Maßnahmen, Aktivitäten und Projekte unternommen werden. Das Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf hat mit einem Wissenschaft-Praxis-Projekt im Rahmen des Förderschwerpunktes „Präventionsforschung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) die Begleitforschung übernommen. In zwei zeitlich voneinander getrennten Phasen arbeiten Gesundheitsamt und Hochschule im Rahmen des Forschungsprojektes zusammen. Die erste Phase dauerte von Mai 2005 bis Februar 2009. Die zweite Phase hat im März 2009 begonnen und endet voraussichtlich Ende Februar 2012.

Ziele: Das Forschungsprojekt verfolgt im Wesentlichen zwei Ziele: erstens die Entwicklung einer kleinräumigen quartiersbezogenen Gesundheitsberichterstattung für die Weiterentwicklung des lokalen Präventionsprogramms im Sinne des Public Health Action Cycles (Situationsanalyse, Evaluation) und zweitens die Gesamt-Evaluation des Programms im Hinblick auf seine Wirksamkeit durch die Anwendung des projektintern entwickelten Instrumentes „Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ)“. Angestrebt ist dabei die in diesem Falle ausnahmsweise modellhaft mögliche Langzeit-Evaluation eines sozial-räumlich angelegten Präventionsprogrammes in einem benachteiligten Stadtteil unter der Federführung des kommunalen Gesundheitsamts.

Ergebnisse: Mittlerweile liegen unterschiedliche Ergebnisse vor, die dem Steuerungs- und Koordinierungsgremium „Runder Tisch Lenzgesund“ zur Weiterentwicklung des Präventionsprogramms und seiner Umsetzung zur Verfügung gestellt und diskutiert wurden. Das Forschungsprojekt hat zwei Quartiersdiagnosen erstellt, die die gesundheitliche und soziale Situation in der Lenzsiedlung im Sinne einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung beschreiben und die Strukturen und Kapazitäten für Gesundheitsförderung und Prävention abbilden. Die Quartiersdiagnosen liefern Daten aus unterschiedlichen methodischen Zugängen zum Quartier bestehend aus einem Mix von qualitativen und quantitativen Verfahren und Analysen. Gesundheitsamt und Hochschule arbeiten auch in der Konzeptentwicklung von innovativen Maßnahmen und deren Evaluation zusammen. Erste Ergebnisse der qualitativen Evaluation von Einzelinterventionen liegen bereits vor.

Schlussfolgerungen: Durch die Zusammenarbeit von Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Institut für Medizin-Soziologie) im Sinne des Community-Campus-Partnerships kann gezeigt werden, dass diese erfolgreich in unterschiedlichen Bereichen und Handlungsfeldern durchgeführt und dynamisch entwickelt werden kann, beispielsweise:

- bei der Entwicklung, Konzeptionierung und Umsetzung kleinräumiger quartiersorientierter Gesundheitsberichterstattung
- bei der Diskussion, Weiterentwicklung und Umsetzung des Präventionsprogramms durch unterstützende empirische Erhebungen
- bei der Entwicklung, Konzeptionierung, Umsetzung und Evaluation zielgruppenspezifischer innovativer Maßnahmen und Projekte zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention

In diesem Sonderfall kann die bisherige Kooperation und ihre strukturelle Verankerung in unterschiedliche Stakeholder-Gremien als vorbildlich und modellhaft betrachtet werden.

**„Krankenkassen als Partner in der gesundheitsfördernden Quartiersentwicklung“**

*Bettina Reimann, Deutsches Institut für Urbanistik (DifU), Berlin*

Armut birgt ein erhebliches Gesundheitsrisiko. Menschen mit geringem Einkommen, niedrigem beruflichem Status oder geringer Bildung leiden häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wobei Kinder und Jugendliche hiervon besonders negativ betroffen sind. Diese Benachteiligungen konzentrieren sich räumlich in problembehafteten Stadtteilen. Es stellt sich daher die Aufgabe, gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung stärker als bislang üblich zu einem Thema in den Kommunen zu machen. Welchen Beitrag hierbei die Kooperation zwischen Krankenkassen und Kommunen leisten kann, soll am Beispiel der Ergebnisse des Forschungsprojektes „Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ dargestellt werden. Gezeigt wird, dass mit Hilfe der Krankenkassen und durch deren

Kooperation mit den Kommunen Gesundheitsförderung in Stadtteilen – vor allem in den klassischen Handlungsfeldern von Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, Stressbewältigung) – gestärkt werden kann. Zudem ebnet die Partnerschaft von Kommunen und Krankenkassen den Weg für eine nachhaltige Gesundheitsförderung, die Projekte und Strukturen gleichermaßen berücksichtigt. Dies ist nicht selbstverständlich. Im Beitrag sollen die erforderlichen Voraussetzungen, die Erfolge und die Probleme, die eine Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen begleiten, aufgezeigt werden.

**FR116.15 Finanzierung gesundheitsfördernder Quartiersentwicklung – Beispiele aus der Praxis – Forum III**

**„Mittelbündlung am Beispiel der Geschäftsstelle Gesundheit in der Fürther Innenstadt“**

*Eva Göttlein, Projektagentur Göttlein/ Geschäftsstelle Gesundheit, Fürth*

Die Geschäftsstelle Gesundheit wurde im Januar 2008 im Rahmen des Forschungsprojektes „Mehr als gewohnt – Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ des Deutschen Instituts für Urbanistik Difu gegründet. In den Jahren 2008 und 2009 wurde die Geschäftsstelle Gesundheit ausschließlich über Mittel des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Bayern BKK finanziert. Mit Beendigung der Projektlaufzeit endete auch die Finanzierungsmöglichkeit der BKK. Wegen der erfolgreichen Arbeit des Projektes bot die BKK weiterhin Gelder für den Erhalt der Geschäftsstelle Gesundheit an, allerdings nur unter der Bedingung, dass die Kommune einen Hauptteil der Finanzierung übernimmt. Die anschließende Suche nach Mitteln erwies sich als schwierig, aber letztendlich erfolgreich. Die Weiterfinanzierung der Geschäftsstelle wurde über die Soziale Stadt mit einer Laufzeit von zwei Jahren gesichert, unterstützt mit Mitteln aus dem Sozialreferat, aus einer Stiftung und der BKK. Projektbegleitend wurde ab Mitte 2008 ein Verfügungsfonds für Mikroprojekte der Techniker Krankenkasse für zwei Jahre eingerichtet. Die Vergabe der Mittel für Projekte richtet sich nach dem Präventionskriterienkatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen. Damit ist eine Qualitätssicherung gewährleistet, es können aber nicht alle für die Stadtteilarbeit wichtigen Projekte umgesetzt werden. Parallel zum Verfügungsfonds der TK wurden deshalb für entsprechende Projekte Gelder akquiriert, vom Sportamt, Jugendamt und Umweltamt, und über die Soziale Stadt. Der Verfügungsfonds der TK wurde, wie bei der BKK, um zwei Jahre verlängert.

**„Bürgerstiftung als Motor für Gesundheitsförderung vor Ort“**

*Kirsten Minkel, Petra Schmitz-Hermes, Bürgerstiftung Arnsberg*

Seit Mitte der 1990er Jahre die erste Bürgerstiftung in Deutschland gegründet wurde, wächst die Zahl dieser unabhängigen Stiftungen stetig. Bürgerstiftungen wollen ehrenamtliches Engagement mobilisieren, bündeln und langfristig fördern. So heißt es z. B. in der Präambel der Bürgerstiftung Arnsberg: „Die Bürgerstiftung Arnsberg fördert vor allem soziale und kulturelle Anliegen, die den Bürgerinnen und Bürgern in besonderer Weise am Herzen liegen, und trägt so bei zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Stadt und der Region Arnsberg.“ Vor dem Hintergrund knapper öffentlicher Mittel ist der Fokus der Stiftungsaktivitäten nicht selten auf die Themen „Jugend, Bildung und Kultur“ gerichtet, um so zur Zukunftsfähigkeit der Stadt beizutragen. Die Mittel und Wege zur Zielerreichung sind dabei so unterschiedlich, wie die lokalen Bedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten. Die Bürgerstiftung Arnsberg hat 2009 mit dem von ihr initiierten Ideenwettbewerb „Arnsbergs Helden“ Jugendliche aufgerufen, sich mit ihren Projektideen für eine lebenswerte Stadt zu engagieren. Im Gegensatz zu anderen Partizipationsformen hat dieser Ideenwettbewerb insbesondere Jugendliche aus Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf erreicht. Bereits eingeleitete kommunale Entwicklungsprozesse werden durch die Umsetzung der Projekte gemeinsam mit den Jugendlichen erfolgreich unterstützt.

**„Stadtteilprojekt ‚Gesundheitsteams vor Ort‘ – eine innovative Finanzierung“**

*Stephan Engel, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz*

Das Projekt „Gesundheitsteams vor Ort“ wurde durch die rheinland-pfälzische Sozial- und Gesundheitsministerin Malu Dreyer im Rahmen ihrer familienunterstützenden Kampagne „Viva Familia“ in Trier-Nord und Mainz-Neustadt initiiert. Das Projekt zielt kurzfristig auf eine Verbesserung des gesundheitlichen Status der Stadtteilbewohnerinnen und -bewohner, mittelfristig auf die Erweiterung der gesundheitlichen Eigenverantwortung und Handlungskompetenz und langfristig auf den Abbau der Hemmschwellen zu den Gesundheitsangeboten außerhalb des Stadtteils. Auf der Basis bestehender Strukturen werden mit den Einrichtungen und Diensten, Kindertagesstätten, Horten, Gemeinwesenarbeit, Jugendarbeit, Familienberatung und Schulen, dem Sozial-, Kultur- und Gesundheitsbereich und den

Zielgruppen, die Aktivitäten entlang der Bedürfnisse der Zielgruppe erarbeitet und angeboten. Das Projekt ist auf den Ebenen Finanzierung und Konzeption innovativ. In der ersten Projektphase beteiligten sich die gesetzlichen Krankenkassen zu 75 Prozent an den Projektkosten, da es sich um eine gezielte Maßnahme der gesundheitlichen Prävention von sozial benachteiligten Personen handelt. Die restlichen 25 Prozent und die Kosten der Koordinierung übernahm das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (MASGFF) als Beitrag zur Entwicklung von innovativen Maßnahmen in der Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten. Für die Weiterführung der GHT ist eine Finanzierung über die Krankenkassen, das Programm „Soziale Stadt“ und das MASGFF vereinbart.

## **SAll11.00 Safe Communities**

### **„Safe Region Brandenburg – Umsetzung auf Landesebene“**

*Gabriele Ellsäßer, Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Zossen*

Hintergrund: Die Safe Communities sind ein internationaler Zusammenschluss von über 200 Städten und Regionen aus aller Welt, die sich zu einer gemeindeorientierten Verletzungsprävention verpflichtet haben. Ziel der Safe Community-Strategie ist es, sichere Lebenswelten vor Ort zu schaffen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt für die Anerkennung als „Safe Community“ die Erfüllung von sechs Indikatoren voraus:

Aufbau einer Infrastruktur, die auf Partnerschaft und Zusammenarbeit basiert.

Durchführung langfristiger und nachhaltiger Programme, die beide Geschlechter sowie alle Altersgruppen umfassen und lebensweltorientiert ausgerichtet sind.

- Durchführung von Programmen für Risikogruppen
- Verletzungsmonitoring
- Evaluation der Aktivitäten
- Teilnahme am internationalen Safe Community Netzwerk

Maßnahmen im Land Brandenburg: Mit der Etablierung des Safe Community-Programms in Brandenburg folgt das Land den Empfehlungen des Europäischen Rates vom Mai 2007, die Prävention von Verletzungen durch koordinierte Aktionspläne zu stärken. Am 11. Dezember 2009 wurde das Land Brandenburg als „Safe Region“ durch die WHO zertifiziert. Das Land Brandenburg ist damit die erste Region in Deutschland, die diese Anerkennung erhält – ein für die regionale Weiterentwicklung der Prävention von Unfällen und Gewalt wichtiger Meilenstein und auch Vorbild für andere Bundesländer oder Kommunen.

Brandenburg erfüllt die sechs Kriterien der WHO: Die Akteure zur Prävention von Verletzungen wirken in einem verbindlichen Kooperationsnetz zusammen. Eine Steuerungsgruppe auf ministerieller Ebene, 5 ressortübergreifende Arbeitsgruppen und die Geschäftsstelle im Landesgesundheitsamt als Bindeglied zwischen Akteuren und Politik, bilden die strukturelle Grundlage. Diese Struktur ist eine wichtige Voraussetzung für ein planvolles und abgestimmtes Vorgehen. Eine systematische Analyse von insgesamt 59 Projekten zur Unfall- und Gewaltprävention zeigt, dass Maßnahmen im Land Brandenburg seit Jahren zielgruppen- und settingbezogen durchgeführt werden und die Kriterien der „safe community“ erfüllen. Schwerpunkte sind u.a. die Verhütung von Unfällen und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen, die Prävention von häuslicher Gewalt sowie die Sicherheit von jungen Verkehrsteilnehmer/innen im Straßenverkehr (insbesondere von Kindern und jungen Autofahrer/innen). Defizite bestehen jedoch in der Vernetzung der einzelnen Projekte, in der Öffentlichkeitsarbeit und in der kommunalen Zusammenarbeit.

Das Landesgesundheitsamt beobachtet das Verletzungsgeschehen anhand eines kontinuierlichen Verletzungsmonitorings. Darüber hinaus wurde am Carl Thiem Klinikum in Cottbus die europäische Injury Data Base (IDB) etabliert, eine standardisierte Erfassung von ambulant und stationär behandelten verletzten Patienten (Verletzungen durch Unfälle, Gewalt und Selbstverletzungen). Die Ergebnisse sind in Brandenburg die Basis für Weiterentwicklung von Maßnahmen in der Unfallprävention von Kindern und Jugendlichen.

Schlussfolgerung: Dass regionale oder gemeindeorientierte Ansätze in der Verletzungsprävention hoch wirksam sind, wird durch internationale Forschungsergebnisse bestätigt. Die regionale Verletzungsprävention steht in Deutschland erst am Anfang. Deshalb wäre es zu begrüßen, wenn das Brandenburger Modell auch in anderen Regionen Schule machen würde.

### **„Safe Community Delmenhorst – Umsetzung auf kommunaler Ebene“**

*Johann Böhm, Klinikum Delmenhorst*

In den Notfallambulanzen beider Delmenhorster Kliniken werden pro Jahr mehr als 3000 Kinder mit Verletzungen behandelt. Diese alltägliche Erfahrung führte zur Frage nach den Ursachen. Im Jahr 1997 begannen wir in der Kinderklinik im Rahmen der Mitarbeit im „Forum Unfallprävention des Dt. Grünen

Kreuzes“ unterstützt durch das Landesgesundheitsamt des Landes Brandenburg (Frau Dr. Ellsäßer) mit der Erfassung und Analyse von Kinderunfällen. Dies wurde unter dem Motto „Daten für Taten“ für 1998 bis 2002 an drei Ambulanzstandorten zum Unfallmonitoring weiterentwickelt. Parallel dazu starteten wir kontinuierlich vielfältige Präventionsmaßnahmen für die gesamte Kommune Delmenhorst, die über einen Ratsbeschluss in die kommunale Verantwortung übernommen wurde. Die Maßnahmen betreffen sowohl aktive wie passive Sicherheit sowie die Verringerung von Gewalt und Vernachlässigung. Diese werden beispielhaft dargestellt. Der Weg bis zur anstehenden Zertifizierung im Rahmen des „safe community networks“ der WHO wird beispielhaft in seinem Prozesscharakter dargestellt und diskutiert.

## Weitere Handlungsfelder der Gesundheitsförderung

### Sucht

---

#### FR116.15 Neuroenhancement – Verbreitung, Chancen und Risiken

##### „Neurodoping im Studium“

*Katrin Lohmann, Burkhard Gusy, Freie Universität Berlin*

Unter „Neurodoping“ oder „Hirndoping“ wird die missbräuchliche Anwendung verschreibungspflichtiger Medikamente zur geistigen Leistungssteigerung verstanden. Seit einiger Zeit wird diesem Thema in den Medien erhebliche Aufmerksamkeit entgegengebracht. Nach verschiedenen Veröffentlichungen aus den USA sind insbesondere die Hochschulen in das Blickfeld geraten, ohne dass bisher Daten aus Deutschland vorliegen.

Im Rahmen einer Online-Studie zu Gesundheit im Studium (GiS) wurde erfragt, welche Medikamentengruppen Studierende wie häufig konsumieren, ob die Medikamente ärztlich verschrieben und welches die Gründe für die Medikamenteneinnahme waren. Neben Fragen zum Medikamentenkonsum wurde die Wahrnehmung und Bewertung der Studienbedingungen, die soziale Situation, die subjektive Gesundheit sowie weitere Daten zum Gesundheitsverhalten erhoben. Es liegen Daten von 1334 Studierenden vor.

Im Monat vor der Befragung haben 68,7 Prozent der Studierenden mindestens ein Medikament aus den fünf vorgegebenen Substanzgruppen eingenommen. 2,6 Prozent der Männer und 0,4 Prozent der Frauen hatten in diesem Zeitraum Medikamente konsumiert, die zum Zweck einer geistigen Leistungssteigerung verwendet werden können. Einem Drittel dieser Personen wurden die Medikamente ärztlich verordnet. Als Gründe für den Konsum dieser Medikamente wurden ADS/ADHS (3 Personen) oder Leistungsdruck/-anforderungen (7 Personen) genannt.

Verglichen mit dem Medikamentenkonsum insgesamt, ist der Konsum verschreibungspflichtiger leistungssteigernder Medikamente sehr gering. Allerdings besteht bei diesem kleinen Teil der Studierenden durchaus die Bereitschaft, die Leistungsfähigkeit im System Hochschule durch Medikamenteneinnahme zu sichern.

##### „Neuroenhancement: Chancen und Risiken“

*Thomas Bär, Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin*

Seit einiger Zeit scheint in den USA der Gebrauch von Psychopharmaka durch Gesunde zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit zuzunehmen. Dabei werden vor allem Methyphenidat, Modafinil oder einige Antidepressiva eingesetzt, um die Wachheit, Konzentrationsfähigkeit oder Stimmungslage zu verändern. Obwohl dies in Deutschland vergleichsweise wenig verbreitet ist, existieren Bestrebungen, die Rezeptpflicht für diese Medikamente zu lockern und den Gebrauch freizugeben. Dabei ist höchst umstritten, ob die Einnahme dieser Substanzen durch „Gesunde“ überhaupt zu den erwünschten Wirkungen führt. Nebenwirkungen werden in dieser Diskussion kaum erwähnt, obwohl sie bekannt sind. Darüber hinaus sind die langfristigen Risiken eines unkontrollierten, weit verbreiteten und andauernden Konsums dieser Substanzen momentan nicht abzuschätzen. Somit fällt die Kosten-Nutzen-Bilanz der meist recht teuren Medikamente eindeutig negativ aus. Was in der Diskussion ebenfalls oft nicht erwähnt wird ist, dass es (kostenlose) Alternativen wie Entspannung oder Kurzschlaf-Pausen gibt, mit denen die sich kognitive Leistungsfähigkeit nach Ermüdung verbessern lässt.

**SAll9.00      Sündenbock oder Held – Ich bin mehr! Perspektiven eröffnen für Kinder aus suchtblasteten Familien**

**„Das einzig Zuverlässige ist die Unzuverlässigkeit – die Not der Kinder verstehen und ihr begegnen“**

*Anke Schmidt, Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin*

Studien belegen, dass deutschlandweit ca. 2,65 Millionen Kinder unter 18 Jahren mit mindestens einem alkoholkranken Elternteil leben. Hinzu kommen Kinder drogenabhängiger Eltern sowie Kinder aus Familien mit stoffungebundenen Süchten oder Medikamentenabhängigkeit. Diese Kinder sind stark gefährdet, selbst süchtig zu werden oder Ängste, Depressionen und andere psychische Störungen auszubilden.

Was sind es für besondere Belastungsfaktoren, die in den Familien wirken und inwiefern wirken diese sich auf das weitere Leben der Kinder aus? Dies sind Fragen, die genauso beantwortet werden wie die nach Möglichkeiten der Intervention. Es ist wichtig, die Aufmerksamkeit für die betroffenen Kinder zu schärfen, typischen Auffälligkeiten Beachtung zu schenken und als (pädagogische) Bezugsperson sensibel und kompetent zu handeln. So kann den Einschränkungen in Lebensqualität und persönlicher Entfaltungsmöglichkeit wirksam begegnet werden.

**„Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) – Leidpfade zur Akzeptanz“**

*Heike Hoff-Emden, Charité-Universitätsmedizin Berlin*

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann das ungeborene Kind, je nach Zeitpunkt, Dauer und Ausmaß der Exposition, schwer schädigen. Die Auswirkungen werden heute unter dem Begriff Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD) zusammengefasst. Dabei handelt es sich um Krankheitsbilder mit den Leitsymptomen Kleinwuchs, kraniofazialen Dysmorphien, Mikrozephalus, unterschiedlich stark ausgeprägten Entwicklungsstörungen und intellektueller Beeinträchtigung sowie einer positiven Anamnese für Alkoholabusus der Kindesmutter in der Schwangerschaft.

Wegen der häufig nur diskreten Dysmorphiezeichen stehen die Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund. Die Eltern und Pflegeeltern (ein hoher Prozentsatz der Kinder ist fremduntergebracht) sind durch den Alltag mit ihren alkoholgeschädigten Kindern oft überfordert. Es gilt deshalb frühzeitig die Diagnose zu stellen, die (Pflege-) Familie zu entlasten und für die Kinder ein realistisches evaluiertes Förderkonzept zu erstellen. Ein unterstützendes Netzwerk durch behandelnde Kinderärzte, Sozialpädiatrische Zentren, Therapeuten und Jugendämter mit speziellen Hilfestellungen für die Bezugspersonen ist notwendig. Ziel des Netzwerks ist es, die ungünstige Prognose und die mehrfache Bestrafung der Kinder durch Hirnschädigung, prä- und postnatale Traumatisierung in den Ursprungsfamilien und die Gefahr erneuter Beziehungsabbrüche wegen der schweren Verhaltensauffälligkeiten zu vermeiden. Die lückenlose Aufnahme alkoholkonsumierender Frauen bzw. später von Mutter und Kind in das o.g. Netzwerk im Sinne eines generationsübergreifenden Projektes ist essentiell.

**SAll11.00      Frauen und Rauchen – wie erreichen wir sozial benachteiligte Frauen?**

*Sibylle Fleitmann, FACT – Frauen aktiv contra Tabak e.V., Dortmund*

*Christina Rustler, Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheits-einrichtungen e.V., Berlin*

Fast die Hälfte der Mädchen und Frauen aus sozial benachteiligten Schichten zwischen 19-39 Jahren rauchen. Höchste Prävalenz wurde bei Alleinerziehenden, Arbeitslosen, und Schwangeren ohne Partner festgestellt. Schwangere Auszubildende, un- und angelernte Arbeiterinnen rauchen mehr als doppelt so häufig wie einfache oder höhere Angestellte.

„Jedes ungeborene Kind, jede Schwangere hat das Recht auf ein rauchfreies Lebensumfeld und das Recht auf jedwede Unterstützung auf dem Weg dahin!“ Dies war die Schlussfolgerung von Expertinnen und Experten, die am 21. November 2009 als konkrete Vorschläge im „Kölner Appell“ erarbeitet wurden. Lücken und Defizite in der Versorgung von Frauen und Mädchen im Bereich Tabakprävention und -behandlung wurden identifiziert und Wege, wie Gesundheits- und Sozialberufe besser eingebunden werden können, diskutiert.

Das Ziel des Workshops ist es, diese Diskussion weiterzuführen und Möglichkeiten auszuloten, um sozial benachteiligte Mädchen und Frauen insbesondere während und nach der Schwangerschaft mit Tabakpräventionsmaßnahmen zu erreichen und auf dem Weg in die Rauchfreiheit zu begleiten. Hierzu wird die Rolle der Familienhebamme besonders beleuchtet und eine Vernetzung im Rahmen der Internetportale [www.frauengesundheitsportal.de](http://www.frauengesundheitsportal.de) und [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) der BZgA diskutiert.

## **„Die Erreichbarkeit von jungen Familien für eine Intervention zur Reduktion der Passivrauchbelastung“**

*Sabina Ulbricht, Universität Greifswald*

Hintergrund: Passivrauch schädigt frühzeitig den kindlichen Organismus. Im Krankenhaussetting durchgeführte Interventionen zur Reduktion der Passivrauchbelastung sind wenig erfolgversprechend, Passivrauchbelastung von Kleinkindern zu reduzieren. In der Literatur finden sich Hinweise auf geeignetere Settings für ein Gesundheitsförderungsangebot, z.B. die häusliche Umgebung. Methode: In einer definierten Region Vorpommerns wurden alle Familien mit einem Kind im Alter zwischen 0 und 4 Jahren zu Hause aufgesucht und befragt (N=3591). Hatte mindestens ein Erwachsener im Haushalt in den letzten 4 Wochen täglich eine Zigarette geraucht, erhielt die Familie das Angebot an einer Interventionsstudie teilzunehmen. Ziel war die Reduktion der Passivrauchbelastung des Kindes.

Ergebnisse: Von 3591 Familien wurden 3313 erfolgreich kontaktiert, 80,4 Prozent gaben Auskunft über gesundheitsrelevantes Verhalten und familiäre Situation. In 1287 Familien rauchte mindestens ein Erwachsener. Ein Anteil von 71,6 Prozent nahm an der Interventionsstudie teil. Die Daten zeigen deutliche Differenzen hinsichtlich Sozioökonomie (Schulbildung, Erwerbstätigkeit) und Tabakkonsum der Bezugsgruppen (Vater, Freunde) zwischen Raucher- und Nichtraucherfamilien.

Diskussion: Familien sind für eine Intervention in der häuslichen Umgebung gut erreichbar. Überraschenderweise wird eine hohe Aufgeschlossenheit auch ohne Anbindung an ein medizinisches Versorgungsangebot erzielt.

## **„Projekt Rauchfrei für werdende und junge Eltern“**

*Joachim Blank, Fachstelle Sucht, Emmendingen*

Wie kann es gelingen, werdende und junge Familien zum Rauchverzicht zu motivieren und zu begleiten? Antworten gibt das dreijährige Projekt des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation gGmbH und des Hebammenverbandes Baden-Württemberg, finanziert durch die Baden-Württemberg Stiftung. Folgende Projektelemente werden vorgestellt und diskutiert:

Hausbesuche: „Wenn Schwangere und junge Eltern nicht zu Nichtraucherkursen kommen, dann kommt das Angebot zu den Schwangeren“ – Wir zeigen die Methoden der Umsetzung, die Zielgruppenerreichung und beschreiben die erreichten Frauen unter Aspekten von Armut und Gesundheit.

Kurzberatung am Wochenbett: „Jetzt ist die richtige Zeit“ – Erfahrungen mit Kurzberatungen am Wochenbett in der Uniklinik Freiburg.

Multiplikatoren-schulung: „Helfer zur motivierenden Ansprache befähigen“ – Schulungen, Workshops und Tagungen für Hebammen, Familienhelfer/innen, Erzieher/innen und Sozialarbeiter/innen

Neue Zugangswege: „Ausprobieren!“ – Erprobung innovativer Zugänge über Gynäkolog/innen und Kinderärzt/innen, mit Antwortpostkarten u. ä..

## **„Umsetzungsstrategien im Internet: Frauengesundheitsportal – Praxisdatenbank Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“**

*Kathrin Balke, ProjektBüroKöln*

*Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln*

Das Frauengesundheitsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist ein Wegweiser zu Informationsquellen im Internet. Es bietet derzeit Informationen zu 23 zentralen Themen der Frauengesundheit, darunter u. a. Rauchen/Tabak, Gesund älter werden oder Herz-Kreislaufkrankungen.

Das Online-Angebot hält Informationen und Angebote sowohl für Interessierte, als auch für Expert/innen oder Multiplikator/innen bereit und wird fortlaufend aktualisiert.

Die BZgA sorgt über ein vielschichtiges Qualitätssicherungssystem dafür, dass über [www.frauengesundheitsportal.de](http://www.frauengesundheitsportal.de) nur solche Recherchelinks angeboten werden, die seriös, wissenschaftlich belegt und qualitativ geprüft sind. Eine Vielzahl von aktuellen Meldungen und Terminen runden das Internetangebot ab.

Über die Internet-Plattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) werden Informationen rund um die Sozillagenbezogene Gesundheitsförderung bereitgestellt. Die integrierte bundesweite Praxisdatenbank bietet u. a die Möglichkeit nach Beispielen guter Praxis der Gesundheitsförderung für Frauen in schwierigen Lebenslagen zu recherchieren.

## Bildung

### FR114.15 Gesundheitskompetenz und Empowerment

#### „Gesundheitskompetenz im Kontext der modernen Informationsgesellschaft“

*Renate Soellner, Universität Hildesheim*

Der Begriff der Gesundheitskompetenz findet in der Politik, im Bildungswesen, der Wissenschaft und in der Öffentlichkeit zunehmend Verwendung. Dem steht jedoch die Tatsache gegenüber, dass bislang kein Konsens darüber besteht welche Fähigkeiten und Fertigkeiten denn Gesundheitskompetenz im Kern konstituieren.

Ziel des Forschungsprojektes war die Entwicklung eines theoretisch fundierten Kompetenzmodells für die Domäne Gesundheit. Auf der Basis bislang vorliegender Forschungsarbeiten sowie einer Expertenbefragung wurden relevante Facetten des Konstrukts der Gesundheitskompetenz identifiziert und ein vorläufiges Kompetenzstrukturmodell erarbeitet. Das theoretische Modell gibt Aufschluss über die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Konstrukts der Gesundheitskompetenz und liefert erste Informationen über die Beziehungen der einzelnen Strukturkomponenten zueinander. Die theoretisch angenommenen Komponenten des Modells konnten in empirischen Untersuchungen an 18-Jährigen bestätigt werden. Bezogen auf physische und psychische Gesundheit konnte in den vorgenommenen Untersuchungen bis zu 30 Prozent der Varianz durch das Modell der Gesundheitskompetenz erklärt werden. Die Validierung des Modells anhand relevanter theoretischer Konstrukte zeigte die erwarteten Beziehungen. Das aus dem Projekt resultierende theoretische Kompetenzstrukturmodell integriert Facetten bestehender Modelle der Gesundheitskompetenz und leistet einen Beitrag zur Klärung des Begriffs.

#### „Gesundheitsbildung bei Kindern und Jugendlichen durch die Gesetzliche Krankenversicherung“

*Jutta Ommer-Hohl, AOK Baden-Württemberg, Stuttgart*

Mit „ScienceKids: Kinder entdecken Gesundheit“ setzen AOK und Ministerium für Kultus, Jugend und Sport in Baden-Württemberg auf eine nachhaltige Gesundheitsförderung in der Primarstufe, um frühzeitig der zunehmenden Problematik von Übergewicht und Bewegungsmangel entgegenzuwirken.

Dieser innovative Ansatz handlungsorientierter Ernährungs- und Bewegungsbildung kann Verhaltensweisen von Kindern verändern und sie in ihren Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und -aufmerksamkeit stärken, so dass sie auch in Zukunft davon profitieren.

Mit der Ernährungs- und Bewegungsbildung bei ScienceKids wird auf eigenständiges „forschendes Lernen“ gesetzt. Die Neugier und Entdeckungsfreude der Kinder vermittelt sinnliche und emotionale Erfahrungen. Die Kinder erfahren und be-greifen am eigenen Körper die Zusammenhänge von Ernährung und Bewegung und entwickeln so Interesse und Spaß an einem gesunden Lebensstil.

Auf diesem Prinzip wurden die Lehr- und Lernmaterialien passgenau auf die Bildungspläne in Baden-Württemberg, von einem interdisziplinären Team der Ernährungs- und Bewegungswissenschaft sowie Pädagogik entwickelt. Die Schirmherrschaft des Kultusministeriums, des Landesinstitut für Schulsport, Schulkunst und Schulmusik (LIS) sowie der Stiftung Sport in der Schule tragen u.a. zum Erfolg des mehrfach ausgezeichneten Projektes bei. Ein spezielles Fortbildungskonzept des Kultusministeriums verankert ScienceKids nachhaltig in den Schulen.

Erfolgreiche Praxisbeispiele zeigen wie „ScienceKids: Kinder entdecken Gesundheit“ nachhaltig und innovativ in den Schulalltag eingeführt werden kann.

ScienceKids wird aktuell für die Sekundarstufe I weiterentwickelt.

[www.sciencekids.de](http://www.sciencekids.de)

### FR116.15 Erwachsenenbildung in allen Lebensphasen – Gesundheitsbildung für ein gesundes Älterwerden

#### „Pro Bildung statt Anti-Aging! Alters- und Altersbilder in der Gesundheitsbildung der Volkshochschulen“

*Anette Borkel, Deutscher Volkshochschul-Verband und Hamburger Volkshochschule*

Das Alter gibt es nicht. Die Vorstellungen vom Älterwerden sind so vielfältig wie die Menschen selbst. Eines aber haben die Menschen ab 60 Jahren gemeinsam: Sie fühlen sich im Durchschnitt etwa 10 Jahre jünger als ihr kalendarisches Alter. In der Erwachsenenbildung wurden spezielle Programme für Ältere lange mit der



Vorstellung von altersbedingten Defiziten verbunden: Langsame Lerner, ohne Leistungsdruck, geringe Medienkompetenz, eher auf der Suche nach Kontakt als themenorientiert, mit Bedürfnis nach Schonraum unter Gleichaltrigen etc.. Heute zeigt sich, dass die Pluralisierung der Lebensstile schlecht zu einer „Sammelzielgruppe Ältere“ passt. Die Schwierigkeiten fangen schon bei der Bezeichnung an: 50plus, Ü 60, Menschen ab 60, Seniorinnen und Senioren, Unter 100. Häufig wird schon von einer direkten Ansprache abgesehen und stattdessen eher mit entsprechenden Zeitfenstern (Vormittagskurse), Themen (Osteoporosegymnastik) oder Lernformen (Yoga im Sitzen) geworben. Neu ist der Trend, auch bei Älteren an das Bedürfnis nach Leistung und Herausforderung zu appellieren. Gibt es außerdem besondere Hinweise, die zu beachten sind, wenn Ältere kultur- und sozialsensibel angesprochen werden sollen?

### **„Gesundheit um die Ecke – Gesundheitsförderung in Kooperation mit Wohnungsbaugenossenschaften“**

*Werner Burkhardt, Hamburger Volkshochschule*

Das Wohnquartier Kaltenbergen im Osten Hamburgs gilt als sozial hoch belastet und bildungsfern. Reguläre Bildungsangebote der VHS oder anderer Bildungsträger werden kaum wahrgenommen. Die Einkommenssituation der Quartiersbewohner/innen könnte dazu beitragen, dass Bildungsangebote zu „normalen“ Kursgebühren nicht in Anspruch genommen werden.

In Kooperation mit dem Sozialmanagement der Wohnungsbaugenossenschaften vor Ort führte die Hamburger Volkshochschule eine Befragung der Bewohner/innen zu ihren Bildungsinteressen durch. Insbesondere Angebote im Bereich Gesundheit und Ernährung wurden gewünscht; überwiegend ältere Menschen 55+ beteiligten sich an der Befragung.

Aufgrund der Rückmeldungen stellte die VHS ein niedrigschwelliges Kursangebot zusammen, das sehr gut nachgefragt wurde und sogar erweitert werden konnte. Zur Zeit findet der dritte Durchlauf statt.

Bezahlbar für die Teilnehmer/innen wird unser Angebot durch die finanzielle Kooperation mit den Wohnungsbaugenossenschaften im Quartier sowie der Förderung durch öffentliche Mittel.

Langfristig kann dieses Vorgehen zu einer weiteren und erhöhten Nachfrage nach Bildungsangeboten führen und somit die Bildungsbeteiligung einer benachteiligten Zielgruppe verbessert werden.

### **„Biographischer Ansatz zum Lernen in allen Lebenslagen“**

*Susanne Nolte, Bremer Volkshochschule*

Das in der Zweigstelle West der Bremer Volkshochschule laufende Projekt „Lebenslauforientiertes Weiterbildungsprogramm“ (im Auftrag der Senatorin für Bildung und Wissenschaft im Rahmen des bundesweiten Programms „Lernen vor Ort“) wird vorgestellt. Es verknüpft biographische Ansätze mit einer lebensphasenorientierten Programmplanung.

Im Laufe eines Lebens wandeln sich mit den Lebenszusammenhängen auch die Entwicklungs- und Lernaufgaben für jeden Menschen. Damit verändern sich nicht nur die Lernanlässe und -ziele, sondern auch die Kontexte, in denen gelernt wird.

Im Projekt werden die strukturierenden Lebensphasen genauer für die Adressaten bestimmt. Dazu wird zum einen die kommunale bzw. regionale demografische Entwicklung analysiert. Weiterhin werden relevante Übergangssituationen innerhalb dieser Phasen identifiziert (z.B. Schule → Berufsausbildung/Studium; Ausbildung → Berufseinstieg; Übergang in die Familienphase; Wiedereinstieg in den Beruf; Vorbereitung des Ruhestandes; bürgerschaftliches Engagement). Schließlich werden die Potenziale unterschiedlicher örtlicher Lernagenturen und Lernunterstützer ermittelt, die zur Stärkung lebensbegleitenden Lernens genutzt werden können.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse und fortlaufender Evaluationen erfolgt die Programmplanung, wobei neben Inhalten und Methoden auch Adressatenansprache und Distribution der Angebote überprüft und ggf. neu ausgerichtet werden.

### **„Qualifizierung für ehrenamtliche Wohnberaterinnen und Wohnberater“**

*Katrin Hodler, Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter, Hannover*

Um das selbstständige Wohnen älterer und körperlich eingeschränkter Menschen in der privaten Wohnung zu unterstützen, ist der Aufbau von wohnortnahen, niedrigschwelligen Beratungsangeboten zur Wohnungsanpassung notwendig. Im Land Niedersachsen wird derzeit versucht, diese Beratungsangebote mit Hilfe ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu etablieren. Angesiedelt und koordiniert von den je Landkreis und kreisfreier Stadt eingerichteten Seniorenservicebüros werden Teams gebildet, in denen möglichst die unterschiedlichen zur Wohnberatung notwendigen Grundqualifikationen vertreten sind (Bautechnik/Architektur, Sozialpädagogik, Altenpflege/Ergotherapie). In einer sechstägigen

Grundlagentraining zur Wohnberatung werden durch das Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter die weiteren notwendigen Kenntnisse vermittelt: Zielgruppen, Krankheitsbilder, Maßnahmen und Finanzierung der Wohnungsanpassung, Wohnalternativen, Beratungskompetenz und Kommunikation sowie Öffentlichkeitsarbeit. Während der Schulungstage wird besonders darauf geachtet, die Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einzubinden und den gegenseitigen Austausch und das Kennenlernen untereinander zu befördern, um die Identifikation der oder des Einzelnen mit dem Thema und der Gruppe zu erhöhen. Im weiteren Verlauf werden die Wohnberatungsaktivitäten der Seniorenservicebüros begleitet und evaluiert.

## Salutogenese

---

### SALL9.00 Die Potenziale der Salutogenese – Zur Erweiterung menschlicher Verwirklichungschancen – Forum I

#### „Projekt Lebensouveränität – Salutogenese und Verwirklichung“

*Rüdiger-Felix Lorenz, Zentrum für Gesundheitsförderung, Hannover*

Das Modell der Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky erörtert positive Entwicklungsbedingungen des Menschen, die ein gesundes und selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Sein Konstrukt zur Beschreibung der Wirkung psychosozialer Faktoren auf die Gesundheit konzipiert er in einer Sicht auf unsere Ressourcen, die uns in die Lage versetzen, mit den individuellen und durch unser Umfeld an uns gerichteten Anforderungen des Lebens situationsadäquat umzugehen.

Im engagierten Bekenntnis tritt Antonovsky für die interdisziplinäre Forschung ein, die vor allem medizinische, psychologische, soziologische und philosophische Fragen der Zukunft miteinander verbindet, um die komplexe Frage der Entstehung von Gesundheit zu ergründen. Der Wirtschaftswissenschaftler und Philosoph Amartya Sen stellt aus mehrdimensional-interdisziplinärer Sicht sein Konzept der Verwirklichungschancen dar, die durch individuelle wie gesellschaftliche Entwicklung mit Hilfe zugesicherter instrumenteller Freiheiten möglich werden. Die Sozialberichterstattung der Bundesregierung nutzt inzwischen das Konzept der Verwirklichungschancen als Orientierungsrahmen.

Es bleibt zu wünschen, dass die Gesundheitspolitik eine konsequente Ausrichtung an beiden Konzepten - dem der Salutogenese und dem der Verwirklichungschancen - erfährt, um eine souveräne Umsetzung engagierter Lebensentwürfe zu ermöglichen und die Ziele, Prinzipien sowie Leitideen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung einzulösen.

#### „Der ‚Capability- Approach‘ auf Gesundheit übertragen – was müsste sich ändern?“

*Burkhard Dresen, Institut für Salutogenese und Ressourcenoptimierung, Ahlen*

Der Capability-Approach (CA) beschreibt, dass Menschen zur Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse, zur Erlangung von Grundfähigkeiten und zur Verwirklichung individueller (Lebens-) Ziele gesellschaftliche Freiheiten benötigen. Ein vom Individuum subjektiv als groß empfundenen Ausmaß tatsächlich verfügbarer Freiheiten (Verwirklichungschancen) bedeutet Reichtum, ein Mangel daran Armut. Und Armut macht bekanntlich krank.

Freiheiten, Grundfähigkeiten und die Erreichbarkeit von Zielen sind auch Voraussetzung für Gesundheit im Sinne der WHO-Definition, einem „umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden“.

Die Sicht, durch einen (finanziell aufwändigen) Ausbau von Verwirklichungschancen gleichzeitig auch Gesundheitsförderung zu betreiben, erscheint in einer auf Krankheitsbehandlung ausgerichteten „Gesundheitswirtschaft“ derzeit wenig konsensfähig. Auch dürfte die Idee, das Ausmaß an Gesundheit aus subjektiver Perspektive unter Einbeziehung der individuellen Präferenzen und Lebensumstände zu bewerten, von einer statistik-, studien- und leitlinienorientierten Medizin kaum akzeptiert werden.

Versteht man Salutogenese als Aufgabe, Menschen unter Einbeziehung ihrer individuellen Besonderheiten und Ressourcen im Aufbau ihrer eigenen Gesundheit zu unterstützen, so wäre eine salutogenetische Ausrichtung des Systems ein Schritt im Sinne des CA, auch wenn die Bedeutung der Verwirklichungschancen für die Gesundheit in unserem „Gesundheitssystem“ noch nicht berücksichtigt wird.

**SAll11.00 Die Potenziale der Salutogenese – Zur Erweiterung menschlicher Verwirklichungschancen – Forum II**

**„Gibt es Kriterien für ‚heilsame Systeme‘?: Salutogene Verwirklichungschancen in sozialen und kulturellen Systemen“**

*Theodor D. Petzold, Zentrum für Salutogenese/Akademie für patientenzentrierte Medizin APAM e.V., Bad Gandersheim*

Zur gesunden Entwicklung brauchen wir außer unseren individuellen Fähigkeiten auch entsprechende äußere Bedingungen, in denen wir sie verwirklichen können. Unser Wissen um potentiell krank machende Faktoren ist gigantisch, wir sehen die Gesundheitsgefahren überall – es erscheint fast ein Wunder, dass überhaupt noch so viele Menschen so gesund sind. Es wird Zeit, dass wir uns nicht mehr vornehmlich nach zu vermeidenden Risiken ausrichten sondern nach positiven Kriterien, die für möglichst viele Menschen Verwirklichungschancen in ihrer Umgebung bieten. Was sollen Systeme, in denen wir leben (Familie, Umwelt, Arbeitsstätte, Gesundheitssystem usw.), erfüllen, damit sie salutogen (d.h. gesundheitsbildend) sind? Welche Bedingungen, Strukturen, attraktive Normen und Werte und Kommunikationsweisen ermöglichen und fördern unser gesundes und kreatives Dasein?

Fragen zur Diskussion:

- Gibt es allgemeine Kriterien für ‚salutogene Systeme‘, z.B. Organisations-/ Kommunikationsstrukturen?
- Wie können salutogene Potentiale verwirklicht werden?
- Was können wir in unseren Tätigkeitsfeldern und Daseinsdimensionen tun, um sie ‚salutogen‘ zu gestalten – Verwirklichungschancen zu erhöhen?

**„Die Entwicklung des Selbstwertes bei Kindern – Chancen und Risiken“**

*Christina Krause, Universität Göttingen*

Das Recht des Kindes „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ wurde von den Vertragsstaaten in der UN-Kinderrechtskonvention anerkannt. Hat tatsächlich jedes Kind die Chance, dieses Recht wahrzunehmen? Welche Voraussetzungen sind dazu notwendig? Diese Fragen sollen mit dem salutogenetischen Blick auf die aktuelle Situation von Kindern in unserem Land diskutiert werden. Das Wissen darüber, was der Mensch braucht, um seine Gesundheit zu erhalten und zu stärken, kann Gesundheitsförderung zielgerichtet und als immanenter Bestandteil von Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen ermöglichen. Das Selbstwertgefühl und das Gefühl von Zugehörigkeit gehören zu den personalen Ressourcen, die entscheidend zum Wohlbefinden beitragen. Ausgehend von den Aussagen Antonovskys zur Entwicklung von Kohärenzsinn wird dargestellt, wie diese Ressourcen entstehen und wie sie gefördert werden können. Am Beispiel von Ergebnissen aus Längsschnittstudien werden die Chancen und Risiken ihrer Entwicklung aufgezeigt, und es werden Möglichkeiten der Umsetzung von Fördermaßnahmen in Bildungsinstitutionen vorgestellt.

## Studium und Beruf

### Gesundheitsberufe

---

**FR114.15 Von der Sozialhygiene zu Public Health**

**„Anfänge der Sozialhygiene in Deutschland und ihre Destruktion im Nationalsozialismus“**

*Philipp Osten, Universität Heidelberg*

Wer die Schriften der bekanntesten Sozialhygieniker der 1920er Jahre sichtet, wird bei ihnen kaum zwei übereinstimmende Definitionen des Faches finden. Das Bemühen, allgemeine Prävention, Rassenhygiene, praktische Eheberatung, Eugenik, Säuglingsfürsorge, Sexualwissenschaft, Krüppelfürsorge, Bekämpfung des Alkoholismus und der Tuberkulose, die Organisation kommunaler Fürsorgestellen und die theoretischen Grundlagen öffentlicher Gesundheitspflege in einem Fach zu vereinen, kennzeichnet den hohen Anspruch, der die Disziplinengese der Sozialhygiene begleitete. So selbstbewusst die Sozialhygiene sich einst konstituierte, so gründlich ist ihr Name heute aus unserem aktuellen Sprachgebrauch getilgt. Der Vortrag schildert die Anfänge, die sich bis in die Zeit der 1848er Revolution zurückverfolgen lassen, und er

beschreibt die Debatten um eugenische und rassenhygienische Standpunkte in Vorfeld des Nationalsozialismus. 1933 wurde das Fach zerschlagen. Und doch lebten einige seiner Inhalte in ihrer Pervertierung durch das NS-Regime fort.

### **„Die Etablierung von Public Health in der Bundesrepublik“**

*Dagmar Ellerbrock, Universität Bielefeld*

„To establish a new-public-health policy“ – dies war eines der erklärten Besatzungsziele der amerikanischen Besatzungsmacht nach Ende des Zweiten Weltkrieges. Was war damit gemeint, wodurch war dieses Ziel motiviert, wie wurde es umgesetzt und vor allem welche gesundheitspolitischen Konsequenzen ergaben sich daraus?

Bedeutete die Etablierung von Public Health in der Bundesrepublik eine Zäsur, war dies ein gesundheitspolitischer Neuanfang oder verbargen sich dahinter altbekannte Inhalte? Dies zu klären, werden deutsche Sozialhygiene und amerikanische Public-Health-Konzepte im Vergleich betrachtet, auf ihre Unterschiede und Gemeinsamkeiten hin befragt und vor allem hinsichtlich der unterschiedlichen Traditionslinien amerikanischer und deutscher Gesundheitspolitik analysiert. Insbesondere geht es darum, die Differenz zwischen öffentlicher Gesundheitspflege deutscher Provenienz und Public-Health-Modellen angelsächsischer Prägung zu verstehen, um einzuschätzen zu können, welche Optionen, Chancen, Probleme und Verluste sich aus der Implementierung von Public Health für die bundesdeutsche Gesundheitspolitik ergaben.

### **„Zwischen Gerechtigkeit und Gesundheitsmaximierung – Ethische Werte und Normen für Public Health im 21. Jahrhundert“**

*Peter Schröder-Bäck, Universität Maastricht, Niederlande*

Public Health wird im Wesentlichen von zwei Werten geleitet: Gesundheitsmaximierung und Gerechtigkeit. Gesundheitsmaximierung bedeutet, dass Public-Health-Unternehmungen darauf abzielen, die aggregierte Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu verbessern. Dies drückt sich beispielsweise in Indikatoren wie durchschnittlicher Lebenserwartungen einer Bevölkerung aus. Vielfach wird deshalb auch angenommen, Public Health sei utilitaristisch – Public Health wolle den Gesamtnutzen einer bzw. für eine Bevölkerung steigern. Als Korrektiv zu dieser dominanten Ansicht wurden in den letzten Jahren die gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb von Populationen in den Blick genommen – also die Frage, wie sich Gesundheit verteilt. Diese Verteilungsfrage verbunden mit der Annahme, dass Verteilung auch Gleichheit (in zu bestimmender Hinsicht) berücksichtigen soll, wird unter dem Begriff Gesundheitsgerechtigkeit diskutiert. Mitunter besteht zwischen beiden Werten – Gerechtigkeit und Gesundheitsmaximierung – ein Zielkonflikt. Diesen auszuloten und die Bedeutung der Werte für Handlungskriterien zu erörtern, ist Aufgabe der Ethik. Die Theorie der Verwirklichungschancen kann als möglicher Lösungsansatz dieses Zielkonfliktes diskutiert werden.

## **SAll9.00 Therapieberufe und Public Health: (Be-)Handlungsperspektiven und Beiträge zur Gesundheitsversorgung**

### **„Public Health als Bezugsrahmen – Interventions- und Forschungsansätze für Therapieberufe“**

*Heidi Panhorst, Hamburger Fern-Hochschule (HFH), Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG)  
Barbara Schurig, Frauenklinik der LMU München, Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG)*

Therapeut/innen leisten einen wichtigen Beitrag zur Förderung der individuellen Potenziale eines Menschen. Sowohl rehabilitative als auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen tragen dazu bei, Menschen darin zu unterstützen, ein Leben nach ihren eigenen Lebensplänen zu führen. Damit diese der therapeutischen Arbeit innewohnenden Potenziale ausschöpfend genutzt werden können, bedarf es eines therapeutischen Blicks, der über das einzelne Individuum hinausreicht und die Verhältnisse, in denen ein Mensch lebt, einbezieht. Dies gilt zum einen für die Gestaltung der Therapie selbst. Darüber hinaus hilft eine bevölkerungsbezogene Perspektive bei der Konzeption von therapeutischen Maßnahmen, vulnerable Bevölkerungsgruppen zu identifizieren und therapeutische Angebote auf eben diese Gruppen zuzuschneiden.

Das Beispiel einer regionalen Bedarfsanalyse zeigt, wie sich bevölkerungsbezogene Daten in die Konzeption therapeutischer Maßnahmen einbeziehen lassen. So können über Indikatoren wie eine geringe Kaufkraft, ein niedriger Bildungsgrad, Migrationshintergrund, die Zahl alleinstehender Mütter oder aber die Zahl der Kinder mit einem sehr geringen Geburtsgewicht Regionen identifiziert werden, in denen Menschen

tendenziell über eher geringe Verwirklichungschancen verfügen. Dies impliziert ein erhöhtes gesundheitliches Risiko und einen erhöhten Bedarf an stadtteilbezogenen Unterstützungssystemen und therapeutischen Maßnahmen.

### **„Schule und Gesundheit – Erfahrungen als Physiotherapeutin in Schulprojekten“**

*Brigitte Böttcher, Physiotherapeuteninitiative zur Gesundheitsförderung in öffentlichen Einrichtungen mit Gemeinschaftscharakter e.V., Dresden*

Sowohl Körperhaltung, -bewegung und -entspannung als auch das Erlernen von achtsamem Sozialverhalten von Kindern im Klassenverband sind wichtige Komponenten für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung. Dies zu fördern sind physiotherapeutische Ziele, die im Rahmen eines im Jahr 2005 eingeführten Projektes umgesetzt werden. Das Projekt „Gesundes Pausenbrot“ wird in Kooperation mit dem Dresdner Gesundheitsamt an rund 60 Grundschulen durchgeführt und richtet sich an Schüler/innen der 2. und 3. Klassen. An einzelnen Projekttagen werden neben den physiotherapeutischen Maßnahmen auch Themen zu gesundem Frühstück, zur Zahngesundheit und zur Lebenskompetenz für die Kinder aufbereitet. Hierbei arbeiten Physiotherapeut/innen, Ernährungsexpert/innen, Lehrer/innen und Zahnärzt/innen Hand in Hand. Neben den positiven Effekten für die Kinder wird in dem Projekt auch deutlich, wie stark Gesundheitsförderung für Schüler/innen und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz für Lehrer/innen zusammenhängen. Dabei hat sich auch gezeigt, dass solche Projekte allen Beteiligten zugute kommen und das Schulklima verbessern können.

### **„Erzählcafé in der Geriatrie“**

*Hanne Zuber, Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg*

Gemeinsam Kaffee zu trinken und Kuchen zu essen ist ein Anlass, sich mit Freunden, Bekannten oder Angehörigen zu treffen, sich auszutauschen, zu erzählen oder zu feiern – ein selbst gebackener Kuchen ist dabei die Krönung. Was ist aber, wenn man alt ist, im Rollstuhl sitzt, von Lähmungen oder einem eingeschränkten Sichtfeld betroffen ist? Vielleicht traut man sich gar nicht, mit solchen Einschränkungen am sozialen Leben teilzunehmen und macht sich Gedanken darüber, was wohl andere Menschen über die Beeinträchtigungen denken. Bedeutet ein Schlaganfall also soziale Isolation?

Die Ergotherapeutinnen des Agaplesion Bethanien Krankenhauses in Heidelberg, einem Geriatriischen Zentrum, bieten mit dem „Erzählcafé“ ein Konzept der Teilhabe an: Ein Stück normaler Alltag wird behutsam schon im Krankenhaus und in der geriatrischen Rehabilitation erprobt. Das „Erzählcafé“ wird von Patientinnen und Patienten vorbereitet und gestaltet. Sie haben zwar viele körperliche Beeinträchtigungen, bringen aber auch einen großen Fundus an Fähigkeiten und Erfahrungswissen mit. Daran knüpfen die Ergotherapeutinnen an. Sie gestalten den therapeutischen Rahmen so, dass jeder etwas beitragen kann: Die einen belegen den Kuchen, die anderen decken den Tisch, wieder andere kommen zu Besuch. Jede einzelne Tätigkeit ist wichtig für das Gelingen des gesamten Projektes. Gleichzeitig sind die Alltagstätigkeiten ein Medium, das für vielfältige Therapieziele genutzt werden kann. Das „Erzählcafé“ ist eine Chance, Krankheit zu überwinden und neue Formen der Alltagsbewältigung ins Leben alter Menschen zu integrieren – jeden Freitagnachmittag.

## Studierendenforum

---

### FR11.30 „BA Public Health – was nun?“ Workshop zum Thema Bachelorausbildung in Public Health/Gesundheitswissenschaften und korrespondierenden Studiengängen

#### **„Ergebnisse zum Berufsverbleib von Absolvent/innen im Studienbereich Gesundheitsförderung und -management der Hochschule Magdeburg-Stendal“**

*Kerstin Baumgarten, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg*

Zur Weiterentwicklung von gesundheitsbezogenen Studiengängen sind Absolventenstudien zum beruflichen Verbleib der Studierenden von zentraler Bedeutung.

Studierende des konsekutiven Masterstudiengangs „Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung“ befragten im Rahmen eines Lehrforschungsprojektes die ersten Absolvent/innen des Bachelorstudiengangs „Gesundheitsförderung und -management“ der Hochschule Magdeburg-Stendal. Im Mittelpunkt der Untersuchung standen Fragen zur Berufseinmündung, der Weiterqualifizierung im Rahmen von Masterstudiengängen und eine rückblickende Einschätzung des Studiums.

Im Rahmen des Beitrages werden diese Ergebnisse mit den Resultaten der Magdeburger Studien im Diplomkontext verglichen.

Die Ergebnisse der Studie zum Absolventenverbleib in den Diplom-Studiengängen verweisen auf eine erfolgreiche Berufseinmündung der Diplom-Gesundheitswirt/innen. Die Befragung der ersten Bachelorabsolvent/innen zeigt, dass 64 Prozent der Befragten nach Studienabschluss einen Masterstudiengang aufgenommen haben und 33 Prozent direkt nach dem Bachelorabschluss eine Anstellung gefunden haben. Von den Befragten mit direkter Berufseinmündung geben 72 Prozent an, dass sie keine Schwierigkeiten bei der Stellensuche hatten. Ein Vergleich der Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Studien bestätigt generelle Entwicklungstendenzen auf dem Arbeitsmarkt wie z.B. die Zunahme befristeter Stellen und die Reduzierung der Einkommen.

#### **„Was kommt nach dem BA in Public Health? Ergebnisse der Absolvent/innen-Befragung des Bachelorstudiengangs Public Health der Uni Bremen“**

*Frauke Koppelin, Universität Bremen*

Anhand der aktuellen Absolvent/innen-Befragung 2010 des BA-Studiengangs Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, werden die Perspektiven der Berufseinmündung dargestellt. Die aktuelle Befragung bezieht sich auf die Abschlussjahrgänge 2008 und 2009.

### FR14.15 Gesundheitsfördernde Hochschule – Erfolgsfaktoren im Setting Hochschule

#### **„alice gesund?! Analysen, Ergebnisse und gemeinsame Prozesse für gesundheitsgerechteres Studieren und Arbeiten“**

*Theda Borde, Alice Salomon Hochschule, Berlin*

Unter Mitwirkung aller Statusgruppen der Hochschule wurden in einem zweijährigen Prozess wichtige Schritte für die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Alice Salomon Hochschule Berlin unternommen. Das Projekt wurde von der Techniker Krankenkasse gefördert und vom Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften (ZAGG) begleitet. Auftakt bildete ein Hochschultag dem dann Studierenden- und Mitarbeiter/innenbefragungen sowie Workshops folgten, um Ressourcen und Belastungen im Studien- und Arbeitsalltag an der Hochschule und in den Arbeitsfeldern der Absolventen/innen der ASH zu identifizieren und auf dieser Grundlage Ziele und Maßnahmen zu entwickeln. Studierende wurden u.a. im Rahmen von Studien- und Abschlussarbeiten an den Analysen und an der Konzeption und Einleitung von Maßnahmen für die gesundheitsgerechtere Gestaltung der Hochschule beteiligt. Erste Schritte in diesem auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Prozess wurden bereits umgesetzt und werden im Weiteren evaluiert und weiter entwickelt. Wie Prozesse der Gesundheitsförderung an der Hochschule partizipativ gestaltet werden können, soll diskutiert werden.

## **„Erfolgsfaktoren auf dem Weg zur Gesunden Hochschule: Ergebnisse der Studie AnSPORn und Präsentation des Praxishandbuchs ‚Gesunde Lebenswelt Hochschule‘ “**

*Claudia Seibold, Universität Bayreuth*

Immer mehr Hochschulen widmen sich der Umsetzung von Gesundheitsförderung. Die Implementierung von Gesundheitsförderung gelingt an einigen Hochschulen jedoch erfolgreicher als an anderen. Ziel der Studie AnSPORn, die in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse durchgeführt wurde, war es daher, Erfolgsfaktoren hierfür zu identifizieren. Hierzu wurden Fallstudien an sechs deutschen Universitäten durchgeführt. Im Rahmen dieser erfolgten 34 semistandardisierte Interviews (3-9 pro Hochschule) sowie die qualitative Inhaltsanalyse 116 vorhandener Dokumente (4-29 pro Hochschule). Die Auswertung brachte 14 Erfolgsfaktoren zu Tage. Dazu gehörte v.a. die Unterstützung durch die Hochschulleitung. Zudem war die Gründung eines Gremiums aus relevanten Schlüsselakteuren der Hochschule essentiell. Um Beschäftigte und Studierende zu erreichen, war eine Mischung aus kurz- und langfristigen sowie strukturellen und direkt für die Beschäftigten und Studierenden erlebbaren Interventionen essentiell.

Die Studie zeigte damit, dass die Etablierung von Gesundheitsförderung zwar mit großem Aufwand einhergeht, u.a. mit der Überzeugung der Hochschulleitung, von Führungskräften und Schlüsselakteuren der Hochschule. Gleichzeitig brachte sie jedoch zahlreiche praktische Handlungsempfehlungen hervor, wie dieser Prozess erfolgreich gelingen kann. Um dieses Wissen möglichst vielen Akteuren zugänglich zu machen, wurden die Empfehlungen im Praxishandbuch „Gesunde Lebenswelt Hochschule“ zusammengefasst.

### **FR116.15 Welche Erwartungen haben zukünftige Arbeitgeber/innen an Absolvent/innen von gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen**

*Beate Blättner, Hochschule Fulda*

*Monika Hey, Berlin School of Public Health an der Charité*

Kompetenzorientierte Fachqualifikationsrahmen definieren zentrale Kompetenzbereiche für gesundheitswissenschaftliche Studiengänge, um Qualität in der Lehre zu gewährleisten. Sind diese kompatibel mit den Erwartungen, die potenzielle Arbeitgeber/innen an Absolvent/innen gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge haben? In dieser Veranstaltung stellen Vertreter/innen aus unterschiedlichen Bereichen (universitäre/außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, Standesvertretungen, freie Trägerschaften, Unternehmen etc.) ihre Erwartungen, Anforderungen und Erfahrungen vor. Eingeladen sind u. a. Mitarbeiter/innen vom RKI, Bundesinstitut für Risikobewertung, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Bayer-Schering, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Familienplanungszentrum, Deutsche AIDS Hilfe. Gemeinsam sollen die Erwartungen mit Vertreter/innen aus den gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen, den Mitgliedern der Kommission Lehre der DGPH und den Studierenden gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge diskutiert werden.

### **„Erwartungen aus Sicht der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft“**

*Gisela Schott, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Berlin*

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist als wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer ein unabhängiges Gremium der deutschen Ärzteschaft. Sie informiert die Ärzteschaft vielfältig und aktuell über rationale Arzneimitteltherapie und Arzneimitteltherapiesicherheit. Ihre „Therapieempfehlungen“ bieten pharmakotherapeutische Problemlösungen auf der Basis validierter und klinisch relevanter Forschungsergebnisse. Informationen zu Arzneimitteln werden in der Reihe „Neue Arzneimittel“ und „Wirkstoff aktuell“ gegeben. Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen, die der AkdÄ gemäß ärztlicher Berufsordnung mitgeteilt werden müssen, werden ausgewertet und veröffentlicht. Sie veranstaltet ärztliche Fortbildungsveranstaltungen bzw. wirkt an ihnen mit.

Aus den Aufgaben der AkdÄ ergeben sich die Erwartungen, die sie an Absolventen/innen gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge stellt. Erforderlich sind Kenntnisse der Prinzipien und Methoden evidenzbasierter Medizin. Die Bedeutung von Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit sollte bekannt sein. Darüber hinaus wird ein Verständnis für die wirtschaftlichen Aspekte der Arzneimitteltherapie (Pharmakoökonomie) und die Auswirkungen von Arzneimitteln bei der Bevölkerung, vor allem im Hinblick auf deren Sicherheit (Pharmakoepidemiologie), erwartet. Vorausgesetzt werden darüber hinaus Kenntnisse der Strukturen im deutschen Gesundheitssystem. Wesentlich ist ferner die Fähigkeit, Sachverhalte kompakt darzustellen und verständlich zu kommunizieren.

## **„Erwartungen aus Sicht des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR)“**

*Axel Hahn, Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Berlin*

Das BfR wurde im November 2002 errichtet, um den gesundheitlichen Verbraucherschutz zu stärken. Es ist eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung der Bundesrepublik Deutschland, die Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Lebens- und Futtermittelsicherheit sowie zur Sicherheit von Stoffen und Produkten erarbeitet. Es ist ein Nachfolgeinstitut des Bundesgesundheitsamtes (BGA) und gehört zum Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV). Die Aufgaben umfassen die Bewertung bestehender und das Aufspüren neuer gesundheitlicher Risiken, die Erarbeitung von Empfehlungen zur Risikobegrenzung und die Kommunikation dieses Prozesses. Die Ergebnisse der Arbeit bilden die Basis für die wissenschaftliche Beratung der beteiligten Bundesministerien sowie anderer Behörden, beispielsweise des Bundesamtes für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). In seinen Bewertungen und Empfehlungen ist das BfR frei von wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Interessen und gestaltet sie nachvollziehbar für den Bürger. Ein wissenschaftlicher Beirat sowie mehrere Expertenkommissionen unterstützen das BfR bei seiner Arbeit. Die Bewertungen des BfR werden transparent und nachvollziehbar über die Homepage dargestellt. Erwartungen des BfR an Wissenschaftler der Gesundheitswissenschaften werden aufgezeigt.

## **SAllg.oo Gesundheitswissenschaften studieren in Berlin – Die AG „gesundheitsstudiengänge-berlin“ stellt gesundheitswissenschaftliche Studiengänge vor**

*Nina Adelberger, Monika Hey, MPH, Brigitte Michel, Berlin School of Public Health an der Charité*

Die Arbeitsgemeinschaft „gesundheitsstudiengänge-berlin“ wurde im Jahr 2003 gegründet. Ziele sind, die in Berlin ansässigen gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge miteinander zu vernetzen und das Angebot an gesundheitswissenschaftlichen Studienmöglichkeiten in Berlin für Interessentinnen und Interessenten transparenter zu gestalten. Derzeit kooperieren 18 gesundheitswissenschaftliche teils grundständige, teils weiterbildende Studiengänge in der Arbeitsgemeinschaft. Die unterschiedlichen Studiengänge sprechen unterschiedliche Zielgruppen an und haben unterschiedliche Zulassungsvoraussetzungen. In einer Einführung werden diese erläutert. Im Anschluss haben Interessent/innen Gelegenheit sich direkt über Ziele, Inhalte, Aufbau und Struktur bei den Studienleiter/innen und Koordinator/innen in einer Postervorstellung über die Studiengänge zu informieren.

## **„Weiterbildender Masterstudiengang Consumer Health Care an der Charité“**

*Ulrike Hiemer, Editha Räuscher, Marion Schaefer, Charité-Universitätsmedizin, Berlin*

Der weiterbildende Masterstudiengang Consumer Health Care startete im März 2001 an der Humboldt-Universität Berlin. Im Juli 2004 erfolgte die Akkreditierung, im August 2009 die Reakkreditierung für weitere sieben Jahre. Das Weiterbildungsstudium befasst sich mit den Bedürfnissen der Verbraucher von Gesundheitsprodukten, insbesondere von Arzneimitteln, und untersucht die Entwicklung von Gesundheitsmärkten und deren Wandlungsprozesse unter rechtlichen, pharmakoepidemiologischen und gesundheitsökonomischen Aspekten. Es richtet sich an Mitarbeiter der pharmazeutischen Industrie, Krankenkassen, Consulting-Unternehmen und Verbände sowie an Berufsanfänger, vorzugsweise an Absolventen eines Studiums der Medizin oder Pharmazie oder anderer Consumer Health Care relevanter Studienfächer, wie z. B. Wirtschafts-, Rechts-, Ernährungs-, Gesundheits- oder Pflegewissenschaften, Biologie, Chemie, Soziologie, Psychologie, Sozialpädagogik u. ä.. Ziel des Studiums ist der Erwerb und die Weiterentwicklung von Kenntnissen und Fertigkeiten, die bei einer Tätigkeit im Bereich Consumer Health Care erforderlich sind, wobei auf ein fächer- und sektorübergreifendes Denken besonderer Wert gelegt wird. Weiterhin soll das Ergänzungsstudium eine Plattform für die Konsensfindung zwischen allen Partnern bilden, die an der gesundheitlichen Betreuung teilnehmen. Didaktisch steht eine integrative Wissensvermittlung im Vordergrund, die das jeweilige grundständige Studium der Teilnehmer ergänzt. Die Absolvent/innen erwerben eine zusätzliche Qualifikation und sind damit für leitende Aufgaben besonders geeignet.

Inhalte und Aufbau des Studiengangs:

Modul 1: Rechtliche Grundlagen, Zielgruppen und Partner im Bereich Consumer Health Care

Modul 2: Klinische Pharmakologie, Biostatistik und Selbstmedikation

Modul 3: Pharmakoepidemiologie, Pharmakoökonomie und Kommunikation

Modul 4: Qualitätssicherung und Gesundheitsmanagement

Modul 5: Gesundheitssysteme, Ethik und Telekommunikation



Wahlmodul: Methodische Grundlagen und Basiswissen der Pharmakovigilanz

Wahlmodul: Methodische Grundlagen der Pharmakoepidemiologie und Risikomanagement

Das Studium setzt sich aus fünf vierzehntägigen Präsenzmodulen zusammen. Die Veranstaltungen finden dreimal pro Jahr statt. Die Studiendauer beträgt 4 Semester und gliedert sich in ein dreisemestriges Fachstudium und ein Semester für die Masterarbeit. Die Teilnahme an den Modulen kann entsprechend der individuellen Situation flexibel gestaltet werden. Für die erfolgreiche Teilnahme (bestandene Klausuren sowie zwei akzeptierte Projektarbeiten) wird ein Zertifikat vergeben. Für Teilnehmer, die darüber hinaus den Mastertitel anstreben, ist eine schriftliche Abschlussarbeit (Masterarbeit) vorzulegen und in einer mündlichen Prüfung öffentlich zu verteidigen. Das gesamte Studium entspricht 60 Leistungspunkten (ECTS). Immatrikuliert wird einmal pro Jahr zum Sommersemester. Studienbeginn ist jeweils im März. Bewerbungstermin für den jeweils nächsten Studiengang ist spätestens der 15. Januar eines Jahres.

Kontakt: [www.consumer-health-care.de](http://www.consumer-health-care.de) bzw. [marion.schaefer@charite.de](mailto:marion.schaefer@charite.de)

### **„Weiterbildender Masterstudiengang Public Health – Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung an der FU Berlin“**

*Burkhard Gusy, D. Kleiber, Freie Universität Berlin*

Im Rahmen des Beitrags wird das an der Freien Universität Berlin angebotene postgraduale Studienangebot: „Public Health: Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“ vorgestellt. Das Studium (120 ECTS) wendet sich an Absolvent/innen einschlägiger berufsqualifizierender Hochschulstudiengänge (Bachelor, Master, Diplom) und vertieft psychosoziale Fragen von Public Health, darauf bezogene Interventionsstrategien und Ansätze zur Mental Health Promotion.

Über drei Semester werden Veranstaltungen in sechs Modulbereichen angeboten: Disziplinäre Grundlagen von Public Health, psychosoziale Gesundheitsförderung und Prävention, Epidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung, Methoden in Public Health, Kommunikation wissenschaftlicher Ergebnisse sowie einem Wahlmodul. Im vierten Semester wird die Masterarbeit verfasst, begleitet durch ein Colloquium. Der nächste Durchgang startet am 15/10/2012, die Studiengebühren liegen aktuell bei 1.200 Euro pro Semester zzgl. der FU Semestergebühren (ca. 220 Euro).

Die mit dem Studium verbundenen Karriereoptionen werden auf der Grundlage einer aktuellen Absolvent/innenbefragung (2009) beschrieben.

### **„Master of Science in International Health‘ an der Charité“**

*Amanguli Yasheng, Charité-Universitätsmedizin Berlin*

Der einjährige Studiengang International Health der Charité-Universitätsmedizin Berlin wird seit 1999 am Institut für Tropenmedizin und International Health (ITMIH), Charité-Universitätsmedizin Berlin durchgeführt. Er ist eingebunden in das tropEd Netzwerk (Network for Education in International Health, [www.troped.org](http://www.troped.org)). Wesentliche Charakteristika sind die internationale Mobilität von Studierenden und Lehrenden, der interdisziplinäre Erfahrungsaustausch und die Qualitätssicherung der Lehre durch das tropEd Konsortium. Das Studium kann auch im Teilzeitmodus innerhalb von vier Jahren absolviert werden. Die Studierenden bereiten sich auf Führungsaufgaben im Bereich International Health vor und machen sich während des Studiums an mehreren internationalen Hochschulen mit den verschiedenen Aspekten des Faches vertraut.

Nach erfolgreichem Abschluss des Grundstudiums (20 ECTS) am ITMIH können die Studierenden weiterführende Kurse und Module (20 ECTS) am ITMIH und bei tropEd Partnern belegen. Die Studienzeiten an Partnerinstitutionen werden nach ECTS (European Credit Transfer System) -Richtlinien anerkannt. Die Studierenden verfassen eine Abschlussarbeit (20 ECTS) und legen ein Thesis-Kolloquium ab. Die Lehre wird ausschließlich auf Englisch abgehalten. Vor oder während des Studiums müssen die Studenten relevante Berufserfahrung in einem Schwellen- oder Entwicklungsland erwerben. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite <http://internationalhealth.charite.de/>.

### „Engagement bei Studierenden“

*Burkhard Gusy, Katrin Lohmann, Freie Universität Berlin*

Auf dem Weg zu einer „gesunden“ Hochschule ist eine zentrale Frage, wie die Gesundheit Studierender im Studium verbessert werden kann. Da Gesundheit und Engagement stark verwoben sind, geht dieser Beitrag der Frage nach, welche Bedingungen an Hochschulen studentisches Engagement fördern.

2.413 Studierende der Freien Universität Berlin wurden zu ihren Studienbedingungen und ihrem Engagement im Studium (UWES-SS) befragt. Die Studienteilnehmer/innen waren durchschnittlich 24 Jahre alt, überwiegend weiblich (68 Prozent) und zu 66 Prozent in Bachelor- bzw. Masterstudiengängen eingeschrieben.

Die Studienbedingungen wurden mit einem in Analogie zur Arbeitswelt entwickelten Instrument erfasst. Dieses Instrument enthält Skalen zum Zeit- und Handlungsspielraum, zu Anforderungen im Studium, zur Mitarbeit in Veranstaltungen, zur sozialen Unterstützung durch Lehrende und Studierende, zum Qualifikationspotenzial sowie zur Vereinbarkeit zwischen Studium und Privatleben. Die psychometrischen Qualitäten dieser Skalen sind zufriedenstellend. Quantitative Aspekte des Studiums wurden über den Zeitaufwand für den Veranstaltungsbesuch und das Selbststudium sowie eine studienbegleitende Erwerbstätigkeit erfasst.

Vorgestellt werden Analysen, in denen der Einfluss qualitativer und quantitativer Aspekte des Studiums auf das Engagement Studierender geprüft wird.

Die Analysen belegen, dass es durchaus an und von den Hochschulen gestaltbare Merkmale des Studiums gibt, die das studentische Engagement begünstigen. Diese Möglichkeiten sollten zukünftig stärker genutzt werden.

### „Sport als gesundheitsfördernde Ressource im Setting der Hochschule – institutionelle Rahmenbedingungen und empirische Befunde zum Sportverhalten von Studierenden“

*Arne Göring, Daniel Möllenbeck, Universität Göttingen*

Sportliche Aktivitäten besitzen in Konzepten der Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert. Positive Effekte regelmäßiger sportlicher Aktivität konnten auf verschiedenen Ebenen empirisch belegt werden (im Überblick Bös & Brehm 2006, Fuchs 2003, Haskell et al. 2007, Knoll & Woll 2000). Allerdings finden sich nur wenige Ansätze, die das Sportverhalten von Bevölkerungsgruppen im institutionellen Kontext untersuchen und im Sinne einer systemischen Sportberichterstattung für konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung aufbereiten (z.B. Rolfsmeier 2003). Insbesondere über die sportlichen Aktivitäten von Studierenden liegen im deutschsprachigen Raum derzeit kaum empirische Ergebnisse vor. Vor dem Hintergrund des institutionellen Wandels im Hochschulsystem in den letzten zehn Jahre, wird gefragt, welche sportlichen Aktivitäten Studierende in Deutschland betreiben und welche institutionellen Rahmenbedingungen (Fächerkulturen, Hochschularten, Studiengänge etc.) das Sporttreiben begünstigen bzw. einschränken.

Die im Rahmen einer für Deutschland repräsentativen Untersuchung zum Sporttreiben von Studierenden erhobenen Daten (N=8640) wurden mit qualitativen problemzentrierten Interviews (N=20) trianguliert und mit dem Datensatz einer salutogenetischen Untersuchung zu den gesundheitsfördernden Effekten des Sporttreibens von Studierenden korreliert (N=4233). Die Ergebnisse zeigen nicht nur positive Korrelationen zwischen der Intensität und der Regelmäßigkeit der Ausübung sportlicher Aktivität und verschiedenen gesundheitsrelevanten Ressourcen, es zeigen sich auch signifikante Unterschiede der studentischen Sportaktivitäten im Bezug auf ungleiche institutionelle Rahmenbedingungen (u.a. die Hochschulart, die Fachzugehörigkeit). Es wird zudem deutlich, dass die Studierenden gesundheitsförderliches Verhalten (wie z.B. Sporttreiben) – angesichts eines stark verschulden Studienalltags – bisweilen nur schwer in den Studienalltag integrieren können.

Sport und Bewegung repräsentieren eine relevante gesundheitsfördernde Struktur an Hochschulen. Vor dem Hintergrund des institutionellen Wandels im Hochschulwesen können die Ergebnisse als Basis einer weiterführenden Gesundheitsberichterstattung im Hochschulsystem Verwendung finden und Maßnahmen zur gezielten Gesundheitsförderung von Studierenden einleiten.

Weiterführende Literatur:

Bös K., Brehm W. (Hrsg) (2006): Handbuch Gesundheitssport. Hofmann, Schorndorf.

Fuchs R. (2003): Sport, Gesundheit und Public Health. Hogrefe, Göttingen.

Haskell W.L., Lee I.-M., Pate R.P., Powell K.E., Blair S.N., Franklin B.A., Macera C.A., Heath G.W., Thompson P.D., Bauman A. (2007). Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. In: *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39 (8), 1423-1434.

Knoll M., Woll A. (Hrsg) (2000): Sport und Gesundheit in der Lebensspanne. Czwalina, Hamburg.  
Rolfmeier, Andrea (2004): Gesundheitsförderung durch Sport an einer Hochschule, Sportforum  
Band 11, Aachen.

### **„Studium heute: Gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Eine Lebensstilanalyse“**

*Sandra Bischof, Hans Peter Brandl-Bredenbeck, Astrid Kämpfe, Carolin Köster, Universität Paderborn*

Mit der Aufnahme eines Studiums beginnt für viele junge Menschen in der Regel ein neuer Lebensabschnitt: Der Auszug aus dem Elternhaus, zahlreiche neue soziale Kontakte sowie die Erfordernis eigenverantwortlichen Arbeitens sind nur einige der Aspekte, mit denen sich Studierende vor allem zu Studienbeginn auseinandersetzen müssen. Damit muss der Übergang von der Schule zur Universität als kritisches Lebensereignis bezeichnet werden, was neben neuen Chancen auch zahlreiche Risiken bergen kann. Vor allem im Zuge der veränderten Rahmenbedingungen und neu konzipierten Studiengänge scheinen Studierende mit weiter zunehmenden Belastungen konfrontiert zu werden. Diese altbekannten und neu hinzu gekommenen Herausforderungen wirken sich auch auf die physische und psychische Gesundheit Studierender aus (vgl. Krämer et al., 2007; Holm-Hadulla et al., 2009). Trotzdem entwickelt sich das Verständnis, dass Gesundheitsförderung auch bereits für diese junge Bevölkerungsgruppe bedeutsam ist, erst langsam.

Mit dem Ziel, die Lebensstile von Studierenden unter gesundheitlichen Gesichtspunkten clusteranalytisch zu analysieren und auf Basis der erhobenen Daten zielgruppenspezifische Unterstützungsmaßnahmen im universitären Umfeld zu implementieren, wird aktuell in einem ersten Schritt eine Online-Befragung der Paderborner Studierenden durchgeführt. Die Merkmalsstichprobe umfasst neben soziodemographischen Daten die lebensstilrelevanten Themenkomplexe Gesundheitsförderung, Gesundheitszustand, körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten, Mediennutzung, Substanzkonsum, psychosoziale Ressourcen, Schlafverhalten, Belastungsempfinden sowie Stressverarbeitung. Ferner wird mit Hilfe einer retrospektiven Szenariotechnik untersucht, inwiefern sich bestimmte Lebensstilbereiche vom Ende der Schulzeit über den Beginn des Studiums bis hin zur Endphase des Studiums verändern. Diesen Datensatz ergänzend sowie zur Analyse standortspezifischer und standortübergreifender Aspekte wird zusätzlich eine Vergleichsstichprobe der TU Braunschweig mit dem gleichen Erhebungsinstrument befragt.

Erste quantitative Ergebnisse werden im Rahmen des Vortrags präsentiert und zur Diskussion gestellt.

## Moderierte Posterpräsentation

**FR113.00**      **Posterpräsentation**

### **„Selbst eingeschätzte Gesundheit in sozial benachteiligten Stadtteilen in Dänemark“**

*Inga Bacher, Universität Flensburg*

Diese Studie zielt darauf ab, Zusammenhänge zwischen selbst eingeschätzter Gesundheit und einer Reihe von Faktoren in zwei sozial benachteiligten Nachbarschaften in Dänemark zu erschließen. Da selbst eingeschätzte Gesundheit sich als reliabler und valider Indikator von allgemeiner Gesundheit sowie vorzeitigem Tod bewiesen hat, stellt selbst eingeschätzte Gesundheit die zentrale Variable dieser Studie dar. In dieser These wurde eine Sekundäranalyse von strukturierten Interviews (N=1160 und N=404) in den zwei sozial benachteiligten dänischen Nachbarschaften durchgeführt. Diese Interviews betrafen demografische, sozioökonomische, psychologische, soziale und krankheitsbezogene Faktoren, sowie Risikofaktoren und Faktoren, die die sozialen Netzwerke in der Nachbarschaft betreffen. Es stellte sich heraus, dass die Bewohner der sozial benachteiligten Nachbarschaften, im Vergleich zu den Bewohnern von ganz Dänemark, ihre Gesundheit wesentlich schlechter einschätzten. Es wurde eine multiple adjustierte logistische Regressionsanalyse durchgeführt, korrigiert für Geschlecht, Alter, Familienstand, Ethnizität und Bildung. Die abhängige Variable, selbst eingeschätzte Gesundheit, diente dabei als Zielvariable, dichotomisiert in sehr gute und gute selbst eingeschätzte Gesundheit, sowie mittelmäßige, schlechte und sehr schlechte selbst eingeschätzte Gesundheit. In beiden Stichproben stellten sich signifikante Zusammenhänge zwischen den folgenden Variablen und selbst eingeschätzter Gesundheit heraus: Alter, beruflicher Status, Beruf, Bildung, ökonomische Situation, ökonomische Deprivation, Krankenstand, Einsamkeit, Stress, generelle physische Aktivität, Schmerz und Unbehagen in den letzten 14 Tagen, sowie langfristige Krankheit. Auf Basis dieser Ergebnisse wurden Vorschläge für Gemeindeinterventionen entwickelt, mit dem Ziel, gesundheitliche Ungleichheiten in den sozial benachteiligten Nachbarschaften zu reduzieren. Es stellte sich heraus, dass besonders Menschen mit niedrigerem sozialökonomischem Status, höherem Alter sowie einsame und kranke Menschen, durch Gemeindeinterventionen erreicht werden

sollten. Des Weiteren sollten Ziele von Interventionen die Reduktion von Stress, das Steigern physischer Aktivität, sowie schließlich das Bilden von sozialem Kapital beinhalten.

### **„Vorstellung der kindheitswissenschaftlich geprägten Netzwerkarbeit“**

*Susanne Borkowski, Anja Funke, KinderStärken e.V., Hochschule Magdeburg-Stendal*

Im Landkreis Stendal entsteht derzeit ein „Lokales Netzwerk Kinderschutz“ mit dem Ziel, dafür zu sorgen, dass soziale und gesundheitliche Hilfen und Leistungen für Schwangere, Kinder, Mütter und Väter bedarfsgerecht und frühzeitig angeboten werden können. Durch die Unterteilung in altersgruppenspezifische Kompetenzfelder kann es gelingen, zielgerichtete und zielgruppenorientierte Arbeitsschwerpunkte zu setzen.

KinderStärken e.V. ist maßgeblich am Aufbau des Kompetenzfeldes Frühe Hilfen beteiligt.

Gemeinsam mit dem Jugendamt des Landkreises Stendal fand am 16.06.2010 die „Initiierung des lokalen Netzwerkes ‚Kinderschutz‘ im Landkreis Stendal“ statt. Ziel der Veranstaltung war neben der Gründung des Netzwerkes die Erhebung der Ideen, Fragen und Anregungen der Akteure, um darauf die spätere Netzwerkarbeit aufbauen zu können. Diese Form der Vernetzung ermöglicht erstmals einen engen Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen, Diensten, Einrichtungen und Behörden. Gemeinsam begeben sich die Netzwerkpartner auf die Suche nach neuen Wegen, sozial benachteiligte Kinder und Familien zu erreichen. Wichtige Voraussetzung dafür ist die Überprüfung der Angebote auf ihre Nutzerorientierung und in der Konsequenz, eventuell notwendige Anpassungen vorzunehmen.

### **„Sozialraumorientierte Förderung von gesunder Ernährung, Bewegung und sozialer Teilhabe älterer Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund in Hamburg“**

*Regina Brunnett, Annette Beyer, Christiane Deneke, Kathrin Hahn, Mary Schmocker, Joachim Westenhöfer, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)*

Das vom 01.05.2010 bis zum 30.04.2013 vom BMBF geförderte Forschungsprojekt SA LIK an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg richtet sich an die Zielgruppe der älteren Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund. Im Mittelpunkt stehen Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit den Schwerpunkten der gesunden Ernährung, der Bewegung und der sozialen Teilhabe.

In dem Poster werden Konzeption, Zielsetzung und Methodik des Forschungsprojektes vorgestellt und in der Präsentation diskutiert.

### **„Kohle, Kies und Knete – Ohne Kröten keine Fete: Bildung gegen Kinderarmut“**

*Kathrin Eckert, DRK-Kreisverband Fläming-Spreewald e.V., Königs Wusterhausen*

Der Einstieg in die Schuldenspirale beginnt immer früher. Der Schuldenkompass 2008 und das Institut für Jugendforschung 2006 geben an, dass im Kindes- und Jugendalter, genauer 12 Prozent der 13- bis 24-Jährigen, Schulden in Höhe von 2000 Euro meist bei Eltern, Freunden oder Bekannten gemacht werden. Bei den volljährigen Jugendlichen steigt die Verschuldungsrate, da sie auch Kredite erhalten können, oftmals bei der eigenen Hausbank. Häufigste Ursache dafür, sind gering ausgeprägte oder fehlende Finanzkompetenzen bei Kindern und Jugendlichen. So ist in vielen Fällen nicht der Geldmangel, sondern ein übersteigertes Konsumverhalten der Auslöser von Schulden. Die Gründe hierfür sind verschieden: Als kauffreudige Zielgruppe betrachtet, werden Kinder und Jugendliche sehr stark umworben und erliegen eher als Erwachsene den Konsumverlockungen. Rund 1.000 Werbespots prasseln z.B. allmonatlich auf die Zielgruppe der 6- bis 16-Jährigen ein. Viele Versprechen der Werbebranche werden, ohne zu hinterfragen, als richtig erachtet. Ein unbedachter Umgang mit dem Mobiltelefon, wie zum Beispiel das Herunterladen von Klingeltönen und Abos oder das „Mithalten wollen“ in der Clique, um dazuzugehören sind weitere Schulden-Motive. Das primärpräventive Bildungsprogramm und Schuldenpräventionsprojekt „Kohle, Kies und Knete – ohne Kröten keine Fete“ des DRK-Kreisverbandes Fläming-Spreewald e.V. dient daher Kindern und Jugendlichen, um sie in ihren Finanz- und Konsumkompetenzen sowie in ihren Alltags- und Lebenskompetenzen zu stärken. Sie sollen lernen, ihr Konsumverhalten zu reflektieren sowie mögliche Diskrepanzen zwischen ihren persönlichen Wünschen und den vorhandenen finanziellen Mitteln zu erkennen. Somit können die individuellen Fähigkeiten junger Menschen ausgebaut, Empowerment gestärkt und dem Armutsrisko entgegengewirkt werden. Umgesetzt wird das Schuldenpräventionsprogramm in den Schulen des Landkreises Dahme-Spreewald. In zwei Schuljahren konnten mit „Kohle, Kies und Knete“ fast 1000 Schüler/innen im Alter zwischen 9 und 15 Jahren aus allen sozialen Schichten erreicht werden.

### **„Gesundheitsförderung für erwerbslose Frauen. Ein Kurs des Feministischen Frauen Gesundheitszentrums e.V. Berlin“**

*Monika Fränznick, Katarina Schneider, Feministisches Frauen Gesundheitszentrum e.V., Berlin*

Für viele arbeitslose Frauen wirkt sich Arbeitslosigkeit negativ auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden aus. Ein geschwächtes Immunsystem, höhere Infektanfälligkeit, depressive Verstimmungen, innere Unruhe, Antriebsschwäche oder Schlaflosigkeit können die Folgen sein. Das Frauengesundheitszentrum bietet mit seinem Kurs „Impulse für mehr Wohlbefinden. Ein Gesundheitskurs für arbeitslose Frauen“ ein kostenloses spezifisches Angebot, das die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit aufgreift. Der Kurs wendet sich an arbeitslose Frauen und Frauen in ungesicherten Arbeitsverhältnissen. Die Teilnehmerinnen können sich Anregungen holen, ihre Lebensqualität trotz Arbeitslosigkeit zu verbessern. Sie werden motiviert, als aktiv Handelnde ihren Alltag positiver und gesünder zu gestalten. Und sie erleben Möglichkeiten der Stressbewältigung im Umgang mit ihrer Belastungssituation. Mit seiner Mischung aus Informationen, praktischen Übungen und Austausch bietet der Kurs einen Freiraum für neue Erfahrungen und eröffnet Perspektiven, gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Alltag zu integrieren.

### **„Schritt für Schritt in eine gesündere Arbeitswelt“**

*Janine Grundei, Marie Neums, Alice Salomon Hochschule, Berlin*

Im Frühjahr 2009 wurde ein Projekt zur Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter/innen der „Wäscherei und Schneiderei am Moritzplatz“ in Berlin gemeinsam mit Studierenden der Alice Salomon Hochschule Berlin initiiert.

Der Betrieb beschäftigt und qualifiziert langzeitarbeitslose Menschen, welche zumeist einen Migrationshintergrund haben. Die Finanzierung des sozialen Projekts erfolgt durch eine Bündelung verschiedener Förderinstrumente der öffentlichen Hand und wird durch eigene Einnahmen ergänzt. Kennzeichnend für den Betrieb ist eine hohe Fluktuationsrate, bedingt durch begrenzte Maßnahmenlaufzeiten.

Ziel der Studierenden des Bachelorstudiengangs Gesundheits- und Pflegemanagement war es, gesundheitsfördernde Ressourcen in diesem Betrieb zu identifizieren und darauf aufbauend, nachhaltige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu implementieren. Insbesondere für die Mitarbeiter/innen der „Wäscherei und Schneiderei am Moritzplatz“ ist es wichtig, die Gesundheit und damit auch die Arbeitsfähigkeit zu schützen und zu fördern.

Um Ressourcen, aber auch Problemschwerpunkte zu ermitteln, wurden teilnehmende Beobachtungen und Diskussionsrunden in deutscher, polnischer und türkischer Sprache durchgeführt. Dabei stellte sich heraus, dass die physische Gesundheit weniger im Vordergrund steht, als der Bedarf an gesellschaftlicher Integration.

### **„Projektmanagement und Finanzierungswege in der kommunalen Gesundheitsförderung“**

*Irmela Gabriela Häuser, Universität Flensburg*

Kommunale Gesundheitsförderung in Sozialräumen wie Stadtteile und Gemeinden nimmt an Bedeutung zu. In sozialräumlichen Ansätzen verbinden sich alle wichtigen Settings der Gesundheitsförderung wie z. B. Kitas, Schulen und Freizeiteinrichtungen. Die Finanzierung von kommunalen Gesundheitsförderungsprojekten läuft häufig über den §20 SGB V oder durch Modellförderungen. Angesichts der wenigen Finanzierungsmöglichkeiten spielt das Engagement nicht öffentlicher, gemeinnütziger Träger und des privaten Sektors eine immer größere Rolle. Probleme der Nachhaltigkeit treten auf und stellen unter anderem an das Projektmanagement große Herausforderungen.

Am Beispiel des kommunalen Gesundheitsförderungsprojektes „Naschgarten“ in Holzminden soll den Fragen des Projektmanagements und der Finanzierung nachgegangen werden. Infolge der Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Kinder und Jugendlichen, richtet die Stadt Holzminden mit weiteren Kooperationspartnern das Projekt ein, das Mädchen und Jungen Naturerlebnisse zugänglich macht und dabei den Bedarf an offenen Erfahrungs- und Spielräumen aufgreift und partizipativ vorgeht. Im Zusammenhang des Praktikums in der LVG entwickelten sich Forschungsfragen, die im Rahmen der Untersuchung durch Experteninterviews erforscht und inhaltsanalytisch ausgewertet werden. Die Ergebnisse tragen dazu bei, zu verstehen, welche Maßnahmen ein Projekt der kommunalen Gesundheitsförderung ergreifen kann, um die Finanzierung weiter zu gewährleisten.

### **„Gesundheitsprojekte für Eltern und Kinder in der Kita Omas Garten e.V.“**

*Magdalene Heinisch, Kindertagesstätte Omas Garten e.V., Berlin*

Die Kindertagesstätte Omas Garten e.V. betreut 76 Kinder und deren Familien im sozial schwachen Brunnenviertel in Berlin-Mitte/Wedding.

Die gesundheitliche Benachteiligung von Kindern ist in der Kita offensichtlich. Auf den ersten Blick erscheinen die Eltern verantwortungslos. Ihre Verhaltensweisen entstehen jedoch durch die außergewöhnliche Belastung ihrer sozialen und familiären Situation. Die daraus resultierende Überforderung wird von ihnen selbst oft nicht wahrgenommen oder verleugnet.

Eltern sind die wichtigsten informellen Gesundheitserzieher/innen für ihre Kinder. Sie vermitteln die Grundeinstellung für ihr späteres Gesundheitsverhalten und haben eine Vorbildfunktion. Dies betrifft besonders das spätere Körperbewusstsein, den Lebensstil und das Selbstwertgefühl ihres Kindes.

Generell gehen wir davon aus, dass alle Eltern das Beste für ihre Kinder wollen. Die Bereitschaft ihr Wissen zu erweitern und individuelle Handlungs- und Bewältigungsstrategien zu entwickeln ist gegeben.

Wichtigster Faktor bei Gesundheitsprojekten in Kindertagesstätten ist deshalb eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Eltern und Kindern um sie bei der Findung geeigneter Verhaltensweisen im Umgang mit ihrer Gesundheit zu unterstützen.

### **„Die subjektive Gesundheitseinschätzung von Jungen mit expansiven Verhaltensauffälligkeiten nach Sozialstatus (Teilauswertung KiGGS, RKI 2005)“**

*Birgit Keller, Bertram Szagun, Hochschule Ravensburg-Weingarten*

Dissoziale, oppositionelle und aggressive Verhaltensweisen, sowie auch Störungen des Aufmerksamkeitsverhaltens (ADHS) und hyperkinetische Störungen (HKS) sind bei Jungen deutlich überrepräsentiert. Diese Verhaltensweisen bringen Einschränkungen und Konflikte für sämtliche Lebenswelten wie etwa Familie, Schule und Freundeskreis mit sich. Dadurch nehmen Belastungen zu und die Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben wird deutlich erschwert. Entsprechend sind auch professionelle Hilfebedarfe in dieser Gruppe männlicher Jugendlicher deutlich häufiger.

Mit den vorliegenden Daten der bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS, Robert Koch-Institut) konnte gezeigt werden, dass etwa 19 Prozent der Jungen im Alter zwischen 11 bis 17 Jahren im Selbstbericht in mindestens einem Bereich der expansiven Verhaltensweisen auffällig sind. Für ein spezifischeres Bild werden die Jungen mit und ohne expansives Verhalten auf Unterschiede hinsichtlich ihrer subjektiven Gesundheitseinschätzung nach Sozialstatus untersucht.

Jungen mit expansivem Verhalten geben fast doppelt so häufig eine mittelmäßige bis schlechte Gesundheitseinschätzung an als die Jungen, die keine Auffälligkeiten in diesem Bereich aufweisen. Bei einer Schichtung nach Sozialstatus zeigt sich vor allem für die Jungen mit mittlerem und hohem Sozialstatus ein signifikanter Unterschied bezüglich der Gesundheitseinschätzung. Der ansonsten nachweisbare Sozialgradient in der subjektiven Gesundheitseinschätzung kann unter Einbeziehung der expansiven Verhaltensweisen nicht mehr nachgewiesen werden.

Expansive Verhaltensweisen zeigen einen deutlichen Zusammenhang zum gesundheitlichen und psychosozialen Wohlbefinden der Jungen. Am stärksten von expansiven Störungsbildern betroffen sind zwar eher Jungen in schlechter sozialer Lage, Jungen mit hohem Sozialstatus zeigen bei expansiven Verhaltensauffälligkeiten jedoch eine schlechtere subjektive Gesundheitseinschätzung. Dies könnte als Hinweis gedeutet werden, dass Jungen mit expansivem Verhalten aufgrund des sozialen Vergleichs und der erhöhten Anforderungen einem verstärkten psychosozialen Leidensdruck ausgesetzt sind. Die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention sollte beschriebenen Zielgruppen besonderes Augenmerk schenken.

### **„Beteiligung konkret: ‚WiB Brunnen gesund‘ – Gesundheitsförderung von Bewohnern für Bewohner im Berliner Wedding“**

*Kathrin Kraft, Gießen*

„Gesundbrunnen“ im Berliner Wedding – gerade hier konzentrieren sich besonders schlechte Gesundheitsbedingungen: Armut, Arbeitslosigkeit, wenige Angebote, Schlusslicht in der Gesundheitsstatistik.

Seit 2005 Teil des Soziale-Stadt-Programms, wird mit „WiB – Wir im Brunnenviertel“ eine Aktivierungsstrategie verfolgt, die Partizipation und Empowerment der Bewohner/innen in den Vordergrund rückt.

Mit „WiB BrunnenGesund“ (VIA- Regionalverband Berlin-Brandenburg e.V., Projektagentur Berlin) steht seit 2009 Gesundheitsförderung, insbesondere für Familien, im Mittelpunkt. Bewohner/innen und andere Engagierte bieten je nach Ihren Interessen und Fähigkeiten Kurse und andere Mini-Projekte im Quartier an. Qualifikationsbausteine für Gesundheitslotsen ergänzen das Angebot.

Über 25 Kurse, vom Yoga bis zur Vater-Kind-Gruppe finden statt, die meisten von und mit Menschen mit Migrationshintergrund. Für viele ist das Projekt der Einstieg zum Engagement im Stadtteil.

WiB bietet eine Form/Struktur, die einfach und niedrigschwellig Beteiligung und Gestaltung ermöglicht. Es gelingt, viele verschiedene Menschen in die Quartiersentwicklung einzubinden, der Einzelne kann sich selbst und seine Potenziale erproben. Gleichzeitig trägt sie dazu bei, das Viertel lebendiger und die Angebote vielfältiger zu machen.

Widersprüchlichkeiten und allzu kurzfristige Vorstellungen von Selbstorganisation und Aktivierung, von Fragen der Fachlichkeit, Engagement und Beteiligung werden in diesem Praxisbeispiel reflektiert.

### **“How do Health Trainers engage with ethnic communities? A qualitative research study on innovative approaches to health promotion.”**

*Victoria Leitner, Universität Flensburg*

Nur wenige Themen werden so kontrovers diskutiert wie Migration. Die Beweggründe für Migration sind vielfältig – die Suche nach Arbeit und das Erlangen von Bildung gehören zu den häufigsten. In Zeiten der Globalisierung erfahren viele der westlichen Industrieländer einen stetigen Anstieg der Nettozuwanderung, was erhebliche Auswirkungen auf deren Gesundheitssystem zur Folge hat. Ein landesweites Ziel Großbritanniens ist es, eine ausgezeichnete Gesundheitsversorgung für alle Einwohner des Landes zu gewährleisten. Da Migration sowohl die soziale als auch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst, müssen die sich ergebenden Probleme bezüglich Integration und Zugang zu Versorgungsangeboten thematisiert werden. Das britische Gesundheitsministerium (Department of Health) erstellt Richtlinien und Strategien für das Gesundheitssystem NHS zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Reduzierung von gesundheitlichen Ungleichheiten. Die am weitesten verbreiteten Ansätze zur Gesundheitsförderung sind „community based“ (etwa: kommunal, gemeindebezogen) und beinhalten Strategien von Partizipation, Empowerment, Gemeindeentwicklung und zum Aufbau von Gesundheitskapazitäten („capacity building“). Aus dem 2004 vom Gesundheitsministerium erstellten Weißbuch ging ein nationales Gemeindeprogramm zur Gesundheitsförderung hervor. Der sogenannte „Health Trainer Service“ bietet kommunal Unterstützung und Informationen für Risikogruppen um gesundheitliche Verbesserungen zu erzielen. „Health Trainers“, deren Ziel die Reduktion von gesundheitlicher Ungleichheit ist, müssen langfristig ihre Strategien zum Erreichen schwer zu erreichender Zielgruppen und ethnischer Gruppen im Besonderen weiterentwickeln. Betrachtet man die Zunahme sozial benachteiligter Stadtviertel und somit die Vergrößerung schwer erreichbarer Zielgruppen, ist es besonders für Fachkräfte notwendig, auf die besonderen Bedürfnisse der Zielgruppe einzugehen, um die Versorgung zu verbessern. Gemeindeförderung ist daher essentiell für die Gesundheitsförderung und zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung und Gemeindeangeboten. Die Frage, wie Fachkräfte den Zugang zu ethnischen Gruppen erlangen können wurde gestellt, um Strategien zum Erreichen von Risikogruppen zu untersuchen. 2010 wurde die Datenerhebung in Form von drei Gruppendiskussionen mit „Health Trainers“ vom „Northamptonshire Health Trainer Project“ durchgeführt. Es wurden natürliche Gruppen gebildet, um eine vertraute Atmosphäre zu schaffen und Interaktion zu induzieren. „Health Trainers“ verschiedener Herkunft, verschiedenen Geschlechts und mit verschieden langer Arbeitserfahrung wurden ausgewählt, um ein breites Spektrum an Ergebnissen zu erzielen. Die Diskussionen wurden aufgezeichnet und die empirischen Daten mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, um diese in Hauptthemen zu kategorisieren. Anschließend wurden Meinungen und Erfahrungen der Beteiligten interpretiert. Die gefundenen Ergebnisse zeigen, dass kulturelle und soziale Aspekte großen Einfluss auf den Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen haben. Schwierigkeiten beim Zugang zu ethnischen Gruppen scheinen sich aus NHS-Richtlinien und Rahmenbedingungen des Programms zu ergeben. Die Ansätze sind interdependent und können synergetisch wirken. Aufgrund der Individualität im Hinblick auf Herkunft, sozialen und kulturellen Hintergrund gibt es kein einfaches Erfolgsrezept für den Zugang zur Zielgruppe. Alle „Health Trainer“ haben aus der Praxis heraus individuelle Fähigkeiten und Vorgehensweisen entwickelt, um Zielpersonen zu erreichen und erreicht zu werden. Im Zusammenspiel bilden die vorhandenen Fähigkeiten der „Health Trainers“ einen ganzheitlichen Ansatz zur Gesundheitsförderung in der Kommune. Dennoch müssen zukünftig neue Strategien und Anlaufpunkte gefunden werden, um gesundheitliche Ungleichheit von ethnischen Gruppen zu adressieren. Kulturelle, soziale und umweltliche Aspekte müssen dabei stets einbezogen werden.

### **„Evaluationstools – ein Beitrag zur Unterstützung von Selbstevaluation in der Gesundheitsförderung“**

*Andreas Mühlbach, Universität Bremen*

Im Rahmen der Förderinitiative „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ des Bundesministerium für Gesundheit (INFORM-Initiative) wurden die Aktionsbündnisse seitens des Evaluationsvorhabens u.a. mit einem Instrumentenset in ihrer Ergebnisevaluation unterstützt. Dieses

Instrumentenset ergänzt und erweitert die bereits im Rahmen eines früheren Verbundprojektes konzipierte Internetseite [www.evaluationstools.de](http://www.evaluationstools.de).

Neben allgemeinen Informationen zum Thema Evaluation werden auf der Internetseite die konkreten Eigenschaften der Evaluationsinstrumente niedrigschwellig und systematisch dargestellt. Handlungsleitend für die Auswahl und Zusammenstellung war vor allem das Ansinnen, Praktikerinnen und Praktikern eine Evaluation ihrer Maßnahmen möglichst ohne externe Unterstützung zu ermöglichen. Trotzdem sollten dabei wissenschaftliche Kriterien berücksichtigt und den sich daraus ergebenden Anforderungen Rechnung getragen werden. Die unter dem Menüpunkt „Methodenkoffer“ zu findenden Instrumente fokussieren auf die Erhebung von Wirkungen (Ergebnisevaluation) in den Themenfeldern Bewegung und Ernährung. Sie sind jeweils nach Setting, Zielgruppe oder Themenbereich geordnet abrufbar.

Das Poster stellt die Nutzung der Internetseite vor und diskutiert, welche Anforderungen von wissenschaftlich-methodischer Seite einerseits und praktischer Seite andererseits bei der Auswahl geeigneter Instrumente eine Rolle spielen.

### **„Gesund aufwachsen in Deutschland: Potentiale erkennen – Chancen nutzen – Entwicklung fördern. GUT DRAUF – eine Jugendaktion der BZgA zur Gesundheitsförderung“**

*Benita C. Schulz, Projecta Köln, i.A der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*

Seit Beginn der Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung konzentriert sich die theoretischen Entwicklung des ihr zugrunde liegenden Konzeptes auf das Wirkungsdreieck Ernährung – Bewegung – Stressregulation. Das deutschlandweit angelegte Konzept der Gesundheitsförderung ist langfristig und nachhaltig angelegt und berücksichtigt interdisziplinär wissenschaftliche Erkenntnisse in der konzeptionellen Weiterentwicklung. Mit dem Prinzip der Sozialraumorientierung vernetzt GUT DRAUF Handlungsfelder im jugendrelevanten Sozialraum und trägt damit zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Rahmenbedingungen für jugendliches Aufwachsen bei. Verhaltens- und Verhältnisprävention werden durch eine Strategie verknüpft, die Schulen, Jugendeinrichtungen, Sportvereine, Jugendreiseveranstalter und Jugendunterkünfte sowie Betriebe bei ihrer gesundheitsbezogenen Qualitätsentwicklung durch Schulung und Beratung begleitet und deren Vernetzung und Kooperation fördert. Wenn Einrichtungen im Sozialraum Jugendlicher ein Netz knüpfen, und sowohl positiv besetzte, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen bieten als auch Beispiele und Anlässe für Jugendliche schaffen, sich selbst mit Freude und Lust gesund zu ernähren, zu bewegen und zu entspannen, können Heranwachsende die notwendigen Erfahrungen sammeln, die für eine dauerhafte Manifestierung von gesundheitsgerechten Einstellungen und Verhaltensweisen erforderlich sind. „Verwirklichungschancen für mehr Gesundheit“ verbessert GUT DRAUF durch Einflussnahme auf Einrichtungen, Institutionen und Multiplikatoren und mittels Inszenierung gesundheitsbezogener Events, die bei Jugendlichen ankommen und begeistern.

### **„Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft“**

*Janett Ließmann, Erika Zoike, BKK Bundesverband Essen/spectrum K GmbH, Berlin*

Im Zuge der demografischen Entwicklung steht die Verlängerung der Lebensarbeitszeit wie in vielen Ländern Europas auch in Deutschland auf der Agenda. Die Umsetzung dieses Ziels hängt – neben einer qualitativ guten und kontinuierlich berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildung - maßgeblich mit der gesundheitlichen Lage der Erwerbsbevölkerung zusammen. Vor dem Hintergrund des steigenden Durchschnittsalters und eines zukünftig enger werdenden Arbeitsmarktes wird auf Basis der langjährigen arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung der BKKn das Krankheitsspektrum der älteren Erwerbstätigen differenziert nach Geschlecht und Tätigkeit dargestellt. Darüber hinaus werden die altersspezifischen Krankheitsentwicklungen und Veränderungen des Krankheitsgeschehens auch der jüngeren Generation betrachtet, um mögliche oder sich anbahnende Gesundheitsprobleme der kommenden Erwerbsgeneration mit in den Blick zu nehmen.

Gerade in Zeiten wirtschaftlicher und sozialer Umbrüche steigen die gesundheitlichen Belastungen durch wachsende Arbeitsplatzunsicherheit und prekäre Arbeitsverhältnisse. Besondere gesundheitliche Probleme zeigen sich bei Arbeitslosen, deren Beschäftigungsfähigkeit auch unter gesundheitlichen Aspekten angesichts eines erkennbar zunehmenden Mangels an qualifizierten Arbeitskräften von Bedeutung ist. Gesunde und qualifizierte Beschäftigte sind aber der Schlüssel für die Bewältigung der zukünftigen demografiebedingten Herausforderungen in unserer Gesellschaft. Der Posterbeitrag will die heute empirisch erkennbaren Warnsignale sichtbar machen.



Der Kongress ist eine Gemeinschaftsinitiative folgender Partner:

## Wir danken für die freundliche Unterstützung!

AOK-Bundesverband  
Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.  
Ärztekammer Berlin  
AWO Bundesverband  
Barmer GEK  
Berlin School of Public Health an der Charité  
Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin  
BKK Bundesverband  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit  
DAK Deutsche Angestellten Krankenkasse  
Deutscher Caritasverband e.V.  
Deutscher Olympischer Sportbund  
Diakonisches Werk der EKD  
Gesundheit Berlin-Brandenburg  
KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Knappschaft  
medico international e.V.  
MEZIS e.V.  
Stiftung Deutsche Klassenlotterie Berlin  
Techniker Krankenkasse  
Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)  
Verband der Ersatzkrankenkassen e.V. (vdek)  
Volkssolidarität Landesverband Berlin e.V.  
Volkssolidarität Bundesverband e.V.

