Schirmherrschaft: Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr · Regierender Bürgermeister von Berlin Klaus Wowereit

# 17. Kongress Armut und Gesundheit

## *PRÄVENTION WIRKT!*

**Freitag, 9. und Samstag, 10. März 2012**
**Technische Universität Berlin – Hauptgebäude**

**Satellitenveranstaltungen** am Donnerstag, 8. März 2012

# Tagungsunterlagen

**Kurzfassungen der Beiträge**
**Organisatorische Hinweise**

17. Kongress Armut und Gesundheit

# Prävention wirkt!

## Schirmherrschaft

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr
Regierender Bürgermeister von Berlin Klaus Wowereit

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Arbeitslose, die nur geringen finanziellen und sozialen Spielraum haben, Alleinstehende, die sich neben wenig qualifizierten Jobs noch um die Erziehung ihrer Kinder kümmern oder Migrant/innen, die in benachteiligten Stadtteilen unter schlechten Verhältnissen wohnen: sie alle leiden unter hohen psychosozialen Belastungen. Gleichzeitig fehlt es ihnen oftmals an Möglichkeiten, ihre Umwelt nach ihren individuellen Bedürfnissen zu gestalten und Selbstwirksamkeitseffekte zu erfahren. Solche belastenden Lebensverhältnisse bedingen häufig eine schlechtere gesundheitliche Lage, die sich etwa in chronisch-degenerativen Krankheiten und psychosomatischen Leiden widerspiegelt.
Dieser Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Lage ist durch die Gesundheitsberichterstattung vielfach belegt. So verbringen Arbeitslose doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie Berufstätige, ihre Sterblichkeit ist im Vergleich zu Menschen Beschäftigung deutlich erhöht. Auch bei prekär Beschäftigten, Alleinerziehenden, Wohnungslosen und einigen Gruppen von Migrant/innen liegen Morbidität und Mortalität über dem Durchschnitt. Zugleich ist in den letzten Jahren der alarmierende Trend zu beobachten, dass sich Armutslagen verstetigen.
Prävention und Gesundheitsförderung können einen wichtigen Beitrag leisten, gesundheitliche Ungleichheiten gezielt anzugehen und die Lebensverhältnisse aller Bevölkerungsgruppen nachhaltig zu verbessern. Die grundlegenden Standards für wirksame Strategien sind bekannt: Dazu gehören neben den Prinzipien von Empowerment, Teilhabe und Partizipation auch Interventionen der unspezifischen Gesundheitsförderung in den Lebenswelten. Nicht zuletzt sind solche Interventionen ökonomisch sinnvoll – wie der amerikanische Nobelpreisträger James Heckman zeigt, zahlt sich jeder Dollar, der in die Entwicklung von sozial benachteiligten Kindern investiert wird, im späteren Leben zehnfach aus.
Mit diesem Wissen stehen wir nun vor der Herausforderung, Prävention von einer respektierten Randerscheinung zu einem handlungsmächtigen Programm zu befördern. Dazu bedarf es nicht nur eines Perspektivenwechsels: solche Strategien brauchen vor allem Partner aus anderen Feldern. Das zeigen auch Erfahrungen aus Ländern wie Großbritannien und Schweden, die eigene Public Health-Programme ins Leben gerufen haben.
Der Kongress Armut und Gesundheit setzt daher in diesem Jahr den Schwerpunkt auf Fragen der Wirksamkeit von Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Was genau zeichnet erfolgreiche Strategien aus, die Prävention effektiv und nachhaltig wirken lassen? Was sind effiziente Formen der Vernetzung? Welche Partner brauchen wir, um die Wirksamkeit unserer Strategien zu verbessern? Und wie können die vielen guten Erfahrungen, die bereits gemacht werden, systematisch verbreitert werden, damit Prävention eine flächendeckende Wirkung entfaltet?

Auf eine angeregte und spannende Diskussion freuen wir uns und laden Sie herzlich ein zum 17. 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 wird gemeinsam veranstaltet von

Gesundheit Berlin-Brandenburg
Zentrum Technik und Gesellschaft (ZTG) Berlin
Technische Universität Berlin

## 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
allprintmedia GmbH
Barmer GEK
Berlin School of Public Health
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
BKK Bundesverband
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
DAK Deutsche Angestellten Krankenkasse
Deutscher Caritasverband e. V.
Deutscher Olympischer SportBund
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Gesundheit und Gesellschaft (G+G)
KKH – Allianz
Knappschaft
medico international e. V.
Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V.
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin
Techniker Krankenkasse
Volkssolidarität Bundesverband e. V.
Volkssolidarität Landesverband Berlin e. V.

## Wir danken den Koordinator/innen des Kongresses

Thomas Altgeld | Manfred Baberg | Olivia Baier | Susanne Bauer | Katja Becker | Inga Bensieck | Eva-Maria Berens | Janna Beßel | Susanne Bettge | Majken Bieniok | Beate Blättner | Stephan Blümel | Christa Böhme | Gudrun Borchardt | Theda Borde | Matthias Braubach | Stefan Bräunling | Helmut Breitkopf | Petra Brzank | Jens Bucksch | Susanne Deininger | Manfred Dickersbach | Hans-Liudger Dienel | Marie-Luise Dierks | Danielle Dobberstein | Nico Dragano | Jochen Drewes | Antje Ducki | Thomas Elkeles | Rainer Fehr | Thomas Gebauer | Raimund Geene | Gunnar Geuter | Carola Gold | Jeanne Grabner | Jessica Groß | Maike Grube | Burkhard Gusy | Daphne Hahn | Holger Hassel | Katharina Hengl | Josefine Heusinger | Iris Hölling | Monika Hünert | Kerstin Jüngling | Felicitas Jung | Lotte Kaba-Schönstein | Laura Kannler | Volker Kersting | Heiner Keupp | Holger Kilian | Marie-Christin Koczelnik | Petra Kolip | Frauke Koppelin | Rita König | Monika Köster | Elisabeth Krane | Detlef Kuhn | Joseph Kuhn | Susanne Kümpers | Thomas Lampert | Frank Lehmann | Claudia Lissewski | Katrin Lohmann | Rüdiger-Felix Lorenz | Helene Luig-Arlt | Daniela Manke | Rüdiger Meierjürgen | Gerhard Meinlschmidt | Isabel Merchan | Gisela Mohr | Kerstin Moncorps | Andrea Möllmann | Monika Nellen | Ines Olmos | Ingrid Papies-Winkler | Mechthild Paul | Tanja Pietzek I Martina Plaumann | Stefan Pospiech | Marianne Pundt | Oliver Razum | Helene Reemann | Karen Saß | Maike Schmidt | Karin Schreiner-Kürten | Benita C. Schulz | Mechthild Schuppke | Thomas Seibert | Claudia Sommerschuh | Johannes Spatz | Klaus Stegmüller | Brigitte Steinke | Magdalena Stülb | Martina Thelen | Gerhard Trabert | Carolin Vierneisel | Ulrike von Haldenwang | Camilla von Loesch | Volker Wanek | Stefan Weigand | Stephanie Wetzel | Michael T. Wright | Marco Ziesemer | Svenja Zimmer

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

Wir danken allen Referent/innen, Diskutant/innen, Moderator/innen und wir danken allen Helfer/innen, die das Kongress-Team und die Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Bandenburg so tatkräftig unterstützt haben.

# Inhalt

## Kurzfassung der Beiträge

Foren und Workshops im Überblick ..... 5

Eröffnung ..... 7
Abschluss ..... 8

**Gesundheit und**
Frühe Hilfen ..... 9
Kinder und Jugendliche ..... 16
Migrant/innen ..... 24
Ältere Menschen ..... 30
Arbeitslose ..... 34
Frauen/Männer ..... 36
Wohnungslose ..... 41
Menschen mit Behinderung ..... 43

**Im Gespräch…** ..... 44

**Strategien der Gesundheitsförderung**
Gesundheitspolitik ..... 45

**Qualität der Gesundheitsförderung**
Qualitätsentwicklung ..... 48
Präventionsforschung ..... 50

**Gesundheitsförderung im Setting**
Stadtteil/Kommune ..... 55
Kita und Schule ..... 57
Betriebliche Gesundheitsförderung ..... 62

**Gesundheitsberichterstattung**
Daten für Taten ..... 63

**Weitere Handlungsfelder der Gesundheitsförderung**
Sucht ..... 66
HIV/AIDS ..... 67
Bildung ..... 70
Salutogenese ..... 71

**Studium und Beruf** ..... 73

Moderierte Posterpräsentation ..... 76

Organisatorische Hinweise ..... 83

## Foren und Workshops im Überblick

### Freitag, 09.03.2012

| Nr. | 11.30 - 13.00 Uhr | S. |
|---|---|---|
| 1 | Frühe Hilfen – Einführung | 9 |
| 16 | Migrant/innen – Interkulturelle Kompetenz | 24 |
| 22 | Ältere Menschen – Wirksam im Quartier | 30 |
| 23 | Ältere Menschen – Gesundheitsziele | 31 |
| 29 | Arbeitslose – Integrierte Ansätze | 34 |
| 32 | Frauen/Männer – Sexarbeit | 36 |
| 37 | Wohnungslose – Systemische Benachteiligung | 41 |
| 43 | Gesundheitspolitik – Equity Trust | 45 |
| 53 | Qualitätsentwicklung – Zielgruppenorientierte Primärprävention | 48 |
| 56 | Präventionsforschung – Nachhaltigkeit verankern | 50 |
| 57 | Präventionsforschung – Ernährungsbotschaften | 52 |
| 60 | Stadtteil/Kommune – Evaluation I | 55 |
| 65 | Kita/Schule – Kindergesundheit Kommune | 57 |
| 70 | Daten für Taten – Männergesundheit | 63 |
| 80 | Studium und Beruf – Hochschulbildung | 73 |

| Nr. | 14.15 - 15.45 Uhr | S. |
|---|---|---|
| 2 | Frühe Hilfen – Väter | 9 |
| 3 | Frühe Hilfen – Rechtsgrundlagen | 10 |
| 9 | Kinder und Jugendliche – Prävention Adipositas | 16 |
| 17 | Migrant/innen – Versorgung Nicht-Versicherter | 25 |
| 30 | Arbeitslose – Modellvorhaben | 34 |
| 33 | Männer/Frauen – Familienplanung | 36 |
| 38 | Wohnungslose – Prävention | 42 |
| 39 | Menschen mit Behinderung – Teilhabe | 43 |
| 54 | Qualitätsentwicklung – Kosten-Nutzen-Bewertung | 49 |
| 58 | Präventionsforschung – Partizipativ I | 53 |
| 61 | Stadtteil/Kommune – Evaluation II | 55 |
| 66 | Kita/Schule – Settingentwickung | 58 |
| 71 | Daten für Taten – Versorgung | 63 |
| 72 | Daten für Taten – Umweltgerechtigkeit | 64 |
| 78 | Bildung – Gesundheitskompetenz | 70 |
| 81 | Studium und Beruf – Prävention wirkt | 73 |

| Nr. | 16.15 - 17.45 Uhr I | S. |
|---|---|---|
| 4 | Frühe Hilfen – Eltern | 11 |
| 5 | Frühe Hilfen – Familiäre Armut I | 12 |
| 10 | Kinder und Jugendliche – Unfallprävention | 17 |
| 18 | Migrant/innen – Prävention Kinder und Jugendliche | 26 |
| 25 | Ältere Menschen – Mobilität und Teilhabe | 31 |
| 31 | Arbeitslose – Kommunale Strategien | 35 |
| 34 | Männer/Frauen – Migration | 38 |
| 35 | Männer/Frauen – Erreichbarkeit | 39 |
| 44 | Gesundheitspolitik – Health Impact Assessment | 46 |

| Nr. | 16.15 Uhr - 17.45 Uhr II | S. |
|---|---|---|
| 59 | Präventionsforschung – Partizipativ II | 54 |
| 62 | Stadtteil/Kommune – Partnerprozess | 56 |
| 67 | Kita/Schule – Qualitätsentwicklung | 59 |
| 73 | Sucht – Tabakprävention | 66 |
| 74 | Sucht – Setting Familie | 66 |
| 75 | HIV/AIDS – Partnerschaftlich gegen AIDS | 67 |
| 79 | Salutogenese – Meta-Theorie | 71 |
| 82 | Studium und Beruf – Berufsgruppe Gesundheitsförderung | 74 |

## Samstag, 10.03.2012

| Nr. | 9.00 - 10.30 Uhr | S. |
|---|---|---|
| 6 | Frühe Hilfen – Familiäre Armut II | 13 |
| 7 | Frühe Hilfen – Kommunale Ansätze | 14 |
| 11 | Kinder und Jugendliche – Stadtteil | 18 |
| 12 | Kinder und Jugendliche – Sexuelle Gewalt in Institutionen | 19 |
| 19 | Migrant/innen – Präventionsstrategien | 27 |
| 20 | Migrant/innen – Ressourcen und Kompetenzen | 28 |
| 46 | Gesundheitspolitik – Schwarz/Gelb | 47 |
| 63 | Stadtteil/Kommune – Quartiersentwicklung | 56 |
| 64 | Stadtteil/Kommune – Partizipation | 56 |
| 68 | Kita/Schule – Elternarbeit | 60 |
| 69 | Betriebliche Gesundheitsförderung – Prekäre Arbeit | 62 |
| 76 | HIV/AIDS – Stigmatisierung | 68 |
| 83 | Studium und Beruf – Setting Hochschule | 75 |

| Nr. | 11.00 - 12.30 Uhr | S. |
|---|---|---|
| 8 | Frühe Hilfen – Abschluss | 15 |
| 13 | Kinder und Jugendliche – HBSC-Studie | 19 |
| 14 | Kinder und Jugendliche – Bewegung | 21 |
| 15 | Kinder und Jugendliche – „Gut Drauf“ | 22 |
| 21 | Migrant/innen – Sprach- und Kulturmittler | 28 |
| 27 | Ältere Menschen – Divergentes Altern | 32 |
| 28 | Ältere Menschen – Selbstbestimmung am Lebensende | 33 |
| 36 | Frauen/Männer – Partnergewalt | 40 |
| 41 | „Im Gespräch…“ – Partizipation | 44 |
| 42 | „Im Gespräch…“ – Kinderarmut | 44 |
| 77 | HIV/AIDS – Soziale Benachteiligung | 69 |

## Hinweise

Nr. Die Nummer der Einzelveranstaltung findet sich im Programmheft
S. Die angegebene Seitenzahl bezieht sich auf dieses Heft

# Kurzfassung der Beiträge

## Eröffnung

**Freitag, 9. März 2012**

**9.30 Uhr - 11.00 Uhr Prävention wirkt!**

**Grußworte:**

*Dr. Hans-Liudger Dienel, Zentrum für Technik und Gesellschaft, Technische Universität Berlin*

Prävention wirkt! Das gilt nicht nur für die Gesundheit. Im weiteren Sinne ist eine Universität eine Institution für Vorbereitung und Prävention. Die Technikwissenschaften wissen um die Bedeutung von Wartung und Pflege im „Life-Cycle-Management" von Maschinen und Anlagen. Bzw., sie müssten es wissen. Doch es ist wie in der Gesundheit. Prävention gehört zu den chronisch unterfinanzierten, verdrängten und vernachlässigten Maßnahmen für die Steigerung von Langlebigkeit und Qualität.

Die Technische Universität ist durchaus ein geeigneter Ort für unsere Tagung. Gesundheit ist eines der acht Forschungs- und Zukunftsfelder der Technischen Universität. An vielen Stellen wird über Prävention geforscht. Am Zentrum Technik und Gesellschaft und dem Fachgebiet Arbeitswissenschaft arbeitet etwa die Senior Research Group an seniorengerechter Technik für selbständige Lebensführung im Alter.

Seit den späten 1960er Jahren ist die TU Berlin auch wegen ihrer geografischen Lage Tagungsort für gesellschaftspolitisch wichtige Großveranstaltungen gewesen. Dies ist auch an diesem Wochenende der Fall. Die Tagung unterstreicht eindrucksvoll die Bedeutung von gesundheitlicher Prävention in unserer Gesellschaft und benennt mutig Defizite und Aufgaben. Sie hat als Impulsgeber, als inter- und transdisziplinäres Forum, auch als „Heerschau", eine zentrale Rolle in Deutschland. Vielen Dank, dass Sie an die TU Berlin gekommen sind! Dem Kongress wünsche ich großen Erfolg.

**Einführungsreferat: "Breaking the poverty – ill-health link: prevention through an equity lens"**

Prof. Dr. Margaret Whitehead, WHO Collaborating Centre for Policy Research on the Social Determinants of Health, University of Liverpool, Großbritannien

There are multiple linkages between poverty and health. First, poverty severely limits the chance of living a healthy life and is still, even in relatively affluent European countries, a major cause of poor health in the population in general and of social inequalities in health in particular. Second, poor health can be a cause of poverty by preventing people earning a living and by saddling them with crippling costs of paying for the health care they need - the so called ' medical poverty trap'. Third, concerted efforts to improve health among low-income households can improve their chances of escaping poverty and hence enhance their socioeconomic conditions and life chances. There are policies and strategies that make a real difference to these three linkages. The talk discusses these effective policies, while highlighting the potential threats to progress resulting from the response of governments to the current economic crisis in Europe and the need for close monitoring. The importance of taking an equity perspective on ill-health prevention in relation to low-income households is illustrated by tobacco control and other health promotion policy examples. The talk concludes with reflections on which policies widen and which reduce inequalities.

# Abschluss

**Samstag, 10. März 2012**

**12.45 Uhr - 14.15 Uhr 25 Jahre Ottawa – Was sagt uns die Charta heute?**

*Prof. Dr. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut des AOK-Bundesverbandes, Berlin*

„*Die Art und Weise, wie die Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein*", heißt es in der Ottawa-Charta. „Health in all Policies" war eine strategische Konsequenz daraus: „*Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die politische Tagesordnung gesetzt werden*". Gesundheit ist mehr als Ernährung und Bewegung. Es lässt sich mittlerweile wissenschaftlich gut belegen, wie sich Teilhabe auf die Gesundheit auswirkt. Das Gesundheitswesen hat hierauf den geringsten Einfluss. Die Lebensverhältnisse werden zu einem großen Teil von den Ländern und Kommunen mitgestaltet. Der Wille und ein koordiniertes Handeln der verantwortlichen Politikfelder und Akteure lassen sich allerdings kaum gesetzlich normieren. Alle bisherigen Initiativen für ein Präventionsgesetz stellten lediglich den Versuch einer fragwürdigen Kompensation bestehender Teilhabedefizite über die Sozialversicherungsträger dar. Es gibt in Deutschland ausreichende Erkenntnisse über Prozessketten, die soziale und gesundheitliche Prävention in der Kommune verbinden. Die AOK bringt sich hier mit nachhaltigen Ansätzen ein, z.B. für Kinder in KiTa und Schule oder für Beschäftigte in Unternehmen. Erforderlich sind jetzt stabile, von Entscheidungsträgern in Ländern und Kommunen koordinierte Netzwerke. Sie müssen die jeweilige Situation analysieren, Maßnahmen beschreiben, die vorhandenen Ressourcen zusammentragen, Umsetzungsschritte festlegen und sich für die Finanzierung zusätzlicher Ressourcen einsetzen. Es gibt Belege, dass sich das für Länder und Kommunen schon relativ kurzfristig rechnet.

*Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Kickbusch Health Consult, Brienz, Schweiz*

Die Ottawa-Charta wird mitunter als die dritte Gesundheitsrevolution bezeichnet. Eine Revolution hat nicht stattgefunden. Zwar sind viele der strategischen Ansätze der Charta inzwischen Allgemeingut in gesundheitspolitischen Absichtserklärungen auf nationaler und internationaler Ebene – ihrer Umsetzung stehen aber einflussreiche politische wie wirtschaftliche Interessen entgegen. Alle fünf Bereiche der Charta weisen weiterhin auf großen Handlungsbedarf. Herausforderungen liegen auch in der Globalisierung der Risiken, der Ungleichheiten und der Lebensweisen sowie in der Kommerzialisierung der Gesundheit. Zudem setzt sich eine neue Vertikalisierung durch: es gibt nur wenig Verbindung zwischen Vertreter/innen einzelner strategischer Handlungsbereiche. Besonders die drei zentralen Herausforderungen: NCDs (Noncommunicable Diseases), soziale Determinanten der Gesundheit und nachhaltige Entwicklung sind kaum strategisch miteinander verbunden. Das hätte – wie schon in der Ottawa-Charta angelegt – Aufgabe der Gesundheitsförderung sein sollen. Ohne eine starke lokal verankerte, aber auch grenzüberschreitende Gesundheitsbewegung wird wenig zu bewirken sein – sie wird sich neu formieren müssen und neue, dem 21. Jahrhundert adäquate Konzepte und Durchsetzungsformen finden müssen.

# Gesundheit und…

## Frühe Hilfen

| Fr II 11.30 Uhr | Ein Blick auf den derzeitigen Stand der Frühen Hilfen und die politische Umsetzung |
|---|---|

*Verena Göppert, Deutscher Städtetag, Köln*

Frühe Hilfen und Prävention sind untrennbar miteinander verbunden. Wer Kinderschutz wirksam gestalten will, ist gut beraten, möglichst früh anzusetzen. Ziel ist es, allen Kindern, unabhängig von ihrem sozialen Status ein gutes, gesundes und chancengerechtes Aufwachsen zu ermöglichen. Viele Partner sind dafür notwendig, die ihre Verantwortung im Netz der Frühen Hilfen wahrzunehmen haben. Vielfach wird in der kommunalen Kinder- und Jugendhilfe die ausschließliche Zuständigkeit für ein gelingendes Aufwachsen gesehen. Das allerdings ist zu kurz gegriffen. Es ist richtig, dass der diesjährige Kongress die Frühen Hilfen so ausdrücklich in Bezug zur Gesundheit setzt. Leider spiegelt sich dies nicht annähernd in den politischen Debatten wieder. Die Städte hätten es sich gewünscht, dass auch das Gesundheitssystem verstärkt in das neue Bundeskinderschutzgesetz einbezogen worden wäre. Denn auch das Gesundheitssystem profitiert von einem System Früher Hilfen, das gesundes Aufwachsen ermöglicht und über niedrigschwellige Zugänge zu den Eltern verfügt, die Hilfe brauchen. Statt beispielsweise im bestehenden gesundheitlichen Versorgungssystem die Rolle der Hebammen zu stärken, wird nun daneben ein System mit Familienhebammen etabliert. Die Finanzierung erfolgt in einer ersten Phase über eine Bundesinitiative des Bundesfamilienministeriums und ab 2014 über einen Fond. Wie die Gelder verteilt werden und wie sie auch vor Ort ankommen, ist derzeit noch unklar. Wie viel einfacher und auch richtiger wäre es gewesen, diese Leistungen im Rahmen des bestehenden Gesundheitssystems erbringen und finanzieren zu lassen.

| Fr II 14.15 Uhr | Väter in den Frühen Hilfen |
|---|---|

**„Wie können Väter im Projekt ‚Keiner fällt durchs Netz' erreicht werden? Chancen und Herausforderungen"**

*Andreas Eickhorst, Universitätsklinikum Heidelberg*

Am Beispiel des Präventionsprojektes der Frühen Hilfen „Keiner fällt durchs Netz" (aufsuchende Hilfen; Elternkurse; Netzwerkarbeit; vertreten in insgesamt 11 Landkreisen bzw. Großstädten) sollen die Herausforderungen des gleichberechtigten Einbezugs von Vätern in die präventive Arbeit der Frühen Hilfen aufgezeigt und diskutiert werden.
Die meisten der aktuell laufenden Projekte oder festen Angebote der Frühen Hilfen sind von ihrer Ausrichtung, Struktur oder ganz basal aufgrund der beteiligten Professionen der Helferinnen entweder primär auf Mütter und die Mutter-Kind-Beziehung ausgerichtet oder sie richten sich prinzipiell an beide Eltern, ohne aber für den Umgang mit Vätern in dieser Zielgruppe adäquate eigene Herangehensweisen entwickelt zu haben.
Dies trifft auch auf „Keiner fällt durchs Netz" in dem Sinne zu, dass einerseits das Bewusstsein für die Bedürfnisse der Väter stark vorhanden ist, sich jedoch in der praktischen Umsetzung im Feld zu lösende Fragen ergeben, die dem Einbezug Grenzen aufzeigen. Der Beitrag will versuchen, die verschiedenen Ebenen dieser Implikationen zu verdeutlichen und mögliche Lösungswege zu diskutieren.

**„Väter als Ressource in den ‚Frühen Hilfen'"**

*Gerd Poerschke, Schreibabyambulanz Steglitz-Zehlendorf, Berlin*

Im Arbeitsalltag in den SchreiBabyAmbulanzen offenbaren Mütter häufig ihre Sehnsucht nach mehr männlicher bzw. väterlicher Unterstützung. Sie bekommen oft zu wenig Unterstützung durch ihren Partner während der Schwangerschaft und nach der Geburt kommt die väterliche Hilfe noch zu selten hinzu. Hier geht es hauptsächlich um das männlich/väterliche Prinzip. Dieses Prinzip wird im Rahmen dieses Vortrags erläutert und gezeigt, wie es in meiner Arbeit mit den Müttern nutzbringend eingesetzt werden kann.

### „Welchen Bedarf haben Väter – rund um die Geburt“

*Dr. Michael Abou-Dakn, Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung St. Joseph-Krankenhaus, Berlin*

Die Rolle des Vaters rund um die Geburt rückt in den letzten Jahren zunehmend in den wissenschaftlichen Fokus. Anfängliche kasuistische Darstellungen weichen zunehmend Studien, die sich mit der Interaktion des Vaters beschäftigen. Auch Interventionen in Form von Väter/Männer Geburtsvorbereitungskursen werden zunehmend publiziert.
Die Erfahrungen und Erkenntnisse über den wissenschaftlich zu findenden „Wert“ des Mannes bei der Geburt werden in dem Vortrag fokussiert. Welche Ressourcen müssen vorgehalten werden? Welche bringen Männer mit? Welche können professionell vermittelt werden? Müssen wir die Männer besser einbinden? Können diese hilfreich sein, für einen gelungenen Start in die Dreierbeziehung? Oder stören Männer im Kreißsaal?

| Fr II 14.15 Uhr | Neue Rechtsgrundlagen und fachliche Perspektiven in den Frühen Hilfen |
|---|---|

### „Wo stehen die Frühen Hilfen? Gesetzliche Verankerung und Finanzierung“

*Prof. Dr. Dr. Reinhard Wiesner, Kanzlei Bernzen/Sonntag, Berlin*

Gravierende Fälle von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung haben die Aufmerksamkeit auf einen Ausbau des präventiven Kinderschutzes gerichtet, der bei der Verbesserung der Erziehungskompetenz junger Eltern und der frühzeitigen Erkennung von Risikosituationen ansetzt. Freie Träger und Jugendämter haben sich – zum Teil im Rahmen landes- bzw. bundesweiter Modellprojekte – in enger Vernetzung mit Institutionen aus dem Bereich des Gesundheitswesens auf den Weg gemacht, das Hilfespektrum auszubauen und die Zugangswege für (junge) Familien zu Frühen Hilfen zu verbessern. Um das Hilfepotential der beiden Systeme auszuschöpfen, bedarf es einer engen Kooperation und des Aufbaus lokaler Netzwerke, in die alle Einrichtungen und Dienste, die im Kontakt mit Kindern, Jugendlichen und Eltern stehen, eingebunden sind. Erste Schritte haben Kinderschutzgesetze in den Ländern getan. Nun müssen die positiven Erfahrungen aus den Modellprojekten und örtlichen Initiativen auf eine bundesrechtliche Grundlage gestellt werden. Den Rahmen dafür bietet das Bundeskinderschutzgesetz, das am 27.10.2011 im Bundestag verabschiedet worden ist. Der Bundesrat fordert eine stärkere Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere im Hinblick auf Hebammenleistungen.

### „Finanzierungsvoraussetzungen aus politischer Sicht: Ein Überblick über Wirksamkeitsforschung zu Frühen Hilfen“

*Hanna Willemsen, Institut für Medizinische Soziologie, Universität Halle-Wittenberg*

Bei Modellprojekten stellt sich häufig die Frage, wie ihre Finanzierung über den Projektstatus hinaus gesichert werden kann. Eine wichtige Voraussetzung, die langfristige Aufwendung finanzieller Mittel für sozialpolitische Maßnahmen politisch zu legitimieren, ist ein Nachweis über die Wirksamkeit der zu finanzierenden Maßnahmen. Gegenstand der Forschung zu Frühen Hilfen in Deutschland ist in den letzten Jahren – neben Aspekten zu gelingender Implementation und Vernetzung – auch die Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen bei Familien gewesen. In diesem Kontext wurde vermehrt diskutiert, wie die Wirksamkeit Früher Hilfen bestmöglich untersucht und welche Wirkung von den Frühen Hilfen erwartet werden kann. Der Beitrag gibt einen kurzen Überblick über neuere Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen bei Familien und thematisiert die Konflikte, die im Rahmen der Forschung zu so einem sensiblen Thema entstehen können. Ergebnis des Beitrags ist, dass häufig methodische Schwächen die Aussagekraft der Studien einschränken. Zukünftige Studien müssen für diese Thematik sensibilisiert sein, um belastbare Ergebnisse zu liefern und als Grundlage für politische Entscheidungen dienen zu können.

### „Die Wirksamkeit von Modellen Früher Hilfen in Deutschland: Erkenntnisse und Herausforderungen“

*Ilona Renner, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln*

Seit 2007 werden in Deutschland verschiedene Ansätze Früher Hilfen wissenschaftlich begleitet. Die Förderung und Koordination der insgesamt zehn Evaluationsstudien ist Teil des Aktionsprogramms des

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ziel der Förderung ist die Untersuchung zentraler Fragestellungen zu Wirkungsvoraussetzungen, Wirkungen und Wirkmechanismen der Frühen Hilfen. In diesem Beitrag sollen einige Erkenntnisse zur Wirksamkeit vorgestellt und diskutiert werden. Dabei wird deutlich, welche Anforderungen ein Evaluationsdesign mindestens erfüllen sollte, welche Herausforderungen dabei bewältigt werden müssen und an welche (ethischen) Grenzen die Forschung mit hoch belasteten Familien stößt.

### „Frühe Hilfen – weitergedacht aus der Perspektive von Kindern“

*Prof. Dr. Ulrike Urban-Stahl, Freie Universität Berlin*

Der Präventionsgedanke, der mit dem Begriff „Frühe Hilfen“ verbunden ist, ist ein Anliegen der Kinder- und Jugendhilfe seit der Entstehung vor 100 Jahren. „Prävention“ impliziert jedoch immer auch „potentielle Gefahr“. Die seit einigen Jahren intensive Nutzung des Begriffs „Frühe Hilfen“ suggeriert, es seien „Problemgruppen“ zu identifizieren, die in besonderer Weise schon vor dem Auftreten einer realen Kindeswohlgefährdung unterstützt und kontrolliert werden müssten, um eben diese zu vermeiden. Der Vortrag hinterfragt die damit verbundene Stigmatisierung der Kinder und ihrer Familien, geht der Bedeutung des Konzepts der „Resilienz“ in der Debatte nach und diskutiert, welche Forderungen sich aus der Perspektive der betroffenen Kinder für eine Weiterentwicklung des Konzepts „Frühe Hilfen“ ergeben.

## FR II 16.15 Uhr Eltern stärken – wie können Eltern nachhaltig erreicht werden?

### „Eltern-AG: Ein Präventionsprogramm der frühen Elternbildung für Familien in schwierigen Lebenslagen – Wie Eltern nun auch in Berlin nachhaltig erreicht werden können“

*Prof. Dr. Meinrad Armbruster, Eltern-AG, Hochschule Magdeburg-Stendal; Birgit Böhm, nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung e.V., Berlin*

Eltern-AG ist ein wissenschaftlich begleitetes, mehrfach ausgezeichnetes Empowerment-Programm der primären Prävention für sozial benachteiligte Eltern, welches sich seit mehreren Jahren erfolgreich in der Praxis bewährt. Eltern-AG arbeitet zu 100 Prozent mit sozial benachteiligten Eltern und erreicht jene fünf bis zehn Prozent, die durch konventionelle Hilfsangebote nur sehr schwer bis gar nicht erreicht werden. Die innovative Mischung aus Elternschule und Selbsthilfe dient der Steigerung der Erziehungskompetenz, der Verbesserung der kindlichen Entwicklung, der Kooperationsbereitschaft und Netzwerkbildung. Das vorrangige Ziel besteht darin, Kindern aus schwierigen Verhältnissen durch bessere Elternkompetenz zu mehr Bildungs- und Chancengerechtigkeit zu verhelfen. Eltern-AG versteht sich nicht nur als reines Elternbildungsprogramm, sondern als eine am Kindeswohl orientierte Maßnahme der Hilfen zur Erziehung und der Frühen Hilfen. Eltern-AG möchte zum Paradigmenwechsel anregen – Primäre Prävention statt Kuration – und zeichnet sich durch Niedrigschwelligkeit sowie eine aktivierende, wertschätzende Arbeitsweise aus. Eltern-AG ist trotz einfach formulierter Postulate explizit wissenschaftlich ausgerichtet. Dazu gehören fortlaufende Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie eine obligatorische Evaluation. Diese unabhängige wissenschaftliche Begleitforschung wird durch das externe nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung e.V. seit April 2010 durchgeführt.

### „Stillen macht Eltern und Kinder stark – Stillförderprogramm für sozial Benachteiligte“

*Ines Scholz, pro Familia-Beratungsstelle, Fürstenwalde*

Das von Ines Scholz entwickelte Stillförderprogramm/sozial-medizinische Elternberatung ist ein Kurssystem, das in der pro familia Beratungsstelle Fürstenwalde bereits seit 15 Jahren erfolgreich angeboten wird. Am Bedarf der werdenden Eltern orientiert, wird das Programm permanent weiterentwickelt. Das Kursprogramm beginnt in der Schwangerschaft (8 Abende/je zwei Stunden) und wird mit Ende des ersten Lebensjahres beendet (8 Treffen/je zwei Stunden mit den Babys). Kooperationspartner bei der Durchführung sind das Deutsche Rote Kreuz und das örtliche Gesundheitsamt. Bei den Treffen im ersten Lebensjahr ist eine ausgebildete Kinderkrankenschwester regelmäßig anwesend. Durch diese Kooperation mit dem Gesundheitsamt werden Schwellenängste reduziert. Eine Rettungssanitäterin informiert zum Thema Säuglings- und Kleinkindnotfälle. Die Beratungsstelle befindet sich in einem Gesundheitszentrum in einem sozialen Brennpunkt im Norden der Stadt. Weitere Kernthemen des Kurses, der sich auch explizit an die werdenden Väter richtet, sind das Schwangerschaftserleben, das Gesundheitsverhalten (insb. Ernährung, Drogenkonsum), das soziale und familiäre Umfeld sowie die Arbeits- bzw. Ausbildungssituation

der werdenden Eltern. Durch die während der Kurse entstehenden Beziehungen unter den Teilnehmer/innen werden soziale Netze gebildet. Vor und nach der Geburt werden so auf mehreren Ebenen Frühe Hilfen etabliert.

### „Frühe Hilfen und Bildung unter einem Dach – Prävention im Familienzentrum. Erfolgreiche Strategie mit Chancen und Grenzen“

*Volker Syring, Schutzengel GmbH, Flensburg*

Die Zukunftsstrategie entstand unter Einbindung der Schutzengel GmbH, der Einrichtungen im Sozialraum und des Familienzentrums. Die Daten der Gesundheitsberichterstattung weisen auf überdurchschnittliche Sprachdefizite, Verhaltensauffälligkeiten und erhöhte Adipositasraten hin.
Das Familienzentrum Fruerlund hat die Schwerpunkte der Frühen Förderung, Inklusion und Stärkung der (Alltags- und) Erziehungskompetenzen. Unter dem Dach des Familienzentrums befindet sich eine Einrichtung des „Schutzengels“. Die Schutzengel GmbH und das Familienzentrum arbeiten kooperativ, durch die Arbeit Tür an Tür ist ein schneller Austausch/eine schnelle Überleitung möglich. Der Auftrag der „Frühen Hilfe“ der „Schutzengel“, der Bildungsauftrag der Kita und die Angebote des Familienzentrums sowie die Vernetzung und Zusammenarbeit mit Beratungseinrichtungen und anderen sozialen Einrichtungen ermöglichen eine umfassende Unterstützung von Familien mit Kindern von null bis sechs Jahren. Die enge Zusammenarbeit ermöglicht eine unkomplizierte Überleitung in die Krippe/Kita, so werden gerade die Kinder schwer erreichbarer Familien über das Kleinkindalter hinaus erreicht und gefördert. Schwangere oder Eltern mit kleinen Kindern, die ältere Kinder in der Kita haben, können an das Angebot der „Schutzengel“ vermittelt werden. Durch eine Kooperationsvereinbarung werden die Kommunikation, die Gesundheitsangebote und die Qualität gesichert. So entstehen Synergien, die im Sinne der Klient/innen für eine Unterstützung ohne Schwellenängste und -barrieren sorgen. Damit die beiden Einrichtungen für Bildung und Frühe Hilfen verzahnt arbeiten, wurde ein abgestimmtes System von Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung entwickelt.

## Fr II 16.15 Uhr Bedarfe und Herausforderungen durch familiäre Armut I

### „Familiäre Armut – ein gesellschaftliches Problem“

*Dr. Ute Belz, Stadt Hilden, Ulrich Brakemeier, Bildungskoordinator der Stadt Hilden*

Die Stadt Hilden begegnet den zahlreichen Fragen und Zuständigkeiten zu diesem komplexen Thema mit einem stadtübergreifenden Ansatz. Unter dem Rahmenkonzept „Bildungsstadt Hilden“ ist ein aktives lokales Bildungsnetzwerk mit dem Ziel, alle bildungsrelevanten Einrichtungen, Personen und Prozesse zusammen zu führen, entstanden. Das Bildungsnetzwerk arbeitet intensiv an der Transitions-Optimierung zwischen Kindertageseinrichtungen und Grundschulen, ebenso zwischen Schule und Beruf. Die Ausgestaltung von Ganztagsschulen gehört zum Arbeitsfeld ebenso wie die Einrichtung eines Bildungsfonds, der bedürftigen Familien in Bildungsfragen finanziell unterstützt; kein Kind, kein Jugendlicher, keine Familie darf verloren gehen.
Diesem Leitgedanken folgend bekommen Fragen einer höheren Chancengerechtigkeit und besseren Teilhabe für Kinder aus sozial schwächeren Milieus einen besonderen Stellenwert. Ein neues Instrument der so genannten Bildungs- und Teilhabecoaches wird in diesem Kontext entwickelt.
In der Stadt Hilden, die zum Kreis Mettmann, einem Kreis in unmittelbarer Nähe zu den größeren Städten Köln und Düsseldorf, gehört, wird Armutsprävention eigenständig und kommunal betrieben. Dabei unterstützt wird Hilden durch ein vom Landesverband Rheinland angebotenes Förderprogramm „Teilhabe ermöglichen – kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“. In Hilden geht es um den Stellenwert früher Bildung im Bildungssystem und die Ordnung des Bildungsverlaufes was im Weiteren auch eine Neukonzeption von Bildungsprozessen bedeuten kann. Frühe Hilfen und Bildung sind der Schlüssel zum Lebenserfolg. Die strategischen Hilfen für von Armut bedrohte Familien und deren Kinder setzen in Hilden früh an. Über ausdifferenzierte Initiativen und Kursangebote wird versucht, die entsprechenden Familien zu erreichen, um vorhandene Ressourcen zu erkennen und zu bündeln. Über Netzwerkarbeit werden in der Kommune greifbare Akteure am Entwicklungsprozess mit einbezogen.
Unter dem Titel „Pro.Te.Kt“ wird in den kommenden Jahren ein strukturell angelegtes Konzept gegen Kinderarmut entwickelt und umgesetzt. Es wird auf dem im Jahr 2010 durch die Stadt in Auftrag gegebenen und durch Faktor Familie GmbH – Lokale Familienforschung und Familienpolitik – und die Universität Bochum, Prof. Dr. Klaus Peter Strohmeier, durchgeführten Familienbericht aufgebaut.

### „Psycho-somatische Belastungen in Familien mit Zuwanderungshistorie im Hartz IV-Bezug“

*Kazim Erdogan, Vorstandsvorsitzender Aufbruch Neukölln e.V., Berlin*

Die Scheidungsraten in Familien mit Migrationshintergrund im Bundesgebiet sind sehr hoch und steigen weiter an. Viele der Väter kommen mit der Trennungs- und Scheidungssituation nicht zurecht und leiden unter erheblichen psychischen Problemen. Sie haben keine Möglichkeiten, über ihre Probleme zu sprechen und diese zu verarbeiten, da entsprechende Angebote fehlen. Sie sind nicht in der Lage und bereit, für die Erziehung und Bildung ihrer Kinder Verantwortung zu übernehmen. Die Kinder wachsen zunehmend in einer vaterlosen Gesellschaft auf. Dies führt zu erheblichen Schwierigkeiten in der Schule und in der Kita. Daher gründete ich 2007 die erste türkische Männergruppe in Berlin. Mittlerweile gibt es drei Männergruppen mit Männern aus verschiedenen Herkunftsländern und ca. 90 Teilnehmer, die sich wöchentlich treffen und eine eigene Hilfestruktur untereinander entwickeln. Bei den Treffen werden neben den ganz aktuellen Sorgen auch Themen behandelt z.B. das politische und soziale System in Deutschland, die Bedeutung des frühzeitigen Besuchs des Kindergartens, frühkindliche Sprachförderung, gesunde Ernährung und Bewegung, Gewaltvermeidung, Ehre, Ehrenmorde, Zwangsheirat, das Zusammenleben mit Deutschen und Menschen fremder Kulturen in der Gesellschaft, gewaltfreie Erziehung, Zusammenarbeit mit den Schulen und anderen Einrichtungen und deren Verbesserung, Scheidung und ihre Folgen, Nationalismus in der Welt, Fremdenfeindlichkeit und Antisemitismus, Integration und Toleranz.

### „Die Expertise: Familien in benachteiligten und von Armut bedrohten oder betroffenen Lebenslagen als Adressaten von Elternbildung und Elternarbeit“

*Dr. Katherine Bird, Bird und Hübner GbR, Berlin*

Seit etwa zehn Jahren finden zunehmende Anstrengungen seitens der Familien- und Elternbildung statt, bedarfsgerechte Angebote für Familien in benachteiligten Lebenslagen zu entwickeln. Lange Zeit galten diese Familien als schwer oder gar nicht erreichbar. Die neuen Angebote sind häufig auf die lokalen Rahmenbedingungen vor Ort zugeschnitten. Daher entstand eher ein Patchwork als eine systematische bundesweite Betrachtung der Bedarfe von Eltern in benachteiligten Lebenslagen. In der oben genannten Expertise wurden auf der Grundlage veröffentlichter Forschungsarbeiten sechs „Kategorien der Armutserfahrung“ entwickelt, um die kulturelle Vielfalt, die unterschiedlichen Lebensentwürfe, die vielfältigen Ressourcen, Wünsche, Vorstellungen und Träume von Eltern in benachteiligten Lebenslagen darzustellen. Obwohl diese Eltern nicht automatisch eine geringere Erziehungskompetenz als bessergestellte Eltern haben, kann die Armut jedoch die wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten stark einschränken und mit weiteren Problemen assoziiert sein, die eine für das Kind förderliche Erziehung erschweren. Die sechs Kategorien der Armutserfahrung sind als Diskussionsgrundlage zu verstehen und sollen Impulse für die weitere Entwicklung differenzierter Angebote in der Familien- und Elternbildung geben.

## Sa II 9.00 Uhr Bedarfe und Herausforderungen durch familiäre Armut II

### „Der Zusammenhang von sozialer Lage und verminderten Gesundheitschancen bei Kindern“

*Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)*

Ca. 80 Prozent der Kinder in Deutschland sind so gesund wie noch nie in der Geschichte. Jedoch wächst ca. jedes fünfte Kind, d.h. ca. 140.000 Kinder je Geburtsjahrgang mit erheblichen vor allem psychosozialen Belastungen und Defiziten an gesundheitlich relevanten Ressourcen auf. Dies führt absehbar zu lebenslang wirkenden, auch gesundheitlichen Defiziten und Schäden, die medizinisch kaum kompensiert werden können. Die Chancen für ein gesundes Leben sinken, wenn bei den Eltern einer oder mehrere der folgenden Faktoren gegeben sind: geringe formale Bildung, Arbeitslosigkeit, allein erziehend, Migrationshintergrund, mehrere Kinder, psychische Erkrankung – jeweils in Verbindung mit materieller Armut. Schon aus dieser Vielfalt unterschiedlicher, das gesunde Aufwachsen der Kinder gefährdender Konstellationen wird ersichtlich, dass eine Reduzierung des Problems nicht von einer isolierten Strategie und auch nicht nur von staatlicher Sozialpolitik erwartet werden kann. Vielmehr kommt es darauf an, die Hindernisse und Hürden auf dem Weg zu einem gesunden Leben aus der Perspektive der jeweils betroffenen Kinder im Prozess des Aufwachsens zu identifizieren und nach Möglichkeiten des Belastungsabbaus und der Ressourcenförderung zu suchen. Im Vortrag werden typische solcher Hindernisse bzw. Hürden benannt, aus denen eine Fülle von Möglichkeiten zum Abbau materieller und Versorgungs-Armut und zur Förderung gesundheitsdienlicher

Ressourcen hergeleitet werden können. Bei aller dadurch erschlossener Vielfalt hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2009 vier übergreifende Schlussfolgerungen für die Politik definiert: (1) Interventionen sollen ‚so früh wie möglich' und ‚so breit wie möglich' ansetzen. (2) Monetäre und Versorgungsarmut ist bevölkerungsbezogen der wichtigste erklärende Einzelfaktor für die Gesundheits- und Entwicklungsdefizite. Abbau von Kinderarmut hat deshalb auch gesundheitspolitisch höchste Priorität. (3) Eine die Verwirklichungschancen von Kindern und Jugendlichen verbessernde Sozial- und Bildungspolitik ist unmittelbar wirksame Gesundheitspolitik. (4) Die Monotonie der Befunde zum Zusammenhang zwischen Armut und Bildungsdefiziten einerseits und schlechteren Gesundheits- und Entwicklungschancen andererseits darf nicht zu dem Fehlschluss verführen, es handele sich bei den davon Betroffenen um eine mehr oder weniger homogene Gruppe. Vielmehr kommt es darauf an, dezentral und gemeinsam mit den Zielgruppen in den jeweiligen Lebenswelten Möglichkeiten der Aktivierung und der Orientierung auf die Erweiterung und Nutzung von Verwirklichungschancen zu entwickeln.

### „Soziale Benachteiligung und Schwangerschaft – Was wissen wir über die Bedürfnisse der Frauen?"

*Ute Lange, Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Hochschule Osnabrück, Verbund Hebammenforschung*

Erschwerte Lebensbedingungen können dazu führen, dass sich sozial benachteiligte Schwangere weniger autonom und aktiv im etablierten Unterstützungssystem bewegen und Angebote wie Geburtsvorbereitungskurse seltener in Anspruch nehmen. Auch scheinen sowohl die Struktur als auch di Inhalte der Angebote oft nicht ihre speziellen Bedürfnisse zu treffen. Um diese detaillierter zu erfassen, wurden in der vorgestellten qualitativen Studie teilstrukturierte Interviews und Angebotsanalysen in ausgewählten Städten und Gemeinden durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Bedürfnisse sozial benachteiligter Schwangerer durch die Suche nach Sicherheit, gezielten Informationen, sozialen Beziehungen und einer neuen gesellschaftlichen Rolle geprägt werden. Viele der Bedürfnisse werden sowohl an die Menschen des sozialen Umfelds als auch an Mitarbeiter der Beratungsstellen oder Akteure des Gesundheitswesens adressiert. Übliche Geburtsvorbereitungskurse oder vergleichbare Angebote treffen nur bedingt die Interessen der Befragten und sind mit dem Risiko der Ausgrenzung verbunden. Eine Orientierung innerhalb der Angebotsstruktur eine Stadt oder Gemeinde setzt mehrheitlich einen hohen Grad an Selbstorganisation und der Fähigkeit einer aktiven Kontaktaufnahme voraus.

## Sa II 9.00 Uhr Kommunale Ansätze in den Frühen Hilfen

### „Entwicklung kommunaler Praxis Früher Hilfen: Ausbaustand und Angebotsstrukturen"

*Alexandra Sann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, München*

Wie aus einer Bestandsaufnahme des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) hervorgeht, haben zwei Drittel der Kommunen in den vergangenen Jahren durch politischen Beschluss frühzeitige Hilfsangebote für Familien ausgebaut. Viele Kommunen haben hierfür dauerhaft zusätzliche Mittel bereitgestellt. Nach Aussage fast aller Ämter tragen „Frühe Hilfen" zur frühzeitigeren Erkennung von familiären Problemlagen bei. Insgesamt halten die Kommunen eine breite Palette von frühen Hilfsangeboten für werdende und junge Eltern bereit. Sie reichen von universellen Präventionsangeboten, die alle Familien erreichen, über spezifische Maßnahmen für belastete Eltern, bis hin zu stationären therapeutischen Hilfen. Für besonders wichtig und erfolgreich halten Kommunen den Einsatz von Familienhebammen und Beratungsangebote für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, wie etwa Schreibaby-Sprechstunden. Die zunehmende Bedeutung, die „Frühe Hilfen" erfahren, ist auch ablesbar an einer besseren personellen Ausstattung. Fast die Hälfte der Jugendämter hat im Bereich Früher Hilfen bei sich oder bei den freien Trägern zusätzliche Stellen geschaffen. Die Bestandsaufnahme des NZFH, die vom Deutschen Institut für Urbanistik (DIfU) durchgeführt wurde, hat zudem gezeigt, dass mehr als die Hälfte der Kommunen Koordinierungsstellen eingerichtet hat, um die verschiedenen Anbieter Früher Hilfen miteinander zu vernetzen und dadurch deren Effektivität zu erhöhen.

### „Das Münchener Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hochbelastete Familien“

*Dr. Marie Kopecky-Wenzel, Rita Fehrmann-Brunskill, Dr. Michaela Schunk, Dr. Rosemary Eder-Debye, Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt*

Das Münchner Modell wurde gemeinsam vom Sozialreferat/Stadtjugendamt (Öffentliche Kinder- und Jugendhilfe) und vom Referat für Gesundheit und Umwelt (Öffentlicher Gesundheitsdienst) entwickelt und 2007 vom Münchner Stadtrat beschlossen.
Das Konzept sieht eine strukturell geregelte Zusammenarbeit zwischen den beiden Referaten und ausgewählten regionalen Trägern der Jugendhilfe vor. Es baut auf dem seit Jahren bewährten Hausbesuchsdienst der Kinderkrankenschwestern des Gesundheitsreferats auf, der neben der gesundheitlichen Beratung eine indikatorengestützte Einschätzung der familiären Belastung durchführt. Im Bedarfsfall und mit Einverständnis der Eltern wird die Familie verbindlich an eine sozialpädagogische Fachkraft des zuständigen freien Trägers vermittelt, von der sie individuell psychosoziale Unterstützung erhält (z.B. Hilfe bei der Alltagsbewältigung, Unterstützung bei der Inanspruchnahme von weiteren Angeboten, Förderung der Eltern-Kind-Beziehung). In drei Jahren wurden über 1900 Kinder und deren Familien betreut. Die während der Umsetzung durchgeführte Evaluation zeigte, dass betroffene Familien frühzeitig erreicht werden und die Eltern die passgenaue Unterstützung als hilfreich und entlastend erleben. Die Kooperation zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich wird von allen Beteiligten geschätzt.

## Sa II 11.00 Uhr Abschluss des Themenbereichs Frühe Hilfen „Prävention wirkt!“

### „Die Wirksamkeit der Frühen Hilfen bei Müttern und Kindern – Evaluationsergebnisse im Längsschnitt des Modellprojektes ‚Keiner fällt durch‘s Netz‘“

*Andreas Eickhorst, Universitätsklinikum Heidelberg*

Am Beispiel des Präventionsprojektes der Frühen Hilfen „Keiner fällt durchs Netz“ (Inhalt: aufsuchende Hilfen; Elternkurse; Netzwerkarbeit; vertreten in insgesamt 11 Landkreisen bzw. Großstädten) soll die Wirksamkeit einer gezielten aufsuchenden Hilfe im ersten Lebensjahr durch Familienhebammen demonstriert und diskutiert werden.
Im Rahmen der wissenschaftlichen Wirksamkeitsforschung fanden in einem (noch andauernden) längsschnittlichen Design Vergleiche hinsichtlich Parametern von Mutter, Kind und Mutter-Kind-Interaktion zwischen der Interventions-Projekt-Gruppe und einer Kontrollgruppe ohne aufsuchende Hilfe (jeweils N = 150) statt. Im Beitrag wird über die aktuellen Ergebnisse zum Ende der Betreuung (Kindesalter ein Jahr) berichtet. Verbesserungen in der Interventionsgruppe sind auf Seiten der Kinder und Mütter feststellbar, insbesondere im Bereich der sozialen Entwicklung der Kinder (gemessen mit dem ASQ). Die Mutter-Kind-Interaktion (gemessen mit dem CARE-Index) zeigt zu diesem Zeitpunkt noch keinen bedeutsamen Unterschied zwischen den Gruppen.

# Kinder und Jugendliche

| Fr II 14.15 Uhr | Fachforum: Ansätze und Präventionsstrategien zur Vorbeugung von Adipositas |
|---|---|

## „Gesundheitsförderung bei übergewichtigen Kindern – Erfolg abhängig vom sozialen Status?!“

*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. Der Übergang von Prävention zur Rehabilitation verläuft fließend.
Bei der Entstehung von Übergewicht 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 das Fidelio-Programm an. Es beinhaltet ein vielseitiges, ganzheitliches Spiel- und Bewegungsprogramm mit Ernährungsmodul und ärztlicher Betreuung. Ziel von Fidelio ist es, unter anderem den übergewichtigen Kindern die Werkzeuge für mehr Selbstverantwortung und Eigenmotivation an die Hand zu geben und eine Übernahme dieser Strategien in den Freizeit- und Familienbereich zu erreichen.
Ob und inwieweit der soziale Status eine Rolle spielt und vor allem welchen, wird anhand der durchgeführten Studie exemplarisch erörtert. Neben den Daten die dazu von den Kindern innerhalb des Bewegungsprogramms erhoben wurden, sind die Eltern zum Sozialstatus, Ernährungs- und Gesundheitsverhalten ihrer Kinder befragt worden.

## „Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – ein Expertenkonsens“

*Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln; Monika Cremer, Diplom Oecotrophologin, Idstein; Christine Graf, Deutsche Sporthochschule Köln; Dorle Grünewald-Funk, Diplom Oecotrophologin, Berlin; Ulrike Ungerer-Röhrich, Universität Bayreuth; Max Rubner-Institut, Karlsruhe; Corinna Willhöft, Max Rubner-Institut, Karlsruhe, BZgA-Arbeitsgruppe*

Gesundheitsförderliche und primärpräventive Maßnahmen gegen Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen werden vielerorts durchgeführt. Welche Qualitätskriterien müssen angelegt werden, um Maßnahmen zu planen, zu verbessern und bewerten zu können?
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit hat eine Arbeitsgruppe unter Leitung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen“ zusammengetragen. Dieser Kriterienkatalog wurde einem Pretest in ausgewählten Praxisprojekten und einem Gutachterprozess unterzogen, der in einem Expertenkonsens mündete. 20 Qualitätskriterien können in folgenden Arbeitsschritten angewandt werden: Gemeinsames Verständnis über Gesundheit entwickeln, Bedarf an Maßnahmen und Bestand an vorhandenen Maßnahmen ermitteln, konkrete Zielgruppe und Ziele festlegen, Konzept erstellen, Maßnahme in die Praxis umsetzen, Maßnahme dokumentieren, bewerten und reflektieren (evaluieren), erfolgreiche Maßnahmen fortführen und verstetigen bzw. weniger erfolgreiche Maßnahmen optimieren. Die Qualitätskriterien weisen die derzeit höchste verfügbare Evidenz für Kriterien, die für Maßnahmen der Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen gelten, auf. Sie sind auf alle verhältnis- und verhaltens-präventiven Maßnahmen sowie Entwicklungsprozesse anwendbar, die die Förderung der Gesundheit und einer normalen Gewichtsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen im Blick haben.

| Fr II 16.15 Uhr | Unfallprävention bei kleinen Kindern – aktuelle Erkenntnisse zur Epidemiologie, evidenzbasierten Maßnahmen und Schlussfolgerungen |
|---|---|

### „Einführung zur Bedeutung Früher Prävention zur Verhütung von Kinderunfällen in Deutschland“

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

Die BAG Mehr Sicherheit für Kinder e.V. setzt sich seit zehn Jahren als Dach- und Lobbyorganisation für die Stärkung der Prävention von Kinderunfällen ein. Dabei zeigt sich die Kindersicherheit als ein Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, der – obwohl aus internationalen Studien bekannt ist, was wirkt – die bestehenden Präventionspotenziale längst nicht ausschöpft. Im Vergleich dazu, was in manchen anderen europäischen Ländern unternommen wird und ebenso dazu, was in den klassischen Bereichen der Gesundheitsförderung – wie gesunde Ernährung und Bewegung – an Programmen aufgelegt wird, wird in Deutschland nicht genug gegen Unfälle im Kindesalter getan. Dabei ist es um das begründete Wissen darüber, was präventiv wirksam ist, gut bestellt. Hierauf geht der Workshop detailliert ein. Die notwendigen neuen Initiativen zur Prävention von Kinderunfällen können auf eine fundierte Basis zugreifen, denn: Sie können sich an internationalen Erkenntnissen, Empfehlungen zu Handlungsstrategien und an erprobten Praxismodellen orientieren. Sie können mithilfe von vorliegenden Daten und Ergebnissen aus der präventiven Beratungsarbeit gezielte und wirkungsvolle Maßnahmen aufstellen. Sie können in bestehende kommunale Projekte und Maßnahmen integriert werden oder an diese anknüpfen. Nach einer Einführung in die vorhandenen Chancen für eine evidenzbasierte und wirkungsvolle Kinderunfallprävention werden konkrete Beispiele für Handlungsmöglichkeiten dargestellt.

### „Internationale Erkenntnisse und Empfehlungen zur Wirksamkeit von Interventionen“

*Dr. Matthias Albrecht, Runder Tisch gegen Kinderunfälle, Dortmund*

In den letzen Jahren sind die Methoden und Erkenntnisse der Evidenz-basierten Medizin auf Wissenschaft und Praxis der Prävention übertragen worden. Grundlage des Vortrages sind die Ergebnisse einer Cochrane-Studie von Kendrick und Mitarbeiter/innen: Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention(CDSR 2007), der WHO Bericht European report on child accident prevention (2008) und weitere aktuelle Studien. Für die häufigsten Verletzungen in der Altersgruppe null bis fünf Jahre wie Stürze, thermische Verletzungen, Vergiftungen, Erstickung, Ertrinken und Wunden aller Art liegen gute Grundlagen dazu vor, welche Interventionen im Haushalt und der Kita gut wirksam sind. Es wird außerdem der Frage nachgegangen, wie diese wirksamen Interventionen auf kommunaler Ebene in Programme einbezogen werden können, die auf Eltern ausgerichtet sind.

### „Verletzungsmonitoring in Brandenburg: Daten für Präventionsmaßnahmen“

*Dr. Gabriele Ellsäßer, Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, Zossen*

Im Jahr 2007 wies die EU-Kommission in einer Ratsempfehlung zur „Prävention von Verletzungen und zur Förderung der Sicherheit“ darauf hin, dass in Europa Verletzungen „eine erhebliche Belastung für die Gesundheits- und Sozialsysteme“ sind. Im Gegensatz zu vielen anderen Ursachen von Erkrankungen, so der Rat, lassen sich Verletzungen nachweislich wirksam vermeiden. Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, die vorhandenen Daten besser zu nutzen. Im Land Brandenburg wird bereits seit zehn Jahren ein Verletzungsmonitoring von Kindern und Jugendlichen umgesetzt. Ziel des Vortrages ist, aufzuzeigen, welche amtlichen Statistiken hierfür kontinuierlich genutzt und analysiert werden. Darüber hinaus wurden die Datendefizite zu soziodemographischen Zusammenhängen und Unfällen und zu den Unfallursachen durch den Aufbau eigener Datenquellen geschlossen. So wurde in den kinderärztlichen Untersuchungen des ÖGD (Kitakinder und Einschüler) eine standardisierte Unfallanamnese (Unfallort, schwere Verletzungen, Krankenhausaufenthalt und Folgen) eingeführt und diese Daten landesweit erfasst. Dadurch können einerseits epidemiologische Daten zum Unfallgeschehen bei Kindern abgeleitet werden (www.gesundheitsplattform.brandenburg.de), andererseits Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und spezifischen Verletzungsmechanismen identifiziert werden (wie niedriger Sozialstatus assoziiert mit Verbrühungen oder mit Unfällen im Straßenverkehr). Seit 2006 besteht an einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung (Carl Thiem-Klinikum in Cottbus) ein krankenhausbezogenes Verletzungs-monitoring auf der Basis der europäischen Injury Data Base – ein Kooperationsverbund mit dem Landesgesundheitsamt. Die IDB liefert neue Erkenntnisse zu Verletzungen durch Gewalt und Selbstverletzungen und ebenso zu Unfallauslösern durch Produkte. Am 11. Dezember 2009 wurde das Land

Brandenburg als erste Region in Deutschland Mitglied des internationalen Netzwerkes der Safe Communities. In diesem Zusammenhang hat die Beobachtung des Unfallgeschehens für zielgerichtete Präventionsstrategien eine große Bedeutung. Aus den Angaben der Eltern von Einschülern ist seit Jahren ersichtlich, dass Unfälle bei kleinen Kindern überwiegend im häuslichen Bereich geschehen, gefolgt an zweiter Stelle von Unfällen in Kindertagesstätten und erst an dritter Stelle im Straßenverkehr. Säuglinge und kleine Kinder verunfallen überwiegend durch Stürze zu Hause. Diese Stürze werden zu 90 Prozent durch Produkte im Lebensumfeld des Kindes ausgelöst: Wickeltisch, Hochstuhl, Elternbett und Treppen, so die Ergebnisse der Injury Database (ITB). Die Arbeitsgruppe Unfall- und Gewaltprävention im Bündnis Gesund Aufwachsen (www.buendnis-gesund-aufwachsen.de) hat daher einen Schwerpunkt auf die Verhütung von häuslichen Unfällen bei kleinen Kindern gelegt. Die Präventionsstrategie zielt auf die Sensibilisierung der jungen Eltern zu typischen Unfallgefahren im Haushalt durch persönliche Beratung. Beispielsweise informieren Hebammen und die Paten im Netzwerke Gesunde Kinder bei den Besuchen der Familien wie typische Unfallsituationen (z.B. der Sturz vom Wickeltisch) verhindert werden können. Die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte haben die Unfallprävention in ihre präventive Beratung in Verbindung mit den kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen einbezogen (www.bvkj.de).

### „Interventionen in der Unfallprävention bei Säuglingen und Kleinkindern – kommunale Möglichkeiten“

*Dr. Gabriele Trost-Brinkhues, Gesundheitsamt der StädteRegion Aachen*

Wie sich evidenzbasierte Erkenntnisse der Unfallprävention gezielt in kommunales Handeln umsetzen lassen, wird exemplarisch an den Möglichkeiten der StädteRegion Aachen mit einer Bevölkerung von etwa 650 000 Einwohnern und knapp 5500 Kindern pro Jahrgang dargestellt.
Um alle Kinder bzw. deren Familien unabhängig von sozialer Benachteiligung und Bildungsstand zu erreichen, sind in den Regionsangehörigen zehn Kommunen diskriminierungsfreie, mehrdimensionale Anstrengungen erforderlich. Auch an die Kooperationen zwischen zahlreichen Akteuren im medizinischen Versorgungssystem, in der Jugendhilfe, von pädagogischen Fachkräften, diversen Netzwerken wie „Frühen Hilfen“ und Beratungsdiensten werden hohe Anforderungen gestellt. Gleichzeitig bildet die gelingende Kooperation die Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung.
Wiederkehrende, gleichlautende Beratungsinhalte mit konkreten Maßnahmen in den Familien vor Ort werden durch verschiedene Berufsgruppen möglichst allen Kindern, allen Familienmitgliedern, u.a. auch für eine familiäre Tagespflege angeboten. Multiplikatorenschulungen für Hebammen, Krankenpflegeberufe, Fachkräfte in Krippen, Kindertagesstätten und allgemeinen sozialen Diensten, Professionelle wie Ehrenamtliche in der Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern bilden die Basis für die konkrete Arbeit vor Ort.

## Sa II 9.00 Uhr — Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen im Stadtteil nachhaltig gestalten

### „KECK: Kommunale Entwicklung – Chancen für Kinder“

*Christina Kruse, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh*

Gesundheits- und Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen sind in Deutschland ungleich verteilt und durch ihre soziale Herkunft bestimmt. Entscheidend für eine gesunde Entwicklung ist das direkte Lebensumfeld in dem Kinder aufwachsen. Daher wird settingbezogenen Ansätzen mittlerweile auch in deutschen Städten ein hoher Stellenwert zugerechnet. Oft fehlt es jedoch an einer systematischen Verankerung, so dass Maßnahmen erst bei offensichtlichen Problemlagen von engagierten Einzelpersonen implementiert werden. Um gezielt handeln zu können, muss jedoch transparent sein, wo und warum welche Risiken bestehen. Mit „KECK: Kommunale Entwicklung – Chancen für Kinder“ entwickelte die Bertelsmann Stiftung Instrumente, die die Gesundheit, Bildung und soziale Lage von Kindern im Sozialraum erfassen und anschaulich abbilden (www.keck-atlas.de). Erstmals können kommunale Politik und Verwaltung die unterschiedlichen Ausgangslagen und Entwicklungen von Kindern in den verschiedenen Wohnquartieren berücksichtigen und frühzeitig intervenieren. Präventive Maßnahmen können so besser auf die jeweilige Lebenssituation der Kinder zugeschnitten werden. Die integrierte Betrachtung der Entwicklungen von Kindern ermöglicht außerdem eine bislang fehlende Verknüpfung von Politik, Verwaltung, lokalen Akteuren und Bildungsinstitutionen wie KiTa oder Schule. KECK unterstützt kommunale Netzwerke darin Kinder und Jugendliche präventiv, nachhaltig und kontinuierlich zu begleiten. Mittel- bis langfristig trifft KECK auch Aussagen zur Wirksamkeit implementierter Maßnahmen. Im Beitrag werden die Instrumente erläutert sowie

Ergebnisse und Beispiele aus den bisherigen Anwenderkommunen praxisnah erläutert. Eine mögliche Fragestellung ist, in wie weit sozialraumorientiertes Monitoring präventives Handeln für Kinder und Jugendliche unterstützen kann.

| Sa II 9.00 Uhr | Mädchen und Jungen vor sexueller Gewalt in Institutionen schützen |
|---|---|

**„Prävention sexualisierter Gewalt in Institutionen: Wie können Einrichtungen zu sicheren Orten für Kinder und Jugendliche werden?“**

*Iris Hölling, Wildwasser e.V., Berlin*

In der Veranstaltung sollen die Handlungsempfehlungen zur Prävention von sexuellem Missbrauch in Institutionen der Jugendhilfe, Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen, Schule und Kindertagesbetreuungseinrichtungen, die von den Referent/innen im Auftrag des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Landesverband Berlin erstellt wurden, zur Diskussion gestellt werden.
Gewaltfreies Aufwachsen ist ein wichtiges Menschenrecht für Kinder und Jugendliche. Durch die gesellschaftliche Debatte des letzten Jahres wird das den Facheinrichtungen schon seit vielen Jahren bekannte erschreckende Ausmaß der sexuellen Gewalt gegen Kinder und Jugendliche einer breiteren Öffentlichkeit deutlich. Institutionen haben eine besondere Verantwortung für den Schutz von Kindern und Jugendlichen. Die Handlungsempfehlungen sollen Einrichtungen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, ermutigen, sich mit der Prävention sexueller Gewalt zu beschäftigen und ein Präventionskonzept als Qualitätsstandard zu begreifen. Die Referent/innen stellen die verschiedenen Teile der Empfehlungen vor und stehen anschließend für Fragen und Diskussion zur Verfügung. Als leitende Mitarbeiter/innen der Berliner Facheinrichtungen zum Thema sexuelle Gewalt verfügen Sie über langjährige Erfahrungen in der Beratungsarbeit mit Mädchen und Jungen sowie Männern und Frauen und in der Unterstützung von Organisationen bei der Bearbeitung von sexuellem Missbrauch durch Mitarbeiter/innen sowie bei der Entwicklung von Präventionskonzepten.

**„‚Was tun, wenn es trotzdem passiert?‘ Intervention bei Vermutung auf sexualisierte Gewalt“**

*Thomas Schlingmann, Tauwetter, Berlin*

Trotz aller Bemühungen um Prävention lässt sich sexualisierte Gewalt in Einrichtungen nicht verhindern. Zusätzlich gilt zu bedenken, dass gerade Einrichtungen, in denen gute Präventionsarbeit gegen sexualisierte Gewalt erfolgt, die Einrichtungen sind, in denen die Kinder bzw. Jugendlichen Ansprechpartner/innen finden. Diese Einrichtungen erfahren eher öfter von sexualisierter Gewalt – auch von solcher außerhalb der Einrichtung – als andere. Konsequenterweise muss deshalb ein Präventionskonzept immer von einem Interventionskonzept flankiert sein. Weder die Mitarbeiter/innen, noch die Kinder oder Jugendlichen dürfen hier allein gelassen werden.
Es gibt für diese Intervention eine Reihe von Vorgaben unter anderem durch die Berliner Senatsverwaltung. Sie müssen jeweils in Bezug auf die einzelne Einrichtung konkretisiert werden und zu einem einrichtungsspezifischen Interventionskonzept ausgearbeitet werden. In einem solchen Interventionskonzept werden die einzelnen Schritte, ihre Abfolge und auch die Verantwortlichkeiten geklärt. So erfahren alle, wer wann wofür zuständig ist und wer zur Unterstützung zur Verfügung steht.

| Sa II 11.00 Uhr | Aktuelle Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland – Ausgewählte Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-) Studie Welle 2009/10 |
|---|---|

**„Materielle, soziale und psychische Risiken und Ressourcen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“**

*Veronika Ottova, Dirk Hillebrandt, Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst. So belegen Studienergebnisse, dass ein niedriger Wohlstand mit einer schlechteren Gesundheit einhergeht. Neben den materiellen Bedingungen spielen aber auch andere Faktoren eine Rolle. So beeinträchtigen auch psychische

und soziale Defizite (wie z.B. das Fehlen von Freundschaften, etc.) das individuelle Wohlbefinden deutlich. Mittels logistischer Regressionen wurde der Zusammenhang zwischen materiellen, sozialen, und personalen Faktoren und dem psychischen Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen untersucht. Grundlage bilden die Daten aus der aktuellen Deutschen Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie in der N=5.005 Schülerinnen und Schüler der Klassen fünf, sieben, und neun bundesweit befragt wurden (repräsentative Stichprobe). Ergebnisse zeigen, dass sowohl der familiäre Wohlstand als auch die Kommunikation mit Freunden einen wichtigen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden hat. Am einflussreichsten zeigt sich jedoch das eigene körperliche Wohlbefinden gemessen an dem Auftreten von mindestens zwei psycho-somatischen Beschwerden mehrmals pro Woche (OR=5,8; CI: 4,9-6,9). Für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen bedeutet dies, dass strukturelle Angebote zur Förderung von Chancengleichheit immer auch begleitet werden sollten von Angeboten, die auf die Behebung subjektiv wahrgenommener Defizite, Beschwerden und Einschränkungen abzielen.

## „‚Erschöpfte' Familien und die subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen"

*Carolin Becklas, Prof. Dr. Andreas Klocke, Forschungszentrum Demografischer Wandel an der Fachhochschule Frankfurt am Main*

Hintergrund ist, dass Familien steigenden Anspruchshaltungen, aber auch erschwerten Umständen ausgesetzt sind, ihre „Leistungen" im Sinne Kaufmanns (1995) zu erbringen. Mangelnde „Leistungsfähigkeit" der Familie kann zu Überforderung führen und einen Erschöpfungszustand innerhalb der Familie begünstigen (Nave-Herz, 2008). Für Kinder und Jugendliche ist das familiäre Umfeld die zentrale Lebenswelt, sodass deren gesundheitliche Situation mit ihr in Beziehung gesetzt wird. Die zentrale Fragestellung des Vortrages ist daher, inwiefern mangelnde Leistungsfähigkeit der Familie einen Einfluss auf die subjektiv empfundene Gesundheit der Heranwachsenden hat.
Für die Analyse wird die für Deutschland repräsentative Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC) 2009/10 herangezogen. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die „familiale Kohäsion" als eine wesentliche Leistung der Familie, einen entscheidenden Einfluss auf die subjektiv empfundene Gesundheit bzw. den Erschöpfungszustand der Kinder und Jugendlichen hat. Ein Aspekt der familialen Kohäsion ist beispielsweise die Qualität der Beziehung zwischen Kind und Eltern. Für eine nachhaltige Prävention wird die Bedeutung der familialen Kohäsion, insbesondere der Kommunikation zwischen Eltern und Kindern deutlich. Indem sie einen Einfluss auf die Gesundheit ihrer jungen Mitglieder hat, gilt es, die familiären und zwischenmenschlichen Ressourcen verstärkt in den Blick zu nehmen und zu unterstützen.

## „Sexual- und Verhütungsverhalten 15-jähriger Mädchen und Jungen in Deutschland – eine geschlechtersensible Betrachtung"

*Kerstin Hoffarth,* Dr. Jens Bucksc*h, Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld*

Im Fokus dieser Untersuchung steht das gesundheitsrelevante Verhalten von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund, differenziert nach ein- und zweiseitigen MH sowie Herkunftsregionen. Analysiert wurden Tabakkonsum, Trunkenheit und Mundpflege, die starke Aufmerksamkeit seitens der Prävention und Gesundheitsförderung erhalten, jedoch bislang den möglichen Bedarf von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund in ihren Bemühungen kaum zu beantworten scheinen. Die Ergebnisse zeigen, dass Mädchen und Jungen mit ein- im Vergleich zum zweiseitigen Migrationshintergrund mehr Konzentration seitens der Prävention und Gesundheitsförderung erhalten sollten. Eine Betrachtung nach Herkunftsregionen weist auf, dass es zum einen Bedarfe und zum anderen Erklärungsansätze für positives Gesundheitsverhalten liefern könnte, die es noch genauer zu untersuchen gilt. Noch ist zu wenig über Ursachen, Bedingungen und Wirkfaktoren des gesundheitsrelevanten Verhaltens in der Gruppe der Mädchen und Jungen mit MH bekannt und es werden vertiefende Analysen benötigt. Dennoch unterstreichen diese Ergebnisse die Notwendigkeit Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund aus verschiedenen Kulturkreisen einer differenzierteren Betrachtung zu unterziehen, um sowohl zielgruppenadäquate Prävention und Gesundheitsförderung nach aktuellen Qualitätsstandards umzusetzen, als auch ressourcenorientierte Ableitungen vorzunehmen.

### „Erklärungen gesundheitlicher Ungleichheiten bei Jungen und Mädchen: Welche Rolle spielt das Gesundheitsverhalten?“

*Irene Moor, Prof. Dr. Matthias Richter, Institut für Medizinische Soziologie, Universität Halle/Saale*

Auch im Kindes- und Jugendalter existieren deutliche soziale Ungleichheiten in der Gesundheit. Bislang ist jedoch wenig über die Ursachen geschlechtsspezifischer Unterschiede im Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten bekannt. Ziel der Analyse ist es, die Erklärungskraft des Gesundheitsverhaltens für gesundheitliche Disparitäten herauszustellen. Datenbasis ist der deutsche Teil der internationalen HBSC-Studie aus dem Jahr 2010 (N=3.527). Der Erklärungsanteil des Gesundheitsverhaltens für bildungsspezifische Unterschiede in der Selbsteinschätzung der Gesundheit wurde mit Hilfe logistischer Regressionen analysiert. Heranwachsende mit einer höheren Schulbildung weisen eine wesentlich bessere Gesundheit auf. Jungen und Mädchen, die eine Hauptschule besuchen, tragen das größte Risiko einer negativen Selbsteinschätzung der Gesundheit (OR=2,16; OR=2,05) im Vergleich zu Gymnasiast/innen. Bei Hauptschülern konnten 46 Prozent der Ungleichheiten auf das Gesundheitsverhalten zurückgeführt werden, bei Hauptschülerinnen sogar 61 Prozent. Bereits im Jugendalter sind gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wesentlich für gesundheitliche Ungleichheiten verantwortlich. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung verhaltenspräventiver Maß-nahmen insbesondere bei bildungsferneren Heranwachsenden.

## Sa II 11.00 Uhr Soziale Benachteiligung, Bewegung und Gesundheit

### „Bewegung(sförderung) bei sozial Benachteiligten – Prävalenzen, Evidenzen und Praxisimplikationen“

*Annika Frahsa, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*

Unterschiedliche Kontexte und zwei Ebenen, eine operationale und eine politische, kennzeichnen „soziale Benachteiligung und Bewegung“. Die Forschungslage zu Zusammenhängen von Bewegungsförderung deutet einen sozialen Gradienten an. Zusammenhänge bestehen zwischen Bewegung und persönlichen, soziokulturellen und umweltbezogenen Faktoren, die wiederum den sozialen Gradienten von Bewegung beeinflussen. Bezogen auf Bewegungsförderung im Allgemeinen zeichnen sich sowohl individuums- als auch populationsbezogene Interventionen als wirksam ab. Die Forschungslage zu erfolgreichen Interventionen mit sozial benachteiligten Gruppen und zum Beitrag solcher zur Reduzierung von gesundheitlicher Ungleichheit ist nicht sehr umfangreich. Kontext-bezogene Ansätze setzen auf Beteiligung und Befähigung mit einer integrierten Betrachtungsweise auf operationalen und politischen Ebenen. Auf der operationalen Ebene geht es um die Förderung persönlicher Kompetenzen und einer bewegungsförderlichen Umwelt. Auf der politischen Ebene geht es um bürgerschaftliches Engagement und eine bewegungsfreundliche Gesamtpolitik.
Der Beitrag schließt mit einem Praxisbeispiel, dem BIG-Projekt (www.big-projekt.de) zur Bewegungsförderung mit Frauen in schwierigen Lebenslangen und zeigt darüber, wie Prozesse und Akteure beider Ebenen in Planung, Umsetzung, Institutionalisierung und Evaluation erfolgreich berücksichtigt werden können.

### „Kinder gestalten ihren Naschgarten – ein Naturspielraum als Ort der Gesundheitsförderung von (sozial benachteiligten) Kita- und Schulkindern“

*Stephanie Schluck, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover*

Übergewicht, Fehlentwicklungen im Ernährungsverhalten sowie zunehmende Bewegungsdefizite gelten als ein gesundheitliches Problem bei Kindern und Jugendlichen. Dies gilt auch für Holzminden. Daten der Schuleingangsuntersuchungen des Landkreises Holzminden bestätigen diese Entwicklungen. Vor Ort wird darauf seit 2007 mit einem Projekt reagiert, das Mädchen und Jungen Naturspielerlebnisse, verbunden mit einem natürlichen Obst- und Gemüseanbau zugänglich macht und dabei den Bedarf an offenen Erfahrungs-, Bewegungs- und Spielräumen aufgreift. Auf einem 8.000 qm großen Grundstück werden die Kinder aktiv in die Planung und Gestaltung ihrer Lebenswelt eingebunden. Das Gelände wird von den Kindern sowohl über die kooperierenden Einrichtungen, in denen sie sich täglich aufhalten, wie auch selbständig in ihrer Freizeit genutzt. Durch das niedrigschwellig angelegte Projektvorhaben soll insbesondere Kindern aus sozial benachteiligten Familien die Teilhabe an den erlebnispädagogischen Angeboten und den gemeinsamen

Spielerlebnissen erleichtert werden. Das kommunale Projekt wird in private-public-partnership mit verschiedenen Partnern und aus unterschiedlichen Quellen finanziert. Durch die gelungene Kooperation von Einrichtungen aus dem schulischen, kirchlichen und dem Jugendhilfebereich wird die Nachhaltigkeit über den Projektstatus hinaus sichergestellt.

### „Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten – Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation“

*Matthias Braubach, WHO Europäisches Zentrum für Umwelt und Gesundheit, Bonn*

Seit einigen Jahren gelten Adipositas und Übergewicht zu den prioritären gesundheitsbezogenen gesellschaftlichen Herausforderungen. Ein erhöhtes Vorkommen von Fettleibigkeit und Übergewicht ist dabei insbesondere in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nachgewiesen worden. Eine Vielzahl an Studien hat die Bedeutung von gesunder Ernährung sowie körperlicher Aktivität herausgestellt, und entsprechende Ansätze zur Prävention von Übergewicht sind in vielen Ländern entwickelt worden. Im Bereich Umwelt und Gesundheit steht dabei insbesondere die Bewegungsförderung im Vordergrund. Eine Vielzahl an Projekten haben solche Ansätze umgesetzt und evaluiert. Ein Grundproblem vieler Projekte zur Bewegungsförderung ist jedoch die erfolgreiche Ansprache sozial benachteiligter Gruppen, die durch allgemeine Angebote zur Bewegungsförderung nicht ausreichend abgedeckt wird. Es gibt jedoch nur wenig Evidenz zur Umsetzung von zielgruppen-spezifischen Bewegungsförderungsprojekten mit dem Schwerpunkt sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Ein WHO-Projekt zum Thema „Physical Activity Networking“ (PHAN) hat sich daher dieser Frage gewidmet und einen Evidenzbericht zur Bewegungsförderung in benachteiligten Gruppen erstellt sowie Fallstudien zu Projekten der Bewegungsförderung in diesen Gruppen gesammelt und ausgewertet. Die Ergebnisse des Projektes werden in diesem Vortrag vermittelt und zur Diskussion gestellt.

| Sa II 11.00 Uhr | Jugendaktion „Gut Drauf – Bewegen, entspannen, essen aber wie?“ – Erfolgreiche Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Jugendlichen |
|---|---|

### „Der gelingende Zugang zu Jugendlichen in schwierigen sozialen Lebenslagen“

*Benita Schulz, projecta köln (Bundeskoordination „Gut Drauf“)*

Maßnahmen zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit müssen sich daran messen lassen, inwiefern sie Heranwachsende in schwierigen sozialen Lebenslagen erreichen und zu deren Wohlergehen beitragen.
Die Jugendaktion „Gut Drauf“ der Bundeszentrale für Gesundheit richtet sich zunächst an alle Jugendlichen in Deutschland im Alter zwischen 12 und 18 Jahren. Mit dem Arbeitsschwerpunkt „Unterwegs nach Tutmirgut“ werden darüber hinaus Grundschulkinder und deren Eltern angesprochen. Die Zielgruppenunspezifische Ansprache – soweit sie die soziale Lage betrifft – wurde mit der Absicht der Vermeidung von Diskriminierung sozialer Bevölkerungsgruppen bewusst gesetzt.
Durch spezifische Strukturmerkmale der Jugendaktion gelingt der Zugang zu Kindern und Jugendlichen in schwierigen sozialen Lebenslagen dennoch. Die Auswahl der Handlungsfelder und Regionen, der Fokus auf Verhalten und Verhältnisse, strategische Vorgehensweisen und die Zusammenarbeit mit Organisationen und Fachkräften, die sich dem Thema Jugendliche und soziale Benachteiligung besonders widmen, tragen als Schlüsselqualitäten für einen gelingenden Zugang bei.
Methodische Herangehensweisen, wie die Inszenierung von Erlebensräumen, das Aufgreifen aktueller Jugendkulturen und das Ausprobieren ohne Wissensvoraussetzung tragen darüber hinaus maßgeblich zur Akzeptanz durch die Jugendlichen bei.

### „Partizipation als Gelingensfaktor – Selbstwirksamkeitserfahrungen für Jugendliche ermöglichen“

*Jürgen Meyer, Mobile Jugendarbeit, Diakonie An Sieg und Rhein, Eitorf*

Partizipation als Gelingensfaktor für zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung ist in der Praxis der Jugendarbeit eine bunte und spannende Herausforderung. Denn: Erfolgreiche Partizipation realisiert im Idealfall bedarfs- und zielgruppengerechte Angebote, die Selbstwirksamkeitserfahrungen möglich machen. Wie lassen sich also Angebote der Gesundheitsförderung organisieren, damit Mädchen und Jungen deren Wirkungen nicht nur erfahren, sondern auch selbst lebendig und kreativ gestalten können? Welche Rahmenbedingungen braucht es, damit Partizipation für Jugendliche attraktiv wird? Wie ermöglichen wir

Selbstwirksamkeits-erfahrungen, welche die Ressourcen Heranwachsender stärken? Am Praxisbeispiel der Mobilen Jugendarbeit in Eitorf (NRW) und der „Gut Drauf-Tanke“ wird die Herangehensweise und Umsetzung der „Gut Drauf-Leitideen“ unter Anwendung partizipativer Elemente dargestellt. Hier sind in der Praxis mit früher Einbindung von Jugendlichen Angebote entstanden, welche den Jugendlichen ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen, ganz ohne Belehrung und erhobenen Zeigefinger, nachhaltig und niedrigschwellig.

### „Bodytalk: Schönheit Figur und Gewicht – wichtige Themen für Jugendliche“

*Anne von Winterfeld, von Winterfeld Consulting, Köln*

Mehr als 20 Prozent der Jugendlichen zeigt laut aktueller Studien in Deutschland ein auffälliges Essverhalten. Der bundesweite Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS, Robert-Koch-Institut) empfiehlt daher, diese Thematik verstärkt in primärpräventive Aktivitäten zu integrieren. Im Workshop wird aus der vierjährigen modellhaften Zusammenarbeit (2008-2011) der gesundheitsfördernden Jugendaktion „Gut Drauf“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem spezifischen Präventionsangebot gegen Essstörungen „Bodytalk“ von Dove, einer Marke von Unilever, und dem Frankfurter Zentrum für Essstörungen (FZE gGmbH) durch eine Vertreterin des ausführenden Projektteams berichtet. Über Fachtage für Multiplikatoren wurde das spezialpräventive Thema Essstörungen in die bundesweite Netzwerkstruktur der Jugendaktion integriert. Die Fortbildungen verfolgten das Ziel, inhaltliche Angebote im täglichen Umfeld der Jugendlichen zu platzieren. Die Multiplikatoren wurden kontinuierlich fachlich beraten, wenn sie dieses „schwierige“ Thema für ihr Arbeitsfeld anpassten und in die universale Gesundheitsförderung von „Gut Drauf“ integrierten. Kleine methodische Sequenzen, die für „Bodytalk“ entwickelt wurden, z.B. eine selbstreflexive Einheit, werden exemplarisch vorgestellt. Alle Prozessschritte wurden evaluiert und die wichtigsten Evaluationsergebnisse werden präsentiert.

### „Durch Qualität zum Erfolg – Evaluationskonzept und -ergebnisse der Jugendaktion ‚Gut Drauf‘“

*Prof. Dr. Stefan Bestmann, Europäisches Institut für Sozialforschung, Berlin*

Seit 2003 fachlich und strukturell intensiviert, will die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Jugendaktion „Gut Drauf“ in der Altersgruppe der 12 bis 18 Jährigen Anregungen zu einem gesundheitsbewussten und selbstbestimmten Verhalten geben. Das Leitziel der Aktion ist eine frühzeitige Bewusstwerdung und Verhaltensänderung bei Jugendlichen bezüglich Ernährung, Bewegung und dem Umgang mit Stress, um möglichen späteren Gesundheitsschäden im Erwachsenenalter präventiv zu begegnen. Entsprechend der Definition des Gesundheitsbegriffes durch die Weltgesundheitsorganisation (vgl. WHO 1986) soll eine Annäherung an einen Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens unterstützt werden. Die der Jugendaktion zugrunde liegende Leithypothese geht davon aus, dass sich Jugendliche in verschiedenen, mehrheitlich außerfamiliären Sozialisationseinrichtungen aufhalten. Durch die Veränderung dieser Sozialisationsbezüge im kommunalen Kontext sowohl auf struktureller als auch auf inhaltlicher Ebene ändert sich das Alltagsverhalten der Jugendlichen hin zu einem gesundheitsgerechterem Verhalten. „Gut Drauf“ entspricht einer lebensweltbezogenen und sozial-raumorientierten Gesundheitsförderungsaktion für Jugendliche (vgl. Häseler 2008). Im Mittelpunkt steht dabei die Verschränkung einer Verhaltens- mit einer Verhältnisprävention, welche auf die Verbesserung der gesundheitsfördernden Ausgangslage der Jugendlichen zielt (vgl. Deutscher Bundestag 2009, S.243). Neben den Fachkräften und den Jugendlichen selbst sind die organisations-bezogenen Strukturen in den jeweiligen Handlungsfeldern sowie die sozialräumlichen Kommunalstrukturen im Gesamten als weitere Zielgruppe der Jugendaktion zu fassen. Gerade durch diese nicht nur auf einzelne Personen ausgerichtete Impulsgabe, sondern die gleichzeitige Einbeziehung der institutionellen Kontexte und der kommunalpolitischen Netzwerke wird eine nachhaltige Einbettung erzielt (vgl. Bestmann/Häseler-Bestmann/Langerbeins 2011).

# Migrant/innen

| Fr II 11.30 Uhr | Interkulturelle Kompetenz und interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen – Theorien, Projekte und Erfahrungen |
|---|---|

## „Interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen – Notwendigkeit oder Luxus?“

*Dr. Christiane Falge, Universität Bremen; Dr. Kristine Krause, Max-Planck-Institut, Göttingen*

Dieser Vortrag stellt zentrale Ergebnisse des Workshops „Interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen – Notwendigkeit oder Luxus?“ vor, der im Juni 2011 auf Initiative der AG Migration der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde in Bremen stattfand.
Hintergrund für den Workshop war die steigende Nachfrage nach sogenannter ‚Interkultureller Kompetenz’ im Gesundheitswesen und die bisherige Zurückhaltung der Ethnologie, sich in ihrer Kompetenz als ‚Kulturexpertin’ in diese Debatte einzubringen. Die Teilnehmer/innen des Workshops beschäftigten sich mit solchen neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen, die sich aus der mangelnden Vorbereitung des Personals auf den demografischen Wandel ergeben haben und mit den Forderungen nach einer sogenannten ‚Interkulturellen Öffnung’ (IKÖ). Die Dringlichkeit, die sich für das Gesundheitswesen daraus ergab, sich für ethno-kulturelle und sozio-kulturelle Vielfalt zu sensibilisieren stellte einen zentralen Aspekt des Workshops dar. Unter der Prämisse, dass bestimmte potenziell marginalisierte Gruppen, nämlich „bildungsferne“ Bürger/innen sowie ein bestimmter Teil der Menschen „mit Migrationshintergrund“, besondere Zugangsschwierigkeiten zum Gesundheitssystem haben, wurden Lösungsansätze diskutiert. Dabei ging es auch um die Frage, welche Form der Interkulturellen Kompetenz als kulturspezifisches Hintergrundwissen oder zu vermittelnde zentrale Metakompetenz im Umgang mit Diversität überhaupt benötigt wird. Die Vorstellung von Diskussionsergebnissen, die zwischen ausgebildeten Ethnologe/innen und Expert/innen aus dem Gesundheits-wesen anhand problemzentrierter Fallbeispiele erarbeitet wurden, gehen dieser Frage nach. Kritisch reflektiert wird dabei, das dem Diskurs der Interkulturelle Öffnung (IKÖ) innewohnende Oszillieren zwischen Kulturalisierungen und Entkulturalisierungen, so wie es sich auch in dem Workshop darstellte.

## „Transkulturalität – Die Antwort auf Diversität. Bundesmodellprojekt: ‚transVer – transkulturelle Versorgung von Suchtkranken‘“

*Prof. Dr. Knut Tielking, Henning Fietz, Hochschule Emden/Leer*

Die heutigen Gesellschaften sind geprägt von wachsender Vielfalt, die Ressourcen und Risiken für das Zusammenleben mit sich bringen und eine besondere Herausforderung für die kultursensible Arbeit in der Sozialen Arbeit darstellt. Wir haben es nicht mehr mit statischen Kulturen zu tun, die in sich homogen sind, sondern mit Kulturen, die sich als Geflecht von Durchmischungen und Widersprüchen darstellt (Welsch 2009, S.42). Individuen sollten nicht mehr einer bestimmten Kultur zugeordnet werden. So „können sie bei ihrer kulturellen Identitätsbildung eine Vielzahl von Elementen unterschiedlicher Herkunft aufgreifen und verbinden […] werden zunehmend in sich transkulturell“ (Welsch 2009, S.46). Es ist demzufolge nicht sinnvoll von „den Migrant/innen“ oder „den Deutschen“ zu sprechen. Das Zuschreiben fester kultureller Merkmale kann Unterschiede erzeugen und wahrnehmbar machen, die vorher in dieser Bedeutung nicht unbedingt vorhanden waren. Für die Soziale Arbeit bedeutet das, vorsichtig mit dem Begriff der „migrantenspezifischen Arbeit“ umzugehen. Die kulturelle Identität des jeweiligen Sozialarbeiters wird sich mit der Zeit verändern und auch jeder neue Klient und jede neue Klientin wird wieder eine ganz neue und einzigartige kulturelle Prägung aufweisen, die Gegenstand der Reflexion sein muss (Gaitanides 2009, S.543). Transkulturalität versteht Diversität als Ressource und transkulturelle Kompetenzen können den Zugang zu der vielfältigen Klientel im Präventionsbereich erleichtern. Im Workshop werden praktische Methoden am Beispiel des Bundesmodellprojektes „transVer“ dargestellt (www.transVer-sucht.de).

## „Interkulturelle Öffnung als Qualitätskriterium in der Gesundheitsförderung"

*Wolfgang Gulis, Zentrum für Kulturwissenschaften, Graz, Österreich*

Zahlreiche Studien belegen, dass Menschen mit Migrationshintergrund sind überdurchschnittlichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Gesundheitsrelevante Einrichtungen sind auf diese Herausforderungen und Klient/innengruppen nicht vorbereitet. Exklusion und Barrieren sind organisational und strukturell bedingt und verhindern die adäquate Versorgung. Noch stärker wird diese Diskrepanz in der Gesundheitsförderung

und Prävention. Der Zugang und die Beteiligung von Migrant/innen ist unterentwickelt. Zahlreiche Programmrichtlinien/Projekte wurden in den letzten Jahrzehnten ins Leben gerufen und gefördert, welche die Migrant/innen ebenso wie Mitarbeiter/innen in Gesundheitseinrichtungen individuell ansprechen (Interkulturelle Kompetenz), um Defizite zu beheben. Diese Ansätze gehen jedoch an den eigentlich besten Lösungen vorbei, da bestehende Strukturen unangetastet und die Verantwortung von Politik und Führung in Organisationen häufig unbeachtet bleiben. Genau diese umfassende strukturelle Sicht auf die Zusammenhänge von Exklusion und Diskriminierung ist jedoch notwendig. Daher sollen interkulturelle Öffnungsprozesse (IKÖ) systematisch in die Gesundheits- und Präventionsarbeit einfließen. Dies könnte dadurch erfolgen, dass sie als Kriterien und/oder Prinzipien bei Planung, Durchführung/Umsetzung und Evaluation mit zu beachten sind. Damit werden sie zu einem Kriterium für „gute Praxis“.

### „Interkulturelle Öffnung am Beispiel der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)“

*Havva Arik, Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD GmbH, Berlin*

Interkulturelle Öffnung soll die gleichberechtigte Teilhabe für Menschen mit Migrationshintergrund an den Angeboten der Gesellschaft fördern. Aus der Praxis und Wissenschaft gehen immer wieder Meldungen von ungenügender Teilhabe der in diesem Land lebenden Menschen mit Migrationshintergrund hervor. Das Wissen über medizinische und soziale Hilfsangebote ist oft unzureichend. Dadurch bleiben viele Möglichkeiten der sozialen und gesundheitlichen Versorgung ungenutzt. Fehlende Partizipationsmöglichkeiten hat häufig Fehl- und Unterversorgung zur Folge. Als Ursache dafür wird unter anderem die fehlende Kompetenz von Anbietern für Angebote im interkulturellen Kontext genannt. Für Empowerment und eigenverantwortliches Handeln von Migrant/innen sind kultursensible Angebote mit verständlichen Informationen und individuelle Unterstützung erforderlich. Die UPD hat in der Modellphase mit Angeboten für türkischsprachigen Migrant/innen Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt. Im Anschluss an diese Phase bietet die UPD jetzt ein spezielles Angebot für russisch- und türkischsprechende Ratsuchende. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und eine Bandbreite von Methoden wie z.B. Beratung in der Muttersprache, aufsuchende Gruppenberatung, Face to Face Beratung, ein kostenloses Beratungstelefon und eine Kompetenzstelle für interkulturelle Öffnung und Qualifizierung versucht die UPD diesen Anforderungen gerecht zu werden.

| Fr II 14.15 Uhr | Akteure in der Gesundheitsversorgung nicht-versicherter Migrant/innen – zwischen Unabhängigkeit und Vereinnahmung |
|---|---|

### Podiumsdiskussion mit Statements von:

*Maike Grube, Büro für Medizinische Flüchtlingshilfe Berlin; Hanna Matthews, Medibüro Hamburg, Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant/innen; Heike Müller, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin; Vertreter/in von Amaro Drom e. V., Mobile Anlaufstelle für europäische Wanderarbeiter/innen und Roma, Berlin*

Die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus und Migrant/innen ohne Krankenversicherung ist weiterhin nicht gesichert. In vielen Städten versuchen Initiativen aus dem NGO-Bereich oder engagierte Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens praktische Hilfe zu organisieren und an langfristigen Lösungen zu arbeiten.
In Berlin gibt es seit dem Jahr 2010 einen intensivierten Kontakt zwischen dem Büro für Medizinische Flüchtlingshilfe und Vertreter/innen des Senats in Form eines Runden Tisches Flüchtlingsmedizin.
Für die akute Versorgungssituation unserer Klientel hat dies bereits nennenswerte Verbesserungen ermöglicht. Die engere Zusammenarbeit birgt jedoch auch das Risiko, dass sich unzureichende Parallelstrukturen noch verfestigen und die Eingliederung nicht-versicherter Migrant/innen in die medizinische Regelversorgung in weite Ferne rückt.
Wir möchten mit unseren Podiumsgästen, Vertreter/innen von Medibüros und öffentlich finanzierten Beratungsstellen, die politischen Entwicklungen der letzten Jahre aufzeigen sowie Möglichkeiten und Grenzen einer solchen Zusammenarbeit diskutieren.

| Fr II 16.15 Uhr | Gesundheitsförderung und Prävention mit und für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund |
|---|---|

### „Gesundheitsbildung und -förderung bei Kindern mit Migrationshintergrund – Entwicklung von Gesundheitsvorstellungen und -theorien im Kontext von Kindergarten und Familie“

*Elena Sterdt, Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Prof. Dr. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover; Roswitha Stöcker, Prof. Dr. Michael Urban, Prof. Dr. Rolf Werning, Leibniz Universität Hannover, Institut für Sonderpädagogik, Hannover*

Das vom Niedersächsischen Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung geförderte Forschungsprojekt „Gesundheitsbildung und -förderung im Elementarbereich“ untersucht anhand eines Mixed-Methods-Designs die Gesundheitsvorstellungen von sozial benachteiligten Kindern sowie deren Eltern und Erzieher/innen zu den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung. Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgt in Form einer Online- und schriftlichen Befragung in Kitas (Vollerhebung im Großraum Hannover: N=557, Responserate: 47 Prozent n=262) und durch fokussierte Gruppendiskussionen mit Erzieher/innen in 12 Kitas. In der zweiten, vertiefenden Projektphase liegt der Fokus auf der Untersuchung von Gesundheitstheorien und -konzepten von sozial benachteiligten Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Hierzu werden in sieben Kitas mit 22 Kindern (fünf bis sechs Jahre) symbolische Puppeninterviews geführt. Um die Ergebnisse in die Kontexte von Familie und Kita einordnen zu können, werden Eltern und Erzieher/innen mittels episodischer Interviews befragt. Die Ergebnisse der symbolischen Puppeninterviews zeigen, dass fast alle Kinder Gesundheits-vorstellungen entwickelt haben. Kinder sind bereits im frühen Alter in der Lage, gesundheitsbezogene Informationen aufzunehmen und umzusetzen. Gesundheitsbildung in Kitas kann einen wichtigen Beitrag zur Ausprägung eines gesundheitsrelevanten Lebensstils leisten, insbesondere bei Kindern mit Migrationshintergrund. Die Ergebnisse können als Grundlage für die Entwicklung zielgruppen-spezifischer Gesundheitsbildungsangebote zur Prävention von Übergewicht und Adipositas genutzt werden.

### „Gesundheit bedeutet, Spaß am Leben zu haben – Geschlechtsbezogene Gesundheitsförderung am Beispiel Mädchengesundheitsladen und Jungen im Blick“

*Dagmar Preiß, GesundheitsLaden e.V., Stuttgart*

Der „Mädchengesundheitsladen“ und „Jungen im Blick“ sind geschlechtsbezogene Einrichtungen zur Gesundheitsförderung, Sexualerziehung, Sucht- und Gewaltprävention von Mädchen und Jungen vom Grundschulalter bis circa Anfang 20 Jahre.
Aufgabe und Ziel der Einrichtungen ist es, Jungen und Mädchen darin zu unterstützen, ein positives Selbstbild und Körpergefühl zu entwickeln, kompetent mit ihren Emotionen umzugehen und die Weichen für die eigene Weiblichkeit/Männlichkeit zu stellen. Die einzelnen Angebote sind sowohl inhaltlich als auch methodisch geschlechtsbezogen ausgerichtet und orientieren sich an den Fragen und Bedürfnissen der Mädchen bzw. Jungen.
Neben dem Geschlecht entscheiden vor allem der sozioökonomische Status und der Zugang zu Bildung über die Gesundheitschancen von Mädchen und Jungen – beides Faktoren von denen Heranwachsende mit Migrationshintergrund in besonderem Maße betroffen sind. Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund haben häufiger gesundheitliche Probleme als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund und zum Teil andere Fragestellungen in diesem Kontext.

### „Prävention von Infektionskrankheiten – (k)eine Herausforderung bei der Impfaufklärung von Familien mit Migrationshintergrund“

*Birte Kirschbaum, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*

Daten der Schuleingangsuntersuchungen deutscher Großstädte deuten darauf hin, dass Kinder mit Migrationshintergrund nicht schlechter geimpft sind als Kinder ohne Migrationshintergrund – teils sogar besser. Ergebnisse von KIGGS zeigen jedoch Defizite in den Impfquoten bei nach Geburt zugewanderten Kindern und Jugendlichen. Die BZgA hat Ende 2010 3002 Eltern von Kindern im Alter von null bis dreizehn Jahren zu ihrer Einstellung sowie ihrem Wissen und Verhalten zum Thema Kinderimpfungen befragt. Ergebnisse einer spezifischen Auswertung hinsichtlich möglicher Unterschiede im Informationsverhalten bei Eltern mit und ohne Migrationshintergrund sollen im Rahmen des Workshops vorgestellt werden. Erläutert werden darüber hinaus die Zugänge der BZgA bei der Impfaufklärung von Personen mit

Migrationshintergrund (Schlüsselrolle der/des Ärztin/Arztes, Unterstützung des Impfgesprächs mit fremdsprachigen Informationsbroschüren).

| Sa II 9.00 Uhr | Prävention bei Migrant/innen Strategien vom Konzept bis zur Durchführung |
|---|---|

### „Migrantinnen im Mammographie-Screening-Programm – benötigen wir Strategien zur gezielten Steigerung der Teilnahme?“

*Eva-Maria Berens, Prof. Dr. Oliver Razum, Dr. Jacob Spallek, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG für Epidemiologie und International Public Health*

Frauen mit Migrationshintergrund in verschiedenen europäischen Ländern nehmen seltener am Mammographie-Screening-Programm teil als die jeweilige Mehrheitsbevölkerung. Entsprechend werden Forderungen laut, Zugangsbarrieren zu identifizieren, um Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme zu entwickeln. Doch wirkt die Prävention hier wirklich?
Migrantinnen aus nicht-westlichen Ländern in Europa haben ein geringeres Risiko an Brustkrebs zu erkranken als Frauen der jeweiligen autochthonen Bevölkerung. Die Berechnungen zur Effektivität des Screening-Programms basieren jedoch auf der Inzidenz bei Frauen der Mehrheitsbevölkerung. In den Informationsmaterialen des Screening-Programms wird angeführt, dass im Alter zwischen 50 und 69 Jahren etwa eine von 20 Frauen an Brustkrebs erkrankt. Wenn weniger Frauen erkranken, verändert sich auch die Effektivität des Screening-Programms. So ist bei Frauen mit geringerem Krebsrisiko, wie beispielsweise türkischen Migrantinnen, die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Befunde erhöht.
Die Suche nach Einflussfaktoren auf die Teilnahme sollte sich also nicht auf Barrieren beschränken. Der Fokus bei der Entwicklung von Interventionsmaßnahmen kann nicht allein eine Steigerung der Teilnahme sein. Es ist vielmehr wichtig, die Frauen zu einer informierten Entscheidung zu befähigen und allenfalls Barrieren, die diese verhindern abzubauen.

### „Eine Problemfeldanalyse von Ernährungsempfehlungen für Risikogruppen“

*Lisa Stahl, Prof. Dr. Oliver Razum, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften; Dr. Annett Hilbig, Prof. Dr. Matilde Kersting, Forschungsinstitut für Kinderernährung, Dortmund*

Ergebnisse des KiGGS – Surveys zeigen, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Kinder mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko für Übergewicht haben. Durch ernährungsbezogene Präventionsmaßnahmen wird diese Zielgruppe häufig nicht erreicht. Ernährungsgewohnheiten werden maßgeblich durch Familie und soziales Umfeld geprägt, auch die Kultur spielt eine große Rolle. Derzeitige Ernährungspräventionskonzepte wie der „Ernährungsplan für das erste Lebensjahr“ nehmen bislang keine Rücksicht auf kulturell bedingte Einstellungen. Vergangene qualitative Interviews deuten darauf hin, dass Inhalte und Begriffe im Bereich der Kinderernährung von türkischen Müttern unterschiedlich verstanden werden. Die kommunikativen Missverständnisse führen zu der Annahme, dass die derzeitigen deutschsprachigen Empfehlungen für türkische und deutsche Mütter bzw. Familien mit niedrigem Sozialstatus nur schwer verständlich und damit auch schwierig umsetzbar sind. Ziel der Studie ist es, Missverständnisse von Inhalten und Begriffen in bestehenden Informationen zur präventiven Kinderernährung bei der oben genannten Zielgruppe aufzudecken. Geplant sind leitfadengestützte qualitative Interviews, in denen Einstellungen und Verhaltensweisen von deutschen und türkischen Müttern mit niedrigem Sozialstatus zur Kinderernährung mit dem Schwerpunkt Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahr erhoben werden.

### „Migrantenorganisationen als Multiplikatoren in der Prävention am Beispiel der Selbsthilfe“

*Dr. Wolfgang Bautz, Julia Böselt, Fachberatungsdienst, Zuwanderung, Integration und Toleranz im Land Brandenburg (FaZIT), ISA e.V. – Gesellschaft für Inklusion und Soziale Arbeit, Potsdam*

Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine Bevölkerungsgruppe dar, die besonders gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt ist, weil sie von Risikofaktoren, wie geringes Einkommen oder schlechte Wohnverhältnisse, überdurchschnittlich betroffen sind. Zugleich zeigt sich, dass Angebote der Vorsorge und Gesundheitsförderung die besonderen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe nicht ausreichend berücksichtigen. Somit können sprachliche, kulturelle oder auch religiöse Faktoren die Zugänge zu diesen

Angeboten erschweren. Das zeigt sich besonders bei der Nutzung von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch Menschen mit Migrationshintergrund. Muttersprachliche Selbsthilfegruppen der ethnischen Minderheiten bieten große Chancen für gesundheitliches Selbstmanagement und Krankheitsbewältigung, doch sie sind selten. Für die im Land Brandenburg lebenden Migrant/innen müssen in der Selbsthilfeunterstützung noch Wege entwickelt werden, um insbesondere den sozial Benachteiligten und gering Integrierten mit Sprachdefiziten die Inanspruchnahme von Selbsthilfeunterstützung zu ermöglichen. Die professionelle Selbsthilfeunterstützung (Selbsthilfekontaktstellen) ist überwiegend auf die Mehrheitsgesellschaft ausgerichtet und bisher wenig auf Belange und Bedürfnisse von Migrant/innen zugeschnitten und wird daher von diesem Personenkreis nicht wahrgenommen. Für eine stärkere Integration der Betroffenen mit Migrationshintergrund in die Selbsthilfe fehlt noch die Verzahnung mit engagierten Betroffenen (Multiplikatoren). Das vorgestellte Projekt verfolgt das Ziel, Praxishilfen für die Gewinnung schwer erreichbarer, migrantischer Bevölkerungsgruppen zu entwickeln. Dabei kommt der Einbeziehung der bestehenden sozialen Netzwerke von Migrant/innen sowie der Migrantenorganisationen bei der Gewinnung aktiver Schlüsselpersonen eine besondere Rolle zu.

### „Storytelling als Umsetzungsmöglichkeit in der Prävention am Beispiel des Empowerments pflegender Angehöriger“

*Yüce Yilmaz-Aslan, Susanne Glodny, Eva-Maria Berens, Prof. Dr. Oliver Razum, AG Epidemiologie & International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld*

Menschen mit türkischem Migrationshintergrund nehmen gesundheitsrelevante Angebote in geringerem Maße als die Mehrheitsbevölkerung wahr. Institutionelle Unterstützung und andere Fremdhilfen besonders im pflegerischen Bereich werden kaum von Personen mit türkischer Herkunft in Anspruch genommen. Die Pflege wird häufig zu Hause von Angehörigen geleistet. Im Projekt saba wurde ein selbsthilfeorientierter Interventionsansatz speziell für türkische Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen entwickelt und erprobt. Hierbei sollten durch das sog. Storytelling, d.h. das gegenseitige Erzählen pflegespezifischer Erfahrungen, der Informationsaustausch und die Selbstmanagementkompetenzen von Pflegenden gefördert werden. Die Intervention wurde von pflegenden Angehörigen als Ressource der Entlastung, Abwechslung und Hilfe erachtet. Die erzählgenerierende Vorgehensweise hat besonders den Wissens-, Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den pflegenden Angehörigen gefördert. Hierdurch können Hinweise für den Abbau von Zugangsbarrieren zur Nutzung von Angeboten, die Verringerung von Informationsdefiziten sowie eine Stärkung der Selbsthilfepotenziale von pflegenden Angehörigen gewonnen werden. Die Intervention könnte auf andere Versorgungsbereiche (z.B. Präventionsarbeit) übertragen werden und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von kultursensiblen und partizipativen Empowerment-Konzepten in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.

## Sa II 9.00 Uhr — Ressourcen und Kompetenzen von Migrant/innen – Welchen Beitrag können Multiplikator/innen, Mittler/innen, das Ehrenamt und die Selbsthilfe zur Prävention leisten?

### Podiumsdiskussion mit Statements von:

*Julia Böselt, FaZIT/ISA e. V., Potsda;, Zahra Deilami, Integrationsbeauftragte, Peine; Tanja Gangarova, Dr. Hella von Unger, PaKoMi-HIV-Prävention, Berlin; Janka Große, Gesundheitsförderung im Stadtteil, Leipzig; Nurcan Schörbach, Gemeindedolmetschdienst, Berlin; Songül Süsem-Kessel, Projekt Stadtteilmütter, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e. V.; Stephanie Wetzel, Gesund sind wir stark!, Berlin*

Migrant/innen verfügen über spezifische kulturelle und sprachliche Kompetenzen, die das Verständnis für und den Zugang zu Zielgruppen mit Migrationshintergrund ermöglichen, die oftmals für Angebote und Programme der Gesundheitsförderung und Prävention schwer erreichbar sind. In verschiedenen Multiplikatoren-Projekten wurden Migrant/innen qualifiziert für die Gesundheits-, Sozial- und Familienarbeit. Das Verhältnis von unbezahltem Ehrenamt, Selbsthilfe, kurzfristigen Arbeitsförderungsmaßnahmen und regulär bezahlten Tätigkeiten zu diskutieren sowie Modelle guter Praxis vorzustellen, ist Anliegen der Podiumsdiskussion.

### „Wenn ‚schwer Erreichbare' Prävention mitgestalten, werden sie erreicht!"

*Tanja Gangarova, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin*

Manche Zielgruppen der HIV-Prävention gelten als „schwer erreichbar", darunter auch Gruppen mit Migrationshintergrund. Das vom WZB wissenschaftlich begleitete DAH-Projekt „Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrant/innen" (PaKoMi) zeigt allerdings, dass keine Gruppe per se „schwer erreichbar" ist. Die eigentliche Frage lautet: „schwer erreichbar für wen – und für wen nicht?!" Migrantenselbstorganisationen, Schlüsselpersonen und Peers aus den Zielgruppen und Communities können Personen erreichen, die für Außenstehende tatsächlich schwerer erreichbar sind. Im PaKoMi-Projekt haben Praktiker/innen der HIV-Prävention, Wissenschaftler/innen und Community-Partner gemeinsam Befragungen, Workshops und Fallstudien in vier Städten durchgeführt, um Zugänge zu erkunden und Bedürfnisse von vulnerablen Migrantengruppen besser zu verstehen. Dabei zeigte sich, dass die Beteiligung von marginalisierten Gruppen an der Entwicklung angemessener HIV-Prävention auf verschiedenen Stufen realisiert werden kann und in vielerlei Hinsicht Nutzen abwirft: die beteiligten Personen entwickeln ihre Kompetenzen weiter; die Communities werden gestärkt; die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen von Präventionsprojekten profitieren von einer verbesserten Zusammenarbeit, verbessern ihr Wissen über Bedarfe und Lebenswelten der Zielgruppen und können ihre Angebote besser daran ausrichten.

### „Beteiligung muss ermöglicht werden"

*Dr. Hella von Unger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)*

Mittlerweile ist klar: Die Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitsförderung und Prävention ist unverzichtbar und ein Schlüssel zum Erfolg. Sie kann verschiedene Formen annehmen und unterschiedliche Stufen der Partizipation beinhalten. Das PaKoMi-Projekt hat am Beispiel der HIV-Prävention gezeigt, dass die Teilhabe von Migrant/innen – auch von stark marginalisierten Gruppen – möglich ist, wenn sie ermöglicht wird. Dazu gehören auch finanzielle Ressourcen. Grundsätzlich gilt es, mehr Personen mit Migrationshintergrund hauptamtlich in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und freien Trägern zu beschäftigen, denn Ehrenamt und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse allein reichen nicht aus. Das heißt, Multiplikator/innen, Mittler/innen, das Ehrenamt und die Selbsthilfe können wesentliche Beiträge zur Prävention leisten, aber langfristig nur, wenn dies eingebettet ist in die inter-/transkulturelle Öffnung der Regeleinrichtungen und die nachhaltige Förderung der Eigeninitiative und Selbstorganisation von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte.

| Sa II 11.00 Uhr | Qualitätssicherung und Qualifizierung von Sprach-, Integrationsmittler/innen und Multiplikator/innen – Wege zur Professionalisierung |
|---|---|

### Podiumsdiskussion mit Statements von:

*Prof. Dr. Theda Borde, Alice Salomon Hochschule, Berlin; Dr. Ljilana Joksimovic, Klinik für psychosmatische Medizin und Psychotherapie, LVR, Klinikum, Düsseldorf; Ulrike Koch, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e. V.; Sabine Oldag, Gemeindedolmetschdienst, Berlin; Antje Schwarze, SprIntTransfer, Wuppertal*

Die medizinische und soziale Versorgung von Migrant/innen, ihren Kindern und Familien wird oftmals durch vielfältige sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme erschwert. In den vergangenen Jahren wurde Migrant/innen zu Sprach- und Integrationsmittler/innen und Stadtteilmüttern qualifiziert.
Um die Qualität der Mittlertätigkeit zu sichern, wurden Wege zur Professionalisierung entwickelt, wie z.B. ein bundesweites Zertifizierungsverfahren, Qualifizierung zu Sozialassistent/innen und Kooperationen mit Hochschulen. Qualitätssicherung von Sprach- und Kulturmittlung im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich sowie berufliche Perspektiven von Mittler/innen sollen auf dem Podium vorgestellt und diskutiert werden.

### „Qualifizierung von Sprach- und Integrationsmittlerinnen und Multiplikatorinnen – Wege zur Professionalisierung“

*Ulrike Koch, Projektleiterin der Stadtteilmütter in Kreuzberg, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.*

Das Diakonische Werk Berlin Stadtmitte e.V. hat 2009 in Kooperation mit dem Bildungszentrum Lobetal, dem Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg und dem JobCenter für Stadtteilmütter die Möglichkeit geschaffen, einen staatlich anerkannten Berufsabschluss als Sozialassistentin erwerben zu können. Zusätzlich wurde ein neues Lernfeld mit dem Schwerpunkt der interkulturellen Familienbegleitung eingeführt und damit auch ein neues Berufsbild geschaffen. Hintergrund ist der Erfolg des Stadtteilmütterprojektes, in dem Frauen unterschiedlicher Nationalität in sechs Monaten zu Themen rund um die Erziehung von Kindern qualifiziert werden. Die Frauen haben anschließend jedoch nur ein Zertifikat in der Hand. Die Teilnehmerinnen, in der Regel türkisch- und arabisch-stämmige Frauen, sind mit sehr viel Motivation in dem Projekt tätig. Sie haben den großen Wunsch, auch zukünftig in diesem Berufsfeld arbeiten zu können. Gut wäre, wenn in Bildungsinstitutionen und im sozialen Bereich mehr Personen mit Migrationshintergrund eingesetzt werden könnten, um die Zusammenarbeit mit Eltern zu stärken und damit die Bildungschancen von Kindern mit Migrationshintergrund zu verbessern. Ende Dezember 2011 haben die ersten 19 Teilnehmerinnen ihr Zeugnis erhalten. Sieben Frauen beginnen im Januar 2012 damit, den Mittleren Schulabschluss nachzuholen, um anschließend eine berufsbegleitende Ausbildung zur Erzieherin zu absolvieren. Ein dritter Durchgang zur Sozialassistenz ist gerade geplant.

## Ältere Menschen

| | |
|---|---|
| Fr II 11.30 Uhr | Wirksame Gesundheitsförderung im Quartier: sozialraumorientiert, partizipativ und integrativ |

### „Integrierte Versorgung: Genutzte und ungenutzte Potenziale für Prävention bei sozial benachteiligten Älteren“

*Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG, Hamburg und Gesundes Kinzigtal GmbH, Haslach*

Insbesondere regionale Vollversorgungsverträge nach § 140 a (Integrierte Versorgung) zwischen regionalen Gesundheitsverbünden und Krankenkassen enthalten sehr viel Potenzial für erfolgreiche Prävention. Dieses Potenzial wird bisher sowohl von der Politik, wie auch der Wissenschaft nur unzureichend diskutiert und verdient mehr Beachtung. Am Beispiel von Gesundes Kinzigtal (Südbaden) werden die dort entwickelten Arbeitsformen und Vorgehensweisen dargestellt, erste Präventionserfolge beschrieben und die Herausforderungen und Grenzen von Selektivverträgen für die Umsetzung von Prävention deutlich gemacht.

### „SAGLIK. Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung älterer Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund in Hamburg“

*Johanna Buchcik, Annette Beyer, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg*

Das Projekt Saglik wird mit einer Laufzeit vom 01.05.2010 bis 30.04.2013 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderlinie „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter" (SILQUA-FH) gefördert. Das Projekt entwickelt und implementiert gesundheitsförderliche Angebote mit den Schwerpunkten der gesunden Ernährung, Bewegung und sozialen Teilhabe für die Zielgruppe der über Sechzigjährigen mit türkischem Migrationshintergrund aus vier ausgewählten Stadtteilen Hamburgs. Die Interventionen bauen auf den Ergebnissen einer Bedarfs- und Bestandsanalyse auf: Das Ziel der Bedarfsanalyse ist die Exploration der Bedarfe und Ressourcen zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Zielgruppe sowie zur Stärkung ihrer sozialen Netzwerke und Unterstützungsstrukturen. Die Bestandsanalyse erhebt bestehende gesundheitsförderliche Angebote und erfasst ihre Angebotsstruktur unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte wie z.B. der Zugangswege und ggf. -barrieren sowie der Verbreitung in der Öffentlichkeit. Anhand der zwölf Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (BZgA) soll in diesem Beitrag veranschaulicht und diskutiert werden, ob und wie das Projekt Saglik eine wirksame Gesundheitsförderung in die Praxis umsetzt.

### „Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Wien – Fokus auf sozial Benachteiligte“

*Ursula Hübel, Wiener Gesundheitsförderung*

Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Fokus auf sozial Benachteiligte verlangt nach vielfältigen Herangehensweisen: Die Wiener Gesundheitsförderung setzt dabei auf Grundlagenforschung (Forschungsinstitut für Altersökonomie; Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research) genauso wie auf kommunale Gesundheitsförderungsstrategien mit intersektoralen Planungen, wie beispielsweise beim EU-geförderten Projekt PASEO zur Bewegungsförderung inaktiver älterer Menschen. Im Programm „Gesunde Bezirke“ wird die Zielgruppe im kommunalen Setting, insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen, angesprochen. Settings, in denen sozial benachteiligte ältere Menschen gut erreichbar sind, werden gezielt für Gesundheitsförderungsprojekte genutzt; so kommt im „Gesunden Klub“ das mit der Zielgruppe partizipativ erarbeitete Gesundheitsangebot dorthin, wo viele ältere, auch sozial schwache Menschen ihre Freizeit verbringen. Oder es wird die „Bewegte Apotheke“ als Informationsdrehscheibe sowie Start und Ziel für Nordic Walking Gruppen genutzt. Eine besonders vulnerable Gruppe – hochbetagte Menschen in Pflege- und Seniorenwohneinrichtungen – werden mit „Gesundheit hat kein Alter“ angesprochen; der Erhalt bzw. die Förderung von Mobilität und Autonomie ist dabei ein zentrales Ziel. Schließlich werden zielgruppengerechte Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt.

## Fr II 11.30 Uhr — Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden – Entwicklung einer Umsetzungsstrategie im kommunalen Setting

### „Gesunde Städte-Aktivitäten in den Lebensräumen älterer Menschen“

*Claus Weth, Gesunde Städte-Netzwerk der BRD, Münster*

Im Frühjahr 2007 hat das Gesunde Städte-Netzwerk in Partnerschaft mit dem Deutschen Städtetag und der BZgA den Berliner Appell „Gesund älter werden in Städten und Regionen“ verabschiedet. Vorausgegangen war eine von der BZgA in Auftrag gegebene Studie des Deutschen Instituts für Urbanistik (Difu) zu kommunalen Aktivitäten auf dem Gebiet der Seniorengesundheit in allen deutschen Städten. Im Ergebnis hatten in den Gesunden Städten gesundheits- und sozial bezogene Fragestellungen einen höheren Stellenwert. Welche zukünftige Bedeutung hat die kommunale Gesundheitsförderung insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen?

## Fr II 16.15 Uhr — Mobilität als Voraussetzung für Teilhabe und Prävention

### „Merkmale einer altersfreundlichen Kommune im Rahmen des WHO-Netzwerks Age-friendly Cities“

*Hendrik Nolde, Hochschule Magdeburg-Stendal*

Mit dem Netzwerk Age-friendly Cities reagiert die WHO auf zwei Megatrends unserer Zeit. Zum Einen lebt eine zunehmende Zahl von Menschen in Städten und zum Anderen gibt es bedingt durch demographische Alterung mehr ältere Menschen. Die Frage stellt sich, wie unsere Städte diesen Entwicklungen gerecht werden können und welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um eine lebenswerte Stadt entstehen zu lassen. Urbane Regionen, so die WHO, seien in vielen Fällen ungesunde Lebensräume, die durch starken Verkehr, Umweltverschmutzung, Lärm, Gewalt und Ausschluss von älteren Menschen und jungen Familien charakterisiert sind. Der Vortrag will die Kriterien beleuchten, die im Rahmen des Netzwerks der WHO für altersfreundliche Städte entwickelt wurden. Dabei steht die Idee im Vordergrund, dass Mobilität von Menschen ein Ergebnis der Beachtung aller sieben Handlungsfelder ist, welche von sozialer Inklusion bis zum Verkehr in der Stadt reichen. Die Kriterien wurden bereits in konkrete Maßnahmen umgesetzt. Die auf der ersten „Conference on Age-friendly Cities“ präsentierten Beispiele können Impulse für die Entwicklung in Deutschland sein. Mobilität steht hier vor allem im Kontext von gesundheitlicher Prävention unter anderem durch die Schaffung attraktiver öffentlicher Räume. Zusammenfassend wird deutlich, dass die Strategien des Netzwerks Age-friendly Cities zur Förderung von Mobilität als Voraussetzung für selbständige Lebensführung, soziale Teilhabe und Gesundheitsprävention ein wichtiger Beitrag zu einer nachhaltigen Stadtentwicklung für ALLE sein kann.

## Sa II 9.0 Uhr Mehr bewegen durch Vernetzung: Bewegungsförderung im Stadtteil

### „Gesundheits- und bewegungsförderliche Kommunalentwicklung – Vernetzung als Erfolgsfaktor“

*Gunnar Geuter, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen, Bielefeld*

Die Lebenswelt „Kommune“ bietet aufgrund ihrer spezifischen Eigenschaften besonders große Potenziale für die Gesundheitsförderung. Unter anderem kann auf kommunaler Ebene eine Vielzahl heterogener Akteursgruppen vernetzt werden, um Potenziale optimal zu nutzen. In der Praxis mangelt es jedoch bis dato häufig an ressort- und sektorenübergreifenden, qualitätsgesicherten Handlungsstrategien, um notwendige Veränderung zielgerichtet anzustoßen, wirksam umzusetzen und erfolgreich zu etablieren. Zwar werden von vielen Akteurinnen und Akteuren entsprechende Bedarfe erkannt, doch bei der Konzipierung und Initiierung konkreter Vorhaben stehen diese oft vor großen Herausforderungen. Unter anderem fehlen theorie- und evidenzbasierte Konzepte und Praxishilfen, die bei der Arbeit vor Ort unterstützen. Vor diesem Hintergrund wird am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen derzeit ein Leitfaden „Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommunen“ (Arbeitstitel) entwickelt. Dieser wird neben Forschungsergebnissen insbesondere ein praxisnahes Handlungskonzept für die bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommunalentwicklung beinhalten. Der Beitrag stellt zentrale Ergebnisse und Inhalte des Leitfadens vor. Ziel des Beitrages ist es – unter besonderer Berücksichtigung von Vernetzungsaspekten – Grundlagen für und Wege zu einer bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung aufzuzeigen.

### „Schöneberg bewegt sich“: Nachbarschaftssport für schwer erreichbare bewegungsferne Zielgruppen – sozial Benachteiligte, Ältere, Migrant/innen

*Michael Häfelinger, Verena Kupilas, Berliner Institut für Public Health*

Im Quartiersmanagementgebiet Schönberger Norden setzt das Berliner Institut für Public Health 2010, 2011 und 2012 das Projekt „Schöneberg bewegt sich“ um. Ziel ist es, mit zeitgleich eingesetzten unterschiedlichen Zugängen und Angeboten die schwer erreichbare Gruppe finanziell schwächerer Älterer (vorwiegend mit Migrationshintergrund) nachhaltig für gesundheitsförderliche Bewegungsangebote zu gewinnen.
Wesentlicher Fokus war es, Bewegungsangebote in der Zielgruppe selbst und bei den lokalen Akteuren zu verankern. Dazu wurden verschiedene bestehende soziale Gruppen (z.B. Frühstückstreff) über „aufsuchende Bewegungsförderung“ angesprochen. Über eine „angeleitete Partizipation“ wurden die Angebote auf die Interessen der Gruppen zugeschnitten, die dann in das Gruppen- bzw. Trägerangebot übernommen werden konnten. Zudem wurden aus den Gruppen heraus Bewegungs-Multiplikatorinnen gewonnen und in Zusammenarbeit mit dem Landessportbund Berlin zu „Kiez-Übungsleiterinnen“ ausgebildet.
Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und erlaubt so eine fundierte Einschätzung verschiedener theoretischer Ansätze für die Praxis der Stadtteilarbeit in schwierigen sozialen Umfeldern.

## Sa II 11.00 Uhr „Divergentes Altern“ – Autor/innenworkshop des Jahrbuchs für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften

### „Paradoxien des Handelns in der häuslichen Pflege: Das Beispiel der Pflegemigration von polnischen Frauen“

*Agnieszka Satola, Hochschule Fulda*

Die in der häuslichen Pflege illegal beschäftigten Migrantinnen sind oft für die Bearbeitung der Gesamtproblematik und die den Umständen entsprechende Lebenslage ihrer Klient/innen verantwortlich. Als sogenannte ‚live-ins‘, die am gleichen Ort arbeiten, an dem sie auch wohnen und meistens Rund-um-die-Uhr zur Verfügung stehen, sind sie oft die Mitbetroffenen an den Leidensprozessen ihrer Klient/innen, in die sie intensiv involviert und an denen Bearbeitung und Begleitung sie langfristig beteiligt sind. Durch das Zusammenleben mit einer/einem chronisch kranken Patientin/Patienten sind sie permanent enormer physischer und psychischer Belastung ausgesetzt. Die komplexe Hilfearbeit, die in dem irregulären Rahmen ausgeübt wird, setzt sich aus drei Teilbereichen, die oft in einer selbstkoordinierten Form verknüpft und ausgeführt werden müssen, zusammen: Familiär-hausfrauliche, pflegerische und soziale Fallarbeit.

Im folgenden Aufsatz wird der Versuch unternommen, die Totalität des Handelns in der häuslichen Pflege zu beschreiben und zu analysieren. Zunächst einmal werden die drei Arbeitsbereiche auf der Basis empirischen Materials systematisch unterschieden und ausführlich dargestellt. Sodann werden die immanenten Hauptprobleme und Paradoxien des Handelns abgeleitet, die in der häuslichen Arbeit, als solche und verstärkt im Migrationskontext und in der Situation der Machtgefälle aufgrund von fehlenden kontraktuellen Grundlagen, zustande kommen.

### „Der ‚dritte Sozialraum': Herausforderungen eines Konzepts"

*Barbara Weigl, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB)*

Es existiert bis heute kein einheitliches theoretisches Konzept des „Sozialraums". In mehreren theoretischen Begründungszusammenhängen werden dem Sozialraum unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben. Eine gängige Beschreibung ordnet den ersten Sozialraum der Familie, den zweiten dem Staat zu. Dazwischen gibt es einen dritten Raum des „Sozialen", dessen Bedeutung in den letzten hundert Jahren durch professionelle Arbeitsteilung und staatliche Interventionen an Bedeutung verloren hat: den Raum der Nachbarschaft. Durch die Publikation „Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem" (2007) hat Klaus Dörner dem Konstrukt des „dritten Sozialraums" starke Aufmerksamkeit verschafft. Es wird als Gegenkonzept zu einem marktförmigen und dienstleistungsorientierten Hilfe- und Pflegesystem durch Professionelle gesetzt. Gefragt werden muss, ob dieses Konzept ein wirkungsvoller Ansatz gegen die demografische Herausforderungen sein kann. Der Beitrag beschäftigt sich mit „Herstellungsbedingungen" eines „dritten Sozialraums" unter dem anhaltenden Trend einer gesellschaftlichen Individualisierung und Singularisierung. Erörtert werden soll, in welcher Weise insbesondere ältere Menschen als Gewinner oder Verlierer aus diesem Konzept hervorgehen und in welcher Wechselwirkung zukünftige Prekarisierungsszenarien und Altersarmut zu diesem Ansatz stehen.

## Sa II 11.00 Uhr „Selbstbestimmung und Lebensqualität am Lebensende?"

### „Autonomie am Lebensende?"

*Dr. Stefanie Graefe, Universität Jena*

Vor dem Hintergrund der Transformation zum neoliberalen, aktivierenden Sozialstaat erleben wir seit Jahren, dass soziale Risiken mehr und mehr auf die Einzelnen „umverteilt" werden. Dieser Prozess wird begleitet von einer umfassenden Individualisierung und Moralisierung entlang der Schlagworte „Eigenverantwortung" und „Autonomie"; kein Lebensbereich und keine Lebensphase scheinen davon ausgenommen. Auch Alter, Sterben und Tod sollen eigenverantwortlich geregelt werden – durch private Vorsorge oder rechtliche Vorausverfügungen wie die Patientenverfügung. Letztere verspricht – vor dem Hintergrund der Ökonomisierung von Sozialstaat und Gesundheitswesen – ein „selbstbestimmtes" Lebensende und Schutz vor den Zumutungen einer seelenlosen Apparatemedizin. In meinem Beitrag werde ich die in der Anrufung einer „Autonomie am Lebensende" zentrale Dialektik aus Drohung und Versprechen analysieren und danach fragen, wie Autonomie im Zusammenhang mit Alter, Sterben und Tod jenseits neoliberaler Eigenverantwortung gedacht werden kann.

### „Mythen und Wirklichkeiten in der Sterbebegleitung"

*Erika Feyerabend, BioSkop e. V., Essen*

Über's Sterben wird heute enorm viel geredet. Nicht nur „Sterbehilfe" und „Patientenverfügungen" sind im Gespräch, sondern auch die Sterbebegleitung. Die Aufforderung der Hospizbewegung mehr Sorge für sterbende Menschen zu tragen scheint auf den ersten Blick heute gesellschaftlich angekommen zu sein. Doch Vorsicht, denn es ist ein problematischer Mythos entstanden. Mit hospizlichem Beistand, möglichst zu Hause im Kreise einer intakten Familie und unter Berücksichtigung aller erkennbaren, individuellen, spirituellen, sozialen und therapeutischen Bedürfnisse, sollte das Sterben „schön und erfüllt" werden können. Solche Vorstellungen sind willkommen in einer Gesellschaft, in der auch das Sterben als „gelungen" (oder auch nicht) angesehen und vor allem durch „professionelles Management" bewältigbar angesehen wird. Solche Sterbebegleitungsmythen haben auch „eine glückliche Klarheit" (Roland Barthes) begründet, die bereinigt ist von den ökonomischen Logiken, die hier Einzug halten, von den Schattenseiten

körperlichen Verfalls, den sozialen Lebenslagen, beispielsweise alt und wohlmöglich arm sterben zu müssen. Diese ausgeblendeten Wirklichkeiten des Sterbens ist Thema meines Beitrages.

## Arbeitslose

| Fr II 11.30 Uhr | Gesundheitsförderung und Arbeitsförderung – Integrierte Ansätze |
|---|---|

### „AGILer – Aktivierende GesundheitsInitiative für Langzeiterwerbslose“

*Lars Gabrys, Christian Thiel, Lutz Vogt, Winfried Banzer, Abteilung Sportmedizin, Universität Frankfurt am Main*

Trotz erhöhter Mortalität und Morbidität unter von Arbeitslosigkeit betroffenen Menschen und belegten positiven gesundheitlichen Effekten körperlicher Aktivität, weisen gerade Arbeitslose häufig ein verändertes (geringeres) Bewegungsverhalten auf. Die Teilnahme an Bewegungsangeboten speziell unter männlichen Arbeitslosen ist noch immer vergleichsweise gering. Vor diesem Hintergrund wurde ein sportmedizinisches Beratungsangebot in ausgewählten Jobcentern, mit dem Ziel einer Vermittlung in und Bindung an bestehende Gesundheitssportangebote, etabliert. Gerade Männer mit erhöhtem gesundheitlichem Risiko aufgrund ungünstiger Körperzusammensetzung, unterdurchschnittlicher Gesundheit und geringem Bewegungsumfang konnten durch eine qualifizierte sportmedizinische Bewegungsberatung in Aktivität gebracht werden. Ihr Bewegungsumfang konnte nachweislich auf ein gesundheitsförderliches Maß gesteigert werden. Generell ist der Zugang und die Bewegungsfachberatung im Setting der Jobcenter als erfolgreich zu betrachten. Eine weitere Vernetzung mit bestehenden Strukturen des organisierten Sports bietet gute Möglichkeiten, das präventive Potential regelmäßiger körperlicher Aktivität für die Zielgruppe zu nutzen.

| Fr II 14.15 Uhr | Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung – Modellvorhaben im kommunalen Raum |
|---|---|

### „Datenlage und Bedarf für eine zusätzliche Unterstützung Langzeitarbeitsloser zur Gesundheitsförderung“

*Horst-Dietrich Elvers, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit*

Gibt es kausale Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit? Die Antwort auf diese Frage hat weitreichende Implikationen für die Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten: sowohl wenn sich zeigen ließe, dass Menschen aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen einem höheren Risiko für Arbeitslosigkeit ausgesetzt wären als auch für den Fall, dass von Arbeitslosigkeit Betroffene aufgrund ihrer Exklusion vom Erwerbsleben häufiger – und ggf. schwerer – von Krankheiten betroffen wären, als im Erwerbsleben Stehende.
Im Rahmen des Workshops „Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung – Modellvorhaben im kommunalen Raum“ wird im Vortrag das Hauptaugenmerk auf den letzteren Zusammenhang gelegt. Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass bei Arbeitslosen der Gesundheitszustand schlechter ist als bei der im regulären Erwerbsleben stehenden Bevölkerung. Der Datenstand hierzu ist aber noch lückenhaft und auch die Wirkfaktoren von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit sind noch nicht in allen Facetten erkannt.
Im Vortrag werden vor diesem Hintergrund Einblicke in die einschlägige Befundlage gegeben und Ansätze für eine Erklärung der aufgezeigten Zusammenhänge vorgestellt. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass Strategien für Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen wirksam formuliert und umgesetzt werden können, wenn die Wirkungen der Lebenssituation arbeitsloser Menschen auf die Gesundheit hinreichend aufgeklärt sind.

### „Stärkenorientierte Kommunikation zwischen Schule und Betrieben. Die Kompetenzwerkstatt ‚komm auf Tour – entdecke deine Stärken mit uns'"

*Kristin Caumanns, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln; René Domschat, Sinus – Büro für Kommunikation, Köln*

Jungendlichen bieten sich zahlreiche berufliche Wahlmöglichkeiten. Unternehmen stehen im zunehmenden Wettbewerb um Auszubildende. Kommunen sind mit der Aufgabe konfrontiert, sektorenübergreifend Institutionen der Bildung, Gesundheit und des Sozialen zu vernetzen.
Wie lässt sich der Abgleich jugendlicher Stärken und Zukunftswünsche mit betrieblichen Anforderungen und Realitäten praxisnah gestalten? Wie das Fachkräfteangebot, das Interesse an der dualen Ausbildung geschlechteroffen steigern? Wie eine verbesserte Vernetzung im Sozialraum erreichen?
Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat mit der Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit das Modellprojekt „komm auf Tour – entdecke deine Stärken mit uns" entwickelt. „komm auf Tour" ist eine kommunal verankerte Strategie zur Verbindung von Berufsorientierung und Lebensplanung über einen sichtbaren handlungsorientierten Stärkenansatz. Das Angebot lässt sich flexibel auf die regional spezifische Situation anpassen und mit vorhandenen Maßnahmen schlüssig verbinden.
Mit einer dreiteiligen Kompetenzwerkstatt steht im Fokus die handlungs- und stärkenorientierte Kommunikation zwischen Betrieben und Jugendlichen in Klasse acht und neun. Eingebunden sind Lehrkräfte, Eltern sowie Akteur/innen der Berufsorientierung und Lebensplanung. Das Projekt bietet Kommunen einen nachhaltigen fachlichen und personellen Mehrwert. Es unterstützt außerdem die Zusammenarbeit von bislang oft getrennt voneinander tätigen Institutionen.

## Fr II 16.15 Uhr Kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

### „Eckpunkte-Papier des Kooperationsverbundes"

*Dr. Frank Lehmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln*

Dem Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de), der von der BZgA initiiert und maßgeblich getragen wird, gehören aktuell 55 Spitzenorganisationen aus dem Gesundheitswesen und vielen gesundheitsrelevanten Handlungs-feldern (z.B. Bundesagentur für Arbeit) an. Arbeitslosigkeit wurde als zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit zu einem Schwerpunkt der Arbeit des Kooperationsverbundes gemacht. In einem intensiven Fachaustausch wurden Eckpunkte zum Handeln abgestimmt, die sich an Ergebnissen zur Wirksamkeit aus Theorie und Praxis orientieren. Sie umfassen die Aufforderung zur stärkeren Vernetzung der relevanten Akteure über die Verankerung gesundheitsfördernder Maßnahmen in den Lebenswelten Arbeitsloser bis zur Stärkung einer wertschätzenden Haltung, um Stärken zu fördern. Die Eckpunkte werden im Workshop erstmals näher erläutert und zur Diskussion gestellt.

### „Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung als Kooperationsaufgabe: Chancen und Grenzen"

*Dr. Martin Brussig, Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen*

Die gesundheitliche Leistungsfähigkeit von Arbeitslosen ist oftmals eingeschränkt und wird in vielen Fällen durch andauernde Arbeitslosigkeit weiter gemindert. Dies belastet das persönliche Wohl-ergehen, verringert Jobchancen und verursacht Kosten für Versicherungsträger in der Arbeitslosen- und Krankenversicherung bzw. für öffentliche Haushalte in der Grundsicherung. Vieles scheint deshalb dafür zu sprechen, gesundheitsförderliche Maßnahmen in das arbeitsmarktpolitische Instrumentarium aufzunehmen. Dies betrifft insbesondere niedrigschwellige Angebote für diffuse und unspezifische Beschwerden und weniger die schon vorhandenen Möglichkeiten zur Förderung von Rehabilitanden und Schwerbehinderten. Da eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung an der Schnittstelle von Arbeitsmarktpolitik und Gesundheitsdienstleistungen steht, müssen für den Erfolg entsprechender Maßnahmen Kooperationen auf unterschiedlichen Ebenen erreicht werden: zwischen den Arbeitsuchenden und den ihnen zugeordneten Vermittlungsfachkräften in Arbeitsagenturen und Jobcentern, zwischen Maßnahmeträgern, die geeignete Projekte bzw. Maßnahmen durchführen sowie zwischen den zuständigen Trägern der Sozialversicherung. Der Vortrag berichtet über die Verbreitung gesundheitlicher Einschränkungen bei Arbeitslosen und stellt Erfahrungen und Überlegungen zur arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung vor.

### „Vernetzung und kommunale Kooperationen“

*Dr. Elke Mandel, Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, Potsdam, Dr. Iris Schiek, Regionaler Knoten Brandenburg, Potsdam*

Das Anliegen, Erfahrungen aus einem Modellprojekt landesweit zu transferieren und Entscheidungsträger zur Implementierung eines erfolgreichen Ansatzes zu motivieren, muss sich auch regional anderen Zugängen, Ansätzen, Bedingungen und Initiatoren öffnen, um Weiterentwicklungen zu befördern. Diese Erkenntnis bewog das Arbeits- und Gesundheitsministerium in Brandenburg dazu, nach Beendigung des Projektes „AmigA“ neue Wege bei der landesweiten, aber regional bedarfsgerecht differenzierten Unterstützung der Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung zu gehen. Gesundheit Berlin Brandenburg übernimmt in diesem Prozess die Rolle der Moderation und Begleitung der regionalen Arbeitsstrukturen. Teilnehmer/innen dieser regionalen Kooperations-partnerkreise sind immer Vertreter/innen der Arbeitsförderung sowie der Gesundheitsförderung. Beispiele solcher Vernetzungsprozesse sind die „Allianz für Menschen ohne Arbeit“ in Potsdam, die Expertenworkshops in Frankfurt Oder und die Arbeit der Projektgruppe in Brandenburg Stadt. Diese Beispiele sollen auszugsweise vorgestellt werden.

## Frauen/Männer

**Fr II 11.30 Uhr** **Sexarbeit – gesund und sicher? Perspektiven danach?**

### „Gesund und sicher – Sexarbeiterinnen in Bremen“

*Stephanie Bergmiller, Felicitas Jung, Gesundheitsamt Bremen; Julia von Lengerke, Nitribitt e. V. Treffpunkt und Beratungsstelle für Prostituierte, Bremen*

Besonders junge ausländische Frauen mit geringen Deutschkenntnissen sind als Sexarbeiterinnen hohen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Ein Großteil der Sexarbeiterinnen in Bremen arbeitet in „Modellwohnungen“ über ganz Bremen verteilt. Die Frauen in diesen Wohnungen wechseln häufig. „Streetwork“ ist daher ein zentraler Baustein der Prävention. Eine Befragung der Sexarbeiterinnen in der AIDS/STD Beratung im Gesundheitsamt bestätigte, dass Streetwork gerade die vulnerablen Gruppen in der Sexarbeit gut erreicht. Die AIDS/STD Beratung im Gesundheitsamt und der Verein Nitribitt e.V. führen Streetwork in Bremen durch. Beide Einrichtungen motivieren Sexarbeiterinnen zu einem gesunden und sicheren Arbeiten. Prävention und medizinische Versorgung sind Schwerpunkte des Gesundheitsamtes. Die medizinische Versorgung wird Sexarbeiterinnen kostenlos und anonym angeboten. Interessenvertretung von Sexarbeiterinnen ist Schwerpunkt von Nitribitt e.V. Dazu gehören Beratung und aktive Begleitung bei Fragen der sozialen Absicherung im Beruf, praktische Tipps und Hilfen für sicheres Arbeiten durch erfahrene Sexarbeiterinnen, aber auch langfristige Begleitungen beim Ausstieg aus der Prostitution auf dem Weg in ein „konventionelles“ Leben. Die Kooperation beider Einrichtungen ist eine effektive Form der Arbeitsteilung, um die Gesundheit der Sexarbeiterinnen zu fördern und zu sichern. Eine steigende Inanspruchnahme beider Einrichtungen in den vergangenen Jahren bestätigt die Tragfähigkeit der Konzepte.

### „Bundesmodellprojekt ‚DIWA – Der individuelle Weg zur Alternative‘“

*Uta Gärtner, Projektleitung DIWA, Goldnetz e.V., Berlin*

Die Tätigkeit der Prostitution ist körperlich und seelisch belastend und in der Regel nicht für die Ewigkeit angelegt. Wenn Prostituierte den Ausstieg suchen, befinden sie sich nicht selten in einer Situation, die von multiplen Problemlagen bestimmt ist. Neben finanziellen und/oder familiären Problemen, gesundheitlichen Belastungen durch die Prostitution und/oder durch Gewalterlebnisse in verschiedenen Lebensphasen kommen bei zahlreichen Ausstiegswilligen auch Defizite in der schulischen und beruflichen Qualifikation hinzu. Eine berufliche Neuorientierung dieser Frauen bringt in der Regel ein völlig anderes Umfeld sowie eine andere Strukturierung des Alltags mit sich. Kaum eine Frau kann ihre berufliche Tätigkeit in ihr Leben integrieren, die Arbeit einer Prostituierten genießt nach wie vor keinerlei gesellschaftliches Ansehen. Hier setzt das Berliner Modellprojekt DIWA an, das neben den Standorten in Freiburg und Nürnberg eines von drei Teilprojekten zur Unterstützung des Ausstiegs aus der Prostitution ist. DIWA bietet ein Programm mit unterschiedlichen Integrationswegen zum Umstieg an und unterstützt Frauen zielgerichtet mit individuellen und flexiblen Angeboten der Beratung und Begleitung bei der beruflichen Neuorientierung und bei der

Suche nach Alternativen zur Prostitution. Im Beitrag werden der aktuelle Stand des Modellprojektes DIWA sowie erste Erfahrungen und Ergebnisse der Projektarbeit vorgestellt.

| Fr II 14.15 Uhr | Familienplanung und reproduktive Gesundheit zwischen gesellschaftlicher Einschränkung und Selbstbestimmung von Frauen |
|---|---|

### „Internationale Perspektive – Selbstbestimmung als kulturelle Errungenschaft“

*Dr. Christian Fiala, Gynmed Ambulatorium/Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch, Wien, Österreich*

Die aktuelle Situation zur reproduktiven Gesundheit weltweit ist sehr unterschiedlich, was sich vor allem in einer großen Diskrepanz im Gesundheitszustand von Frauen und der Müttersterblichkeit ausdrückt. Früher war das Streben der europäischen Monarchien, Diktaturen und kriegsführenden Staaten nach möglichst vielen Soldaten bzw. Einwohner/innen ausgerichtet, um die jeweiligen Expansionspläne zu verwirklichen. Als Konsequenz wurden Verhütung und der Schwangerschaftsabbruch verboten, teilweise sogar mit der Todesstrafe geahndet. Die Menschen wurden in ihrer Fruchtbarkeit bevormundet, im Versuch möglichst viele Geburten zu erzwingen. Im Rahmen der Kolonialisierung wurden diese Verbote aus Europa exportiert und sind heute größtenteils noch gültig.
In Friedenszeiten und in demokratischen Strukturen ging es nicht mehr um militärische Expansion, folglich haben sich die politischen Prioritäten geändert. Es kam zu einer unglaublichen gesellschaftlichen Veränderung, in deren Folge die Menschen Selbstbestimmung fordern, auch in diesen intimsten aller Lebensbereiche.
Die aktuelle Situation in verschiedenen Ländern spiegelt den jeweiligen historischen Entwicklungsprozess wieder, von einer militärisch autoritären Bevormundung, hin zu einer tatsächlichen Selbstbestimmung. Leider gibt es nur sehr wenige Beispiele einer wirklichen Befreiung der Fruchtbarkeit aus der staatlich/religiösen Bevormundung, wie in Kanada, wo der Abbruch bereits seit 1988 ersatzlos aus dem Strafgesetz gestrichen wurde.

### „Historische Aspekte der Familienplanung in Deutschland“

*Dr. Gisela Notz, AG sexuelle Selbstbestimmung, Berlin*

Zu allen Zeiten und in allen Kulturen wurde Familienplanung durch religiöse, kulturelle und bevölkerungspolitische Aspekte beeinflusst. Frauen, die eine Abtreibung durchführten wurden verfolgt und bestraft. Abtreibung, sexuelle Aufklärung und Empfängnisverhütung wurden nie emotionslos diskutiert. Sie sind zugleich Themenbereiche, die geeignet sind, Macht über Frauen auszuüben. Männer stellten die Regeln auf; Frauen umgingen sie (gezwungenermaßen) stillschweigend. Der aus dem Jahre 1871 stammende § 218 sah bei Abtreibung eine Zuchthausstrafe von bis zu fünf Jahren vor. Gleichzeitig wurden „uneheliche“ Kinder und deren Mütter diskriminiert und homosexuelle Lebensformen bestraft. Erst 1927 gestand das Reichsgericht werdenden Müttern das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch zu, wenn ihr Leben in Gefahr war. Seitdem wurde der „Abtreibungsparagraph“ mehrmals geändert. Im Strafgesetzbuch steht er noch heute. Prüderie und zwanghafte Moralvorstellungen erschwerten die Emanzipation der Frauen. Da die Preise für illegale Abtreibungen stark variierten, trat Abtreibung immer vor allem als soziales Problem in Erscheinung und wurde zugleich als solches geleugnet. Fortbestehende und neue Gesetze, verbunden mit dem Einfluss der Kirchen, sollten alte Normen immer wieder reproduzieren. Frauen aus den Frauenbewegungen wandten sich gegen die himmelschreiende Ungerechtigkeit. Die gelebte Realität war zu allen Zeiten ohnehin eine andere als die, die Kirchen und Staat verordnen wollten.

### „Aktuelle Situation der Familienplanung in Deutschland“

*Sybill Schulz, Geschäftsführerin Familienplanungszentrum – BALANCE, AG Sexuelle Selbstbestimmung, Berlin*

Sexuelle Selbstbestimmung ist ein Menschenrecht. Jedoch ist diese sowie der menschenrechtliche Ansatz des Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit auch nach der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 noch wenig verbreitet – ebenso wie die Erklärung der weltweiten „International Planned Parenthood Federation (IPPF)“ von 2008. Die sexuellen Rechte sind danach sexualitätsbezogene Menschenrechte. Sie basieren auf einer Reihe von sexualitätsbezogenen Rechtsansprüchen, die aus den Rechten auf Freiheit,

Gleichstellung, Privatsphäre, Selbstbestimmung, Integrität und Würde aller Menschen abgeleitet werden. Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung ist jedoch nicht nur wenig bekannt sondern, wie sich in der täglichen Arbeit rund um Familienplanung und Sexualität zeigt, teils sogar in Gefahr. In Deutschland haben sich über die letzten Jahre Rahmenbedingungen verändert – wie beispielsweise gesetzliche Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch nach und nach verschärft worden sind – von der Zwangsberatung über Fristenregelungen und Wartezeiten bis hin zu steigenden Kosten von Notfallverhütung. Zugleich beobachten wir direkte Einflussnahmen von radikalen Abtreibungsgegnern gegenüber Frauen – sogenannte „Gehsteigberatungen" vor gynäkologischen Praxen, als auch indirekte über Diffamierung von Ärzt/innen und Familienplanungszentren im Internet.
Darüber hinaus erlebt die Thematik ebenso einen gesellschaftlichen Wandel. Trotz verstärkter Sexualaufklärung und Empowerment von Kindern und Jugendlichen in Ballungsräumen, verbesserter Information über Verhütungsfragen ist eine verstärkte Stigmatisierung und Moralisierung der Entscheidung der Frau gegen das Austragen einer Schwangerschaft sichtbar. Vielfältige Situationen und Aktivitäten verdeutlichen eine aktuelle Gefahr für das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung.
Ziel sollte sein, die Geschichte von Familienplanung und Verhütung und damit verbundenen Errungenschaften für Frauen und Männer stärker ins Bewusstsein zu rücken und sich gegen solcherart Angriffe zur Wehr zu setzen. In 2011 hat die AG Sexuelle Selbstbestimmung gemeinsam mit dem Netzwerk Frauengesundheit Berlin eine diesbezügliche Fachtagung mit Vertreter/innen aus Politik und Verwaltung in Berlin initiiert und gegen die Verhütungs- und Abtreibungspolitik des deutschen Papstes demonstriert (www.fpz-berlin.de).

| Fr II 16.15 Uhr | Sexuelle Selbstbestimmung und Migration – im Spannungsfeld der Reproduktiven Gesundheit |
|---|---|

## „Sexualität, Selbstbestimmung und Macht – Sexualität aus Sicht türkischer Frauen"

*Prof. Dr. Cornelia Helfferich, FrauenForschungsInstitut Freiburg*

Auch wenn Sexualaufklärung „nur" und „ganz neutral" die wichtigen Informationen über den weiblichen und männlichen Körper mit seinen Organen, über Schwangerschaft und Verhütung, über sexuell übertragbare Krankheiten etc. vermittelt – zugleich wird implizit ein kulturelles Verständnis von Sexualität und Fruchtbarkeit, von den Beziehungen der Geschlechter und dem angemessenen Umgang mit dem eigenen Körper mit transportiert.
In Gruppendiskussionen mit türkischen Müttern in dem Forschungsprojekt „Frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf von Frauen" (im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) diskutierten Mütter zwei Aspekte: Zum einen entwickelten sie aus ihren eigenen Erfahrungen heraus Wünsche, wie Aufklärung für ihre Töchter aussehen sollte. Die Bedeutung von selbstbewusstem Stolz auf den eigenen Körper und Wissen über den eigenen, sexuellen Körper und den des Mannes ist ebenso wie in dem deutschen Verständnis von Sexualaufklärung ein wichtiger Inhalt, der vermittelt werden soll. Doch stehen diese positiven Aspekte jeweils in einem ganz unterschiedlichen Kontext von Vorstellungen, wie sich Frauen und Männer begegnen und was die Geschlechter füreinander bedeuten. Zum anderen ging es um das Sprechen über intime Themen und um dessen Grenzen, um Nähe und Distanz zwischen Müttern und Töchtern in Fragen des sexuellen Heranwachsens. Eine Analyse von Textbeispielen zeigt, wie wenig selbstverständlich die übliche Sexualaufklärung ist und wie fruchtbar es sein kann, die gewohnten Vorstellungen von Sexualität und Geschlechtern als besondere Konstruktionen zu erkennen und zu hinterfragen.

## „Pränataldiagnostik – Bedeutung und Bedarf bei Migrantinnen"

*Dr. Neslisah Terzioglu, Frauenärztinnengemeinschaftspraxis Ksciuk & Terzioglu, Nürnberg*

In den letzten Jahren ist Pränataldiagnostik zum festen Bestandteil der Schwangerenvorsorge geworden. Die Nachfrage ist auch seitens werdender Eltern mit Migrationshintergrund stetig angestiegen. Nach wie vor besteht jedoch ein Kommunikationsproblem, welches den Schwangeren mit Migrationshintergrund zusätzlich zur rasanten technischen Weiterentwicklung pränatal-diagnostischer Diagnoseverfahren die Einschätzung der Angemessenheit verschiedener Methoden erschwert.
Am Ende der Schwangerschaft wünschen sich alle Eltern ein gesundes Kind. Einheimischen als auch Paaren mit Migrationshintergrund ist es gemeinsam, dass Fehlbildungen mit guter Prognose gute Akzeptanz finden. Im Gesundheitswesen sollte aber die Zielsetzung sein, auch Paare mit verschiedenen religiösen Ansichten

und kulturellen Wurzeln, trotz kommunikativer Barrieren – auch – bei komplexen Fehlbildungen oder Syndromen – ausreichend – zu beraten.

| Fr II 16.15 Uhr | Erreichbarkeit von Jungen und Männern in Prävention und Gesundheitsförderung |
|---|---|

### „Macht Wettbewerb krank? Die Rolle innerer und äußerer Kompetition für die Männergesundheit“

*Prof. Dr. Bertram Szagun, Birgit Keller, Hochschule Ravensburg-Weingarten*

Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Mortalität ist genderabhängig: Männer reagieren deutlich empfindlicher. Die diesbezüglich stärkere Sensibilität von Männern ist hauptsächlich stressbedingt und eng mit geschlechtsspezifischem Rollenverhalten auf Stress, etwa der sogenannten „Male Depression“, verknüpft.
Neurophysiologisch sind die chronische Überaktivierung der HPA-Achse und die damit verbundene allostatische Überlast hauptverantwortlich. Die HPA-Achse wird speziell durch soziale Situationen aktiviert, die durch Konkurrenz (Kompetition) oder Gruppenausschluss (Ostrazismus) geprägt sind. Ein hoher Grad an Wettbewerb sowie ein eher hierarchisch geprägtes Selbstverständnis werden entsprechend als wesentliche gesellschaftliche Risikofaktoren für verschiedene prävenierbare Volkskrankheiten betrachtet.
Gerade psychosozial belastete Jungen und Männer stellen für Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung eine der am schwierigsten erreichbaren Zielgruppen dar. Der Zugang zu ihnen ist häufig durch stereotyp männliche – d.h. besonders kompetitiv geprägte – Verhaltensweisen verbaut. Konzeptionell erfolgversprechende Handlungsansätze, den Grad an Kompetition zu beeinflussen, sind unter anderem ein Fokus auf das Kohärenzgefühl oder auf konkurrenzmindernde Kulturmerkmale. Explizit wettbewerbsmindernde Ansätze sind in der Prävention und Gesundheitsförderung jedoch bisher unterrepräsentiert. Dies kontrastiert erheblich mit dem steigenden Belastungsgrad durch die neue Morbidität und weist auf einen Zielkonflikt hin: Wettbewerb ist einerseits ein klarer Risikofaktor, wird jedoch andererseits mehrheitlich als gesellschaftlicher Fortschritts- und Wachstumsmotor betrachtet.
Der Anstieg der neuen Morbidität kann nur begrenzt werden, wenn Konkurrenz und Wettbewerb als Zielgrößen der Prävention und Gesundheitsförderung künftig spezifisches Gewicht erhalten. Konzeptionell bieten sich hierfür vor allem Handlungsansätze im Setting als kleiner gesellschaftlicher Einheit an. Oben genannter Zielkonflikt muss dabei offensiv und Setting-spezifisch problematisiert werden.

### „‚…und raus bist Du?‘ Ostrazismus als gesundheitsrelevantes Phänomen der männlichen Adoleszenz“

*Birgit Keller, Prof. Dr. Bertram Szagun, Hochschule Ravensburg-Weingarten*

Durch Ostrazismus (engl. ostracism = Ausschluss, Zurückweisung) ist das menschliche Grundbedürfnis nach Zugehörigkeit bedroht. Isolation und Einsamkeit gefährden das Selbstwertgefühl und stellen eine hohe psychische Belastung dar. Aus ressourcenorientierter Perspektive existieren zahlreiche Belege, die dem Gefühl akzeptiert und integriert zu sein, eine bedeutende Assoziation mit positiven Emotionen, erhöhtem Selbstwert, prosozialem Verhalten und gesundheitlichem Wohl-befinden zuschreiben (Baumeister et al. 1995, Williams 2007). Gerade die Lebensphase der Adoleszenz ist dem Wandel sozialer Beziehungen unterworfen. Peerbezogene Geschlechter-unterschiede sprechen dafür, dass Mädchen Freundschaftsbeziehungen bevorzugen, die stärker durch interpersonelle Nähe gekennzeichnet sind. Jungen neigen in sozialen Interaktionen eher zu Unabhängigkeit und wählen Aktivitäten, die vermehrt kompetitive Anteile aufweisen (Maccoby, 2002, Benenson et. al. 1997). Die engen Freundschaftsbeziehungen der Mädchen können Ausgrenzungserfahrungen kompensieren. Jungen fehlt dieser Schutzfaktor häufig und sie sind eher auf die Akzeptanz der Peergruppe angewiesen (Burks et al. 1995). Hierdurch und aufgrund geschlechter-rollenspezifischer Erwartungen lässt sich erklären, weshalb Jungen tendenziell stärker unter Minderheitenzugehörigkeit und Gruppenausschluss leiden als Mädchen. Die jungenspezifische Gesundheitsrelevanz sozialer Ausgrenzung wird auf Basis sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Befunde dargestellt und mit Daten der KiGGS-Studie (RKI 2008) unterstrichen.

### „Qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen für Männer – das Männergesundheitsportal der BZgA“

*Martin Schumacher, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.*

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Februar 2012 das Männergesundheitsportal (www.maennergesundheitsportal.de) der Öffentlichkeit vorgestellt. Diese neue Plattform ist als Teil eines komplexen Themenfeldes „Männergesundheit“ zu sehen und bietet neutrale, seriöse, fachlich geprüfte und qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen für Männer. Dies ist vor dem Hintergrund der Kommerzialisierung des „Männergesundheitsmarktes“ und der Verbreitung von Informationen von teils mangelhafter Qualität und Vertrauenswürdigkeit gerade auch im Internet sehr wichtig. Das Männergesundheitsportal fokussiert derzeit auf die Felder Psychische Gesundheit, Bewegung und Sport, Ernährung, Früherkennung sowie Suchtprävention und wird sukzessive mit weiteren Themenbereichen ausgebaut. Die redaktionelle Bearbeitung erfolgt entlang von Qualitätskriterien hinsichtlich Angebotstransparenz, Vermittlungsqualität und inhaltlichen Aspekten wie geschlechtsspezifischer und fachlicher Relevanz, Berücksichtigung wissenschaftlicher Standards sowie Vertrauenswürdigkeit und fachliche Absicherung der Informationen. Das Portal verweist ausschließlich auf werbefreie Gesundheitsinformationen. Die Umsetzung wird durch einen interdisziplinären Arbeitskreis „Männergesundheit“ begleitet, der sich aus fachlich ausgewiesenen Expertinnen und Experten, u. a. aus den Bereichen Sportwissenschaft, Gesundheitsförderung, Psychologie, Urologie/Andrologie und Erziehungswissenschaften, zusammensetzt.

## Sa II 11.00 Uhr Präventionsstrategien bei Partnergewalt

### „Hilfesuchverhalten von Frauen bei Partnergewalt. Erkenntnisse für Primär- und Sekundärprävention“

*Petra Brzank, Hochschule Fulda*

Zur Unterstützung von Frauen, die Partnergewalt erlitten haben, ist in Deutschland ein dichtes Beratungs- und Zufluchtsnetz etabliert worden. Empirisch evident trägt psychosoziale Unterstützung zur Minderung der negativen Folgen von Partnergewalt auf die mentale Gesundheit der Opfer bei. Obwohl die Unterstützungsangebote bekannt sind, sucht nur ein Teil der Betroffenen Hilfe. Um jene Faktoren zu identifizieren, die Frauen zur Inanspruchnahme von Unterstützung motivieren, wurden in einer Sekundärdatenanalyse der Repräsentativstudie „Gesundheit, Wohlbefinden und Sicherheit von Frauen in Deutschland” (2004) potentiell beeinflussende Faktoren (Soziodemografie, Gesundheitsstatus, Ressourcen, Gewalterfahrung, Kinder, Substanzmittelkonsum, Kenntnis des Unterstützungsnetzes) untersucht.
Multivariate Analysen zeigen, dass das Hilfesuchverhalten der Betroffenen primär positiv von der Schwere der Gewalt und von multiplen Gewalterfahrungen in Kindheit und Erwachsenenalter bestimmt ist. Fühlten sich Betroffene für die erlittene Gewalt mitverantwortlich, so suchten sie seltener Unterstützung. Aus diesen Ergebnissen lassen sich Verbesserungsvorschläge und Ansätze für Sekundär- und Primärprävention ableiten, wie etwa das Erlernen respektvoller Geschlechter- und Liebesbeziehung in der Pubertät.

### „Prävention von Teen Dating Violence – Wirksame Programme gegen Gewalt in den ersten Intimbeziehungen von Jugendlichen“

*Beate Blättner, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit*

Ausgehend von Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation, stärker auf eine Primärprävention von Gewalt in Partnerbeziehungen zu setzen, wurde von Studierenden der Hochschule Fulda in einer systematischen Übersichtsarbeit nach wirksamen Programmen gesucht, die der körperlichen, psychischen oder sexualisierten Gewalt im Kontext der ersten Intimbeziehungen zwischen Jugendlichen begegnen. Teen Dating Violence ist in Deutschland bisher kaum Thema, anders ist dies in den USA. Von dort stammt das Präventionsprogramm Safe Dates, dessen Wirksamkeit gut evaluiert ist und das auf den deutschen Kontext übertragen werden könnte.

### „Förderung von Prävention- und Interventionsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher Gewalt – Erfahrungen der S.I.G.N.A.L.-Koordinierungs- und Interventionsstelle“

*Karin Wieners, Hilde Hellbernd, Koordinierungs- und Interventionsstelle des SIGNAL e.V., Berlin*

Möglichkeiten der Prävention und Intervention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt zu stärken und weiterzuentwickeln ist Ziel bzw. Auftrag der seit 2010 durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin finanzierten Koordinierungs- und Interventionsstelle des SIGNAL e.V.. Konkret geht es z.B. um die systematische Einbindung der Thematik in gesundheitsbezogene Ausbildungsgänge, um die Verankerung einer rechtssicheren ärztlichen Dokumentation bei häuslicher und sexualisierter Gewalt, um die Etablierung von Interventionsprogrammen in der stationären und ambulanten Versorgung und um die Einbindung der Gesundheitsversorgung in die bestehende Interventionskette bei häuslicher Gewalt. Im Workshop werden zentrale Erfahrungen und Erkenntnisse der bisherigen Tätigkeiten der Koordinierungs- und Interventionsstelle präsentiert.

## Wohnungslose

| Fr II 11.30 Uhr | Systemische Benachteiligung von Armut Betroffener im Gesundheitssystem |
|---|---|

### „10 Jahre Evaluation der ‚Aufsuchenden medizinischen Versorgung für Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in Hannover‘: Relevanz für die ‚Armutsbevölkerung‘“

*Paul Wenzlaff, Verena Lührs, Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen, Hannover*

In dem Projekt „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose in Hannover“ werden Menschen versorgt, die durch individuelle oder gesellschaftliche Zugangsbarrieren die medizinischen Leistungen des Regelversorgungssystems nicht in Anspruch nehmen. Um das Projekt unter Berücksichtigung sich verändernder Rahmenbedingungen kontinuierlich weiter entwickeln zu können, findet seit nun mehr 10 Jahren eine Evaluation des Versorgungsgeschehens anhand einer prospektiven Erhebung der Behandlungsfälle statt.
Die Evaluation des Projektes zeigt, dass der Versorgungsbedarf steigt und neben den Wohnungslosen auch vermehrt Patienten aus anderen Bevölkerungsgruppen, z.B. aus finanziell und sozial schwachen Gruppen, die Angebote des Projekts in Anspruch nehmen. Diese sogenannte „Armutsbevölkerung“ kann den Zuzahlungen im Rahmen der medizinischen Regelversorgung offensichtlich nicht nachkommen und sucht als Alternative die Wohnungslosenversorgung auf. Die 10-Jahres-Ergebnisse und die aktuellen Daten zeigen, dass die zukünftige Anforderung an die Evaluation sein wird, die Frage zu beantworten, in welchem Umfang die geleistete Versorgung Aufgabe des Ehrenamtes oder Aufgabe des Staates sein sollte.

### „Auswirkungen zunehmender Kostenbeteiligung und Eigenverantwortung auf die Gesundheitsversorgung wohnungsloser und armer Patient/innen“

*Werena Rosenke, Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., Bielefeld*

Um die medizinische Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen aufrecht zu erhalten, bemühen sich die medizinischen Projekte der Wohnungslosenhilfe seit Anfang 2004, die finanzielle Belastung der Patient/innen (Praxisgebühr, Zuzahlungen, Kauf von OTC-Präparaten etc.) möglichst gering zu halten. Die steigende Zahl armer Mitbürger/innen führt vermehrt Menschen ohne Erfahrung der Wohnungslosigkeit in diese Projekte – ausschließlich aufgrund ihrer wirtschaftlichen Bedürftigkeit (ALG II-Empfänger, Grundsicherungsempfänger, ältere Menschen mit kleineren Renten und aufzahlender Grundsicherung).
Für die Armutsbevölkerung gelten die gleichen Regelungen der Gesundheitsreform wie für alle anderen Bürger/innen, so dass Gesundheit und ärztliche/medizinische Versorgung zu einem kaum zu finanzierenden Gut werden.
Anforderungen an eine soziale Gesundheitsversorgung. An diesen Entwicklungen zeigt sich, dass die Gruppe der in Armut und extremer Armut lebenden wohnungslosen Männer und Frauen nahezu gänzlich von der gesundheitlichen Versorgung abgekoppelt wäre, wenn nicht durch den Hilfeprozess der Wohnungslosenhilfe allgemein und insbesondere durch die dort anhängigen medizinischen Projekte eine Grundversorgung ermöglicht würde. Dies gelingt aber nur bei denjenigen, die den Kontakt zum System der

Wohnungslosenhilfe herstellen (konnten). Die medizinische Grundversorgung ist in hohem Maße abhängig von Spenden und freiwilligem Engagement.
Aufgrund des Hilfeprozesses, inklusive der medizinischen Projekte zur gesundheitlichen Versorgung Wohnungsloser lässt sich die Versorgung der Betroffenen verbessern: Am Ende des Hilfeprozesses haben deutlich mehr Patient/innen/Klient/innen einen Hausarzt aufsuchen können oder sind in weiterführende Hilfen vermittelt worden, aber immer noch ein bedeutender Teil der Betroffenen bleibt unversorgt. Soll die zunehmende Abkoppelung ärmerer Schichten der Bevölkerung von der Gesundheitsversorgung verhindert werden, bedarf es einer grundsätzlichen Umsteuerung. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) wird die Entsolidarisierung im Gesundheitswesen allerdings weiter vorangetrieben. Die Krankenversicherungspflicht ist eine große Errungenschaft, die aber nicht durch die Vielzahl privat zu finanzierender Zusatzleistungen, Aufzahlungen und Zusatzbeiträge ausgehöhlt werden darf. Durch die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge der GKV-Versicherten werden besonders die Bezieher/innen niedriger Einkommen getroffen. Anstelle neuer Zuzahlungen und Sonderbeiträge fordern wir die Wiedereinführung der Befreiung von Zuzahlungen bei Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln.

### „Medikamententafeln – eine sinnvolle und notwendige ergänzende Versorgungsinitiative!?“

*Inge Döring, Gesundheitsamt Kreis Heinsberg; Dr. Udo Puteanus, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), Düsseldorf*

Seit 2004 müssen nicht rezeptpflichtige Arzneimittel bis auf wenige Ausnahmen von den gesetzlich Versicherten selbst bezahlt werden. Sozial benachteiligte Menschen können sich Arzneimittel im Rahmen der Selbstmedikation nicht immer leisten. Sie sind dabei auf Unterstützung angewiesen oder verzichten auf die Selbstmedikation. Inzwischen haben sich in Deutschland einige Medikamenten-tafeln etabliert, die den bedürftigen Menschen Arzneimittel zu einem ermäßigten Preis anbieten. Als Sponsoren treten unterschiedliche Personen oder Institutionen auf. Im Beitrag soll das Thema näher beleuchtet werden. Folgende Fragen stehen dabei im Vordergrund: Welche Hilfsmöglichkeiten gibt es für sozial Benachteiligte, nicht rezeptpflichtige Arzneimittel zu erhalten? Welche Arzneimittel werden vergünstigt zur Verfügung gestellt? Welchen Bedarf formulieren die Betroffenen? Existiert eine Versorgungslücke für sozial Benachteiligte? Lässt sich mit Medikamententafeln diese Versorgungslücke schließen? Gibt es Alternativen? Ist der Öffentliche Gesundheitsdienst hier gefordert?

## Fr II 14.15 Uhr — Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen

### „Prävention für Obdachlose? – Anwendung in der Praxis“

*Dr. Carsten König, Dr. Viola Lenz, Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e. V.*

In der medizinischen Versorgung von Wohnungslosen in Düsseldorf konzentrieren wir uns neben der Behandlung von Akuterkrankungen auf die hausärztliche Betreuung von chronisch kranken Patienten. Im Rahmen von Disease-Management-Programmen ist es unser Ziel, das Fortschreiten von chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung möglichst zu minimieren (Tertiärprävention). Der Früherkennung von bestehenden, bisher nicht erkannten Krankheiten, z. B. Bluthochdruck oder Diabetes mellitus, dient das Angebot der Gesundheitsuntersuchung (Sekundärprävention). Um das Neuauftreten von Erkrankungen zu verhindern, bieten wir regelmäßig Impfungen, teils als aufsuchende Impfaktionen, unmittelbar an Wohnungslose gerichtet an (Primärprävention).

### „Präsentation Pilotprojekt ‚Gesundheitsstraße‘ – Niederschwellige Gesundheitsförderung und Prävention im Setting der Wohnungslosenhilfe“

*Livia Mutsch, Walter Löffler, Regina Spörk, neunerHAUS – Hilfe für obdachlose Menschen, Wien, Österreich*

Aufgrund der geringen Partizipation obdachloser Menschen am regulären Gesundheitswesen werden Krankheiten erst im fortgeschrittenen Stadium erkannt und behandelt. Die Erfahrungen des Teams neunerHAUSARZT – einem aufsuchenden medizinischen Betreuungsangebot für wohnungslose Menschen in Wien – zeigen, dass die Betroffenen Vorsorgeuntersuchungen und fachärztliche Beratung kaum bzw. gar nicht in Anspruch nehmen. Ziel des Pilotprojekts Gesundheitsstraße war es, zur Verminderung der

gesundheitlichen Ungleichheit von wohnungslosen Menschen beizutragen, indem niedrigschwelliger Zugang zu einfachen Vorsorgeuntersuchungen und gesundheitsförderlicher Beratung geboten wurde. Die Bewohner/innen bekamen dabei an einem Tag die Möglichkeit, bei verschiedenen Stationen ihren Gesundheitszustand von Fachpersonal testen zu lassen und individuelle Beratung zu erhalten. Insgesamt konnten 70 Personen erreicht werden, 90 Prozent der befragten Personen zeigten sich sehr zufrieden mit dem Angebot. Es konnte eine temporäre Anbindung an das reguläre Gesundheitswesen erreicht werden. Die gemachten Erfahrungen zeigen, dass niedrigschwellige Gesundheitsförderung und Prävention positiv wirken, wenn Maßnahmen im Setting der Wohnungslosenhilfe aufsuchend durchgeführt werden und ausreichend Zeit für Gespräche sowie Motivation der Zielgruppe zur Verfügung steht.

## Menschen mit Behinderung

| | |
|---|---|
| **Fr II 14.15 Uhr** | **Offen für alle? Aber wie?! – Projekt „Eigenwillig“: Teilhabe von Menschen mit Behinderung an Gesundheitsförderung und Familienplanung gestalten** |

*Bärbel Ribbert, Annica Petri, Familienplanungszentrum Hamburg; Claudia Lissewski, AWO Bundesverband e.V., Berlin*

Dank der guten Ergebnisse des Projektes „Eigenwillig“ des Hamburger Familienplanungszentrums (FPZ) wurde das Angebotsspektrum des FPZ gezielt für Menschen mit Lernschwierigkeiten erweitert. Das Projekt lief von Oktober 2008 bis September 2010. Finanziert haben es die Aktion Mensch, das Hamburger Spendenparlament und die Andrea-Brudermüller-Stiftung. Nach Ende der Laufzeit wurde das Angebot in das Regelangebot des Familienplanungszentrums integriert. Das interdisziplinäre Team bietet jetzt auch Fachberatungen rund um Sexualität, Gesundheit, Familienplanung zielgruppengerecht, in leichter Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten an. Menschen mit Lernschwierigkeiten lernen eigenständiger und selbstbestimmter für ihre Sexualität und Gesundheit einzutreten. Fachkräfte und Angehörige erhalten Fachberatung und Fortbildung, werden sensibilisiert und informiert.
Der Workshop bietet Informationen darüber, wie es in einer Fachberatungsstelle für Familienplanung gelungen ist, die Zugänge für Menschen mit Behinderungen systematisch zu überprüfen und prozesshaft zu verändern. In einem Vortrag werden Erfahrungen aus der Praxis der Fachberatungen und Gruppenarbeit vorgestellt. Exemplarisch können anschauliche Arbeitshilfen gesichtet und Methoden lebendigen Lernens erprobt werden.

# Im Gespräch…

| Sa II 11.00 Uhr | Partizipation – lokal, national, global. Modelle der Bürgerbeteiligung für mehr Gesundheit. Im Gespräch mit… |
|---|---|

*Dr. Hans-Liudger Dienel, Technische Universität Berlin*

Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems sowie die Ansprüche an die Versorgung sind in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt weiter gestiegen. Beim Zahnersatz und dem wachsenden Bedarf an kieferorthopädischen Leistungen wird das besonders deutlich. Es ist jedoch in vielen anderen Bereichen ebenfalls erkennbar. Viele Bürger/innen sind interessiert an fortschrittlichen oder besonderen (z.B. alternativmedizinischen) Leistungen und bereit, dafür auch eigenes Geld in die Hand zu nehmen. Zugleich gibt es in unserer Gesellschaft hohe Zustimmung für ein für alle zugängliches Gesundheitssystem, in dem niemandem auf Grund mangelnder finanzieller Mittel eine sinnvolle Behandlung versagt wird. Zugleich ist aber weniger Akzeptanz für erheblich steigende Beitragssätze in den Sozialversicherungen vorhanden. Damit muss – schon heute – bei etlichen medizinischen Leistungen eine Entscheidung getroffen werden: Handelt es sich um sinnvolle, notwendige, unverzichtbare Leistungen, zu denen jeder Zugang haben muss und die von der Solidargemeinschaft zu finanzieren sind? Oder handelt es sich um Zusatzleistungen, die eher der persönlichen Lebensführung und individuellen Wertentscheidungen zuzurechnen sind und daher privat oder ggf. durch eine private Versicherung zu finanzieren wären?
Bislang werden solche Entscheidungen vorwiegend im Kreise der Fachleute getroffen, insbesondere im Zusammenspiel von Krankenkassen, Bundesgesundheitsministerium und Ärztevertretern sowie Krankenhäusern. Im Diskussionsbeitrag wird vorgeschlagen, diese Entscheidungsfindung durch partizipative Verfahren zu ergänzen, um den Bürger/innen ganz konkret die Möglichkeit zu geben, über diese Fragen auf fachlich hohem Niveau als Bürgergutachter/innen mitbestimmen zu können. Auf diese Weise steigt die Akzeptanz der notwendigen Entscheidungen zur Bestimmung der Grenzen der Solidargemeinschaft im Gesundheitswesen. Für die Prävention werden durch partizipative Empfehlungen, so kann gut begründet vermutet werden, deutlich mehr Mittel aus der Solidarhaftung bereitgestellt werden, als bisher.

| Sa II 11.00 Uhr | Kinderarmut – hilflos gegen den Skandal? Im Gespräch mit… |
|---|---|

**„Kinderarmut – ein vermeidbares Phänomen“**

*Carola Schmidt, Nationale Armutskonferenz, Berlin*

Dass sich die sozioökonomische Situation der Eltern auch auf die Gesundheit ihrer Kinder auswirkt, ist seit geraumer Zeit bekannt. Kinder aus Ein-Eltern-Familien sind davon im Besonderen betroffen, da diese Familienform nachweislich die höchste Armutsrisikoquote trägt. Doch obwohl es in der Bundesrepublik nicht an Erkenntnissen mangelt, fehlt es an politischem Willen, die Problemlagen, die sich aus einem Aufwachsen in Armut ergeben, anzugehen. Anstelle der Individualisierung des Armutsphänomens braucht es gesetzliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die Kindern und Jugendlichen Chancengleichheit sowohl in kultureller und materieller als auch in sozialer und gesundheitlicher Dimension gewähren. Dies muss von allen gesellschaftlichen und politischen Akteuren von Bund, Ländern und Kommunen in den Blick genommen und umgesetzt werden. An erster Stelle muss dabei die Verbesserung der materiellen Lage von Familien im unteren Einkommensbereich stehen, ebenso wie der Ausbau der lokalen Infrastruktur für Kinder und Jugendliche. Von Armut betroffene Familien müssen unterstützt werden, um diese Angebote mit ihren Kindern wahrzunehmen und um Entlastung im Alltag zu erfahren. Darüber hinaus sind kommunale Ansätze einer Armutspräventionskette von der Geburt bis zum erfolgreichen Berufseinstieg flächendeckend auszubauen. Nur so kann für die Zukunft sichergestellt werden, dass in Deutschland kein Kind zurückgelassen wird.

# Strategien der Gesundheitsförderung

## Gesundheitspolitik

| | |
|---|---|
| **Fr II 11.30 Uhr** | **Gesundheitliche Primärprävention durch größere (Einkommens-) Gleichheit in der Gesellschaft: Die Arbeit des „Equality Trust" in Großbritannien und Umsetzungsmöglichkeiten in Deutschland** |

### „Gesundheitliche Primärprävention durch größere (Einkommens-) Gleichheit in der Gesellschaft"

*Werner Schüßler, AG ‚Soziale Sicherung'; Attac Deutschland, Düsseldorf*

Überall auf der Welt gehen die Menschen – wie z. B. im Rahmen der occupy-Bewegung – für gerechtere Lebensverhältnisse auf die Straße. Dabei sind Forderungen nicht ausschließlich auf finanzpolitische oder ökonomische Aspekte beschränkt, sondern stellen diese in den Zusammenhang mit dem Wunsch nach einer lebenswerteren Welt. Damit werden ganz explizit auch die sozialen und gesundheitlichen Lebensbedingungen angesprochen, die unseren Alltag bestimmen. Die empirischen Belege zum Zusammenhang zwischen einer gerechten Einkommensverteilung und besseren gesundheitlichen und sozialen Bedingungen liefern die eindrucksvollen Studien der britischen Sozialepidemiologen Richard Wilkinson und Kate Pickett, die weltweit auf große Resonanz gestoßen sind: Gesundheitliche und soziale Risiken sind in Gesellschaften mit größerer Einkommensgleichheit eindeutig geringer als in einkommensungleicheren Gesellschaften. Und davon profitieren offensichtlich alle Einkommensschichten, als auch die Besserverdienenden! In diesem Vortrag sollen die Ergebnisse dieser Studien dargestellt und die sozialpsychologischen Zusammenhänge und Implikationen benannt werden.

### „(Einkommens) Ungleichheit in Deutschland"

*Werner Rätz, AG ‚Soziale Sicherungssysteme', Attac Deutschland, Bonn*

Allgemein hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Entwicklung verstärkt, in der (Einkommens-) Ungleichheit zunimmt. Produktivitäts- und Wachstumsgewinne setzen nicht mehr zu in etwa gleichen Anteilen in Kapital- und Lohnzuwächse um, sondern kommen einseitig der Kapitalseite zugute. In Deutschland ist diese Tendenz besonders stark, so dass es in den letzten Jahren sogar im statistischen Durchschnitt zu deutlichen Einkommensverlusten gekommen ist. Lediglich das einkommensstärkste Zehntel der Bevölkerung hatte nennenswerte Zuwächse zu verzeichnen, während die unteren 60 Prozent Verluste hinnehmen mussten. Dabei wächst die Zahl der Personen mit hohem Einkommen, aber noch schneller die der Niedriglöhner/innen. Innerhalb der OECD gehört Deutschland zu den beiden Ländern (neben Dänemark), in denen die Ungleichheit in den letzten zehn Jahren am stärksten gewachsen ist. Das hat dramatische Auswirkungen für die Gesundheit der Menschen. Inzwischen gibt es deutliche Anzeichen, dass sich für die ärmsten sogar die Lebenserwartung verkürzt.

### „Die Arbeit des Equality Trust in Großbritannien zur Reduzierung von (Einkommens-) Ungleichheit"

*Manfred Baberg, AG ‚Soziale Sicherung', Attac Deutschland, Lüdenscheid*

Die Sozialepidemiologen Wilkinson und Pickett haben es nicht mit der Analyse gesundheitlicher und sozialer Probleme bewenden lassen, die aus großer Einkommensungleicheit entstehen, sondern mit dem „Equality Trust", eine Stiftung gegründet, deren Ziel die Reduzierung dieser Ungleicheit in Großbritannien ist. Größere Einkommensgleichheit lässt sich prinzipiell auf zwei Wegen erreichen, die sich nicht gegenseitig ausschließen: Umverteilung durch höhere Besteuerung hoher Einkommen und Aufbau einer solidarischen Ökonomie (Wirtschaftsdemokratie), die große Einkommens-unterschiede gar nicht erst aufkommen lässt. Darüber hinaus ist eine Verbesserung der sozialen Infrastruktur zum Nachteilausgleich für Menschen aus randständigen sozialen Gruppen (unter anderem bessere Kindergärten und Schulen) erforderlich. Zur Umsetzung dieser Ziele hat der Equality Trust zahlreiche Aktivitäten entwickelt:
- Öffentlichkeitsarbeit, Vorträge, Entwicklung von Bildungsmaterialien
- Bildung fachspezifischer oder lokaler Arbeitsgruppen
- Einflussnahme auf politische Entscheidungen
- Fairnesstest für Steuern und öffentliche Ausgaben
- Aktivitäten in Betrieben zur Angleichung der Löhne.

Die Übertragbarkeit dieser Methoden auf deutsche Verhältnisse soll in der anschließenden Diskussion geprüft werden.

| Fr II 16.15 Uhr | Prävention verlangt Vorausschau: Gesundheitliche Folgenabschätzung (Health Impact Assessment, HIA) als Chance |
|---|---|

## „Health Impact Assessment in Österreich“

*Ilonka Horvath, Christine Knaller, Gesundheit Österreich GmbH, Wien*

Im Jahr 2009 wurde von der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Grundlagenarbeit zu Health Impact Assessment (HIA) mit einem Konzept zu Etablierung von HIA in Österreich erstellt. Darin werden die zur Etablierung von HIA notwendigen Schritte anhand von vier Phasen der Etablierung präzisiert und die abgeleiteten Strategien und Handlungsstränge mit Hilfe der fünf Schlüsselbereiche eines Capacity-Building-Modells aufbereitet. Der letzte Teil des Konzepts beschreibt detailliert Aktivitäten zur Bewusstseinsbildung in Sachen HIA als erforderlichen ersten Schritt. Im Jahr 2010 wurden die Arbeiten zur Umsetzung des Konzepts begonnen. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Erarbeitung und schrittweisen Umsetzung eines Konzepts für Bewusstseinsbildung und Akzeptanzmanagement (mit Fachartikeln, Präsentationen, Website etc.), auf Vernetzung – insbesondere auf nationaler, aber auch auf internationaler Ebene – und auf der Entwicklung eines Rohkonzepts für Ausbildung, Fortbildung und Training zu HIA auf österreichischer Ebene. Seit 2011 stehen die HIA-Website und regelmäßig ausgesendete HIA-News zur Verfügung und es wurde die erste österreichische Fachtagung zu HIA veranstaltet. Des Weiteren fand eine internationale Public Health Summer School zum Thema HIA statt. Aktuell wird auf nationaler Ebene ein erster Pilot-HIA (zum Thema „Verpflichtendes Kindergartenjahr“) durchgeführt, dessen Ergebnisse im Frühjahr 2012 vorliegen werden.

## „Health Impact Assessment in der Schweiz”

*Catherine Favre Kruit, Gesundheitsförderung Schweiz, Lausanne*

Der Einsatz von Gesundheitsfolgenabschätzungen (GFA) in der Schweiz nimmt seinen Anfang nach der Jahrtausendwende. Drei Kantone der lateinischen Schweiz (Genf, Tessin und Jura) haben eigene Strategien dafür entwickelt und das Werkzeug in verschiedenen Bereichen angewandt. Auf Bundesebene ist die Verankerung der GFA im Legislativvorhaben zu einem Gesetz über die Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehen. Dieses wird aktuell im Parlament behandelt. 2011 hat sich die Schweizer Plattform zur Gesundheitsfolgenabschätzung formell als Verein konstituiert. Seine Ziele sind, die GFA gegenüber den Kantonen und Gemeinden bekannt zu machen, das Werkzeug weiterzuentwickeln, Erfahrungen auszutauschen und füreinander fruchtbar zu machen sowie Synergien zwischen den GFA und anderen Werkzeugen zur Entscheidungshilfe zu entwickeln. Der föderalistische Kontext und das Gesundheitswesen der Schweiz sind für die Umsetzung der GFA Herausforderung und Chance zugleich. Die immer größere Zahl von Evaluationswerkzeugen und der damit verbundene Wettbewerb sind eine zusätzliche Schwierigkeit. Aber die Erfahrung hat gezeigt, dass es möglich ist, die GFA in andere Evaluationswerkzeuge zu integrieren. Der Mehrwert von GFA muss dennoch besser ausgewiesen werden, um die Kantone und Gemeinden zu überzeugen in deren Einsatz zu investieren; dies insbesondere im Kontext der Krise der öffentlichen Finanzen.

## „HIA in der akademischen Lehre: Stellenwert für den Master in Public Health“

*Dr. Veronika Reisig, Prof. Manfred Wildner, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim*

Health Impact Assessment (HIA) verbindet wie wenige andere Verfahren im Bereich Public Health eine systemische Betrachtungsweise von Gesundheit mit einem systematischen, problemanalytischen Herangehen und vorausschauender Entwicklung von präventiven Handlungsoptionen. Damit ist das HIA ein Kernstück im Instrumentarium von „New Public Health“ und ein zentrales Instrument zur Umsetzung des Health in all Policies-Ansatzes. Die Durchführung eines HIA erfordert einerseits Expertise aus verschiedensten Disziplinen, andererseits innerhalb der jeweiligen Disziplinen ein sicheres Beherrschen von deren Methoden und Verfahren. Trotz der zentralen Rolle, die das HIA für die Public Health-Agenda einnimmt, ist zu beobachten, dass es – zumindest in Deutschland – bisher noch wenig angewendet wird. Ein

Fehlen der notwendigen Kompetenzen und Kapazitäten in einer größeren Breite trägt hierzu bei. Dies gibt Anlass zu Überlegungen für eine strukturierte Kompetenzvermittlung für HIA im Rahmen von Public Health-Studienangeboten.
Im Studiengang zum Master of Public Health sollen vertiefte Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich Public Health als Wissenschaft sowie als angewandte Wissenschaft vermittelt werden. Kompetenzorientiertes und Fallbasiertes Lernen stehen im Mittelpunkt des neuausgerichteten Masters of Public Health in München. Die Erarbeitung eines HIA durch die Studenten ermöglicht die Aneignung vielfältiger inhaltlicher sowie methodischer Kenntnisse und Fertigkeiten und stellt im Sinnes eines „roten Fadens" viele der vermittelten Lehrinhalte in einen größeren, anwendungsbezogenen Rahmen. Im Hinblick auf seine strategisch zentrale Position im Public Health Repertoire, sowie auf den notwendigen Kapazitäts- und Kompetenzaufbau und auf Lehreaspekte, nimmt das HIA einen hohen Stellenwert im Münchner MPH-Programm ein. Lehrmaterialien und Beispiel-HIAs aus dem Münchner Studiengang werden vorgestellt.

### „HIA-Beispiele zur Regionalplanung von Ruhrgebietsstädten und zum NRW-Wohnraumförderungsprogramm"

*Dr. Sarah Sierig, Dr. Odile Mekel, Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW), Fachgruppe Innovation in der Gesundheit*

In Deutschland und Nordrhein-Westfalen (NRW) wird HIA bisher nicht routinemäßig eingesetzt. Auf Projektebene wurden HIA-Methoden jedoch bereits mehrfach erprobt. Dieser Workshop-Beitrag gibt einen Einblick in die bisherigen Erfahrungen mit HIA und zeigt anhand ausgewählter Beispiele die Möglichkeiten und Grenzen dieser Methodik. Im Sinne des „Health in all Policies" – Ansatzes kann anhand der gewählten Fallbeispiele demonstriert werden, wie Politikbereiche, die nicht aus dem Gesundheitssektor stammen, zu Gesundheitsgewinnen beitragen können. So kann zum Beispiel das Wohnraumförderungsprogramm NRW 2010 einen Beitrag zur Reduzierung barrierebedingter Stürze in der Wohnung und damit zur Reduzierung von Sturzfolgen wie z.B. Hüftfrakturen leisten. In die Regional- und Flächenutzungsplanung können bisher vernachlässigte Gesundheitsbelange (physikalische Expositionen, Abfallbeseitigung, Grünflächen) durch HIA-Verfahren verstärkt eingebracht werden. Eine besondere Stärke des Instruments HIA liegt darin, dass mit Hilfe von Szenarien die Auswirkungen unterschiedlicher Optionen untersucht werden können. Mittels dieser Szenarien können z.B. mögliche Auswirkungen einer politischen Intervention auf die Gesundheit unterschiedlicher Zielgruppen, insbesondere Menschen in schwierigen sozialen Lagen, geschätzt werden. Dargestellt wird, wie solche Prognosen für potenzielle zukünftige Gesundheitsgewinne getroffen werden können.

## Sa II 9.00 Uhr — „Gesundheitspolitik schwarz-gelb" – Autor/innenworkshop des Jahrbuchs für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften

### „‚Bauer sucht Ärztin' – Wegweiser Versorgungsstrukturgesetz?"

*Prof. Dr. Klaus Stegmüller, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit*

Die aktuelle Versorgungsstruktur stellt sich in der Bundesrepublik Deutschland in einer regionalen, kleinräumigen Betrachtung als stark heterogen dar. Nach den Maßstäben der geltenden Planungsgrößen stehen gut versorgte Regionen solchen Räumen gegenüber, die von einer drohenden Unterversorgung geprägt sind. Die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion um die gesundheitliche Versorgung im Zusammenhang mit dem jüngst in Kraft gesetzten Versorgungsstrukturgesetz greift in mehrfacher Hinsicht zu kurz. Sie konzentriert sich im Wesentlichen allein auf die Perspektive der ärztlich-medizinischen Versorgung und vernachlässigt damit gleich mehrere Versorgungsdimensionen: Erstens beschränken sich Versorgungsprobleme nicht allein auf den ländlichen Raum; auch die regionalen und sozioökonomischen Disparitäten in Ballungsräumen müssen bei der Diskussion über die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung berücksichtigt werden. Zweitens wird in der aktuellen Debatte die zeitgleich vorhandene Überversorgung so gut wie nicht thematisiert. Drittens spielen sowohl sektoren- als auch berufsgruppenübergreifende Konzeptionen so gut wie keine Rolle. Und schließlich erweist sich viertens die durch das Versorgungsstrukturgesetz im Kern unangetastete kapazitätsorientierte Bedarfsplanung herkömmlicher Provenienz als untauglich, eine an den lokal differenzierten Bedarfen orientierte Versorgungsteuerung zu gewährleisten.

# Qualität der Gesundheitsförderung

## Qualitätsentwicklung

| Fr II 11.30 Uhr | Wirksamkeit zielgruppenorientierter Primärprävention und Gesundheitsförderung – Kooperationsprojekte mit Krankenkassen |
|---|---|

### „Aktivitäten der Krankenkassen in der lebensweltbezogenen Primärprävention und Gesundheitsförderung – welchen Stellenwert haben Erfolgskontrollen?“

*Dr. Volker Wanek, GKV-Spitzenverband, Berlin, Nadine Schempp, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen*

Die Krankenkassen haben ihr Engagement in der lebensweltbezogenen Primärprävention und Gesundheitsförderung kontinuierlich verstärkt. Seit 2007 orientieren sich diese Aktivitäten zudem an eigens für diese Bereiche auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlicher Grundlage formulierten Präventions- und Gesundheitsförderungszielen. In der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) sollen z.B. die Risiken für psychische und Verhaltensstörungen verringert werden, in der außerbetrieblichen Präventionsarbeit wird ein Ausbau der Aktivitäten für Kinder, Jugendliche und junge Familien insbesondere zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung angestrebt. Die GKV bekennt sich zu einem qualitätsgesicherten Ausbau ihrer lebensweltbezogenen Leistungen in enger Zusammenarbeit mit den für die jeweiligen Lebenswelten primär zuständigen Akteuren. Mit den jährlichen Präventionsberichten schafft die GKV Transparenz über ihre Leistungen. Der Präventionsbericht 2011 weist aus, dass sowohl im Setting als auch in der BGF in 74 Prozent der Projekte Erfolgskontrollen eingesetzt wurden. Am häufigsten werden die Zufriedenheit und Akzeptanz der Zielgruppen mit der Intervention, gesundheitliche Verhaltensweisen und als verhältnispräventiver Faktor die Abläufe im Setting evaluiert. Die in der BGF durchgeführten Erfolgskontrollen berücksichtigen beispielsweise häufig die Entwicklung des Krankenstands und die Verstetigung der Intervention. Je nach Setting und Branche unterscheiden sich die Methoden der Erfolgsmessungen.

### „Aktion Glasklar – eine evaluierte Informations- und Sensibilisierungskampagne zum Thema Alkohol bei Jugendlichen“

*Ralf Kremer, DAK-Gesundheit, Hamburg, Dr. Barbara Isensee, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung IFT-Nord, Kiel*

Seit dem Schuljahr 2004/05 bieten die DAK-Gesundheit und das IFT-Nord mit Aktion Glasklar eine Informations- und Sensibilisierungskampagne zum Thema Alkohol an. Über Printmedien, ein Quiz mit Gewinnmöglichkeit, Unterrichtseinheiten und eine Internetseite werden Jugendliche informiert und zur Auseinandersetzung mit der Thematik motiviert. Weitere Zielgruppen bzw. Ansprechpartner sind Eltern und erwachsene Bezugspersonen (z.B. Lehrkräfte, Jugendgruppenleiter).
In einer cluster-randomisierten Kontrollgruppenstudie mit drei Messzeitpunkten (vor und nach der Intervention sowie 12-Monats-Follow-up) wurden Klassen der siebten Klassenstufe, welche die Aktion Glasklar im Unterricht durchführten, mit Klassen verglichen, die keine Intervention erhielten (regulärer Unterricht). Die Erfolgskontrolle erfolgte über anonyme Fragebogenerhebungen und bezog sich auf alkoholbezogenes Wissen, Einstellungen und Konsumverhalten.
Es zeigte sich, dass Schüler/innen, die an der Aktion Glasklar teilgenommen haben, nach der Intervention und im Follow-up mehr über Alkohol wussten als Schüler/innen der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe war zudem das Ausmaß an Rauschtrinkerfahrungen signifikant geringer. Keine Effekte zeigten sich in den Einstellungen, den Konsumintentionen sowie weiteren Konsumindikatoren.
Aufbauend auf diesen Befunden sowie weiteren Analysen zu Untergruppen werden Möglichkeiten und Grenzen einer präventiven Kurzintervention wie ‚Aktion Glasklar‘ dargestellt.

### „Gesundheitsteams vor Ort – ein evaluiertes kommunales Gesundheitsförderungsprojekt“

*Hannah Aman, Gesundheitsteams vor Ort, Mainz-Neustadt, Klaus Wilms, AOK Rheinland-Pfalz, Eisenberg*

Das Projekt „Gesundheitsteams vor Ort“ wurde 2005 durch das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium in der Mainzer Neustadt und in Trier-Nord, zwei sozial benachteiligten Stadtteilen, etabliert und ist ein Kooperationsprojekt mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen sowie den beteiligten Kommunen.

Auf Grund der auf Armut hinweisenden Indikatoren in den ausgewählten Stadtteilen richten sich die Angebote gezielt an Menschen in benachteiligten Lebenslagen. Ein zentrales Anliegen des Projektes ist es, erleichterte Zugänge zu den Regelangeboten des Gesundheitswesens zu schaffen. Insbesondere Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch Akteure im Gesundheitswesen (Ärzte, Apotheker, Hebammen, Krankenkassen etc.) und auch bei der Beteiligung an Selbsthilfegruppen sollen überbrückt werden. Wegen des hohen Anteils von Migrant/innen in der Mainzer Neustadt wurde an diesem Modellstandort ein besonderer Schwerpunkt auf das Thema Migration und Gesundheit gelegt.
In einer Evaluation sowie einem Expertenworkshop im Jahr 2012 wurde der Projektansatz analysiert. Kernfragen der Analysen sind: Wie können die Bewohner/innen des Stadtteils erreicht werden? Welche Schlüsselpositionen sind hilfreich? Welche Erkenntnisse sind transferierbar? Welches sind die Bedingungen für eine nachhaltige Entwicklung der Gesundheitssituation in einem Stadtteil?

### „ReSuM – ein evaluiertes Multiplikatorenkonzept zur Gesundheitsförderung für un- und angelernte Beschäftigte“

*Dr. Christine Busch, Universität Hamburg, Katja Keller-Landvogt, IKK classic, Ludwigsburg*

ReSuM ist ein stressbezogenes Gesundheitsförderungskonzept für die Zielgruppe der Un- und Angelernten. Un- und Angelernte sind einer höheren Morbidität und Mortalität ausgesetzt als qualifizierte Personen. Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe fehlten. Gleichzeitig ist die Teilnahmemotivation bei dieser Zielgruppe gering.
ReSuM wurde mit zahlreichen Präventionsanbietern als Multiplikatoren des Programms entwickelt und evaluiert, unter anderem der IKK classic, verschiedene AOKs und BKKs. Dieses Vorgehen stellt die Grundlage für einen breiten und routinemäßigen Einsatz des Programms dar. Das entwickelte Konzept beinhaltet eine teambasierte Intervention für die Beschäftigten, die inhaltlich und zeitlich mit einem Führungskräftetraining der direkten Führungskräfte verschränkt ist. Die teambasierte Intervention wurde gewählt, um die Teilnahmemotivation der Beschäftigten zu fördern. Die Teamintervention behandelt körperliche Bewegung, soziale Unterstützung und kollektives Problemlösen im Team sowie Work-Life Balance. Die Führungskräfte werden als wesentliche Mitgestalter/innen der Arbeitsbedingungen und zur Transfersicherung geschult. ReSuM wurde einer formativen und summativen Evaluation in zahlreichen Betrieben erfolgreich unterzogen und liegt als detailliertes Manual mit allen Programmunterlagen und -materialien vor.

| Fr II 14.15 Uhr | Kosten-Nutzen-Bewertung in der Gesundheitsförderung – (Wie) kann das funktionieren? |
|---|---|

### „Die ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention“

*Tina Salomon, SFB 597 „Staatlichkeit im Wandel“ und Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen*

Seit einiger Zeit fordern Gesundheitswissenschaftler/innen und -politiker/innen in Deutschland den Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention zu einer vierten Säule des Gesundheitswesens. Diese Forderung ist aus gesundheitsökonomischer Sicht aber nur dann gerechtfertigt, wenn Gesundheitsförderung und Prävention dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V entsprechen und über die nachgewiesene Wirksamkeit hinaus ein in Relation zu den verfügbaren Ressourcen angemessenes Verhältnis von Kosten und Effekt aufweisen. Die Kosten-Effektivität wird gemeinhin in gesundheitsökonomischen Evaluationen überprüft. Es stellt sich hier aber die Frage, ob das methodische Instrumentarium der gesundheitsökonomischen Evaluation, das vor allem für kurative Maßnahmen entwickelt wurde, geeignet ist, auf präventive und gesundheitsfördernde Interventionen angewendet zu werden. Der Beitrag geht zunächst auf die methodischen Besonderheiten in der gesundheitsökonomischen Evaluation von Prävention und Gesundheitsförderung ein. Darauf aufbauend werden die Verteilungswirkungen beleuchtet, die aus der Anwendung der Kosten-Effektivität als Kriterium für die Zuweisung von Ressourcen folgen können.

### „Kosten und Effekte von Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit – Ergebnisse einer Literatur- Praxis-Recherche“

*Katharina Korber, Andreas Mielck, Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen*

Körperliche Inaktivität im Kindes- und Jugendalter ist bekanntermaßen ein wichtiger Risikofaktor für verschiedene Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter, wie koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall und Diabetes mellitus Typ 2 (Wolfenstetter 2006; Berentzen and Sorensen 2007). In den letzten Jahren wurden in Deutschland auch für sozial Benachteiligte vermehrt Interventionsmaßnahmen durchgeführt, die eine Förderung des Bewegungsverhaltens im Kindes- und Jugendalter als primäres Ziel hatten. Die Frage nach den Effekten, vor allem aber auch nach den Kosten dieser Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen konnte bisher jedoch kaum beantwortet werden. Die Beantwortung dieser Frage ist jedoch sehr wichtig. Aufgrund eingeschränkter finanzieller Ressourcen sollten nur effektive Maßnahmen übernommen werden, und nach Möglichkeit sogar nur die kosten-effektiven (Wolfenstetter and Wenig 2010). Im Rahmen eines von der BZgA geförderten Projektes wird zurzeit ein aktueller Literatur-Überblick zum Stand der Forschung über dieses Thema erstellt. Im Mittelpunkt stehen dabei die folgenden Fragen: (a) Mit welchen Methoden sind bei derartigen Maßnahmen die Kosten und Effekte erfasst worden? (b) Welche Kosten und Effekte wurden ermittelt? (c) Wie gut lassen sich die Methoden und Ergebnisse aus anderen Staaten auf Deutschland übertragen? Vorgestellt werden sollen die Ergebnisse dieses Überblicks. Insgesamt wird deutlich, dass es nur wenige Kosteneffektivitätsstudien zur Bewegungsförderung bei Kindern gibt (ca. sieben). Beschränkt man die Suche auf Angaben zu sozial Benachteiligten, findet man auch auf internationaler Ebene nur noch ca. drei Arbeiten, die zumindest indirekt darauf Bezug nehmen. Neuere Studienprotokolle zum Design von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zeigen jedoch, dass zunehmend Vorschläge zur Planung solcher Studien entwickelt werden (Veldhuis, Struijk et al. 2009; Lubans, Morgan et al. 2010). Auf Basis des Literatur-Überblicks soll im weiteren Projektverlauf versucht werden, methodische Standards zur Erfassung von Kosten und Effekten für derartige Maßnahmen zu entwickeln.

## Präventionsforschung

| | |
|---|---|
| Fr II 11.30 Uhr | Wie kann Prävention nachhaltig in der Praxis verankert werden? Erfahrungen aus dem BMBF-Förderschwerpunkt Präventionsforschung |

### „Eltern-Ordner der BZgA: Stand des Praxistransfers drei Jahre nach Projektende“

*Dr. Silke Pawils, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Ute Fillinger, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln*

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder stehen in Fachkreisen als nicht mehr zeitgemäß in der Kritik, so z.B. der Mangel an primärpräventiver Elternberatung. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelte deshalb den Eltern-Ordner „Gesund groß werden“, der die wichtigsten Informationen zu den U-Untersuchungen, den Impfungen im Kindesalter und zur Gesundheitsförderung enthält. Das Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf überprüfte die Wirksamkeit der Elternmaterialien (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)).
Ursprünglich war eine Verteilung des Eltern-Ordners gemeinsam mit dem „gelben Kinder-untersuchungsheft“ vorgesehen. Da aber die Beratungen zur Revision des Früherkennungsprogramms im Gemeinsamen Bundesausschuss andauern, ist auch eine Entscheidung über eine Aufnahme primärpräventiver Inhalte noch offen. Seit Ende 2007 wird der Ordner an Fachkräfte und Fachinstitutionen daher gegen eine geringe Schutzgebühr abgegeben und findet in verschiedenen Settings und Praxisfeldern Verwendung. Jugend- und Gesundheitsämter sowie Freie Träger setzen den Ordner im Rahmen ihrer lokalen Angebote für junge Familien ein. Auch in Familienzentren, Kindertagesstätten und in der Familienbildung wächst die Nachfrage nach qualitätsgesicherten Präventionsmaterialien für die Arbeit mit Eltern. Der Ordner kann auch für die Begleitung besonders belasteter Familien genutzt werden, wie eine Studie im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen ergab.

### „Wege in die Regelversorgung am Beispiel des Präventionsprojekts für Kinder psychisch erkrankter Eltern ‚Kanu – Gemeinsam weiterkommen'"

*Prof. Dr. Ullrich Bauer, Katrin Linthorst, Fakultät für Bildungswissenschaften, Universität Duisburg-Essen*

Mit dem Projekt „Kanu – Gemeinsam weiterkommen" wird ein modulares Konzept zur Prävention von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen psychisch erkrankter Eltern entwickelt, im klinischen Setting der regional psychiatrischen Versorgung in Bielefeld implementiert und hinsichtlich seiner zu erwartenden Effekte evaluiert. Das Projekt zielt darauf ab, die kindlichen Entwicklungsrisiken zu reduzieren und die familiären Ressourcen zu verbessern. Im Rahmen des Projekts wurden Expertenworkshops durchgeführt, durch die Wege für eine langfristige Finanzierung des Angebots aufgezeigt werden sollten. Diese zielten zum einen auf die Einbindung bereits vorhandener und zum anderen auf die Gewinnung neuer Kooperationspartner ab. Die Begleitung des Präventionsangebotes durch wissenschaftliche Evaluation dient der Akzeptanzsteigerung der Absicherung der wissenschaftlichen Evidenz der Wirksamkeit. Auf Grundlage der Expertenworkshops wurden die zentralen Elemente des Angebots modifiziert, um sie in verschlankter Form in die Regelversorgung überführen zu können. Zudem wird eine Mischfinanzierung durch verschiedene Institutionen angestrebt. Es zeigt sich, dass die ursprünglich geplante Übernahme des gesamten Angebots finanziert aus einer Hand in der Praxis schwer umsetzbar ist. Das Fehlen einer einheitlichen Präventionsgesetzgebung macht sich hier besonders bemerkbar. Als Konsequenz muss versucht werden, einzelne Elemente eines Vorhabens langfristig durch unterschiedliche Finanzierungsstrukturen zu gewährleisten.

### „Verstetigung von Gesundheitsinterventionen für sozial Benachteiligte im Stadtteil"

*Carmen Kluge, Janka Große, Gesine Grande, HTWK Leipzig*

Um die Wirkungen von Präventionsmaßnahmen für sozial Benachteiligte auch nach dem Ablauf der Projekte zu sichern, sind selbsttragende Strukturen im Stadtteil notwendig. Im Rahmen der Projekte GO und AGNES wurde mit dem Quartiersmanagement eine gemeinsame Strategie zur Festigung von gesundheitsfördernden Partnerschaften entwickelt. Als Formen der Zusammenarbeit wurden Vernetzungstreffen als runde Tische und Gesundheitswerkstätten im Stadtteil gegründet. Zudem konnten durch verschiedene Kooperationsverbünde vier Präventionsmaßnahmen für sozial benachteiligte Ältere (Veranstaltungsreihe Gesundheit, Kochen für Ältere, Seniorenbesuchsdienst, 50plus Gruppe) und drei Interventionen (Kulturspezifisches Kochen, Frauentanz, Info-Café) für Frauen mit Migrationshintergrund im Stadtteil nachhaltig verankert werden. Um Präventionsmaßnahmen nachhaltig zu verankern, müssen Kooperationspartner möglichst früh gesucht und in allen Arbeitsschritten beteiligt werden. Netzwerke im Stadtteil funktionieren, wenn sie professionell koordiniert und kontinuierlich gestaltet werden. Wie konkret Gesundheit für sozial Benachteiligte im Stadtteil nach Ablauf der Projekte durch die Netzwerke und Kooperationsverbünde weiterhin gefördert wird, muss noch untersucht werden.

### „Das BIG-Modellprojekt Erlangen – Erkenntnisse und Ergebnisse aus der kommunalen Praxis"

*Jennifer Witowski, Sportamt der Stadt Erlangen*

Bewegung als Investition in Gesundheit: Das „BIG-Projekt" ist ein evidenzbasiertes Modellprojekt der Gesundheitsförderung, finanziert durch die BMBF-Präventionsforschung des Bundes. BIG hat in den letzten drei Jahren die Förderung von Bewegung bei Frauen in schwierigen Lebenslagen, wie Frauen mit Migrationshintergrund, Empfängerinnen von staatlichen Transferleistungen oder Alleinerziehende, zunächst modellhaft in Erlangen betrieben. Mit diesem sowohl verhältnis- als auch verhaltens-präventiven Ansatz will BIG die Chancen von Frauen in schwierigen Lebenslagen verbessern, an den vielfältigen positiven Effekten von Bewegung teilzuhaben.
Ein innovativer Aspekt liegt im systematischen und umfassenden Ansatz der Partizipation begründet. Die Sport- und Bewegungsaktivitäten werden in einer kooperativen Planung gemeinsam mit Frauen in schwierigen Lebenslagen und weiteren lokalen Expert/innen sowie relevanten Entscheidungs-träger/innen geplant, umgesetzt und auch evaluiert. Das Projekt nutzt zudem einen positiven, ressourcenorientierten Ansatz. Es identifiziert so genannte Aktivposten in den Settings für die Maßnahmenentwicklung und -umsetzung und bindet diese darin ein. Nach Ablauf der Projektphase im Jahr 2007 wurde im Stadtrat beschlossen, dieses Projekt weiter zu finanzieren in Kooperation mit dem Sportamt und der VHS. Seit 2008 läuft das Projekt nun unter städtischer Leitung und versucht, sich nachhaltig in den bestehenden kommunalen Strukturen zu verankern.

Die Zusicherung einer Finanzierung durch die Stadt bis vorerst 2014 konnte als großer Erfolg verbucht werden. Seither kann sich das Projekt Schritt für Schritt fest in bestehende Strukturen etablieren, kooperiert mit lokal angesiedelten Vereinen und konnte somit das Bewegungsprogramm von einem Stadtteil mit drei Kursen auf mehrere Stadtteile mit nun insgesamt 19 laufenden Kursen ausweiten. Zu verzeichnen sind stetige Zunahmen an Teilnehmer/innen bzw. an neuen Kursen.
Eine erfolgreiche Verankerung von Präventionsprojekten in der Praxis kann durch eine gute Vernetzung auf kommunaler Ebene funktionieren. Von großer Wichtigkeit für den Erfolg ist auch die Haltung von politischer Seite gegenüber solchen Projekten.

## Fr II 11.30 Uhr Ernährungsbotschaften – Wie wir essen sollen!

### „Alltagsrelevante Informations- und Unterstützungsbedarfe sozial benachteiligter alleinerziehender Mütter“

*Stefanie André, Hochschule Fulda/Universität Gießen*

Wie kann die Gesundheit von alleinerziehenden Müttern im Zuge einer zielgruppenorientierten Ernährungsbildung als Teil einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung verbessert werden? Ca. 1,6 Mio. Alleinerziehende leben in Deutschland, die in der Regel weiblich und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind (Statistisches Bundesamt 2010; Bundesministerium für Familie 2008; Helfferich et al. 2003). Alleinerziehende zählen zu den schwer erreichbaren Zielgruppen in der Gesundheitsförderung (Altgeld 2006; Leonhäuser et al. 2009). Mit Hilfe des Public Health Action Cycles und unter Berücksichtigung des Diversity Management-Ansatzes, die als qualitätssichernde Arbeitsinstrumente dienen, werden im Zuge der Assessment-Phase die alltagsrelevanten Informations- und Unterstützungsbedarfe der allein erziehenden Mütter mit Hilfe qualitativer Befragungen ermittelt (Margetts 2004; Ruckstuhl et al. 1997/2008). Empirisches Datenmaterial zu alltagsrelevanten Informations- und Unterstützungsbedarfen, die für eine passgenaue Ernährungsbildung verwendet werden können, gibt es bis dato keine. Diese Lücke schließt die vorliegende qualitative Studie. Informations- und Unterstützungsbedarfe können in folgenden Bereichen ermittelt werden: Erziehung und Förderung der Kinder, Gesundheit, Ernährung, Bewegung/ Freizeitaktivitäten, Entspannung und Stressbewältigung, Haushaltsführung, Mobilität, Finanzmanagement/Kosten, Weiterbildung/Jobperspektiven, Emotionale Bewältigungsstrategien, psychisches Wohlbefinden, Gesellschaftliche Teilhabe.

### „‚Jetzt mögen wir sogar Sellerie‘ – Ernährungsprojekte im Spannungsfeld von Unterschichtendebatte, Aktivierungsimperativ und Ermächtigung“

*Kathrin Ottovay, Universität Jena*

Projekte für ‚gesunde Ernährung’ wollen eine Bresche in sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheit schlagen. Doch ihr Einsatz für mit frischen Zutaten selbstgekochte, preisgünstige Gerichte mit dem Anspruch einer ‚Ermächtigung’ sozial Benachteiligter stößt nicht selten auf Desinteresse, gar Ablehnung bei ihren Zielgruppen: Was ist, wenn Ernährungsbotschaften zurückgewiesen werden?
Eine nordenglische Kleinstadt machte international Schlagzeilen als Mütter die vom TV-Koch Jamie Oliver initiierte gesunde Schulspeisung sabotierten. In vor Ort geführten Interviews mit Akteur/innen und Adressat/innen ernährungsbezogener Gesundheitsförderung wird deutlich, dass deren Botschaften umkämpft und keineswegs ‚sozial neutral’ sind. Denn beim Essen geht es nie ‚nur um Essen’: Im Eigenverantwortungsdiskurs wird Fast Food zum Emblem selbstverschuldeter Armut und einer geschmähten ‚Unterschichtenkultur’. Umgekehrt markiert das Kochen-Lernen die Mühen einer Selbstmobilisierung, an der sich aktivierbare ‚würdige‘ von ‚unwürdigen Armen‘ scheiden lassen. Die Frage nach dem Geschmack von Sellerie lässt sich so nicht trennen von den „symbolischen Klassenkämpfen“ um die Deutungshoheit um „guten Geschmack“ (Bourdieu 1982). Das stellt uns vor die Herausforderung, die konkreten Interventionen auf ihren „Doppelcharakter“ (Trojan 1995) hin zu befragen – und eine Perspektive auf ein ‚Recht auf gute Ernährung’ zu entwickeln, das nicht von einer Verpflichtung zu Gesundheit absorbiert wird.

### „Social Marketing: Chancen und Herausforderungen bei dem Thema Ernährung“

*Megan McCool, Universität Regensburg*

Verhaltensorientierte Ernährungsbotschaften, die wiederholt über verschiedene Kommunikations-kanäle vermittelt werden, können das Ernährungsverhalten verbessern (Gregson 2001). „Social Marketing“ ist eine Methode zur Entwicklung und Verbreitung von Kommunikationsstrategien, die sich am kommerziellen Marketing orientiert. Ziel ist es, eine Zielgruppe zu erreichen und dazu zu motivieren, ein bestimmtes Verhalten anzunehmen. Bekannte „Social Marketing“-Kampagnen im Gesundheitsbereich sind z.B. „Gib AIDS keine Chance“ und „Kenn Dein Limit“ (Alkoholprävention) der BZgA.
„Social Marketing“ hat sich auch im Bereich Ernährung als effektiv erwiesen (Gordon 2006). Allerdings birgt die massenmediale Vermittlung von Ernährungszielen gleichzeitig etliche Risiken: Durch eine oft notwendige Vereinfachung der Botschaften können Informationen unvollständig oder missverständlich dargestellt werden, durch die Verwendung von Angst einflößenden Botschaften könnten sich Zielgruppen manipuliert fühlen, oder das Zeigen von negativen Beispielen kann zu einer Stigmatisierung der Zielgruppe selbst führen (Loss 2010).
In der Präsentation werden die klassischen Marketinginstrumente (die 4 „P“s) vorgestellt, zudem werden positive sowie negative Beispiele von (ernährungsbezogenen) Gesundheitskampagnen präsentiert. Darüber hinaus wird diskutiert, was man aus den Stärken und Schwächen anderer Kampagnen lernen kann, um „Social Marketing“ effektiver im Gebiet Ernährung einzusetzen.

## Fr II 14.15 Uhr — Partizipative Gesundheitsforschung I: Neue Entwicklungen in Deutschland und international

### „Ergebnisse aus der Arbeit des deutschen Netzwerks für Partizipative Gesundheitsforschung und der International Collaboration on Participatory Health Research“

*Prof. Dr. Michael T. Wright, Institut für Soziale Gesundheit, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin*

Partizipative Gesundheitsforschung bedeutet eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxiseinrichtungen und engagierten Bürger/innen, um gemeinsam neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu gewinnen. Partizipative Gesundheitsforschung findet zunehmend Anwendung in der Entwicklung innovativer Strategien zur Minderung der Effekte sozialer Ungleichheit auf den Gesundheitszustand sozial benachteiligter Menschen. Das Netzwerk für Partizipative Gesundheitsforschung, ein Zusammenschluss von Wissenschaftler/innen und Praktiker/innen, befasst sich sowohl mit fachlichen (methodologischen und theoretischen) Fragen als auch mit wissenschafts- und praxispolitischen Themen, um den partizipativen Forschungsansatz in Deutschland zu etablieren und zu verbreiten. Die International Collaboration on Participatory Health Research (ICPHR) ist eine internationale Arbeitsgemeinschaft mit dem Ziel, die Stellung der Partizipativen Gesundheitsforschung in der Praxis, Forschung und Politik zu stärken. Der Schwerpunkt der ICHPR liegt auf der systematischen Zusammenführung internationaler Erkenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung des partizipativen Forschungsansatzes. Die ICPHR strebt die Formulierung von gemeinsamen Grundprinzipien, Gütekriterien und Leitlinien für Partizipative Gesundheitsforschung an. In diesem Vortrag wird über aktuelle Ergebnisse aus beiden Arbeitsgemeinschaften berichtet.

### „‚Was ist ethisch vertretbar?‘ Besondere Herausforderungen in der partizipativen Forschung mit marginalisierten Gruppen“

*Dr. Hella von Unger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health; Petra Narimani, Sozialpädagogin, Berlin*

Partizipative Forschung mit marginalisierten Gruppen wirft besondere Fragen auf: Was tun, wenn Community-Partner in Veröffentlichungen namentlich zitiert werden wollen? Einerseits ist dieser Wunsch, als Person sichtbar zu werden und die eigenen Worte und Erfahrungen mit dem eigenen Namen zu verbinden, Ausdruck von „Community-Ownership“ und „Empowerment“ – zwei Prinzipien, die in der partizipativen Forschung einen besonderen Stellenwert haben. Andererseits gibt es forschungsethische Prinzipien, die im Widerspruch dazu stehen, wie z.B. die Vorgabe der Wahrung der Anonymität von Forschungsteilnehmenden. Dies ist nur ein Beispiel für eine Vielzahl von ethischen Fragen, die sich im Alltag des partizipativen Forschens immer wieder neu stellen. Wir reflektieren Erfahrungen, ethische Herausforderungen, Abwägungs- und Entscheidungsprozesse aus zwei partizipativen Forschungsprojekten: 1) einem

Praxisforschungsprojekt der Sozialen Arbeit mit drogengebrauchenden Männern ohne deutsche Staatsbürgerschaft und b) partizipativer Forschung mit verschiedenen Migrantengruppen und Einrichtungen der HIV-Prävention (PaKoMi).

### „From Culturall-sensitive to Community-based? Der lange Weg zur partizipativen HIV/STI Prävention für ethnische Minderheiten und Migrant/innen“

*Tzvetina Arsova Netzelmann, Elfriede Steffan, SPI Forschung gGmbH, Berlin*

Community based partizipative Ansätze zeigen hohe Relevanz bei der Gestaltung und Durchführung vonHIV/STI Prävention für und mit ethnischen Minderheiten und Migrant/innen. Das EU-Projekt BORDERNETwork befasst sich grenzüberschreitend und interdisziplinär unter anderem mit wirksamen Modellen für HIV-Prävention mit ethnischen Minderheiten (Roma) und Migrant/innen in Zentral und Osteuropa. Der Fokus liegt dabei auf Aktivierung und Nutzung der von der Community definierten vorhandenen Ressourcen (z.B. informelle Netzwerke und Leader). Obwohl die meisten Präventionsansätze entlang der „Community Tangenten“ sich als kulturell probat erweisen, sind längst nicht alle an sich partizipativ. Viele Charakteristika der angewandten Modelle wurden in den acht beteiligten Projekt-Ländern partizipativ erforscht. Im Ergebnis lässt sich ein konzeptioneller Klärungsbedarf feststellen, z.B. wer bestimmt, was die Community ist, ist Partizipation mit Einbeziehung einzelner Vertreter/innen gleichzusetzen, bedeutet kulturelle Kompetenz wirklich Anerkennung und Akzeptanz von Lebenswelten und Expertisen der Migrant/innen-Communities?
Entscheidend scheint dabei der Grad der Community Teilhabe an Problem- und Bedarfsanalyse, Planung, Durchführung und Evaluierung der Präventionsansätze. Wichtige Voraussetzung dafür sind die vorhandene Struktur der Community, die Aufgeschlossenheit und Vertrauen den eigenen Ressourcen gegenüber und die gleichberechtigte Teamzusammensetzung von Präventionsexpert/innen und Community-Vertreter/innen.

## Fr II 16.15 Uhr — Partizipative Gesundheitsförderung II: Neue Entwicklungen in Deutschland und international

### „Community-Building und Community-Mapping in der partizipativen Forschung”

*Dr. Hella von Unger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health, Tanja Gangarova, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin*

Was ist eine Community? Über welche Ressourcen verfügt sie, und welche Bedürfnisse haben die ihr zugehörigen Menschen? Diese Fragen lassen sich nicht immer leicht beantworten. Der Begriff Community wird im Deutschen unterschiedlich übersetzt (z.B. mit Gemeinschaft, Gemeinde, Kommune, Nachbarschaft, etc.). Er spielt in der Gesundheitsförderung und in der partizipativen Forschung eine zentrale Rolle. Versteht man Community als Gemeinschaft, die von Mitgliedern selbst definiert bzw. erlebt wird (im Unterschied zur Zielgruppe, die von Fachleuten definiert wird), ist der Begriff hilfreich, z.B. um Partner zu finden, Ressourcen zu identifizieren und lebensweltnah zu agieren. Der Stärkung von Gemeinschaften (Community-Building) kam auch im PaKoMi-Projekt, einem partizipativen Forschungsprojekt der HIV-Prävention mit Migrant/innen (www.pakomi.de), ein zentraler Stellenwert zu. Eine Methode, die wir angewendet haben, um Communities kennenzulernen und ihre Bedürfnisse und Ressourcen besser zu verstehen, ist das „Community Mapping“. Mit dieser Methode können sich die Teilnehmenden selbst ein Bild von den Communities machen, denen sie angehören – und das im wörtlichen Sinn: Sie zeichnen eine Karte ihrer Gemeinschaft/en und vermerken Treffpunkte, Einrichtungen, Probleme und andere Merkmale. Die Methode eignet sich auch für Gruppen mit geringen Lese- und Schreibkompetenzen und kann z.B. bei partizipativen Bedarfsbestimmungen angewendet werden.

# Gesundheitsförderung im Setting

## Stadtteil/Kommune

| Fr II 11.30 Uhr | Forum der AG Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung: Evaluierung von Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier I |
|---|---|

### „Komplexe Interventionen brauchen komplexe Evaluationen“

*Dr. Susanne Brandstetter, Prof. Dr. Julika Loss, Medizinische Soziologie, Universität Regensburg*

Damit Interventionen zur Gesundheitsförderung den aktuellen „Regeln der Kunst“ entsprechen, müssen sie eine Vielzahl von Anforderungen erfüllen: Gesundheit soll als ganzheitliches Konstrukt gedacht werden, das neben den körperlichen auch die psycho-sozialen Komponenten miteinschließt. Das Individuum wird nicht als isoliert wahrgenommen, sondern als eingebettet in und beeinflussbar durch seine soziale Umgebung. Die stabilen und die veränderbaren Umgebungsfaktoren müssen als mögliche Barrieren oder Erfolgsfaktoren erkannt und berücksichtigt werden. Die Anlage der Maßnahmen erfolgt über einen langen Zeitraum und ermöglicht von Anfang an Beteiligung und Teilhabe. Und zuletzt: Interventionen zur Gesundheitsförderung sollen evaluiert werden!
Übersetzt man die obenstehenden Forderungen an Gesundheitsförderungsmaßnahmen in die Sprache von Evaluatoren, resultieren Studien mit nur bedingt standardisierten Interventionen, unbekannten oder schlecht operationalisierbaren Einflussfaktoren und vielfachen Outcomes auf mehreren Ebenen.
Der Beitrag erörtert die Frage, wann komplexe Interventionen auch komplexe Evaluationen benötigen und schildert anhand von Beispielen, inwiefern gängige Evaluationsmethoden der (zunehmenden) Komplexität von Interventionen zur Gesundheitsförderung gewachsen sind.

### „Evaluation komplexer Interventionen am Beispiel des Präventionsprogramms ‚Lenzgesund‘ im Setting Quartier“

*Waldemar Süß, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG)*

Das Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel hat mit Partnern in der Lenzsiedlung ein Präventionsprogramm („Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“) auf den Weg gebracht, das gemeinsam mit dem „Runden Tisch“ und Kooperationspartnern umgesetzt wird. Für diesen Prozess der Entwicklung und Umsetzung eines systematischen Handlungskonzeptes für ein benachteiligtes Quartier hat das Institut für medizinische Soziologie die Begleitforschung übernommen.
Das Forschungsprojekt unterstützt mit unterschiedlichen Methoden den Umsetzungsprozess des Programms, insbesondere was die formative Evaluation und die Qualitätssicherung betrifft. Zur Anwendung kommen sekundärstatistische Analysen und Primärerhebungen zur Evaluation und Qualitätssicherung bei Einzelintervention und auf der Gesamtprogrammebene. Diskutiert werden soll, wie man sinnvoll und fundiert die methodischen Zugänge kombinieren kann, damit das Einzelprojekt wie auch das Gesamtprogramm als komplexe Intervention im Hinblick auf Strukturbildung und Kapazitätsentwicklung evaluiert werden können, dies sowohl für formative Evaluation als auch für eine Ergebnisevaluation.

| Fr II 14.15 Uhr | Forum der AG Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung: Evaluierung von Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier II |
|---|---|

### „Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen als Indikator für stadtteil- und settingbezogene Evaluationen – das Beispiel Mülheim an der Ruhr“

*Volker Kersting, Stadt Mülheim an der Ruhr, Stadtforschung*

Gesundheitschancen von Kindern werden zunehmend und systematisch entlang sozialer, ethnischer, räumlicher und institutioneller Barrieren verteilt. Dies ist zusammengefasst das Ergebnis settingbezogener Analysen auf der Grundlage der Schuleingangsuntersuchungen in Mülheim. Sie zeigen klare Zusammenhänge auf der Individualebene, z.B. jene zwischen sozialem Status, gesundheitlicher Benachteiligung und Teilhabe an öffentlichen Angeboten im Quartier. Ebenso kann belegt werden, dass mit

der Dauer des Kita-Besuchs oder der Beteiligung im Sportverein die Chancen auf eine gelingende Entwicklung signifikant steigen. Derartige Erkenntnisse können erheblich zur effizienten Prävention und Steuerung beitragen – ganz im Sinne „Ungleiches auch ungleich zu behandeln“. Welches Potential in den Daten der Schuleingangsuntersuchung steckt, die in fast allen Kommunen vorliegen, bislang aber notorisch untergenutzt sind, wird an konkreten Praxisbeispielen verdeutlicht.

| Fr II 16.15 Uhr | Ist eine nachhaltige Zusammenarbeit aller kommunalen Akteure möglich? – Bisherige Erfahrungen zum Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ |
|---|---|

*Maike Schmidt, Techniker Krankenkasse, Hamburg*

Die Techniker Krankenkasse finanziert die Qualifizierungsmaßnahmen „Good Practice-Werkstatt Quartier“ die im Rahmen des Partnerprozesses angeboten werden. Denn es mangelt nicht an erfolgversprechenden Ansätzen in der Gesundheitsförderung, sondern am Transfer der gesammelten Erfahrungen und den Möglichkeiten des Austausches darüber. Diesen von der BZgA initiierten Prozess möchte die Techniker Krankenkasse mit dem Qualifizierungsangebot unterstützen.

| Sa II 9.00 Uhr | Quartiersentwicklung und Gesundheit: Wie gelingen eine qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier? |
|---|---|

**„Ergebnisse des Forschungsprojektes ‚Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung‘: Welche Qualitätsmerkmale wurden identifiziert?“**

*Dr. Bettina Reimann, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin*

Armut birgt ein erhebliches Gesundheitsrisiko. Soziale, ökonomische und gesundheitliche Formen der Benachteiligung konzentrieren sich auch räumlich in problembehafteten Stadtteilen. Es stellt sich daher die Aufgabe, Gesundheitsförderung und Stadt(teil)entwicklung stärker als bislang miteinander zu verknüpfen und gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung stärker als bislang üblich zu einem Thema in den Kommunen zu machen. Dass dies gelingen kann, wenn Qualitätsmerkmale und –standards identifiziert und implementiert werden, soll am Beispiel der Ergebnisse des Forschungsprojektes „Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsforderung“ dargestellt werden. Im Beitrag werden diese Qualitätsmerkmale dargestellt, diskutiert und anhand dessen erörtert, wie die Kooperation zwischen Krankenkassen und Kommunen qualifiziert werden kann. 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. Dass dies für alle Beteiligten ein Lernprozess ist, der nicht immer leicht ist, soll im Beitrag ebenfalls aufgezeigt werden.

| Sa II 9.00 Uhr | Prävention von Armut durch Partizipation – Methoden und Beispiel im stadträumlichen Kontext |
|---|---|

**„Stadtteilentwicklung und Teilhabemuster – Umdenken zu neuen Formen bedürfnisgelenkter Partizipation“**

*Jeanne Grabner, Luise Flade, Erik Hofedank, Stiftung SPI, Berlin*

Partizipation ist eine der wirkungsvollsten Formen der Gesundheitsförderung. Partizipation ist auch Prävention gegen Armut. Soziale Interaktion ist ein Grundbedürfnis der Menschen und trotzdem nehmen Menschen in armen Stadtvierteln wenig am sozialen Leben teil. Von dieser aktiven Teilhabe an der Gesellschaft trennen sie Schranken: Bildung, Vorurteile, aber auch stadträumliche, organisatorische Schranken. Eine der wesentlichen Hindernisse ist die Unkenntnis eigener Bedürfnisse und Fähigkeiten. Denn nur diese können Ausgangspunkt gelungener Teilhabe sein. Hier findet sich ein grundlegender

Bildungsauftrag, der durch die gesamte Gesellschaft geleistet werden muss. Zudem fehlen in armen Stadtvierteln physische und soziale Räume, die Basis sind, um Verbindungen zwischen den Menschen herzustellen. Im Workshop werden Beispiele auf die Übertragbarkeit der Ansätze von Teilhabe überprüft. Gemeinsam wird erarbeitet, wer die Aufgabe annehmen kann, physische und soziale Räume zu schaffen, auf welche Weise dieser Prozess initiiert, inspiriert und die Bewegung finanziert wird bzw. wer davon profitiert. Folgende Fragen werden diskutiert: Welche sozialen und finanziellen Netze werden dadurch entlastet? Welche Netzwerke werden geschaffen, die jene Menschen auffangen, die aufgrund ihres Alters, ihrer Bildung oder ihrer Armut außerhalb der Gesellschaft stehen? Und zuletzt: Wie werden daraus nachhaltige Partizipationsstrukturen in Stadträumen geschaffen, die langfristig Armut verhindern können?

## Kita und Schule

| | |
|---|---|
| **Fr II 11.30 Uhr** | **„Früh wird die Zukunft verspielt" – Befunde zur Kindergesundheit und Folgerungen für die Gesundheitsförderung in der Kommune** |

### „Kindergesundheit und Präventionsbedarfe im Ruhrgebiet"

*Jan Amonn, Stadt Mülheim an der Ruhr, Dezernat Arbeit, Soziales, Gesundheit und Sport*

In diesem Beitrag stehen ungleiche gesundheitliche Teilhabechancen von Kindern und Hinweise auf Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen im Mittelpunkt.
Eine erstmals durchgeführte städteübergreifende Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen von mehreren Kommunen des Ruhrgebiets zeigt, dass die Kinder im Ruhrgebiet in hohem Maße gesundheitlich benachteiligt sind. Auf Basis eines gemeinsamen Datensatzes von mehr als 11.000 Schulanfänger/innen wurde festgestellt, dass ungefähr ein Drittel der Kinder einen besonderen Förderbedarf in schulrelevanten Entwicklungsbereichen aufweist. Kinder in sozial benachteiligter Lage und Kinder mit Zuwanderungsgeschichte sind dabei besonders häufig betroffen. Angesichts städteübergreifender Segregationsmuster im Ruhrgebiet konzentrieren sich diese Probleme kleinräumig in bestimmten Stadtteilen.
Hier gilt es mit gezielten Präventionsmaßnahmen anzusetzen. Die Schuleingangsuntersuchungen liefert dabei wichtige Hinweise auf kommunale „Stellschrauben", denn die Analysen zeigen, dass Kinder, die regelmäßig Sport treiben, länger eine Kita besuchen und am Früherkennungsprogramm teilnehmen, bessere Ergebnisse zeigen. Dies lässt sich auch unter Kontrolle der sozialen Lage belegen. Allerdings erreichen solche Angebote gerade die besonders gefährdeten Kinder nicht genügend. Gründe dafür können milieuspezifische Verhaltensmuster sowie Infrastrukturdisparitäten und institutionelle Zugangsbarrieren sein.

### „Kontexte der Kindergesundheit – Settingeffekte von Kitas und Nachbarschaften"

*Thomas Groos, Geographisches Institut der Ruhr-Universität Bochum*

Kinder werden nicht nur durch die Familie sozialisiert, sondern auch durch die alltäglichen Settings, in denen sie leben. Diese sind im Vorschulalter in erster Linie die Kita sowie die nähere Nachbarschaft des Wohnortes, der zugleich häufig der Hauptaufenthaltsort der Kinder ist. Wohnort und sozioökonomischer Status der Familie beeinflussen die Wahl der Kita.
Der Gesundheits- und Entwicklungszustand von Kindern ist sowohl zwischen den Wohnorten als auch zwischen den Kitas ungleich verteilt. Inwieweit diese Ungleichverteilung bloß eine Reproduktion der bestehenden sozialen und ethnischen residentiellen Segregation ist – also der Ungleichverteilung der Wohnorte verschiedener sozialer und ethnischer Gruppen – oder darüber hinausgehend Folge von kontextuellen Benachteiligungen, kann durch Analysen der Schuleingangsuntersuchungen, hier exemplarisch für Mülheim an der Ruhr, geklärt werden.
Im Vortrag werden die Analyseergebnisse zur Abhängigkeit zwischen Wohnort und Kitawahl sowie Ergebnisse zur Wirksamkeit von Kitas und Nachbarschaften auf die Kindergesundheit und -entwicklung dargestellt. Es lässt sich feststellen, dass im Bereich der Kindergesundheit vor allem das Setting Kita einen spürbaren Einfluss auf den Gesundheitszustand der Kinder ausübt und neben der kleinräumigen Nachbarschaft für die Implementierung von Präventionsmaßnahmen besonders geeignet ist.

### „Vom Wissen zum kommunalen Handeln – ein schwieriger Weg!“

*Özay Vural, Stadt Mülheim an der Ruhr*

Kommunen handeln! Nicht zu letzt vor dem Hintergrund geringer werdender (finanzieller) Ressourcen, wird es immer wichtiger, dass ihr Handeln auf Wissen basiert. Dieses Wissen kann aber nur dann praxisrelevant und damit von Nutzen sein, wenn es gesundheitsrelevante Lagen konkret beschreibt und Defizite klar benennt. Darüber hinaus ist es wichtig, dass dieses Wissen einen Beitrag zu möglichen Lösungsansätzen bietet. Allerdings reicht ein solches Wissen alleine nicht aus, damit das Richtige und Notwendige getan wird. Die Erkenntnisse müssen Adressaten bezogen „übersetzt“ und in das alltägliche Verwaltungshandeln einfließen. Gerade wenn es sich um Fragen „gesundheitlicher Ungleichheit“ handelt, sind unterschiedliche Fachbereiche betroffen und gefordert. Dies führt unweigerlich, neben einer fachlichen Auseinandersetzung über notwendige Schritte, zu Fragen von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.
Der Beitrag soll an Hand konkreter Beispiele im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung in Mülheim an der Ruhr Möglichkeiten und Grenzen aufzeigen und Punkte für die anschließende Diskussion zu notwendigen Veränderungsprozessen anbieten.

## Fr II 14.15 Uhr Gesundheitsförderliche Settingentwicklung – was kommt an?

### „Evaluierung von Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung und Primärprävention in 5. und 6. Klassen unter besonderer Berücksichtigung von sozial benachteiligten Gruppen und Migranten“

*Veronika Ottova, Ulrike Ravens-Sieberer, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Ute Thyen, Christiane Prüßmann, Esther Müller-Godeffroy, Ingo Menrath, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein*

Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder mit Migrationshintergrund sind zahlreichen Anforderungen besonderer Art ausgesetzt. Sie weisen ein größeres gesundheitsbezogenes Risiko auf. Ihre körperliche und psychische Gesundheit bewerten sie oft schlechter und weisen häufiger psychische Auffälligkeiten auf. Ein vielversprechender Ansatz für die Förderung von Gesundheit bei diesen Kindern sind Lebenskompetenzprogramme, die zusätzlich zur suchtspezifischen Informations-vermittlung besonders auf die Entwicklung und Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen abzielen und so gesundheitsbewusstes Verhalten fördern. Im Rahmen der PrimaSchule Studie wurden die Lebenskompetenzprogramme „Fit und stark fürs Leben“ und „Erwachsen werden“ (Schleswig-Holstein) sowie das „Buddy Projekt“ (Berlin) auf ihre Wirksamkeit bei sozial Benachteiligten und Migrantenkindern untersucht. Befragt wurden Schüler/innen der Klasse fünf und sechs in Berlin und Schleswig-Holstein. Ergebnisse aus der Teilstudie in Berlin zeigen, dass 54 Prozent der Schüler/innen mit Migrationshintergrund bzw. niedrigem sozialen Status das Buddy Programm als gut bis sehr gut bewerten. Bis auf eine Ausnahme (der Tabakkonsum) konnte in der Studie jedoch keine positive Auswirkung der Intervention auf die Gesundheit nachgewiesen werden. Auch wenn kurzfristig die Effekte ausblieben, so ist die überwiegend positive Beurteilung ein Hinweis darauf, dass das Programm gut geeignet ist. Der Einsatz über einen längeren Zeitraum wird empfohlen.

### „Integriertes Gesundheitsmanagement – ein neuer Ansatz für die Prävention und Gesundheitsförderung in Bildungssettings“

*Susanne M. Nagel-Prinz, Prof. Dr. Peter Paulus, Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG), Leuphana Universität Lüneburg*

Infolge der Verbreitung der Ottawa Charta (WHO 1986) haben Prävention und Gesundheitsförderung allgemein sowie in den unterschiedlichen Settings innerhalb der letzten 25 Jahre eine wachsende Bedeutung erfahren, auch in Kitas und Schulen. Insbesondere Settings werden als gute Zugangsmöglichkeiten zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen verstanden. Deutlich wird jedoch, dass in den Settings Kita und Schule die Prävention und Gesundheitsförderung an Grenzen stößt und dass mögliche Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung hier nur begrenzt verwirklicht werden (Paulus & Witteriede 2008; Kliche 2008). Als Hintergrund für diese Grenzen können die parallelen Qualitätsentwicklungen und Neudefinitionen der pädagogischen Settings als Bildungseinrichtungen angenommen werden. Prävention und Gesundheitsförderung tritt vielfach mit Konzepten an Kitas und Schulen heran, die Parallelstrukturen schaffen und nicht kompatibel sind mit der Steuerungslogik von Kita und Schule. Die spezifischen Settingmerkmale einer Organisation sind jedoch für die Optimierung jeglicher Gesundheitsangebote von erheblicher Bedeutung. In dem Workshop werden erfolgreiche Ansätze der

Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas und Schulen vorgestellt, die als „integrierte Konzepte“ eine Anknüpfung an die pädagogischen Qualitätsentwicklungsprozesse ermöglichen und dabei sowohl die Gesundheit der Mitarbeiter/innen als auch der Kinder in den Blick nehmen.

### „‚Gute gesunde Kita‘ – Ergebnisse und Perspektiven des sechsjährigen Projektes ‚Kitas bewegen‘“

*Andrea Engelhardt, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh*

Untersuchungen zeigen, dass unverbundene Einzelmaßnahmen zur Gesundheitsförderung in Kitas wenig Wirkung entfalten. Daher ist es wichtig, Gesundheit und Bildung gemeinsam zu fördern und nachhaltig im Kita-Alltag zu verankern. Das Projekt „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ – aus dem sich das „Berliner Landesprogramm Kitas bewegen“ ableitet – geht genau diesen Weg. Die beteiligten Kitas verabschieden sich von kurzfristigen Projekten und schaffen ein gemeinsames Verständnis und gute Bedingungen für Bildung und Gesundheit. „Kitas bewegen“ stößt in den Einrichtungen einen Organisationsentwicklungsprozess an: von der Situationsanalyse über das Festlegen von Zielen bis zur Umsetzung und Überprüfung von Maßnahmen. Dabei werden auch die Erzieher/innen unterstützt, trotz ihrer herausfordernden Arbeit gesund zu bleiben und gut zusammenzuarbeiten. Zudem sind die Einbeziehung der Eltern, die Zusammenarbeit mit Grundschulen, die Vernetzung mit anderen Institutionen im Sozialraum von großer Bedeutung. 2007 startete „Kitas bewegen“ und die Ergebnisse der begleitenden Evaluation bestätigen nun das Konzept und die Umsetzung als innovativ und zielführend. Eine Weiterempfehlungsrate von über 80 Prozent zeigt dies exemplarisch. Im Workshop werden das Konzept, das Vorgehen in der Evaluation und die Ergebnisse – Erfolgsfaktoren sowie Stolpersteine – vorgestellt, um aus den gesammelten Erfahrungen Ableitungen für Aktivitäten zur Förderung von Bildung und Gesundheit in Kitas treffen zu können.

## Fr II 16.15 Uhr — Instrumente und Strategien zur Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung in Kita und Schule

### „Entwicklung einer Kennzahlentoolbox als unterstützendes Instrument für schulisches Gesundheitsmanagement“

*Sebastian Liersch, Mustapha Sayed, Christian Krauth, Ulla Walter, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover; Irmtraut Windel, Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.*

Wesentlich für die Förderung der Gesundheit in Settings ist die Entwicklung von Organisationen. Die Intervention Gesund Leben Lernen (GLL) ist ein neuer Ansatz zur schulischen Gesundheitsförderung mit dem Ziel die Organisation Schule zu einer gesunden Lebenswelt weiterzuentwickeln. Die BMBF-geförderte Studie „Schulentwicklung durch Gesundheitsmanagement“ soll Aufschluss darüber geben, inwieweit die Intervention GLL Schulen zu Veränderungen im Hinblick auf eine gesundheitsförderliche Ausrichtung führen kann. GLL unterstützt niedersächsische Schulen zwei Jahre lang bei der Definition und Entwicklung ihrer Ziele sowie der Planung ihrer Maßnahmen.
Im Rahmen der Forschungsstudie wird eine Toolbox entwickelt, die Schulen ermöglichen soll, den Zielerreichungsgrad ihrer gesundheitsförderlichen Ausrichtung anhand von einfach zu erhebenden Kennzahlen selbst zu überprüfen. Indikatoren und Kennzahlen müssen verständlich sowie einfach ermittel- und auswertbar sein. Nach Identifikation und Sichtung möglicher Instrumente erfolgt eine Bewertung hinsichtlich Gütekriterien und Praktikabilität. Insgesamt wurden sechs wissenschafts- und 18 praxisrelevante Gütekriterien eruiert. Unter Einbindung einer forschungs- sowie einer praxisbezogenen Expertenrunde erfolgt eine Reflexion aus unterschiedlichen disziplinären und umsetzungspraktischen Perspektiven. Die aktuelle Toolbox beinhaltet nur frei verfügbare Messinstrumente (n=50). Nach der Evaluation wird die Toolbox den Schulen als integrativer Bestandteil der Intervention GLL frei zur Verfügung gestellt. Diese erlaubt den Schulen eine eigenständige Überprüfung der Zielerreichung ihrer Aktivitäten und organisatorischen Veränderungen.

### „Die Einschulungsuntersuchung (ESU) als Instrument zur Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Kita? Projektvorhaben im Bezirk Mitte von Berlin“

*Jeffrey Butler, Bezirksamt Mitte von Berlin*

Da ein großer Anteil der Kinder in Berlin vor der Schule eine Kindertagesstätte besucht, eignet sich diese Einrichtung sehr gut als Setting für Maßnahmen der Gesundheitsförderung. In den letzten Jahren wurden eine Reihe von unterschiedlichen Interventionen, insbesondere im Bereich der Bewegungsförderung in den Kitas im Bezirk Mitte, durchgeführt. Bislang wurde in der Regel höchstens eine Prozessevaluation durchgeführt. Da die meisten Kinder aus den bezirklichen Kindertagesstätten auch in Mitte zur Schule gehen, wollen wir anhand der Ergebnisse der ESU (u.a. SEN-S Tests für Grob- und Visuomotorik sowie Übergewicht) versuchen festzustellen, ob die Kinder, die an GF-Maßnahmen teilgenommen haben, besser abschneiden als ähnlich situierte Kinder, die keine solchen Maßnahmen in Anspruch nahmen.
Der erste Schritt bestand aus einer Befragung der ca. 200 bezirklichen Kitas hinsichtlich ihrer Angebote im Bereich Gesundheits- sowie Sprachförderung. Insgesamt beteiligten sich daran ca. 60 Prozent der Kitas. Darüber hinaus wurde erstmalig bei der Schuleingangsuntersuchung in Absprache mit dem Datenschutz für jedes untersuchte Kind der Name der besuchten Kita festgehalten. Dies erfolgte über eine Kodierungsliste. Im Rahmen einer Public Health-Masterarbeit werden die Ergebnisse der beiden Erhebungen zusammengeführt. Anhand der Ergebnisse Kitabefragung werden diese – je nach ihren GF-Angeboten – in Gruppen aufgeteilt. Anhand der ESU-Ergebnisse wird untersucht, ob es messbare Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen gibt.

## Sa II 9.00 Uhr — Neue Wege in der Elternarbeit: Zugang zu Eltern in schwieriger sozialer Lage

### „‚Gesund aufwachsen in Kindertagesstätten (Gi-Kitas)‘ – Partizipative Entwicklung von sozialraumorientierter Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten“

*Bianca Schmidt, Hochschule Coburg*

Vor dem Hintergrund der Daten zur gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Studien über Belastungen und Beschwerden des pädagogischen Personals in Kindertagesstätten strebt das Projekt „Gi-Kitas“ ein evaluiertes Organisationsentwicklungsprogramm zur Unterstützung einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebens- und Arbeitswelt Kita an.
Das Forschungsprojekt ist eine dreijährige Studie der Hochschule Coburg in Kooperation mit dem Landkreis Coburg, fünf kreisangehörigen Städten und Gemeinden sowie acht Kindertagesstätten der Region. Ziel des Projektes ist es, das gesunde Aufwachsen der Kinder in ihrem alltäglichen Umfeld zu fördern, indem die Gesundheitsförderungsangebote für Kinder und die Arbeitsbedingungen für das pädagogische Personal in der Kita optimiert sowie die Bedingungen im Kindergartenumfeld betrachtet werden.
Hierbei setzt das Projekt von Anfang an auf die Partizipation aller am Kita-Alltag Beteiligten. Bereits in der Entwicklungsphase wurden in insgesamt sieben Fokusgruppendiskussionen fünf Themenschwerpunkte mit Vertreter/innen des pädagogischen Personals sowie Eltern aus allen acht Kitas bearbeitet. Auf diese Weise wurden Inhalte, Methoden und Qualifizierungsbausteine für die im Rahmen der Intervention durchzuführenden Gesundheitszirkel in den Kitas identifiziert.

### „Resonanz pädagogischer Fachkräfte auf ein interaktives Fortbildungsangebot zur Verwirklichung gesundheitlicher Chancengleichheit“

*Iris Grimm, Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG), Regionaler Knoten Bayern, München; Prof. Dr. Johannes Gostomzyk, Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG), München*

Gesundheitsförderliche Entwicklung der Kinder ist eine Aufgabe der Kitas. Zur Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit von Kindern aus sozial benachteiligten Situationen wurden Fortbildungsmodule (Motivation, Vorurteile, Eltern als Partner, Vernetzung) für pädagogische Fachkräfte entwickelt. Über das Ergebnis von interaktiven Workshops (WS) für Fachkräfte zur Förderung der Umsetzung des Konzeptes wird berichtet. Ziel war die Entwicklung emotional gestärkter Überzeugungen seitens der Fachkräfte mit dem Ziel einer solidarischen Haltung gegenüber betroffener Kinder. Es geht dabei um das Erkennen und die Akzeptanz individueller Verantwortung für die Situation und das Engagement in der Kita, damit aus der sozialen Ungleichheit der betroffenen Kinder nicht Bildungsarmut, Krankheit und soziale Ausgrenzung entstehen. Die Auswertung von vier WS mit jeweils 30 bis 50 Teilnehmer/innen zeigt vor allem Unterschiede

zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Problemlagen sozialer Benachteiligung sind regional durchaus verschieden. In städtischen Regionen werden eher theoretische Vorschläge im Hinblick auf Motivation und negative Beispiele und Kritik bzgl. Vorurteilen angeführt. In ländlichen Regionen werden häufiger Vorschläge guter Praxis zur Motivation und zur Überwindung von Vorurteilen gemacht. Eine schriftliche Anleitung zur nachhaltigen Auseinandersetzung mit den Problemen im Rahmen der einrichtungsinternen Fortbildung wurde den 7000 Kitas in Bayern zur Verfügung gestellt. Durch Kooperation mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege wurden dabei ca. 4000 Kitas erreicht.

## „Good Practice-Werkstatt Kita“

*Susanne Borkowski, KinderStärken e.V., Stendal*

Familie, Kindertageseinrichtungen und Schulen sind die wichtigsten Lebenswelten von Kindern. Zusammen fördern sie deren Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die gemeinsame Verantwortung von Eltern und pädagogischen Fachkräften für die Ressourcenstärkung von Kindern kann nur in einem dynamischen Kommunikationsprozess realisiert werden. Alles andere widerspricht nicht nur dem Elternrecht gemäß Artikel 6 des Grundgesetzes, sondern zerreißt auch die Kinder zwischen verschiedenen Autoritäten. Eltern müssen als „Experten“ ihrer Kinder, als erste Bildungs- und Sozialisationsinstanz ernst genommen und in die gemeinsame Arbeit einbezogen werden, auch wenn es unterschiedliche Interessen und Wertigkeiten gibt, die manchen Zielen der Pädagogik scheinbar oder tatsächlich widersprechen. Aus diesem Wissen heraus, wird der Aufbau einer Erziehungspartnerschaft zwischen Eltern und pädagogische Fachkräften als Schlüssel für einen Austausch auf Augenhöhe und die Stärkung familialer Ressourcen betrachtet.
Der Beitrag wird Anforderungen an eine gelingende Erziehungspartnerschaft skizzieren sowie mögliche Hindernisse und Schwierigkeiten anhand der Good Practice-Kriterien beleuchten. Um Hürden und Lösungsansätze aufzuzeigen, werden auch die Erfahrungen aus der Entwicklung der Werkstatt Kita reflektiert.

## „Bindungsorientiertes Elterntraining für alleinerziehende Mütter – Langzeiteffekte und Weiterentwicklungen von PALME“

*Prof. Dr. Matthias Franz, Lonja Weihrauch, Christiane Straß, Ralf Schäfer, Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*

Alleinerziehende Mütter und ihre Kinder sind erhöhten wirtschaftlichen, gesundheitlichen und psychischen Risiken ausgesetzt. Besonders das Risiko einer maternalen Depression ist erhöht. Diese Belastungen können sich auch auf die kindliche Gesundheit und Entwicklung auswirken. Zur präventiven Minderung dieser langfristig wirksamen Risiken wurde das Elterntraining PALME (www.palme-elterntraining.de) für alleinerziehende Mütter mit Kindern im Vorschulalter entwickelt. PALME basiert auf bindungstheoretischen und psychodynamisch-interaktionellen Ansätzen und wird mit Hilfe eines Manuals von geschulten Erzieher/innen durchgeführt. Die Wirksamkeit des Trainings auf psychische Belastungsmaße und emotionale Kompetenzen der Mütter sowie auf kindliches Problemverhalten wurde in einer randomisierten, kontrollierten Studie mit 58 alleinerziehenden Müttern und ihren Kindern untersucht. Nach dem Training besserten sich nachhaltig psychische Beeinträchtigungen, Depression und emotionale Kompetenzen der teilnehmenden Mütter, außerdem ergaben sich Hinweise auf reduzierte Verhaltensprobleme ihrer Kinder. Die Ergebnisse der vierten Datenerhebung (zwölf Monate nach der Intervention) werden erstmals vorgestellt. Aktuell wird im Rahmen einer zusätzlichen Interventionsstudie überprüft, ob sich die Effekte von PALME auf die Kinder der Teilnehmerinnen durch ein kombiniertes Mutter-Kind-Training verstärken lassen. Hierzu wurden analog zum Mütter-Training (PALME) 20 Sitzungen für die Kinder (PALMEplus) konzipiert und manualisiert. In diesem Programm werden kindgerecht und spielerisch emotionale Kompetenzen vermittelt, die den emotionalen Umgang mit typischen Alltagssituationen und Konflikten von Trennungskindern erleichtern sollen. In einer ersten naturalistischen Machbarkeitsstudie mit 25 Müttern und ihren Kindern wurde die Praxistauglichkeit und Wirksamkeit von PALMEplus untersucht. Erste Ergebnisse hierzu werden vorgestellt.

# Betriebliche Gesundheitsförderung

| Sa II 9.00 Uhr | Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in prekären Beschäftigungsverhältnissen |
|---|---|

## „Prekäre Arbeit und Gesundheit – Befunde aus der empirischen Forschung“

*Dr. Uwe Lenhardt, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin*

Die letzten beiden Jahrzehnte brachten eine deutliche Zunahme verschiedener Formen flexibilisierter, unsicherer und gering vergüteter Beschäftigung (Befristungen, Leiharbeit, Niedriglohnjobs, Freelancertum). Diese Tendenzen werden häufig unter den Begriff der Prekarisierung gefasst, wobei „Prekarität“ allgemein das deutliche Unterschreiten eines Einkommens-, Schutz- und sozialen Integrationsniveaus bezeichnet, welches in der Gesellschaft mehrheitlich als Standard gilt (Brinkmann et al. 2006). Zentrale Merkmale sind mangelnde Sicherheit des Arbeitsplatzes, der beruflichen Position und des Einkommensniveaus: Insbesondere in Verbindung mit hohen Arbeitsbelastungen begründen diese eine extrem problematische gesundheitliche Risikokonstellation, die tendenziell den gesamten Lebenszusammenhang – einschließlich der Reproduktionssphäre – durchdringt. In den letzten Jahren hat sich die epidemiologische Forschung vermehrt mit den gesundheitlichen (insbesondere den psychischen) Auswirkungen prekärer Erwerbsverhältnisse befasst. Häufig standen dabei Einzelaspekte – etwa die Beschäftigungsform – im Vordergrund, seltener waren Versuche, Prekarität auch empirisch als mehrdimensionales Phänomen zu fassen und auf gesundheitliche outcomnes zu beziehen. In diesem Workshopbeitrag sollen wichtige Studienbefunde zum Zusammenhang von Prekarität(saspekten) und Gesundheit exemplarisch vorgestellt und diskutiert werden.

## „Darstellung der Qualität der Arbeitsbedingungen in sechs Bau- und Liegenschaftsbetrieben von Deutschland“

Dr. 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 Vortrag wird den Prozess, die Ergebnisse und die nachhaltigen Handlungsfelder aus der bundesweiten Evaluation zur Ermittlung der Arbeitsbedingungen in sechs Bau- und Liegenschaftsbetrieben vorstellen. Das Evaluationsdesign beinhaltet zwei Stufen. Am Anfang wurde eine Beschäftigtenbefragung pro Bau- und Liegenschaftsverwaltung umgesetzt und analysiert. Mittels dieser Daten formulierten die InteressenvertreterInnen vor Ort konkrete Handlungsfelder; wie z.B. den Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die zweite Stufe der Evaluation untersuchte zusammenfassend alle Aussagen der Beschäftigten in den partizipierenden Bau- und Liegenschaften. Das Hauptuntersuchungsinstrument war der DGB-Index Gute Arbeit. Weitere Fragensets beschäftigten sich mit den Themen: Arbeitszufriedenheit, Auswirkungen von Restrukturierungsprozessen, Gesundheitsbeschwerden am Arbeitsplatz und/oder Ursachen und Auswirkungen zunehmender Arbeitsintensität.

# Gesundheitsberichterstattung

## Daten für Taten

| Fr II 11.30 Uhr | Männergesundheit – Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung |
|---|---|

### „Aktuelle Daten und Fakten zur gesundheitlichen Lage von Männern in Deutschland“

*Anne Starker, Anke-Christine Saß, Robert Koch-Institut, Berlin*

Geschlecht gilt als zentrale Kategorie, welche Gesundheit und Krankheit, gesundheitsrelevantes Verhalten sowie Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen beeinflusst. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich zunächst in einer geringeren Lebenserwartung der Männer, die vor allem durch die größere Anzahl vorzeitiger Sterbefälle verursacht wird. Unterschiede im gesundheits-bezogenen Verhalten, aber auch unterschiedliche Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern gelten als hauptsächliche Ursachen für gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, wie auch für die erhöhte Sterblichkeit der Männer. Auch sozioökonomische Faktoren, z.B. Bildungs- und Einkommensstatus, wirken sich auf den Gesundheitszustand aus. Diese Effekte sind bei Männern offenbar stärker ausgeprägt als bei Frauen. Bei beiden Geschlechtern wirken in Abhängigkeit von Lebensalter und Lebenssituation verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren.
Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut erarbeitet derzeit einen Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland. Darin sollen neben gesundheitlichen Risiken auch Ressourcen identifiziert werden, die dazu beitragen können, die Gesundheit von Männern zu erhalten und zu fördern. Auf dem Kongress Armut und Gesundheit werden ausgewählte Ergebnisse des Berichtes zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten präsentiert und mit Blick auf Anforderungen an eine männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert.

| Fr II 14.15 Uhr | Daten für Taten – zukünftige Perspektiven bedarfsgerechter ärztlicher Versorgung |
|---|---|

### „Modelle zukünftiger wohnortnaher ärztlicher Versorgung in Deutschland“

*Dr. Dominik von Stillfried, Thomas Czihal, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), Berlin*

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist ein langwirksamer „tektonischer“ Veränderungsprozess. Die innerdeutsche Migration erzwingt Anpassungen der regionalen Infrastruktur; die schon heute uneinheitlichen wirtschaftlichen und sozialen Voraussetzungen zwischen Ab- und Zuwanderungsregionen entwickeln sich hierdurch weiter auseinander. Für die medizinische Versorgung bedeutet dies: Während in Abwanderungsregionen die demografische Alterung und der Versorgungsbedarf je Versichertem zunimmt, fällt dort zugleich die Besetzung von Arztstellen und die wohnortnahe Sicherstellung der medizinischen Versorgung immer schwerer. An Modellregionen sowie im Bundesgebiet wurde der Einfluss der demografischen Entwicklung auf den erwarteten Versorgungsbedarf sowie der Zusammenhang zwischen der beobachteten Inanspruchnahme und Indikatoren des Versorgungsbedarfs (Alter, Geschlecht, Morbidität, sozioökonomische Merkmale) für die vertragsärztliche Versorgung untersucht. Im Ergebnis ist die Abschätzung des vertragsärztlichen Versorgungsbedarfs regional abgegrenzter Populationen mittels eines regressionsanalytischen Risikoschätzverfahrens gut begründbar. Mittels eines Zellenmodells zur Bestimmung der erwarteten Inanspruchnahme von Ärzt/innen einer Fachgruppe durch Subgruppen der Population kann der in regressionsanalytischen Risikoschätzverfahren gesamthaft ermittelte Versorgungsbedarf nach Fachgruppen differenziert werden. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz fordert eine Überarbeitung der Bedarfsplanung. Diese zielte ursprünglich auf die räumliche Verteilung eines stetigen Arztzahlzuwachses, seit Anfang der 1990er Jahre auf die Begrenzung der Niederlassungsmöglichkeiten. Nunmehr wird eine Ausrichtung am Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung angestrebt. Hierfür können Methoden der Ermittlung des populationsbezogenen Versorgungsbedarfs genutzt werden. Wo diesem Versorgungsbedarf mangels ausreichender Attraktivität der Region perspektivisch keine ausreichenden ärztlichen Kapazitäten gegenüberstehen, müssen rechtzeitig Förderinitiativen sowie neue Optionen zur Gestaltung der Versorgungsstrukturen implementiert werden.

### „Sozialindikative Modellierung der regionalen ärztlichen Versorgung am Beispiel Berlins“

*Dr. Susanne Bettge, Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin*

Für eine bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung liegen keine absoluten Maßstäbe vor. Die alleinige Anwendung der Allgemeinen Verhältniszahlen (Einwohner pro Arzt) wird von verschiedenen Seiten kritisiert. Wiederholte Reformen der gesetzlichen Grundlagen und die Diskussion um die ärztliche Bedarfsplanung zeigen das Spannungsfeld zwischen der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung nach aktuellem medizinischen Entwicklungsstand auf der einen Seite und ökonomischen Erwägungen und Kostendämpfungsgesichtspunkten auf der anderen Seite. Bei der Planung einer bedarfsgerechten und zukunftsfähigen Versorgung sind vielfältige Aspekte zu berücksichtigen. Andererseits muss ein Planungsmodell überschaubar und handhabbar bleiben. Bezogen auf zwei Arztgruppen (Hausärzte und Psychotherapeuten) werden Indikatoren der Bevölkerungs- und Sozialstruktur sowie aus Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin hergeleitete Indikatoren zur Beschreibung der Versorgungssituation und des Versorgungsbedarfs als mögliche Parameter eines Planungsmodells exploriert. Dabei wird ersichtlich, dass das bestehende Versorgungsangebot nur schwache bis negative Zusammenhänge mit Indikatoren des Versorgungsbedarfs aufweist. Anhand eines exemplarischen Modells der sozialindikativen Umverteilung von Arztsitzen in Berlin wird die „Fehlallokation“ von Arztsitzen quantifiziert und ein Diskussionsbeitrag zur kleinräumigen Bedarfsplanung geleistet.

## Fr II 14.15Uhr Umweltgerechtigkeit: Daten für Taten?

### „‚Environmental health inequalities’: Aktivitäten der WHO”

*Matthias Braubach, WHO Europäisches Zentrum für Umwelt und Gesundheit, Bonn*

Umweltungerechtigkeit und Ungleichheiten im Gesundheitsbereich haben in den letzten Jahren immer mehr Aufmerksamkeit erhalten. Sozioökonomische und demographische Ungleichheiten in Bezug auf die Exposition gegenüber umweltbedingten Risikofaktoren und die ungleiche Verteilung umwelt-bedingter Krankheiten waren daher ein wichtiges Thema auf der fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit in Parma, Italien, im März 2010. Im Rahmen der Konferenz wurde ein Grundsatzpapier „Soziale und geschlechtsbezogene Ungleichheiten im Bereich Umwelt und Gesundheit“ sowie ein Evidenzbericht erstellt, in dem die bedeutendsten Ungleichheiten und ihre politische Relevanz dargestellt wurden. Die Berichte zeigen, dass es insgesamt erstaunlich wenige Informationen zu diesem Thema gibt.
Die Abschätzung der wichtigsten Ungleichheiten im Bezug auf die Exposition gegenüber Umweltrisiken ist ein erster notwendiger Schritt, um eine Prioritätensetzung für politische Maßnahmen zu ermöglichen. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat eine Bewertung der Umweltungerechtigkeit auf Grundlage von 14 Umweltungerechtigkeitsindikatoren erstellt, die verschiedene Ungerechtigkeitsdimensionen im Bereich Wohnbedingungen, Unfallverletzungen und Umweltexpositionen beschreiben. Der Vortrag soll die angewandte Methodik sowie erste Schlussfolgerungen zur Datenlage für Europa als auch Deutschland vorstellen und die wichtigsten soziodemographischen Determinanten für Umweltungerechtigkeit diskutieren. Die Ergebnisse der Studie werden im folgenden Vortrag vorgestellt.

### „Umweltgerechtigkeit in Europa: Ergebnisse einer internationalen Studie“

*Gabriele Bolte, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, München*

Soziale Unterschiede in Umweltbelastungen und -ressourcen sind für gesundheitliche Ungleichheit von Bedeutung. Anknüpfend an den Vortrag von Matthias Braubach zu den Aktivitäten der WHO auf dem Gebiet der „environmental health inequalities“ werden in diesem Vortrag die Ergebnisse einer internationalen Studie zu Umweltgerechtigkeit in Europa vorgestellt und diskutiert. Auf Initiative des Europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit der WHO wurden soziodemographische und -ökonomische Unterschiede bei 14 ausgewählten Umweltungerechtigkeitsindikatoren auf Basis der für Europa verfügbaren Daten untersucht. Diese Indikatoren beziehen sich auf Wohnbedingungen (z.B. unzureichende sanitäre Anlagen, Feuchtigkeit), Unfallverletzungen (z.B. arbeitsbedingte Unfälle, Verkehrsunfälle) und Belastungen und Ressourcen im gebauten Wohnumfeld (Lärm, Grünflächen) sowie Innenraumexpositionen (Tabakrauch in der Wohnung, am Arbeitsplatz). Dieser erste Bericht zu Umweltgerechtigkeit in Europa zeigt, dass soziale Unterschiede in Umweltbelastungen und -ressourcen in allen Regionen vorkommen, das Ausmaß der Unterschiede aber stark variiert je nach Land und Sozialindikator. Die Ergebnisse verweisen insgesamt auf

die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Reduzierung beziehungsweise Vermeidung von Umweltungerechtigkeit zu ergreifen.

### „Strategien für mehr Umweltgerechtigkeit – Handlungsfelder, Instrumente und Praxisansätze in Deutschland“

*Christiane Bunge, Umweltbundesamt Berlin*

Gesundheitliche Belastungen als Folge von Umweltproblemen sind in Deutschland ungleich verteilt. Sozial- und Umweltepidemiologische Studien der vergangenen Jahre weisen darauf hin, dass der soziale Status in Deutschland mit darüber entscheidet, ob und in welchem Umfang Menschen durch Umweltschadstoffe belastet sind. Sozioökonomische Faktoren wie Bildung und Einkommen, aber auch andere Faktoren wie Migrationshintergrund und das soziale Umfeld beeinflussen die Wohnbedingungen, Lebensstile, die verfügbaren Ressourcen sowie die damit verbundenen Gesundheitsrisiken der Menschen. In den meisten Studien zeigt sich bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus eine Tendenz zur stärkeren Belastung durch negative Umwelteinflüsse (Bolte, Kohlhuber 2008; Bunge, Katzschner 2009). Vor dem Hintergrund, dass es Belege für eine sozial(-räumlich) ungleiche Verteilung von Umweltbelastungen und -ressourcen in Deutschland gibt, sind die Akteure in Forschung, Politik und Praxis gefordert, Strategien zur „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“ (Grundgesetz, § 72, 2) zu entwickeln. In verschiedenen Regionen, von unterschiedlichen Akteuren und oft nicht ausdrücklich unter dem Stichwort Umweltgerechtigkeit finden sich wichtige Ansätze in Forschung und Politik sowie gute Beispiele der Umsetzung auf lokaler Ebene, die zu mehr Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit beitragen können. Der Vortrag gibt einen Einblick in relevante Handlungsfelder, benennt notwendige Instrumente und stellt erfolgreiche Praxisansätze vor.

### „Gesundheits-, Umwelt- und Rechtsberatung für sozioökonomisch benachteiligte Ratsuchende – integrierte Angebote der Verbraucherzentrale mit speziellem Bezug zu Schimmelschäden in Wohnräumen“

*Dr. Marle Kopf, Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, Bielefeld*

Finanzschwache Haushalte sind bei umweltbezogenen Gesundheitsbelastungen wie z.B. Feuchtigkeits- und Schimmelschäden in Wohnräumen doppelt benachteiligt: Im Ausmaß der Schadenshäufigkeiten einerseits und in den Möglichkeiten ihrer Bewältigung andererseits. Aufgrund der Komplexität der Schäden müssen Betroffene eine Vielzahl von Fragestellungen und Schwierigkeiten in verschiedensten Bereichen (gesundheitlich, baulich, rechtlich, ökonomisch, sanierungstechnisch) lösen. Deshalb bedarf es hier besonderer Unterstützungsangebote, die die Verbraucherzentrale NRW bietet, da für viele weder die erforderlichen Sachverständigen noch die Anwälte zur Durchsetzung ihrer Rechte und ebenso wenig ein Umzug oder ein Sanierungsunternehmen finanzierbar wären. Insbesondere zu der zwischen Mietern und Vermietern oft strittigen Ursachen- und Beseitigungsfrage wird im Rahmen eines Kooperationsnetzwerkes eine interdisziplinäre Vor-Ort-Beratung angeboten. Dieses integrierte Beratungsangebot von Mieterbund, Haus & Grund, Wohnungsgesellschaft und Verbraucherzentrale wird seit Jahren erfolgreich durchgeführt und ist in der Kommune ein Baustein von mehreren, um auf lokaler Ebene der Ungleichverteilung umweltrelevanter Gesundheitsbelastungen zu begegnen. Damit kann zwar nicht die soziale Ungleichverteilung der Schäden beseitigt, aber den damit verbundenen Gesundheitsrisiken der Betroffenen entgegen gewirkt werden.

# Weitere Handlungsfelder der Gesundheitsförderung

## Sucht

| Fr 16.15 Uhr | Hindernisse für einer effektive Tabakprävention |
|---|---|

### „Tabakwerbung ohne Kontrolle – Aufsichtsämter sind bei der Kontrolle von Tabakkonzernen überfordert“

*Johannes Spatz, Forum Rauchfrei, Berlin*

Eigentlich möchte man nach der intensiven gesellschaftlichen Diskussion über das Rauchen während der letzten Jahre erwarten, dass die kommunalen Kontrollbehörden inzwischen für Themen der Tabakprävention besonders sensibel sind. Bedauerlicherweise ist das Gegenteil der Fall. In 35 Fällen zeigte das Forum Rauchfrei Tabakkonzerne wegen gesetzeswidriger Tabakwerbung bei kommunalen Aufsichtsämtern ohne Erfolg an. Es werden mehrere der angezeigten Tabakwerbeplakate und die Reaktionen der Behörden darauf gezeigt. Trotz Unterstützung der Bundesdrogenbeauftragten und vieler Expert/innen verliefen alle Verfahren im Sande. Der Beitrag hat einen direkten Bezug zu der aktuellen Diskussion innerhalb der Bundesregierung über ein Verbot von Tabakwerbeplakaten.

| Fr II 16.15 Uhr | Suchtprävention im Setting Familie – An der Partizipation von Eltern führt kein Weg vorbei |
|---|---|

### „PEaS – ein evaluiertes Berliner Programm zur Inklusion von Eltern“

*Kerstin Jüngling, Leiterin Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin*

„PEaS – Peer-Eltern an Schule“ wurde von der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, pad e.V. und der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse entwickelt und wird seit dem Schuljahr 2009/2010 in Berlin nachhaltig umgesetzt. PEaS ist ein evaluiertes und qualitätsgesichertes Berliner Programm der Elternbildung zur Alkohol- und Suchtprävention in den Settings Schule, Stadtteil/Kommune und ist in seiner Umsetzung zugeschnitten auf die Bedarfe und Ressourcen vor Ort. Das „Herzstück“ ist ein Kursangebot für Eltern von Kindern in der dritten bis sechsten Klasse mit dem Ziel, Eltern zu gewinnen und zu aktivieren, als Peers zu suchtpräventiven Themen an der Grundschule ihres Kindes tätig zu werden. Das Programm steht allen Eltern unabhängig von Herkunft, Kultur, Religion, Sprache etc. offen. Durch mehrsprachige Materialien, Dolmetscher/innen und Einbindung bereits vorhandener Integrationsmaßnahmen an den Schulen wird der Zugang für Eltern mit Migrationshintergrund geebnet. Dies bestätigt die Praxis: In Tempelhof-Schöneberg haben 49 Prozent der Kursteilnehmer/innen aus den ersten zwei Schuljahren einen Migrationshintergrund (acht verschiedene Nationen).
Die Leitgedanken des PEaS-Konzeptes sind:
1) Eltern können eine Menge tun, um ihre Kinder vor Suchtgefahren zu schützen.
2) Eltern wird verdeutlicht, dass Schule ein Ort ist, den sie mitgestalten können.

### „Elterliche Regeln für das Nichtrauchen ihrer Kinder – Ergebnisse einer randomisierten Interventionsstudie“

*Sven Buth, Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung Hamburg*

Aus wissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass die normative Ablehnung des Rauchens durch die Eltern einen wichtigen Einfluss auf das Nichtrauchen der eigenen Kinder hat. Das gilt selbst, wenn die Eltern rauchen. Vielen Eltern ist dieser Sachverhalt jedoch nicht bekannt. Insbesondere rauchende Eltern denken, dass sie unglaubwürdig sind, wenn sie versuchen, ihre Kinder vom Rauchen abzuhalten. Deshalb versuchen sie es gar nicht.
Basierend auf diesem Erkenntnisstand wurde in einem Modellprojekt eine Intervention erprobt, die sich gezielt an die Eltern richtet, sowohl an nichtrauchende als auch an rauchende Väter und Mütter. Diese Maßnahme besteht aus einer etwa 30 minütigen Informationsveranstaltung, in denen Regeln einer „Anti-Raucher-Erziehung“ vermittelt werden (im Rahmen eines Elternabends). Die Intervention wurde entwickelt von der Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung (KOSS, Kiel).

In einer randomisierten Kontrollgruppenstudie (2007/2008) wurden sowohl die Inanspruchnahme und Akzeptanz als auch die Konsumeffekte dieser neuen Intervention erfasst (Eltern N=2.500, Schüler N=2.800). Insbesondere die Ergebnisse einer logistischen Regressionsanalyse zeigen, dass die Elternintervention einen positiven Einfluss auf das jugendliche Rauchverhalten hat. Insgesamt können die Evaluationsergebnisse als ein Erfolg der Intervention bewertet werden. Gefördert wurde die Studie vom Bundesministerium für Gesundheit.

# HIV/AIDS

**Fr II 16.15 Uhr** **Partnerschaftlich gegen AIDS – global denken – lokal handeln**

### „HIV and AIDS in der Region Swerdlowsk. Was macht die Regierung? Was kann eine nicht-staatliche AIDS-assoziierte Organisation leisten?"

*Marina Khalidova, Leiterin der regionalen öffentlichen Stiftung Novoye Vremya, Jekaterinburg, Russische Föderation*

Eine der am stärksten von HIV betroffenen Regionen Russlands ist die Region Swerdlowsk mit 4,3 Millionen Einwohner/innen: Über 53.000 Menschen sind offiziell als HIV-infiziert registriert. Die geschätzte Anzahl liegt bei über 100.000 Betroffenen.
Die Mängel des staatlichen Gesundheits- und Sozialsystems, dessen Unfähigkeit, mit Drogenkonsumenten und anderen marginalisierten gesellschaftlichen Gruppen umzugehen sowie das Fehlen von spezifischen Qualifikationen und genügend Personal führen dazu, dass viele HIV-Infizierte die notwendige medizinische Versorgung erst später als nötig erhalten.
In dem Workshop sollen die Strategie und die Ergebnisse der Arbeit von Novoye Vremya vorgestellt werden. Diese NGO begann ihre Arbeit 1999 mit der Implementierung von HIV-Präventions-Programmen für intravenös Drogenabhängige. Später wurde die Arbeit auf die Unterstützung HIV-infizierter Menschen ausgerichtet.
Die Erfahrung dieser Non Governmental Organization mit wenigen Mitarbeiter/innen und einem limitierten Budget zeigt, dass Strategien, die unter Berücksichtigung der Spezifika konkreter vulnerabler Gruppen entwickelt und durch internationale Kooperation unterstützt werden, selbst unter den Bedingungen einer riesigen Russischen Region mit hoher HIV-Prävalenz gute Resultat erbringen können.

### „Exemplarische Beispiele der AIDS-Arbeit in Wuppertal im Vergleich zu Russland. Idee des Projektes ‚Partnerschaftlich gegen AIDS - global denken - lokal handeln'"

*Karin Hoeltz, AIDS-Koordination, Gesundheitsamt Wuppertal*

Das Projekt „Partnerschaftlich gegen AIDS- global denken – lokal handeln" wurde zum Welt-AIDS-Tag 2005 vom AK Migration und AIDS-Prävention in Wuppertal gestartet. Ziel ist eine Kooperation mit Wuppertals Partnerstädten im AIDS-Bereich. Während sich die Zusammenarbeit mit den anderen Partnerstädten schwierig gestaltet, wurde über den Freundeskreis Wuppertal-Jekaterinburg und den BDWO schnell der Kontakt zu der NGO „Novoye Vremya" in Jekaterinburg hergestellt. Deren aktive Leiterin, die Ärztin Marina Khalidova, hat mehrfach allein und mit unterschiedlichen Delegationen Wuppertal besucht. Die Wuppertaler AIDS-Koordinatorin sowie Mitglieder des Freundeskreises Wuppertal-Jekaterinburg sind nach Jekaterinburg gereist und haben die Arbeit von Novoye Vremya und die Bedingungen in Russland kennengelernt.
In dem Workshop sollen die bisherige Kooperation und die geplanten Projekte inklusive den sich ergebenden Problemen dargestellt werden. Im Rahmen der Besuche wurden Unterschiede und Gemeinsamkeiten der AIDS-Arbeit in Russland und Deutschland deutlich, die anhand einiger Beispiele vorgestellt werden sollen.

| Sa II 9.00 Uhr | Stigmatisierung als Barriere für erfolgreiche Prävention: Das Beispiel HIV |
|---|---|

## „HIV-bezogene Stigmatisierung: Einführung“

*Jochen Drewes, Freie Universität Berlin*

Die HIV-Infektion ist eine in besonderem Maße stigmatisierte Erkrankung. HIV-Stigma wurde unter anderem definiert als Vorurteile, Abwertung und Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS und den Menschen, Gruppen und Communities, die mit ihnen in Verbindung stehen (Herek, 1990). Die Stigmatisierung von HIV-Infizierten ist mit negativen gesundheitlichen Konsequenzen für die Betroffenen verbunden, HIV-Stigma behindert aber auch eine wirksame gesellschaftliche Antwort auf die Herausforderungen, die durch HIV und AIDS an sie gestellt werden. Aktuelle Forschungsschwerpunkte liegen auf der empirischen Ermittlung von Prävalenzen des HIV-Stigmas in der Allgemeinbevölkerung und der Wahrnehmung und Internalisierung von Stigma durch Menschen mit HIV/AIDS sowie auf der Analyse der Konsequenzen und der Strategien zur Bewältigung der Stigmatisierung. Übergeordnetes Ziel von Forschungsbemühungen ist in der Regel die Bekämpfung des HIV-Stigmas. Neben einem kursorischen Überblick über den Forschungsstand zu HIV-Stigma werden im Rahmen des Beitrags eigene Forschungsergebnisse zu Prävalenzen und Prädiktoren HIV-bezogener Stigmatisierung unter HIV-negativen bzw. ungetesteten Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Diese werden kontrastiert mit dem Grad der Stigmatisierung, die HIV-positive MSM in der schwulen Community wahrnehmen.

## „Positive Stimmen – der PLHIV Stigma Index in Deutschland – Die Photo-Voice-Methode zur Dokumentation von Diskriminierung“

*Melike Yildiz, Carolin Vierneisel, Projekt „positive stimmen – der HIV Stigma Index“, Berlin*

HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung stellen zwei der Haupthindernisse für eine erfolgreiche HIV-Prävention dar. UNAIDS stellt in seiner Übersicht der Forschungsliteratur 2008 fest: HIV-bezogene Stigmatisierung verhindert frühzeitige Testung und ART-Beginn und bedingt eine geringere Therapietreue. Ein innovatives Projekt zur Auseinandersetzung mit Stigmatisierung ist der unter anderem von UNAIDS international initiierte PLHIV Stigma Index, der Forschung und Strukturförderung der Selbstorganisation bei Menschen mit HIV verknüpft. Dies geschieht über den Ansatz der Peer-Forschung, d.h. in diesem Fall: HIV-Positive werden ausgebildet, um die Daten zu erlebter Stigmatisierung über Interviews selbst zu dokumentieren. Im August 2011 startete das Projekt unter dem Namen „positive stimmen“ auch in Deutschland. Die Ergebnisse dienen der Interessenvertretung von Menschen mit HIV und sollen aufzeigen, an welchen Stellen die Selbstorganisation von HIV-Positiven weiter gefördert werden kann. Ein weiterer Ansatz zur Auseinandersetzung mit Diskriminierung ist Foto-Voice, eine kreative Methode, mit der Gruppen über Bilder ihren Erfahrungen Ausdruck verleihen können. Die Kraft von visueller Dokumentation und Erzählung wird verbunden, Erfahrungen werden ausgetauscht und neue Einsichten gewonnen. Afro-Leben+ wendet den Ansatz, wissenschaftlich unterstützt, 2012 zum Thema HIV und Migration an.

## „Die Gemeinschaftskampagne ‚Positiv zusammen leben. Aber sicher!‘ gegen Diskriminierung und Stigmatisierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“

*Michael Eckert, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln*

Die Welt-Aids-Tag-Kampagne „Positiv zusammen leben. Aber sicher!“ stellt erstmals in Europa im Rahmen einer öffentlichen nationalen Kampagne authentische Menschen mit HIV in den Fokus der Öffentlichkeit. Träger der Kampagne ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Kooperationspartner sind die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) sowie die Deutsche AIDS-Stiftung (DAS). Die Kampagne zeigt eine große Vielfalt des Lebens mit HIV. HIV-positive Menschen stellen sich mit ihren authentischen, beeindruckenden Geschichten mutig in den Fokus der Öffentlichkeit. Mit herausfordernden Fragen auf Großflächenplakaten sowie in einem Kino- und TV-Spot regen sie dazu an, sich mit dem Thema auseinander-zusetzen. Die Kampagnenseite www.welt-aids-tag.de wird dabei zur zentralen Kommunikationsplattform, auf der jeder seine Meinung sagen, in den Diskurs mit den Kampagnen-Botschaftern treten und sich informieren kann. Video-Clips und Porträts aller Botschafter zeigen eindrucksvoll die viel-schichtige Realität ihres Lebens und tragen dazu bei, dass die Menschen in Deutschland verantwortungsvoll mit dem Thema HIV umgehen. Ende 2011 leben mehr als 73.000 Menschen in Deutschland mit HIV und Aids. Die Kampagne soll dazu beitragen, dass HIV-Positive oder an Aids-Erkrankte ohne Ausgrenzung und Diskriminierung in unserer Gesellschaft leben können.

| Sa II 11.00 Uhr | Soziale Benachteiligung und HIV: empirische Grundlagen und aktuelle Präventionsansätze |
|---|---|

### „Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die HIV-Vulnerabilität von MSM“

*Dr. Michael Bochow, Todd Sekuler, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)*

Zur Befragung: Seit 1987 werden in der Bundesrepublik Deutschland Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), vor dem Hintergrund ihrer besonderen Betroffenheit durch HIV/Aids befragt. 2010 wurde die neunte Befragung in dieser Reihe in den Monaten Juni, Juli und August durchgeführt, zum ersten Mal im Rahmen einer groß angelegten europäischen Online-Befragung (www.emis-project.eu). In Deutschland beteiligten sich über 54.000 MSM. Die große Stichprobe ermöglicht es, differenzierter die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die HIV-Vulnerabilität von MSM zu analysieren.
Ergebnisse: Unterschiede nach sozioökonomischem Status zeigen sich im Eingehen von Risikokontakten (ungeschützte Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus). 67 Prozent der Befragten mit Hauptschulabschluss geben keine Risikokontakte in den 12 Monaten vor der Befragung an, es sind 75 Prozent der Befragten mit Abitur. Die Unterschiede verstärken sich, wenn der sozioökonomischen Status (SES) betrachtet wird. Die Prävalenz von HIV ist ebenfalls stark abhängig vom SES. 19 Prozent der getesteten Befragten in der niedrigsten SES-Gruppe sind positiv getestet, dagegen 11 Prozent der MSM in der höchsten SES-Gruppe. Dieser schichtspezifische Unterschied zeigt sich unabhängig vom Alter.
Schlussfolgerungen: Das Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit der eingehenderen Berücksichtigung der Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit von MSM, eine Aufgabe, die weit über die Möglichkeiten der HIV-Prävention hinausgeht.

### „Partizipative HIV-Präventionsangebote für junge männliche Sexarbeiter: ‚Have a LOOK(S)!‘“

*Sabine Reinke, Looks e.V., Köln*

Das Präventionsangebot richtet sich an junge männliche Prostituierte, die über keine oder nur sehr geringe Lese-, Schreib- und Deutschkenntnisse verfügen. Obwohl die Zielgruppe dringend auf Basisinformationen zum Schutz vor HIV und Sexually Transmitted Infections angewiesen ist, können junge Sexarbeiter, die häufig aus dem Ausland kommen, über herkömmliche Präventionsmaterialien nicht erreicht werden. Aus diesem Grund werden die dringend erforderlichen Schutzbotschaften über Video- und Audiodateien vermittelt, die auch auf Handys abspielbar sind. Durch kostenlose Bluetooth-Übertragung und die Tatsache, dass die Zielgruppe nahezu vollständig mit Handys ausgestattet ist, bieten sich mehrsprachig produzierte Clips besonders an. Sie sind sowohl beim Streetwork wie auch individuell nutzbar und können durch die männlichen Prostituierten unkommentiert verstanden werden.
In den Videos und Audiodateien werden grundlegende Safer-Sex- und Safer-Work-Regeln erklärt. Außerdem wird in einem der Videos die Anlauf- und Beratungsstelle beschrieben. So werden Schwellenängste vor einem Erstbesuch der Räumlichkeiten abgebaut. Die jungen Männer erkennen die Haus- Fassade wieder, was ihnen die Orientierung und den Weg zum Versorgungsangebot erleichtert. Die Jungs – wie sich die Klienten selbst nennen – haben sich in allen Projektphasen intensiv eingebracht. Sie gaben über ihren Aufklärungsbedarf Auskunft und entwickelten die Drehbücher mit. Fremdsprachige Texte wurden und werden von den Klienten selbst übersetzt und eingesprochen. Dieser partizipative Ansatz erhöht die Authentizität. So wird dem Gesagten und Gezeigten eine hohe Glaubwürdigkeit zugesprochen.

### „Aufsuchende HIV-Testangebote für Männer, die Sex mit Männern haben, in Deutschland – Ergebnisse einer Expertenbefragung“

*Nicole Sadlowski, Jochen Drewes, Dieter Kleiber, Freie Universität Berlin*

Der HIV-Test gewinnt zunehmend an Bedeutung in der primären und sekundären HIV-Prävention bei MSM. Die Entwicklung eines stärkeren Bewusstseins für die Wichtigkeit des HIV-Tests und damit einhergehend die Kenntnis des eigenen Serostatus erscheint gerade für MSM, die HIV-Risiken aufweisen, sich aber bisher nicht haben testen lassen, notwendig. Eine Voraussetzung dafür ist die Entwicklung neuer Ansätze in der HIV-Prävention und ihre Erprobung. International werden aufsuchende HIV-Testangebote, die außerhalb der Institutionen den HIV-Test an Treffpunkten von MSM durchführen, als gute Möglichkeit zur Erreichung dieser Zielgruppen betrachtet, wobei jedoch auch spezifische Probleme zu berücksichtigen sind. In Deutschland werden aufsuchende HIV-Testangebote für verschiedene MSM-Zielgruppen und in unterschiedlichsten Settings durchgeführt.

Im Rahmen des Beitrags werden neben den Zielen und erfolgreichen Bestandteilen aufsuchender HIV-Testangebote, auch die Einstellungen und der Umgang mit häufigen Diskussionspunkten dargestellt. Die auf Erfahrung beruhenden Wissensstände der sehr unterschiedlichen Projekte, können bei der Konzeption neuer und Optimierung bestehender Angebote sehr hilfreich sein.

# Bildung

**Fr II 14.15 Uhr** **Gesundheitskompetenz und Risikokommunikation**

### „Gesundheitskompetenz aus Sicht von Bürgerinnen und Bürgern – Ergebnisse einer empirischen Studie“

*Dr. Gabriele Seidel, Antje Bütehorn, Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover*

Bürger/innen müssen heute mehr denn je in der Lage sein, aktiv mit Gesundheit und Krankheit umzugehen. International sind die gesundheitsbezogenen Anforderungen und Fähigkeiten unter dem Begriff „Health Literacy“ zusammengefasst. Der Health Literacy Begriff hat sich in den letzten Jahren von einem rein über funktionelle Fertigkeiten definierten Begriff hin zu verschiedenen Gesundheitskompetenzkonzepten entwickelt, die auf unterschiedlichen Auffassungen von Gesundheitskompetenz basieren. Vorliegend liegen diesen Konzepten Expertenmeinungen zugrunde. Vor dem Hintergrund der Patientenorientierung wurden deshalb zur weiteren Erforschung der Gesundheitskompetenz im Rahmen einer qualitativen Studie Bürger/innen und Patient/innen systematisch zu ihrer Definition von Gesundheitskompetenz und der Operationalisierung dieser Definition befragt. Ziel der Studie ist es, die Dimensionen der Gesundheitskompetenz aus Sicht von Bürger/innen und Patient/innen zu erfassen. Auf der Grundlage einer Literaturrecherche wurde ein Gesprächsleitfaden als strukturierende Grundlage entwickelt, der in 20 qualitativen telefonischen Interviews mit gesunden und chronisch kranken Bürger/innen im Gesprächsverlauf flexibel zum Einsatz kam. Die Interviews wurden mit Audiogeräten aufgezeichnet und transkribiert und unter Nutzung von MAQUDA inhaltsanalytisch ausgewertet.
In dem Vortrag werden erste Ergebnisse dieser Studie vorgestellt.

### „Thesen zu Ressourcen, Stolpersteinen und dem Einfluss gesellschaftlichen Wandels auf Gesundheitskompetenz und Gesundheitshandeln von Männern“

*Felicitas Jung, Gesundheitsamt Bremen, Prof. Dr. Frauke Koppelin, Hochschule Oldenburg*

Männer leben kürzer als Frauen, sind aber mit ihrer Gesundheit zufriedener. Gleichzeitig gehen sie mehr gesundheitliche Risiken ein. Damit entsprechen sie männlichen Rollenbildern. Aber gesundheitlich riskante Verhaltensweisen zeigen sich überdurchschnittlich häufig bei sozial benachteiligten Männern und vor allem sie trifft die frühzeitige Sterblichkeit. Andererseits stellt sich auf dem Hintergrund einer sich ausweitenden Präventionskultur (Pflicht zur Gesundheit) die Frage, ob beispielsweise die geringe Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung nicht eine besondere Gesundheitskompetenz von Männern ist, die sie vor unnötigen Behandlungen schützt (Überversorgung und Fehlbesorgung)?
Ein differenzierter Blick auf die Gesundheit von Männern scheint angebracht zu sein. Welche Männer sind womit unterversorgt? Und daraus folgend, welche Angebote und welche Strategien können die identifizierten Zielgruppen erfolgreich erreichen?
Der gesellschaftliche Wandel bietet Handlungsspielräume, die bei der Entwicklung positiver und gesundheitsfördernder Männerbilder nutzbar sind. Bei der Durchführung und Entwicklung von Angeboten sollten jedoch auch für Männer der "State of the Art" eingehalten werden. Das heißt bei Früherkennungsmaßnahmen sollte die informierte Entscheidung ermöglicht werden und bei gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten sollten die alten gesundheitsfördernden WHO-Kriterien berücksichtigt werden, wie Partizipation, Empowerment, Ressourcenförderung und die Einbettung in die Lebenswelten (Setting).

### „Umgang mit Unsicherheit in der Medizin“

*Dr. Wolfgang Gaissmaier, Harding Zentrum für Risikokompetenz, Max-Planck-Instistut für Bildungsforschung, Berlin*

Als die britische Presse meldete, dass die Antibabypille das Risiko einer Thromboembolie um 100 Prozent erhöht, setzten viele Frauen die Pille ab, was zu etwa 14.000 zusätzlichen Abtreibungen führte. Was bedeuten diese 100 Prozent? Das absolute Risiko stieg von eins auf zwei von je 7.000 Frauen an. Hätten die Frauen dies gewusst, wären unnötige Angst, ungewollte Schwangerschaften und £4-6 Millionen Kosten vermieden worden. Dieses Beispiel verdeutlicht, wie stark unser Zahlenverständnis von der Darstellung abhängt – und nicht nur von unserer Intelligenz. Man kann Einsicht durch passende Repräsentation erzeugen oder aber unnötige Ängste und Hoffnung durch nicht-transparente Formen. Patient/innen und Ärzt/innen können absolute Risiken („1 in 7000“) viel besser einschätzen als relative Risiken ("100 Prozent"). Aber relative Risiken sind werbewirksamer: Die PSA-gestützte Früherkennung senkt das Risiko, an Prostatakrebs zu sterben um 20 Prozent, warb kürzlich eine Pressemitteilung. Das bedeutete: Um einen Tod durch Prostatakrebs zu verhindern, muss man 1.410 Menschen regelmäßig testen und 48 davon unnötig behandeln, was zu Inkontinenz oder Impotenz führen kann. Dies verdeutlicht ein grundlegendes Problem unseres Gesundheitssystems. Viele Informationen sollen gar nicht informieren, sondern Menschen überreden, das vermeintlich Richtige zu tun – als könnten sie nicht selbst entscheiden. Es ist jedoch eindrücklich belegt, dass sie das sehr wohl können, sobald Journalisten, Broschüren und Ärzte verständlich informieren.

## Salutogenese

**Fr II 16.15 Uhr** **Salutogenese – Eine Meta-Theorie für die Prävention**

### „Gesundheitsförderung und Prävention – Zum Impuls der Salutogenese“

*Rüdiger-Felix Lorenz, Zentrum für Gesundheitsförderung, Hannover*

Gesundheit (Salutogenese) und Krankheit (Pathogenese) sind im Ansatz Aaron Antonovskys in der Annahme eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums nicht als Gegensätze, sondern als zwei Möglichkeiten menschlicher Existenz zu betrachten. Gesundheit kann als Ziel von Prävention als auch als Entwicklungsaufgabe in der Lebensspanne verstanden werden. Dabei sucht die gesundheits-bezogene Prävention Belastungs- und Risikofaktoren zu reduzieren, während die Gesundheitsförderung Bewältigungsressourcen zu bestärken trachtet. Das Wesen des Menschen ist zudem in seiner individuellen und in seiner kollektiven Dimension zu sehen. So sind Pathogenese und Salutogenese zugleich in den Kontexten unserer Biographie und in unserer gesellschaftlichen Realität verortet. Aufgrund der Herausforderungen der spätmodernen „Risikogesellschaften“ (Beck 1986) und der fortschreitenden Veränderungsdynamik werden wir zunehmend mit einem Wesensanteil des Menschen konfrontiert, der sich in sozialen Erkrankungen wie Hartherzigkeit, Rücksichtslosigkeit, ja Schuldunfähigkeit manifestiert. Wie die sozialepidemiologische Forschung zeigt, haben belastende gesellschaftliche Verhältnisse wie Mangel, Elend, Armut und Ausgrenzung ein hohes pathogenes Potenzial. Als Natur- und Kulturwesen sind wir alle zur Sicherstellung von Integrität und Würde in der Verantwortung Entwickungspotenziale sowie kooperative Bemühungen zu fördern und gezielt in soziallagenbezogene Hilfemaßnahmen auf der Basis des salutogenetischen Ansatzes zu integrieren.

### „Salutogenese ist Prävention“

*Dr. med. Burkhard Dresen, Institut für Salutogenese und Ressourcenoptimierung, Ahlen*

Wenn der Lauf des Lebens einem großen Fluss mit unsicheren Ufern entspricht, in den die Menschen hineinfallen und in gefährliche Strudel geraten können, so könnte man die Methoden der kurativen Medizin so beschreiben, dass die vom Ertrinken bedrohten mit größtem Aufwand aus den Fluten gerettet werden. Prävention wäre bei diesem Gleichnis, die Ufer zu befestigen und vor allem, die Menschen schwimmen zu lehren, damit sie – falls sie doch einmal in die Fluten geraten – selbst wieder das rettende Ufer erreichen können. Genau dieses Bild verwendete Aaron Antonovsky, der Begründer der Salutogenese bei der Beschreibung seines Konzeptes im Vergleich zur pathogenetischen Herangehensweise der Schulmedizin. Entsprechend ist der salutogenetische Gedanken schon vom Grundsatz her präventiv, nämlich unter

Ausnutzung individueller Ressourcen den Menschen zu helfen, gute Schwimmer im Fluss des Lebens zu werden.

### „Warum Pippi Langstrumpf keine Sucht brauchte! Arbeitssuchend und gesund bleiben durch Kohärenz“

*Heike Kuhl, Salutogenese Coaching, Berlin*

Der schlechte Gesundheitszustand arbeitsloser Menschen ist inzwischen unbestritten. Denn für die Stimmigkeit des eigenen Lebensentwurfs ist ein zentraler und individueller Aspekt die Rolle im Berufs- und Privatleben. Ungefähr 34 Prozent der Langzeitarbeitslosen leiden an psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen. Depressivität, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit und Hilfslosigkeit bis hin zur Resignation, ein geringes Selbstwertgefühl, Aktivitätsverlust und Einsamkeit stellen wesentliche Symptome einer schlechten Gesundheit von Arbeitslosen dar. Die damit verbundenen Folgen füttern einen Kreislauf, der es ihnen immens erschwert, den Ausstieg aus der Arbeitslosigkeit zurück in den ersten Arbeitsmarkt selbst aktiv zu erreichen. Ob aus körperlichen Reaktionen auf Anforderung und Stress im weiteren Verlauf gesundheitsschädigende Prozesse entstehen, ist von der Bewertungs- und Bewältigungsreaktion jedes Einzelnen abhängig. Wenn Menschen Gesundheit und Krankheit, Krisen, Herausforderungen und gelungene Phasen als Teil des menschlichen Werdegangs betrachten können, entsteht im Leben ein Gefühl von Sinnhaftigkeit. Wie kann diese Haltung von Arbeitssuchenden selbst und durch Multiplikatoren gefördert werden? Am Praxisbeispiel soll in diesem Kurzvortrag der Prozess gezeigt werden, wie durch die Arbeit mit dem Ansatz der Salutogenese präventiv die Gesundheit von Arbeitssuchenden erhalten bleibt und ihre Selbstwirksamkeit gestärkt wird.

### „‚Wenn die Welt in einem Mal zusammenfällt‘: Zur Methode der salutogenetischen Lebensweltanalyse“

*Richard Bettmann, Universität Duisburg-Essen, Dortmund*

In diesem Vortrag möchte ich die Methode der salutogenetischen Lebensweltanalyse vorstellen. Diese habe ich aus der Analyse eines narrativen Interviews mit einem schwer depressiv erkrankten Menschen heraus entwickelt. Das Ziel dieser Analyse ist es, die salutogenetischen- lebensweltlichen Faktoren aus den narrativen Darstellungen der Betroffenen herauszuarbeiten, anhand derer ein salutogenetisch ausgerichteter Behandlungsplan für den Betroffenen erstellt werden kann. Grundsätzlich ist die Analyse salutogenetisch ausgerichtet. Dennoch kann sie über die Analyse struktur-dekonstruierender Merkmale in der Lebenswelt des Betroffenen auch dazu beitragen, lebensweltliche Risikofaktoren zu identifizieren, auf die in der Behandlung dann präventiv eingegangen werden kann. Dabei werden sowohl die struktur-dekonstruierenden als auch die struktur-stärkenden Faktoren in der Lebenswelt des Patienten analysiert. In ihrer Theorie stützt sich die Methode auf die Arbeiten zur Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky und auf die Arbeiten zur Lebensweltanalyse von Thomas Eberle. In dem geplanten Vortrag möchte ich die Entdeckung der Methode anhand des Interviewmaterials präsentieren und auf die Implikationen zur Professionalisierung der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden am Beispiel der salutogenetischen Lebensweltanalyse verweisen.

# Studium und Beruf

**Fr II 11.30 Uhr** **Qualität der Hochschulbildung im Kontext beruflicher Perspektiven**

*Susanne Bauer, Prof. Dr. Holger Hassel, Hochschule Coburg, Dr. Kerstin Baumgarten, Hochschule Magdeburg-Stendal; Prof. Dr. Ilsabe Sachs, Hochschule Neubrandenburg*

Für den 17. Kongress Armut und Gesundheit gestalten die Hochschulen Coburg, Magdeburg-Stendal und Neubrandenburg eine Veranstaltung für die Rubrik „Studium und Beruf" mit dem Schwerpunkt „Qualität der Hochschulbildung im Kontext beruflicher Perspektiven". Die beteiligten Hochschulen werden diesen Beitrag in Form eines Workshops mit interessierten Studierenden, Absolvent/innen, Dozent/innen und anderen Interessensgruppen durchführen. Hintergrund sind Absolvent/innenbefragungen der teilnehmenden Hochschulen zur Studiensituation und zu den Beschäftigungsmöglichkeiten für Absolvent/innen gesundheitswissenschaftlicher und pflegewissenschaftlicher Studiengänge. Diese Hochschulangebote sind weitgehend erst seit Beginn der 90er Jahre, vielfach erst im letzten Jahrzehnt entstanden und haben seitdem zu einer Akademisierung und Professionalisierung in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens beigetragen. Die Auswertung und Veröffentlichung der Befragungen liefern im Sinne des kontinuierlichen Qualitätsmanagements wichtige Informationen, um das Studienangebot weiterzuentwickeln sowie die Studierenden adäquat auf das Berufsleben vorzubereiten. Ziel der durchgeführten Studien und des angebotenen Workshops ist es, Aussagen über die Berufsfelder sowie über die Berufseinmündung und Berufswege der Absolvent/innen dieser jungen Studiengänge zu gewinnen. Zugleich ermöglichen die Ergebnisse der Studie eine Exploration und Bewertung der bisherigen Studienangebote und eine Weiterentwicklung der Curricula und Studiengänge.

**Fr II 14.15 Uhr** **Prävention (wirkt) an Hochschulen**

**„Zur Wirksamkeit von Beratungsangeboten bei Studierenden"**

*Dr. Katrin Lohmann, Dr. Dr. Burkhard Gusy, Freie Universität Berlin*

Hintergrund: Studierende sind im Verlauf ihres Studiums einer Vielzahl von Anforderungen ausgesetzt, die mit der Umstellung auf das Bachelor-Master-System noch gestiegen sein dürften. Die Hochschulen etablierten eine Vielzahl von Beratungsangeboten um die Studierenden bedarfsgerecht unterstützen zu können. Es ist bisher jedoch wenig erforscht, wie hilfreich diese Angebote für Studierende sind. Die vorgestellte Studie geht der Frage nach, ob die Beratungsangebote die hilfesuchenden Studierenden erreichen und ob Beratung die subjektive Gesundheit der Studierenden verbessert.
Methode: Im Rahmen einer periodischen Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheit im Studium (GiS) wurden die Studierenden der Freien Universität Berlin mit einem Online-Instrument gefragt, zu welchen Themen sie in letzter Zeit Beratungsbedarf hatten, zu welchen Themen sie sich beraten ließen, wo sie sich beraten ließen und wie zufrieden sie mit der Beratung waren. Darüber hinaus wurden soziodemografische Parameter, Aspekte des Studiums und der subjektiven Gesundheit erfasst. Sechs Monate nach der Befragung wurden die Studierenden zu einer Wiederholungsbefragung eingeladen.
Ergebnisse: Differenziert werden kann zwischen Gruppen, die Beratungsbedarf (ja/nein) äußerten und eine Beratungsleistung (ja/nein) in Anspruch nahmen. Diese Gruppen unterscheiden sich in ihrer selbstberichteten Gesundheit.
Schlussfolgerung: Um gesundheitliche Fehlentwicklungen zu verhindern bzw. deren Folgen zu mindern, sollte den Studierenden besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, die keinen Zugang zum Beratungssystem haben oder mit der Beratungsleistung nicht zufrieden waren. Ein Ausbau bzw. eine Anpassung des Beratungsangebots, basierende auf diesen Analysen, wäre wünschenswert.

**„ALICE GESUND – Wie wirkt Gesundheitsförderung an der Alice Salomon Hochschule?"**

*Prof. Dr. Theda Borde, Nadine Gajewski, Maren Knade, Berthe Khayat, Alice Salomon Hochschule Berlin*

Im Rahmen des Projektes „alice gesund – gesundheitsfördernde Hochschule" wurden an der Alice Salomon Hochschule Berlin zahlreiche gesundheitsorientierte Maßnahmen umgesetzt. Die Wirkung dieser Prozesse auf die Studien- und Arbeitsbedingungen und das Gesundheitsverhalten der Hochschulangehörigen gilt es nun zu evaluieren. Ein Segment dabei bildete die Stichprobenbefragung der Studierenden des Sommersemesters 2011 zum Thema „Hat sich das Gesundheitsverhalten der Studierenden an der ASH

gegenüber der in 2009 durchgeführten Befragung durch „alice gesund“ aufgrund der daraufhin eingeführten Maßnahmen spürbar verändert?“ Grundlage für die Erhebung bildeten Items aus dem standardisierten Fragebogen, welcher bereits für die in 2009 durchgeführte Studierendenbefragung eingesetzt wurde. Neben den soziodemografischen Daten und den Angaben zum Einkommen wurden Fragen zur allgemeinen Gesundheit gestellt. Des Weiteren wurde das Verhalten und die Einstellung der Studierenden unter anderem bezüglich Bewertung der Mensa und Bewegung/Sport untersucht. Im Vergleich zur Befragung in 2009 sind tendenziell positive Entwicklungen in fast allen Bereichen zu verzeichnen. Besonders deutlich zeigt sich dieses am Rückgang der belastenden Symptome (Nacken- oder Schulterschmerzen, Konzentrationsstörungen) sowie an der verstärkten Zufriedenheit mit dem Mensaangebot. Die Studie zeigt, dass die Alice Salomon Hochschule Berlin bereits auf dem richtigen Weg ist, gleichzeitig aber noch einiges zu tun bleibt.

### „‚Hol dir deinen beneFIT‘ – Einführung eines Gesundheitspasses für Studierende an der Universität Paderborn“

*Carolin Köster, Prof. Dr. Hans Peter Brandl-Bredenbeck, Astrid Kämpfe, Universität Paderborn*

Der beneFIT@upb.de ist ein Gesundheitspass für Studierende und beruht auf Ergebnissen des Pilotprojekts „Studium heute: gesundheitsfördernd oder -gefährdend? Eine Lebensstilanalyse“, welches von 2009 bis 2011 an der Universität Paderborn in Kooperation mit dem Arbeitskreis Gesunde Hochschule und dem Hochschulsport Paderborn sowie der Techniker Krankenkasse durchgeführt wurde. Ziel war es, im Sinne der Phasen des Public Health Action Cycle, Lebensstile von Studierenden theoriegeleitet zu untersuchen (vgl. Antonowsky, 1997; Ottawa Charter for Health Promotion, 1986; Bünemann, 2008), mögliche gesundheitliche Problembereiche zu identifizieren und zielgruppenspezifische Unterstützungsmaßnahmen für den Kontext Hochschule zu entwickeln.
Mittels Online-Fragebogen wurden N=1.884 Paderborner Studierende zu zahlreichen gesundheitsrelevanten Lebensstilen befragt. Die Analyse ergab, dass vor allem die psychische Gesundheit ein Problembereich der Studierenden ist. Zudem schätzen weibliche sowie sportabstinente Studierende ihren Gesundheitszustand schlechter ein und empfinden Belastungen im Studienalltag stressreicher als ihre männlichen und sportlich aktiven Kommilitonen. Im Rahmen des Vortrags wird die auf diesen Befunden basierende Konzeption des beneFIT@upb.de, der Theorie-Praxis-Transfer und die geplante Evaluation des Passes vorgestellt.

## Fr II 16.15 Uhr — Berufspolitische Interessenvertretung in der Gesundheitsförderung – Die Berufsgruppe Gesundheitsförderung institutionalisiert sich

### „Berufsverbände in der Gesundheitsförderung“

*Katja Richter, Berufsverband Gesundheitsförderung e.V., Magdeburg; Fabian Drescher, Berufsverband Integrative Gesundheitsförderung e.V., Coburg*

Zurzeit arbeiten in Deutschland zwei Berufsverbände als Interessenvertretung von professionell in der Gesundheitsförderung Tätigen. Sowohl der Berufsverband Gesundheitsförderung e.V. in Magdeburg als auch der Berufsverband Integrative Gesundheitsförderung e.V. in Coburg werden von Studierenden, Absolvent/innen der örtlichen Hochschulen getragen.
In diesem Referat können sich die Teilnehmenden über Organisation, Zweck und Tätigkeiten der bestehenden berufspolitischen Interessenvertretungen im Feld der Gesundheitsförderung informieren. Sie erfahren außerdem Grenzen, Herausforderungen sowie Möglichkeiten der Weiterentwicklung.

### „Vision: Deutschlandweite berufspolitische Interessenvertretung“

*Katharina Hengl, Berufsverband Integrative Gesundheitsförderung e.V., Coburg*

Derzeitige gesundheitspolitische Debatten in Deutschland werden über die demographische Entwicklung, die Herausforderungen chronischer Erkrankungen und die Wichtigkeit vorbeugender Strategien, kurzum über Kerninhalte der Gesundheitsförderung geführt. Dabei ist die Berufsgruppe Gesundheitsförderung wenig involviert. Langjährig etablierte Berufe, in denen Gesundheit als Querschnittsaufgabe begriffen wird, dominieren die Diskussion im Vergleich zu einschlägig professionell Tätigen. Welche Gründe gibt es dafür? Es fehlt der Berufsgruppe ein gemeinsames Verständnis ihrer Kernkompetenzen. Welche Rolle spielt in

diesem Zusammenhang die interdisziplinäre grundständige Ausbildung in der Gesundheitsförderung? Auf Basis dieser und weiterer Kernfragestellungen zielt das Referat darauf ab, den Teilnehmenden eine Vision vorzustellen: Die berufspolitischen Interessen professionell in der Gesundheitsförderung Tätiger werden deutschlandweit in Form eines gemeinsamen Verbandes gebündelt und vertreten.
Dies dient den Anwesenden als inhaltliche Grundlage, sich über Chancen, Risiken und Alternativen eines solchen Vorhabens auszutauschen. Darüber hinaus können weiterführende Fragestellungen zusammengetragen und konkrete Verabredungen getroffen werden.

| Sa II 9.00 Uhr | Organisationale Achtsamkeit – Ein Thema und Gewinn für das Setting Hochschule |
|---|---|

**„Interventionsmaßnahmen in universitären Lehrveranstaltungen zu Befinden und Aufmerksamkeit – Erfahrungen und Praxisbeispiele aus dem Setting Hochschule“**

*Simone-Nadine Löffler, House of Competence, Karlsruher Institut für Technologie (KIT)*

Der Karlsruher Interventionskatalog stellt ein anwendungsorientiertes Instrument dar, das Lehrenden im Hochschulkontext eine Auswahl von Interventionsmöglichkeiten im Sinne eines ganzheitlichen Lehr- und Lernkontextes bereitstellt. Es werden sowohl Einsatzmöglichkeiten als auch Grenzen möglicher Wirkungen innerhalb unterschiedlicher Lehrformate aufgezeigt. Eine Auflistung von Rahmenbedingungen, eine Darstellung der wissenschaftlich belegten Effekte, Vorschläge für die Einbettung in den Veranstaltungsablauf und Informationen über erforderliche Vorkenntnisse sollen die Auswahl aus ca. 100 Übungen der Bereiche Entspannung, Konzentration und Herz-Kreislauf-Aktivierung erleichtern. Zielsetzung dieser Interventionsmaßnahmen ist die positive Beeinflussung von Konzentration, Befindlichkeit und emotionaler Aktivierung, um somit das Lernen der Studierenden zu fördern. Die Effekte zehnminütiger Interventionen, die sich aus verschiedenen Übungen des Katalogs zusammensetzen, wurden innerhalb von Lehrveranstaltungen an 150 Studierenden des KIT untersucht. Sowohl Yoga- als auch Herz-Kreislauf-Aktivierungsübungen, die in Lehrveranstaltungen nach der Hälfte der Veranstaltungszeit durchgeführt wurden, erbrachten positive Effekte auf Befindlichkeit und subjektive Konzentrationsfähigkeit, während Übungen aus dem Bereich Konzentration/Koordination kontraproduktive Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit und z.T. auch auf das Befinden zeigten.

# Moderierte Posterpräsentation

**Fr II 13.00 Uhr Posterpräsentation**

## „Das Thema ‚Eltern werden'– (k)ein Thema für Teenager?"

*Lea Beckmann, Hochschule Fulda*

Die Phase der Adoleszenz ist eine Zeit, in der die persönliche, sexuelle und berufliche Identität junger Menschen entwickelt wird. Die Wahrscheinlichkeit, in dieser prägenden Lebensphase schwanger zu werden, ist bei Hauptschülerinnen wesentlich höher als bei Gymnasiastinnen. Die Ursachen liegen in mangelndem Verhütungswissen, Kommunikationsschwierigkeiten und ungeschütztem Geschlechtsverkehr.
Welche Vorstellungen und Einstellungen haben Jugendliche zur frühen Elternschaft wie z.B. die Herausforderung an die (werdenden) Eltern und die Bedürfnisse eines Säuglings? Wie heterogen ist die Vorstellung von früher Elternschaft vor dem Hintergrund ihres Geschlechts und der von ihnen besuchten Schulform? Wie bewerten Jugendliche ihre Peers, die frühzeitig Eltern werden oder geworden sind?
Die hier befragen Hauptschüler/innen sahen die frühe Elternschaft positiver als die Jugendlichen der beiden anderen Schulformen. Dass Mädchen, die sehr jung ein Kind bekommen, sich vor einer Berufsausbildung drücken, wird signifikant häufiger von Haupt- und Realschüler/innen angegeben ($p \leq 0{,}05$) als von Gymnasiast/innen. Ein Kind kann der Ersatz für die Schul- oder Berufsausbildung sein, bestätigten die Hauptschüler/innen signifikant häufiger ($p \leq 0{,}05$) als die Jugendlichen der anderen Schulformen. Im Elternhaus der Teenager wurde bei über der Hälfte der Befragen das Thema der Teenagerschwangerschaft (noch) nicht angesprochen.

## „MACY – Miteinander gesund bleiben – Health Literacy für Mehrgenerationen"

*Nadine Czyply, Holger Hassel, Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg; Janina Klein, Michael Klein, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln*

Macy ist ein Verbundprojekt zwischen der Hochschule für angewandte Wissenschaften, Coburg und der Katholischen Hochschule NRW, Köln sowie jeweils drei Praxispartnern in den beiden Städten. Es zielt auf die Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines partizipativen, intergenerativen Verfahrens zur selbstbestimmten Gestaltung eines gesunden Lebensstils von älteren Menschen ab 60 Jahren und Kindern zwischen 11 und 14 Jahren in der Gemeinde (Förderung von Health Literacy) ab.
Langfristig gesehen soll „Macy" dazu beitragen, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken, in dem Health Literacy (Gesundheitsmündigkeit), das Wohlbefinden, die Selbstfürsorge und die soziale Teilhabe durch die Etablierung von Mehrgenerationengruppen gefördert und ein gesunder Lebensstil, Ess- und Bewegungsverhalten bei älteren und jüngeren Menschen aufgebaut wird.
Zu Beginn der Studie wird an Hand von Fokusgruppen mit Senioren, Kindern und Multiplikatoren ein Konzeptmanual mit Methodenkoffer, welches universelle und selektive Präventionsstrategien beinhaltet, entwickelt. Im Anschluss daran wird das Konzept in Form von inhaltlich methodisch strukturierten Mehrgenerationen-Gesprächskreisen umgesetzt und evaluiert. Für die Durchführung und Leitung der Gesprächskreise während und nach Beendigung des Projektes werden Coachs qualifiziert. Diese Multiplikatoren tragen dazu bei, das Programm in weitere Gemeinden zu transferieren und nachhaltig bundesweit zu etablieren. Unterstützend zu den Coachs wird eine Homepage Informationsmaterial zu Health Literacy liefern.

## „KisEl – ‚Hilfe für Kinder suchtkranker Eltern'"

*Irene Ehmke, Christiane Lieb, Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.*

Unter dieser Überschrift hat HLS in Kooperation mit der Stadt Hamburg verschiedene Bausteine entwickelt, um Kinder in suchtbelasteten Familienverhältnissen zu unterstützen. Der Schwerpunkt liegt auf Kooperation und Vernetzung: von der medizinischen Versorgung über Kita und Schule bis hin zu Jugendhilfe, Suchtprävention und Suchthilfe. Das Projekt ist durch eine breite Verknüpfung der Hilfen für die Zielgruppe sowie die Bereitstellung von Hilfestellungen für das Hilfesystem selbst gekennzeichnet. Basis der verbindlichen und nachhaltigen Zusammenarbeit sind Kooperationsvereinbarungen, in denen Standards und Ziele der Hilfe formuliert werden. Bausteine von KisEl sind unter anderem „Lina" und „connect".
Im Rahmen von „Lina" werden Risikofamilien bereits in der Schwangerschaft angesprochen, um das Zusammenleben von Mutter und Kind bzw. der Familie zu ermöglichen. Eine Rahmenvereinbarung zur

Kooperation wurde 2008 gemeinsam mit den insgesamt mehr als 60 beteiligten Institutionen und Verbänden entwickelt und unterzeichnet. Damit die Versorgung ganzheitlich gelingen kann, wurde zudem mit www.lina-net.de eine Datenbank der in Hamburg verfügbaren Angebote sowie mit Kommunikationsmöglichkeiten realisiert. Die Aktivitäten von „connect" zielen auf eine sozialraum- und quartiersorientierte Zusammenarbeit unterschiedlicher mit dem Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien" befasster Fachkräfte. Die Voraussetzungen dafür schufen – strukturell – die 2009 von der Stadt Hamburg, den Bezirken und den Suchthilfeträgern unterzeichnete Kooperationsvereinbarung sowie die nach Abschluss des Modellprojekts 2006 formulierte Empfehlung des Senats, flächendeckend regionale arbeitsfeldübergreifende, unbürokratische Fallberatungsnetzwerke aufzubauen.

## „Essen Männer mit einfachem Bildungshintergrund energiereichere Nahrung weil sie insgesamt körperlich aktiver sind?"

*Jonas Finger, Thomas Lampert, Gert Mensink, Robert Koch-Institut, Berlin*

Männer mit einfachem Bildungshintergrund in Deutschland sind während der Arbeit körperlich aktiver und weisen einen höheren Gesamtenergieverbrauch auf. Gleichzeitig geht einfacher Bildungsstand mit dem Konsum energiereicher Nahrung einher. Untersucht wird ob der Zusammenhang zwischen Bildungstand und energiereicher Nahrungsaufnahme durch Unterschiede im Bewegungsverhalten bei berufstätigen Männern in Deutschland (n = 2.109) erklärt werden kann. Daten zur körperlichen Aktivität und zum Ernährungsverhalten wurden anhand eines Fragebogens im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 ermittelt. Als Methode wird eine Stepwise-Forward-Analyse (logistische Regression) durchgeführt. Männer mit einfachem Bildungshintergrund konsumieren häufiger zucker- und fettreiche Nahrung und seltener Obst und Gemüse sowie Alkohol. Das Niveau arbeitsbezogener körperlicher Aktivität erklärt teilweise den Bildungseffekt auf zuckerreiche Nahrungsaufnahme. Der Gesamtenergieverbrauch fungiert als Effektmodifikator (Interaktion). Die Bildungsunterschiede hinsichtlich des Konsums energiereicher Nahrung sind am stärksten ausgeprägt bei Männern mit hohem Gesamtenergieverbrauch. Die Betrachtung des Bewegungsverhaltens ist hilfreich um Bildungsunterschiede im Ernährungsverhalten berufstätiger Männer in Deutschland zu verstehen.

## „Projekt ‚HILFEPUNKT' des Landkreises Zwickau"

*Stefanie Frtizsche, Katrin Resch, Landkreis-Zwickau, Werdau*

Anliegen/Ziel des Projektes „HILFEPUNKTE":
Manche Kinder machen frühzeitig Erfahrungen mit psychischer und physischer Gewalt. So können sie Opfer von Mobbing, Diskriminierung, Erpressung werden. Sie erfahren Gewalt von Mitschülern oder Gewalt in der Familie. Sie sind häufig auf sich allein gestellt und müssen als kleine Persönlichkeiten unserer Gesellschaft „funktionieren". Dabei ist schon der Schulweg ein Dschungel voller Gefahren. Kinder reagieren auf Unregelmäßigkeiten in ihrem Alltag, auf kleine Malheure, die ihnen wiederfahren, mit großen Ängsten.
Kinder sind auf unsere Hilfe angewiesen, sie brauchen verlässliche Ansprechpartner/innen für ihre kleineren und größeren Probleme. Dabei müssen verschiedene Institutionen unterstützend zusammenarbeiten, um dem komplexen Problem gerecht zu werden.
Alle Erwachsenen sind aufgerufen, mit Zivilcourage und bürgerschaftlichem Engagement Kinder zu schützen und ihnen vertrauensvoll zu helfen.
Drei Ziele sollen mit diesem Projekt erreicht werden:
1. Zivilcourage und bürgerschaftliches Engagement entwickeln
2. Schutz und Hilfe für Kinder unterstützen
3. „Wegweiser" zu Hilfeinstanzen und sozialen Einrichtungen sein
Methodik:
Mit einem deutlichen und einheitlichen Aufkleber zeigen Geschäfte und Partner ihre Mitwirkung an dem Projekt und setzen ein klares Zeichen, sich für den Schutz von Kindern einzusetzen und Ansprechpartner/innen und Helfer/innen in allen Situationen zu sein, in denen Kindern etwas auf der Seele brennt. Die an diesem Projekt Mitwirkenden leisten mit ihrer Bereitschaft, in Notsituationen zu helfen und als Gesprächspartner/innen zur Verfügung zu stehen, einen großen und wichtigen Beitrag zur Selbstkompetenzstärkung der Kinder. Die Fähigkeit, Hilfe zu erkennen, sie anzunehmen und zu verantwortungsvollen Erwachsenen Vertrauen haben zu können ist für die Entwicklung der Ich-, Sozial- und Sachkompetenz der Heranwachsenden sehr bedeutsam.
Die Gewerbetreibenden sind Multiplikatoren für die Rechte des Kindes.

## „Acht Jahre b.free – kreativ, nachhaltig und vernetzt: wie im Landkreis Konstanz Alkoholmissbrauchsprävention bei Kindern und Jugendlichen umgesetzt wird“

*Johannes Fuchs, Landratsamt Konstanz, Sozialdezernat, Kommunaler Suchtbeauftragter*

b.free ist nicht nur ein Beispiel dafür, wie man auf regionaler Ebene Alkoholmissbrauchsprävention bei Kindern und Jugendlichen nachhaltig und vernetzt sowie mit kreativen Mitteln umsetzt. b.free ist vor allem auch ein Modell für eine über viele Jahre gelungene Kooperation zwischen unternehmerischem, bürgerschaftlich- ehrenamtlichem und hauptamtlichem Engagement. b.free steht somit zukunftsweisend für neue Wege in der Prävention und wie man gesellschaftliche Herausforderungen durch die Mobilisierung vieler gesellschaftlicher Kräfte und Ressourcen angeht. b.free ist längst mehr als nur ein Projekt: Es ist ein Beispiel dafür, wie aus einer Idee ein Konzept – aus dem Konzept ein Projekt und eine Strategie – aus der Strategie ein Netzwerk – und aus dem Netzwerk eine gesellschaftliche Bewegung mit kommunalpolitischer und institutionsübergreifender Durchdringung entstehen kann. Und b.free ist ein Beispiel dafür, dass Präventionsarbeit nicht nur Spaß machen kann, sondern auch erfolgreich sein kann und bezogen auf eine Region Menschen, Medien, Institutionen und Ressourcen bewegen kann. Acht Jahre b.free sprechen dafür.
Mehr unter: www.b-free-rotary.de

## „Bewegungsförderung in Nürnberger Kindergärten – Projekt ‚Bewegter Kindergarten‘“

*Dr. Sabine Fuchs, Birgitta Rabenstein, Gesundheitsamt Nürnberg, Michael Kolb, SportService der Stadt Nürnberg*

Bewegung ist eine wesentliche Voraussetzung für eine gesunde körperliche, geistige, seelische und soziale Entwicklung. Daten der Schulanfänger/innen in Nürnberg zeigten im Durchschnitt, dass diese in den Schuljahren 1999/2000 bis 2003/04 zu 15,9 Prozent motorische Koordinationsstörungen aufwiesen und zu 10,7 Prozent übergewichtig waren. Darunter waren 4,9 Prozent der Kinder sogar stark übergewichtig. Insbesondere Kinder aus Familien in sozial schwierigen Lebenslagen sind betroffen. Die Stadt Nürnberg führt daher seit 2008 das Projekt „Bewegter Kindergarten“ durch. Über das Setting Kindergarten kann ein Großteil der Kinder im Vorschulalter erreicht werden. Ziel des Projekts ist die Hinführung zu einer gesunden und bewegten Lebensweise. Dabei werden insbesondere mehrgruppige Kindergärten in sozial benachteiligten Stadtgebieten oder mit hohem Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund berücksichtigt. Es finden sowohl Methoden der Verhältnisprävention als auch der Verhaltensprävention Anwendung. Im Fokus stehen die Schaffung von Bewegungsräumen und die Förderung des Bewegungsverhaltens durch situative Bewegungsgelegenheiten sowie regelmäßige Bewegungsstunden mittels Hengstenberg-Material. Weiterhin werden Kooperationen mit Sportvereinen, Schulen und Kinderhorten gefördert. Nachhaltigkeit wird über strukturelle Veränderungen in den teilnehmenden Kindergärten erreicht. Das Projekt hat sich in Nürnberg fest etabliert und wird von den Kindergärten stark nachgefragt. Die Zahl der Bewerbungen stieg seit Projektbeginn kontinuierlich an, so dass mittlerweile leider auch Kindergärten abgelehnt werden müssen, die grundsätzlich die Förderkriterien erfüllen. Hier findet eine Auswahl nach Dringlichkeit und Bedarf durch die Stadt Nürnberg statt. Um den Erfolg der Bewegungsförderung zu objektivieren, plant das Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg eine Evaluation in einem der teilnehmenden Kindergärten.

## „Länderbezogene Gesundheitsstrategien – ein Weg für Sachsen-Anhalt?“

*Anita Henschke, Wiebke Kirsch, Nadine Ladebeck, Vanessa Lukaszczyk, Teresa Sacher, Katrin Schmidt, Mandy Wollmann, Prof. Dr. Thomas Hartmann, Hochschule Magdeburg-Stendal, FB Sozial- und Gesundheitswesen*

Im Bundesland Sachsen-Anhalt leben zurzeit circa 2,3 Millionen Menschen in drei kreisfreien Städten und elf Landkreisen. Seit 1990 hat es in Deutschland auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene vielfältigste Aktivitäten zur Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung gegeben. Das Land Sachsen-Anhalt hatte bereits Ende der 1990er Jahre Landesgesundheitsziele beschlossen. Trotzdem lag die durchschnittliche Lebenserwartung Neugeborener in Sachsen-Anhalt im Zeitraum 2007/2009 bei Männern ca. drei und bei Frauen ca. zwei Jahre niedriger als in Baden-Württemberg. Zwanzig Prozent der Bevölkerung haben das Bundesland bereits seit der Neugründung verlassen, so dass Sachsen-Anhalt auch unter demografischen Gesichtspunkten eine Vorreiterrolle für gesundheits-politische Entwicklungen darstellt. Dies hat das zweisemestrige Masterprojekt an der Hochschule Magdeburg-Stendal am FB Sozial- und Gesundheitswesen dazu veranlasst, einen Beitrag zur Entwicklung einer Landesgesundheitsstrategie für Sachsen-Anhalt zu leisten. Neben der Erhebung der Aktivitäten anderer Bundesländer im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, werden unter anderem für Sachsen-Anhalt die

gesundheitsbezogenen Datenquellen, die Gesundheitspolitik, die Demografische Entwicklung recherchiert und aufbereitet. Erste Ansatzpunkte für Ergebnisse der Strategie zeichnen sich bereits ab: Zum Beispiel die Revitalisierung der kommunalen Gesundheits-dienste und eine stärkere Förderung der Patient/innensouveränität in der gesundheitlichen Versorgung.

## „Soziale Ungleichheit in der Sekundärprävention von Diabetes mellitus bei Erwachsenen in Deutschland“

*Jens Hoebel, Cornelia Lange, Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Berlin*

Aufgrund einer oft symptomarmen Krankheitsentwicklung ist davon auszugehen, dass der Typ-2-Diabetes häufig verspätet erkannt wird. Vor diesem Hintergrund wurde untersucht, ob für sozial Benachteiligte ein besonderes Risiko besteht, dass eine Zuckerkrankheit unentdeckt bleibt. Datenbasis ist eine Zusatzbefragung der GEDA-Studie 2010. Es werden Personen ab 18 Jahren betrachtet, bei denen bisher kein Diabetes mellitus diagnostiziert wurde (n=2.883). Die Inanspruchnahme wurde über die Frage erhoben, wann die letzte Blutzuckermessung erfolgte. Es wird analysiert, ob die Inanspruchnahme der Blutzuckermessung mit sozioökonomischen Merkmalen (Sozialstatus, Bildung, Einkommen und Beruf) variiert.
Die Ergebnisse zeigen, dass Männer und Frauen mit niedrigem Sozialstatus die Blutzuckermessung seltener in Anspruch nehmen als diejenigen mit höherem Status. Dies ist besonders im jungen Erwachsenenalter und im frühen mittleren Lebensalter (bis 45 Jahre) zu beobachten. Im Altersgang nehmen die Unterschiede zwischen den Sozialstatusgruppen ab. Die multivariate Betrachtung verweist für Frauen bei statistischer Kontrolle weiterer Faktoren auf einen signifikanten Einfluss der Einkommenssituationen. Bei Männern ist vor allem die Bildung von Bedeutung für die Inanspruchnahme der Blutzuckermessung.
Die Resultate deuten auf ein erhöhtes Risiko für sozioökonomisch Benachteiligte hin, dass eine mögliche Zuckerkrankheit verspätet erkannt wird und bekräftigen die Relevanz einer zielgruppen-orientierten Ansprache.

## „‚Gesundheitslotsen‘ im Projekt ‚Gesundheitswirtschaft im Quartier‘“

*Dr. Kerstin Kammerer, Institut für Gerontologische Forschung e.V., Berlin*

Im zweijährigen Projekt „Gesundheitswirtschaft im Quartier“ (01.2010-12.2011, gefördert vom Europäischen Sozialfond ESF im Programm PEB) wurden quartiersbezogene Empfehlungen für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) zur Anpassung an die Bedarfe älterer Quartiersbewohner/innen entwickelt. Das Projekt wurde vom Institut für Gerontologische Forschung e.V. in Kooperation mit dem Bezirksamt Reinickendorf und den Wohnungsbaugesellschaften GESOBAU AG (Märkisches Viertel) und GEWOBAG (Tegel-Süd) durchgeführt. Während der einjährigen Erhebungsphase wurden ältere Bewohner/innen in zwei Ortsteilen in Reinickendorf (Tegel-Süd, Märkisches Viertel-Nord) sowie dort ansässige Unternehmen zu den lokalen Bedarfen befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass Angebote der Gesundheitswirtschaft in den untersuchten Ortsteilen fehlen und der Anteil an verfügbaren Gewerbeflächen gering ist. Vorhandene Angebote sind älteren Bewohner/innen nicht ausreichend bekannt und die Versorgung bei Mobilitätseinschränkungen schwierig. Es zeigte sich, dass sich ältere Bewohner/innen kontinuierliche, persönliche Ansprechpartner/innen für gesundheitsbezogene und lebensweltliche Themen wünschen. Eine der Maßnahmen, die auf Basis dieser Ergebnisse in der zweiten Projektphase entwickelt wurde, ist das Gesundheitslotsen-Konzept. Gesundheitslotsen informieren als persönliche Ansprechpartner/innen im Quartier ältere Menschen über Dienstleistungen und Angebote und können gleichzeitig offene Bedarfe an Gewerbetreibende weitergeben. Durch die Zusammenarbeit mit sozialen Einrichtungen, Gewerbetreibenden und Ehrenamtlichen sollen Informationslücken geschlossen und der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erleichtert werden. Im Quartier Tegel-Süd werden derzeit erste Erfahrungen mit der Umsetzung des Konzepts gemacht.

## „Stadtteilspezifische Konsummuster von Kölner Jugendlichen – Ergebnisse des Kölner Schulenmonitoring 2005/06 – 2009“

*Dr. Thorsten Köhler, Ellen Pflug, Prof. Dr. Michael Klein, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung, Köln*

Hintergrund: Die Ergebnisse der Local Monitoring Studie Köln belegen die Bedeutung des Konsums von psychotropen Substanzen bei Kölner Jugendlichen. In der Studie werden neben dem Gesundheitsverhalten der Einstieg in den Substanzkonsum, der aktuelle Substanzkonsum sowie die Konsummuster der Jugendlichen in den verschiedenen Schulformen und Stadtteilen untersucht. Zudem wird analysiert, ob es Unterschiede in der allgemeinen Lebenssituation und in dem Substanzkonsum zwischen den Jugendlichen auf Grund der sozialen Lage in den Stadtteilen gibt. Hierfür werden drei Stadtteilcluster (gute, durchschnittliche und schlechte soziale Lage) gebildet. Es werden Aspekte des Substanzkonsums von Jugendlichen in Hinblick auf die Stadtteilspezifität dargestellt sowie die Entwicklung von stadtteilspezifischen Präventionsmaßnahmen in Bezug auf die soziale Lage erörtert.
Methode: Für die in diesem Beitrag durchgeführten Analysen wurden die Antworten der Schüler/innen der Klassen sechs bis zwölf untersucht. Es werden die Konsummuster der Kölner Jugendlichen in den drei Stadtteilclustern in Bezug auf den Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis im Längsschnitt betrachtet. Zudem werden die Konsumtypen in den Stadtteilclustern analysiert. Zur Überprüfung von Häufigkeitsverteilungen werden Chi≤ Tests und für Mittelwertsvergleiche T-Tests eingesetzt.
Ergebnisse: Unterschiede der verschiedenen Konsummuster konnten hinsichtlich des Geschlechts, der Altersstruktur und der Schulform sowie der Wohnorte der Jugendlichen festgestellt werden. Eine sozialräumliche Analyse zeigt, dass die Konsummuster der Jugendlichen in den Kölner Stadtteilen unterschiedlich sind. So konsumieren vor allem Jugendliche aus Hauptschulen in Stadtteilen mit ungünstiger sozialer Lage in höherem Maße Tabak als Gleichaltrige in anderen Stadtteilen mit besserer sozialer Lage. Hingegen ist der Alkoholkonsum und das „binge drinking“ (=Rauschtrinken) bei Jugendlichen in Stadtteilen mit sehr guter sozialer Lage stärker verbreitet.
Schlussfolgerung: Die schulischen Präventionsmaßnahmen sollten dahingehend ausgerichtet sein, dass die jeweiligen Präventionsmaßnahmen an die soziale Lage der Stadtteile und die dort vorherrschenden Probleme hinsichtlich des Substanzkonsums angepasst werden.

## „Soziale Herkunft, Bildungsmobilität und Adipositas im Jugendalter: Ergebnisse der KiGGS-Studie“

*Benjamin Kuntz, Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Berlin*

Zahlreiche Studien haben sowohl für Kinder als auch für Erwachsene in westlichen Industrienationen ein mit sinkendem Sozialstatus steigendes Adipositasrisiko festgestellt. Untersucht wird, welche Bedeutung Bildung für die Verbreitung von Adipositas im Jugendalter hat, wobei sowohl der elterliche auch der eigene Bildungsstatus von Jugendlichen betrachtet wird. Die Datengrundlage bildet eine Teilstichprobe des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) (n=5.755, Alter= 12-17 Jahre). Angaben zu Körpergröße und -gewicht der Studienteilnehmer basieren auf Messdaten, anhand derer der Body-Mass-Index (BMI) berechnet wurde. Auf der Basis einer Dichotomisierung des elterlichen Bildungsstatus und des eigenen Bildungsstatus der Jugendlichen werden vier Bildungs-mobilitätsgruppen unterschieden: (1) „Jugendliche mit konstant hohem Bildungsstatus“ (mind. ein Elternteil Abitur, selbst Schüler eines Gymnasiums), (2) „potenzielle Bildungsaufsteiger“ (beide Eltern höchstens Realschulabschluss, selbst Schüler eines Gymnasiums), (3) „potenzielle Bildungsabsteiger“ (mind. ein Elternteil Abitur, selbst Schüler einer anderen Schulform als Gymnasium) (4) „Jugendliche mit konstant niedrigem Bildungsstatus“ (beide Eltern höchstens Realschulabschluss, selbst Schüler einer anderen Schulform als Gymnasium). Die Ergebnisse zeigen, dass sich der Bildungsstatus des Elternhauses und der eigene Bildungsstatus der Jugendlichen kumulativ auf das Adipositasrisiko auswirken. Aus Sicht der Prävention ist vor allem der Befund relevant, dass Jungen und Mädchen weniger gut gebildeter Eltern, die den Sprung auf ein Gymnasium geschafft haben, nicht signifikant häufiger adipös sind als ihre Mitschüler/innen aus besser gebildeten Familien. Inwieweit hier von dem realisierten Bildungsaufstieg ein tatsächlicher Schutzeffekt ausgeht oder aber Selektionseffekte eine Rolle spielen, die es adipösen Kindern erschweren, Bildungsaufstiege zu verwirklichen, kann angesichts des Querschnittdesigns der Studie nicht näher bestimmt werden.

## „Nachhaltig erfolgreich – gute gesunde Kitas und Schulen in Berlin“

*Steffi Markhoff, Dirk Medrow, Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, Berlin*

Die Berliner Landesprogramme „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita und Gute gesunde Schule“ unterstützen die Berliner Kindertageseinrichtungen und Schulen dabei, die Bildungs- und Gesundheitschancen von Kindern zu steigern und Benachteiligungen abzubauen. Die Verbindung von Bildung und Gesundheit und die Einbeziehung aller Akteure in einen Organisationsentwicklungsprozess erklären die erfolgreichen Ergebnisse der Programme.
Dabei werden die beteiligten Institutionen von den bezirklichen Koordinator/innen der Landesprogramme begleitet und erhalten durch die Kooperationspartner vielfältige Unterstützung und Angebote unter anderem aus den Themenfeldern Organisations- und Teamentwicklung, Stressmanagement, Suchtprophylaxe, Bewegung und Ernährung. Im Rahmen begleiteter Selbstevaluationen und der sich daran orientierenden Zielsetzung werden spezifische Bedarfe ermittelt und die pädagogischen Konzepte und Planungen durch das Team danach konzipiert. Seit dem Jahr 2006 gibt es in Berlin das Landesprogramm „Gute gesunde Schule“. Es hat sich aus dem Modellprojekt Anschub.de entwickelt, das 2004 an 13 Schulen in Berlin-Mitte gestartet ist. Seit Beginn des Schuljahres 2011/2012 nehmen 145 Schulen aus neun Berliner Bezirken am Landesprogramm teil. Das Landesprogramm Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita wird aktuell implementiert. Im Bezirk Berlin Mitte startete im Jahr 2007 das Modellprojekt Kitas bewegen in dem vielseitige positive Wirkungen in 38 Kindertageseinrichtungen erreicht wurden. Diese Kindertagseinrichtungen wurden auf der achten Landesgesundheitskonferenz durch den Senator Czaja, Senator für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, als besonders positive Beispiele und Engagement im Bereich Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung ausgezeichnet.

## „Pharmakologisches Neuroenhancement. Ausgewählte Ergebnisse der KOLIBRI-Studie“

*Ralph Schilling, Robert Koch-Institut, Berlin*

Untersuchungen zum pharmakologischen Neuroenhancement wurden bisher in Deutschland nur wenig unternommen. Informationen zum Gebrauch von verschreibungspflichtigen bzw. illegalen Psychostimulanzien lagen bisher nur für Schüler/innen und Student/innen (Franke et al. 2009) und zur Verwendung von psychotropen Medikamenten ohne ärztliches Rezept von Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren (DAK Gesundheitsbericht 2009) vor. Beide Studien sind jedoch nicht repräsentativ für die untersuchten Bevölkerungsgruppen (Lieb 2010). Daten auf Bevölkerungsebene zum pharmakologischen Neuroenhancement gab es bisher nicht.
Die Studie zum „Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit“ (KOLIBRI) ist eine bevölkerungsrepräsentative schriftlich-postalische Erhebung, die vom Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit mit Probanden der telefonisch erhobenen GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) aus den Jahren 2009 und 2010 durchgeführt wurde. Sie bildet die deutsche Wohnbevölkerung ab 18 Jahren ab, die über Festnetzanschlüsse erreichbar ist, und umfasst n=6.142 Personen. Die Responserate lag bei 62 Prozent. Mittels multivariater logistischer Regressionsmodelle wurden Einflussfaktoren auf die Verwendung von Neuroenhancern ermittelt.
Der Gebrauch von verschreibungspflichtigen Psycho- und Neuropharmaka zum Neuroenhancement ohne medizinische Notwendigkeit ist in der Bevölkerung eher gering verbreitet. Die berichtete Gesamtprävalenz liegt bei 1,5 Prozent. Dabei werden Antidepressiva, aber auch Psychostimulanzien wie Methylphenidat oder Mittel gegen Demenz tendenziell eher von Frauen eingesetzt. Das Risiko, Psycho- und Neuropharmaka einzusetzen, um die kognitiven oder sozialen Fähigkeiten zu verbessern, ist besonders unter Erwerbstätigen mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von mehr als 40 Stunden erhöht.
Die Ergebnisse der KOLIBRI-Studie leisten einen Beitrag zur Verbreitung und zu potentiellen Einflussfaktoren der Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands. Dadurch können für den wissenschaftlichen Diskurs zum Einsatz von Psycho- und Neuropharmaka, der vom medizinischen Standpunkt aus nicht erforderlich ist, wichtige Impulse geliefert werden. Des Weiteren lassen sich anhand der Ergebnisse zu Einflussfaktoren Risikogruppen für gezielte Maßnahmen der Prävention ableiten.

## „In FORM Projekt Bernburg bewegt 2008-2011!“

*Dr. Ulrich Schwabe, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg*

Das IN FORM Projekt Aktionsbündnis „Bernburg bewegt!“ widmete sich der Aufgabe, den Lebensstil der Bernburger Bürger/innen und ihre Lebenswelten zu verbessern. Durch die Gestaltung von „bewegten“

Strukturen wurden alltagstaugliche Maßnahmen initiiert, die auf Dauer einen gesunden Lebensstil förderten. Dabei standen mehr Bewegung und gesunde Ernährung für alle Bürger/innen insbesondere der sozial benachteiligten im Mittelpunkt. Im Projektzeitraum haben alle Haushalte in der Stadt das Projekt kennengelernt. Die Kinder und Jugendlichen wurden am besten beteiligt. Für die Erwachsenen in Bedarfsgemeinschaften und/oder Langzeitarbeitslose wurden über eine niedrigschwellige Arbeitsweise kleine und übersichtliche, weil zeitlich begrenzte Projekte angeboten und durchgeführt. Mit der Beteiligung an den unterschiedlichen Maßnahmen ist belegt, dass am Projekt Bernburg bewegt! auch nichtaktive Bürger/innen – zu 100 Prozent trifft das bei Kindern und Jugendlichen zu – partizipierten. Im Verlauf des Projektes gelang es, die kommunalen Partner/innen immer besser zu befähigen, die Verantwortung in den gemeinsam aufgebauten Projektstrukturen sukzessive zu übernehmen. Mit dem offiziellen Projektende übernahmen die Netzwerkpartner/innen die Initiative zur Weiterführung.
Detaillierte Ergebnisse unter www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de/o.red.c/aktuell-broschueren.php

## „Gi-Kitas – Gesund aufwachsen in Kindertagesstätten. Partizipative Entwicklung von sozialraumorientierter Gesundheitsförderung“

*Barbara Thumann, Hochschule Coburg*

Das Forschungsprojekt „Gesund aufwachsen in Kindertagesstätten (Gi-Kitas)“ ist eine dreijährige Studie der Hochschule Coburg, die in Kooperation mit dem Landkreis Coburg, fünf kreisangehörigen Städten und Gemeinden sowie acht Kitas der Region durchgeführt wird. Ziel des Projektes ist es, das gesunde Aufwachsen von Kindern zu fördern, indem drei Strategien miteinander verknüpft werden: die Optimierung der Gesundheitsförderungsangebote für Kinder, die Entwicklung gesundheits-förderlicher Arbeitsbedingungen für das pädagogische Personal und die Gestaltung des Kindergartenumfeldes.
Die Beteiligten werden von Anfang an einbezogen. In der Entwicklungsphase wurden in insgesamt sieben Fokusgruppendiskussionen fünf Themenschwerpunkte mit Vertreter/innen des pädagogischen Personals sowie Eltern aus allen acht Kitas bearbeitet, um Inhalte, Methoden und Qualifizierungsbausteine für die im Rahmen der Intervention durchzuführenden Gesundheitszirkel zu identifizieren. Die Fokusgruppen lieferten somit einen guten Überblick, an welchen Themen in den Kitas bereits gearbeitet wird und wo noch Entwicklungsbedarf besteht. Die entwickelten Leitfäden, Inhalte und Methoden werden in einem Manual zusammengefasst, welches zusammen mit der Qualifizierung von Erzieher/innen zu Gi-Kitas-Gesundheitsbeauftragten die Arbeitsgrundlage für die Gesundheitszirkel bildet. Durch die partizipative Entwicklung kann von einer hohen Passgenauigkeit und Akzeptanz der Intervention bei den Zielgruppen ausgegangen werden.

# Organisatorische Hinweise

## Fragen oder Probleme?

Viele wichtige Informationen über die beiden Kongresstage finden Sie in Ihren Tagungsunterlagen. Am Anmelde- und Informationsstand im Erdgeschoss gegenüber der Cafeteria erhalten Sie jederzeit Auskunft und Unterstützung zu Ihren Fragen und Anliegen.
Unsere Mitarbeiter/innen bemühen sich sehr darum, Ihnen schnell und unkompliziert behilflich zu sein. Bitte haben Sie Verständnis, falls es dennoch zu Wartezeiten bei der Anmeldung oder an der Garderobe kommen sollte!

## Garderobe & Gepäckabgabe

Die Garderoben sowie eine Möglichkeit zu Abgabe Ihres Gepäcks, befinden sich im 3. Obergeschoss.

## Verpflegung

Preisgünstige Angebote zur Verpflegung finden Sie am Imbissstand im Lichthof im 1. OG, im Erdgeschoss, in der Cafeteria sowie rund um das Hauptgebäude der Technischen Universität. Hier bieten zahlreiche Mensen ein Mittagsangebot an, z.B.:
Mensa TU Hardenbergstraße, Hardenbergstraße 34, Mo-Fr 11.00 Uhr-14.30 Uhr
Cafeteria TU „Skyline“, Ernst-Reuter-Platz 7, Mo-Fr 7.30-16.15 Uhr

## Verkehrsanbindung

Der Veranstaltungsort, die Technische Universität Berlin, Hauptgebäude, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin, ist mit den S-Bahnen S3, S5, S7, S75 (Haltestelle Zoologischer Garten), mit den Buslinien X9, X10, X34, 100, 109, 110, 200, 204, 245, 249 (Haltestelle Zoologischer Garten) und der U-Bahn U2 (Haltestelle Ernst-Reuter-Platz) zu erreichen. Das Tagungsgebäude ist barrierefrei. Fahrstühle, behindertengerechte WCs und Behindertenparkplätze sind vorhanden. Direkt vor dem Gebäude und in der unmittelbaren Umgebung stehen Parkmöglichkeiten zur Verfügung.

## Erhebung

In Ihren Tagungsmappen finden Sie neben anderem Material einen Fragebogen. Wir möchten Sie bitten, diesen Bogen auszufüllen und in eine der bereitstehenden Kisten einzuwerfen oder an der Anmeldung abzugeben. Wir sind an Ihren Eindrücken und Vorschlägen sehr interessiert und möchten diesen Weg nutzen, weitere Veranstaltungen erfolgreich vorbereiten zu können.

## Dokumentation

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Veranstaltungen des Kongresses zum Teil in Ton und Bild dokumentiert werden.
Die Beiträge des 17. Kongresses Armut und Gesundheit werden im Laufe des Jahres 2012 auf einer CD-ROM veröffentlicht. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin; Tel. (030) 44 31 90 60, Fax (030) 44 31 90 63; E-Mail: sekretariat@gesundheitbb.de.
Die Dokumentation des 16. Kongresses Armut und Gesundheit 2010 ist weiterhin für fünf Euro zzgl. Versandkosten über die genannte Adresse erhältlich.

## Namenschilder

Die Namenschilder dienen während der Kongresstage als Eintrittskarte. Wir bitten Sie nach beiden Kongresstagen um die Rückgabe der Namenschilder. Sie können so für künftige Tagungen wieder verwendet werden.

## Ausklang am Abend

Wir laden Sie herzlich ein, am Freitagabend ab 17.45 Uhr den ersten Kongresstag bei Gesprächen und einem kleinen Imbiss ausklingen zu lassen. Wir treffen uns im Lichthof (1. Obergeschoss). Weitere Informationen finden Sie am Anmeldestand.

## Markt der Möglichkeiten

Wie in den vergangenen Jahren stellen auf dem Markt der Möglichkeiten zahlreiche Organisationen und Initiativen ihre Arbeit vor. Der Markt der Möglichkeiten findet im Lichthof im ersten Obergeschoss statt und ist über die Treppe im Foyer sowie die Fahrstühle erreichbar.

## Bankverbindung

Für die Überweisung ausstehender Gebühren verwenden Sie bitte folgende Kontoverbindung:

Gesundheit Berlin-Brandenburg
Stichwort: TN A+G12 +Name, Vorname der Teilnehmerin/des Teilnehmers
Bank für Sozialwirtschaft AG
BLZ 100 205 00
Konto-Nr.: 333 96 00

Bei Überweisungen aus dem Ausland bitte zusätzlich angeben:

BIC: BFSWDE33BER
IBAN: DE31 1002 0500 0003 3396 00

**Impressum:**

Gesundheit Berlin-Brandenburg
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
Friedrichstraße 231
10969 Berlin
Tel.: (030) 44 31 90 73
Fax: (030) 44 31 90 63
kongress@gesundheitbb.de