

Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Interview zum Thema
Mehrsprachigkeit

Seite 3

Werkstatt zur Gesundheitsförderung
im Quartier

Seite 4/5

„fit für Pisa“ – Mehr
Bewegung in der Schule!

Seite 8

2011 – das Jahr der Pflege(reform)?

Das Thema Pflege ist in der Diskussion. 2010 ging es um Sinn oder Unsinn eines Pflege-TÜVs und – nicht zum ersten Mal – um die Notwendigkeit einer Reform der Pflegeversicherung. Diese wurde zum 1. Januar 1995 durch Verabschiedung des Elften Sozialgesetzbuches als Pflichtversicherung in Deutschland eingeführt. Angesichts der demografischen Entwicklung ist eine grundlegende Reform nun aber unverzichtbar geworden, denn: „Ohne Reform geht das Geld aus“ (Focus am 2. Dezember 2010). Laut Einschätzungen des Bundesgesundheitsministeriums wird das für die Pflege verfügbare Geld ab 2014 nicht mehr ausreichen. Sicherlich ist die Kostenfrage eine zentrale Frage im Zusammenhang mit dem Thema Pflege, aber nicht die einzige. Eng mit ihr verbunden sind andere wichtige Aspekte: die Qualität der Pflege und der medizinischen Betreuung oder die Frage, wie man Alternativen zur Heimunterbringung fördern kann. Wir baten den Pflegerechts-Experten Werner Schell, Vorsitzender des Selbsthilfenetzwerkes „Pro Pflege“, um eine Stellungnahme.

Die erste Frage, die sich bei der Diskussion um eine Pflegereform stellt, lautet: Wer ist pflegebedürftig, und in welchem Umfang? Der „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes“, ein vom Bundesgesundheitsministerium einberufenes Expertengremium, hat 2009 hier einige Empfehlungen formuliert. Danach soll es nach einer Reform an Stelle der bisherigen drei Pflegestufen künftig fünf Pflegestufen geben. Weiterhin ist vorgesehen, zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit

gepersonal ist nötig? Der Pflege-notstand in Heimen und Krankenhäusern kann ernstlich von niemandem geleugnet werden. Allenfalls lässt sich über das Ausmaß streiten. Für Krankenhäuser – mit Ausnahme der Häuser mit psychiatrischer Ausrichtung – gibt es überhaupt kein Personalbemessungssystem für die Pflege. Die frühere Pflege-Personalregelung für die allgemeine Krankenpflege wurde Mitte der 90er Jahre außer Kraft gesetzt. Seither gibt es Stellen für Pflegekräfte nur noch

Sozialgericht Münster: Pflegenoten sind rechtswidrig und für Verbraucher irreführend

nicht auf die Pflegezeit, sondern auf den Grad der Selbstständigkeit abzuheben. Sowohl körperliche als auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen (zum Beispiel Demenz) sollen Berücksichtigung finden. Darauf aufbauend soll es auch ein verändertes Begutachtungsverfahren geben. Das Dilemma: Der Pflegebedürftigkeitsbegriff muss, wie auch immer ausgestaltet, die Demenzzranken umfassend einbinden, was zwangsläufig zu höheren Kosten führen wird. Auf Bundesebene ist man allerdings bestrebt, die Empfehlungen kostenneutral umzusetzen.

Die nächste Frage betrifft den Personalschlüssel: Wie viel Pfe-

nach Kassenlage. Nach Berechnungen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung ist der Fehlbestand mit 50.000 Stellen anzugeben. Um zu einem Ausgleich dieser Mangelsituation zu kommen, ist aus unserer Sicht die Schaffung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungssystems dringend notwendig. In der Heimpflege gibt es auf der Grundlage von § 75 Abs. 3 des Elften Sozialgesetzbuches zwar so genannte Stellenschlüssel für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs. Diese Stellenschlüssel berücksichtigen aber nur in ungenügender Weise die Anforderungen, die bei sorgfältiger und standardausgerichteter Pflege zu beachten

sind. Daher lautet das wichtigste Statement von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk zu diesem Thema: „Pflegemängel beheben – mehr Pflegekräfte an die Pflegebetten!“

„Ambulant vor stationär“ ist eine das Pflegeversicherungsrecht beherrschende Aussage. Sie ist auch mehr als richtig, weil Pflegebedürftige fast ausnahmslos zuhause gepflegt und versorgt werden möchten. Die Frage stellt sich allerdings: Wie können Alternativen zum Heim gefördert werden? Und hier erscheint die rechtliche Ausgestaltung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ dringend verbesserungsbedürftig. Die Gemeinden, Städte und Kreise sind gefordert, durch entsprechende Planungen Hilfestellung zu geben, um zukunftsweisende Lebensformen wie Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften etc. stärker zu fördern.

Darüber hinaus wird auch die Notwendigkeit gesehen, die finanziellen Leistungen im Rahmen des SGB XI für die häusliche Pflege und Betreuung deutlich zu verbessern. Die jetzigen Pflegegeldzahlungen sind offensichtlich nicht ausreichend. Ein Blick nach Österreich zeigt, dass auch eine andere finanzielle Ausgestaltung der Pflege möglich ist. Dort wird bei allen Pflegestufen ein gleich

hoher Betrag gewährt. Der Pflegebedürftige kann sich dann – je nach Wunsch – ambulant oder stationär versorgen lassen.

Die Qualität der Pflege ist ein zentraler Punkt. Aber: Wie misst man Qualität? Die Paragrafen 122 ff. im Elften Sozialgesetzbuch befassen sich mit der Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen und mit sonstigen Schutzregelungen für Pflegebedürftige. Eine solche Qualitätssicherung in Verbindung mit Transparenz ist richtig und alternativlos! Der in diesem Zusammenhang geschaffene „Pflege-TÜV“ ist aber als mangelhaft zu bezeichnen. Es muss bei der Notengebung Klarheit darüber geschaffen werden, dass die Ergebnis- und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt der Bewertung gehört und in geringerem Umfang das bisherige Verfahren, das die Prozess- und Strukturqualität stärker gewichtet. Dies führt zu irreführenden Ergebnissen: So werden ordentliche Dokumentationsarbeiten den Feststellungen zum Ernährungszustand und der Wundversorgung gegenübergestellt. Wenn die Dokumentation stimmt, können damit tatsächliche Versorgungsmängel in der Gesamtnote ausgeglichen beziehungsweise verdeckt werden. Ein

Beispiel: Ein Pflegeheim in Mönchengladbach erhielt die Gesamtnote 1,4, obwohl es seit Monaten zahlreiche Beschwerden über vielfältige Pflegemängel und dann sogar Ermittlungen von Polizei und Staatsanwalt gab. Folgerichtig hat das Sozialgericht Münster die Pflegenoten 2010 in einem Urteil als rechtswidrig und für Verbraucher irreführend bezeichnet. In dieser Streitsache wird nunmehr ein Urteil des Bundessozialgerichts erwartet.

Ein weiteres Problem: die medizinische Versorgung in den Heimen. 2005 wurde die „SÄVIP-Studie“, eine Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, veröffentlicht. Ergebnis der Studie war u.a. die Erkenntnis, dass die fachärztliche Versorgung in den Heimen nicht ausreichend ist, weil Fachärzte nicht im notwendigen Umfang in die Heime gehen. Über 80 Prozent der Heimbewohner suchen aber – häufig aufgrund mangelnder Mobilität – keine Ärzte in Praxen oder Kliniken außerhalb des Heimes auf. Die Studie rief zum Handeln auf, getan hat sich aber seitdem wenig. Die Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland haben sich nun mit der „KV Initiative Pflegeheim“ an

Fortsetzung auf Seite 2



Foto: Projekt „fit für Pisa“

Das Göttinger Gesundheitsförderungsprojekt „fit für Pisa“ – Mehr Bewegung in der Schule endete im Dezember 2010. Ob und was es bewirkt hat, lesen Sie auf Seite 8.

Die Mischung macht's: Blended Learning kommt gut an

Unterricht haben, wann und wo man möchte, den Lernstoff so oft wiederholen, bis er „sitzt“, so beschreiben Kursteilnehmer das E-Learning, das Lernen am Computer. Wer schon einmal mit diesem neuen Medium gelernt hat, kennt das angenehme Gefühl, das individuelle Lerntempo selbst zu bestimmen.

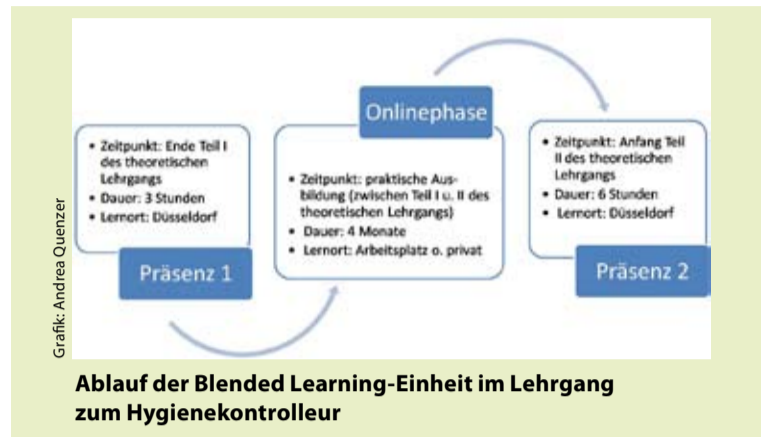
Im Jahr 2009 konnte die Akademie damit beginnen, diese „interaktive Lehr- und Lernform“ zunächst mit Teilnehmern aus den Kursen für Lebensmittelkontrolleure und Hygienekontrolleure zu erproben. Das Thema der Blended Learning-Einheit heißt: „Das Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot und die Belehrung nach dem Infektionsschutzgesetz §§ 42 und 43“ und wurde innerhalb eines Jahres von einer Projektgruppe der Akademie erarbeitet und anwendungsreif gemacht.

Aber, was bedeutet eigentlich Blended Learning? Blended Learning bezeichnet eine Mischform aus traditionellem Präsenzun-



Mit freundlicher Genehmigung der Firma TRANSFER GmbH, Hürth

terricht, z. B. in den Räumen der Akademie, und selbstorganisierten Lernphasen, in denen die Schüler eigenständig mittels eines speziell erstellten computerbasierten Lernprogramms – entweder zu Hause oder am Arbeitsplatz – lernen. Während der „Onlinephase“ steht eine Lernplattform zur Verfügung, auf der die Lernenden untereinander kommunizieren



können. In Planung ist die Einrichtung von Foren, über die sich die Lernenden themenbezogen austauschen können.

Mit der Einführung eines Blended Learning-Konzepts verwirklicht die Akademie eine zukunftsweisende didaktische Methode des selbstorganisierten Lernens. Zudem bietet diese Form der Vermittlung eine weitere Möglichkeit, die Lernenden vor dem Präsenzunterricht auf einen einheitlichen Wissensstand zu bringen. Gerade bei den Auszubildenden sind die Vorkenntnisse zum Thema des „Tätigkeitsverbots“ und der „Belehrung“ sehr breit gefächert. Für den Dozenten im reinen Präsenzunterricht erweist es sich oft als schwierig, den Unterricht so zu gestalten, dass sich die Teilnehmer weder langweilen, weil sie Bekanntes erneut hören, noch sich überfordert fühlen, weil zu viel Wissen vorausgesetzt wird. Hier kann gerade das Blended Learning bei einem strukturierten Einsatz große Flexibilität schaffen und die Kursteilnehmer in die Lage versetzen, Themen im eigenen Tempo ausgiebig zu vertiefen.

Das Lernprogramm zum Tätigkeitsverbot und zur Belehrung vermittelt aber nicht nur Grundwissen. Es bietet eine Vielzahl von Möglichkeiten, das Thema durch zusätzliches Material zu vertiefen. So können verschiedene Dialogfenster angeklickt werden,

um Sachinformationen, Fachtexte, gesetzliche Bestimmungen, Begriffserläuterungen oder weiterführende Links u. a. aufzurufen. Mehrere Tests zur Selbstkontrolle sollen die Motivation beim Lernen steigern und dienen den Teilnehmern dazu, das Gelernte selbstständig zu überprüfen und durch eine unmittelbare Auswertung die Anzahl ihrer richtigen und falschen Antworten direkt festzustellen. „Besonders gefallen hat mir die Praxisnähe der Testfragen“, betont ein angehender Lebensmittelkontrolleur, „die Fallbeispiele haben alle mit meinem beruflichen Handeln zu tun.“ Durch animierte Zeichnungen und eine sofortige auditive Rückmeldung werden die Lernenden zusätzlich motiviert und angespornt.

Nach der Pilotphase im Jahr 2009 in zwei Ausbildungskursen folgte eine umfangreiche Evaluation des Online-Lernprogramms anhand eines Fragebogens, in dem die Teilnehmer u. a. den Nutzen, den Lernerfolg, die Lernmotivation und die Lernsituation anonym beurteilen konnten. Die Ergebnisse der Evaluation sind erfreulich und Erfolg versprechend.

63 Prozent der befragten Teilnehmer macht das Lernen mit dem Lernprogramm Spaß, wobei die Verständlichkeit der Sprache und die bildhafte Darstellung der verwendeten Beispiele, Fälle und Abläufe eine wichtige Rolle spielt.

Fortsetzung von Seite 2

die (Fach)Öffentlichkeit gewandt. Sie soll dazu beitragen, die medizinische Versorgung in den Heimen zu verbessern. Ein Ziel, das wir von „Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk“ mit Appellen an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen unterstützen.

Last but not least stellt sich natürlich die Frage der Finanzierung. Zur Absicherung von Pflegeleistungen sollte grundsätzlich am Solidarprinzip festgehalten werden. Allerdings gibt es mit Rücksicht auf die demografische Entwicklung und mit Hinblick auf die geforderte Ausweitung des Pflegepersonals einen großen Finanzbedarf, der nicht einfach zu schultern sein wird. Es wird in verschiedene Richtungen nachzudenken sein: Anhebung des

Treffpunkt Trier

Der Bundesverband der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes lädt in diesem Jahr nach Trier ein. Vom 12. bis 14. Mai findet in der Europahalle Trier der Bundeskongress 2011 statt. Sein Motto: „Die Welt wächst zusammen – Quo Vadis, Öffentlicher Gesundheitsdienst?“ Entsprechend diesem Motto liegt der thematische Schwerpunkt auf Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung. In einem Europa ohne Grenzen ist dies für den ÖGD eine Herausforderung und zugleich eine Chance, wie Beispiele der länderübergreifenden Zusammenarbeit aus grenznahen Regionen deutlich machen. Den Festvortrag am Eröffnungstag wird der Gesundheitsminister Mars di Bartolomeo aus Luxemburg halten. Ute Teichert-Barthel und Pantelis Petrakakis, die beiden im letzten Jahr in Hamburg neu gewählten Bundesvorstände, freuen sich auf Ihr Kommen. Gleiches gilt für die Akademie-Mitarbeiter. Sie hoffen auf viele interessante Diskussionen mit Ihnen bei und nach den Kongressveranstaltungen – und natürlich am Akademie-Stand. Besuchen Sie uns dort! Einen besonderen Anlass gibt es auch: Die Akademie feiert in diesem Jahr ihr 40-jähriges Bestehen!

est

Über die Hälfte der Befragten trauen sich zu, das Gelernte demnächst in der Berufspraxis anwenden zu können. Dass vergleichbare Lernprogramme auch in der Zukunft mit dem Präsenzunterricht verbunden werden sollen – dieser Wunsch wurde einhellig von den Teilnehmern geäußert. Aktuell wird das Blended Learning Konzept in vier Ausbildungslehrgängen eingesetzt und ist somit fester Bestandteil des Curriculums geworden.

Die Akademie beabsichtigt in den nächsten Jahren, die Vorteile des Blended Learnings (z. B. Schaffung eines einheitlichen Wissensstandes, Förderung der Lernmotivation, Vermittlung von Selbstlernkompetenz) mit denen des Präsenzunterrichts (direkter Kontakt zum Dozenten, Austausch der Teilnehmer untereinander, Vermittlung von Sozialkompetenz) zu verbinden. Ganz klar wird der Angebotsschwerpunkt der Akademie auch weiterhin auf den Präsenzveranstaltungen liegen. Blended Learning – verstanden als „hybrides Lernsetting“ – bietet jedoch einige Vorteile, die die Akademie für ihre Teilnehmer auch in der Zukunft nutzen will.

Das Fazit: Blended Learning kommt gut an und kann in Zukunft die Motivation und den Lernerfolg der Kursteilnehmer sogar noch steigern.

Petra Münstedt, Andrea Quenzer

Übrigens...

Haben Sie eigentlich schon einmal darüber nachgedacht, was der Begriff „Gesundheitsprävention“ eigentlich bedeutet? Nein? Dann sollten Sie es tun. Warum, werden Sie vielleicht fragen, es weiß doch jeder, was damit gemeint ist. Nicht nur Laien benutzen den Begriff, auch in Fachbüchern und wissenschaftlichen Aufsätzen taucht er immer wieder auf, ganz selbstverständlich. Ja leider, meinen Benjamin Kuntz und Peter-Ernst Schnabel von der Universität Bielefeld und beklagen, dass die beiden Worte „Gesundheit“ und „Prävention“ zusammengesetzt genau das Gegenteil von dem heißen, was sie (hoffentlich) eigentlich zum Ausdruck bringen sollten. In „impulse“, dem niedersächsischen Newsletter zur Gesundheitsförderung 4/2010, machen sie deutlich: „Dabei reichen schon rudimentäre Kenntnisse im Lateinischen aus, um die Wortbildung „Gesundheitsprävention“ als Nonsense zu entlarven. Prävention leitet sich bekanntlich von *praevenire* ab, was soviel heißt wie „zuvorkommen“ oder „verhüten“. Vermieden werden soll aber ja gerade nicht Gesundheit, sondern vielmehr Krankheit.“ Damit haben die beiden natürlich recht. Ein wenig Nachdenken hätte genügt, aber wer denkt schon über einen Begriff kritisch nach, wenn er erst einmal in aller Munde ist. Oder liegt es daran, dass die Erwähnung von „Krankheit“ mittlerweile bereits ein Tabu ist? Doch letztendlich ist genau das ja gemeint: Krankheitsprävention. Dem, wie sie es nennen, leidenschaftlichen Plädoyer gegen die Verwendung der Wortbildung ‚Gesundheitsprävention‘ kann man sich von daher nur anschließen. Und dass die Formulierung „gesundheitliche Prävention“ (siehe gescheiterter Entwurf für das Präventionsgesetz) es auch nicht besser macht, muss man nicht noch einmal eigens betonen... In dem Sinne: Danke an Benjamin Kuntz und Peter-Ernst Schnabel dafür, dass Sie die Wortbildung ‚Gesundheitsprävention‘ als das benennen, was sie aus semantischer Sicht ist: schlicht und ergreifend Nonsense!

Werner Schell
www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de

Ellen Steinbach

Nachgefragt

Die Zahlen sind bekannt. In Deutschland hat mittlerweile jedes dritte Kind einen Migrationshintergrund, in manchen Großstädten sogar schon jedes zweite Kind. Bekannt ist auch, dass viele dieser Kinder Probleme mit der deutschen Sprache haben. Die Schuleingangsuntersuchungen, die der kinder- und jugendärztliche Dienst routinemäßig durchführt, bestätigen das. Müssen wir uns also Sorgen machen, dass hier eine Generation heranwächst, die am Ende keine Sprache richtig beherrscht? Was bedeutet eigentlich Mehrsprachigkeit? Wir fragten eine Expertin: Rosemarie Tracy, Professorin für anglistische Linguistik.

BP: Frau Tracy, mehrere Sprachen sprechen zu können, ist prinzipiell etwas sehr Erstrebenswertes. Mehrsprachig aufzuwachsen – so gesehen eine Chance fürs Leben. Aber wenn man sich die Zahl der mehrsprachig aufwachsenden Kinder mit Sprachdefiziten vergegenwärtigt, kommt man doch ins Grübeln. Haben wir falsche Vorstellungen von Mehrsprachigkeit?

R. Tracy: Man kann sicher hinsichtlich der Mehrsprachigkeit, sowohl im Positiven wie im Negativen, von überzogenen Einschätzungen sprechen. Hinzu kommt aber noch generell unzureichendes Wissen über Sprache, kommunikatives Verhalten und Spracherwerb, egal ob in einer Erst- oder Zweitsprache – mit bedauerlichen Konsequenzen im Bildungsbereich. Gut 95 Prozent aller Kinder eines Jahrgangs eignen sich das Grundgerüst ihrer

erwerbsgelegenheit, d.h. von der Qualität und der Quantität des Inputs eines Kindes ab.

Mehrsprachigkeit ist also ein normaler Zustand, aber man darf weder von monolingualen noch von bilingualen Menschen erwarten, dass sie jede Nische ihrer Sprachen kennen oder alle ihre Sprachen mit gleicher Souveränität beherrschen. Es ist auch unrealistisch zu erwarten, dass mehrsprachige Menschen ihre Sprachen immer brav trennen. Das Mischen oder Code-switching ist eine normale kommunikative Ressource und keineswegs Anzeichen eines sprachlichen Defizits.

BP: Kinder erlernen eine Sprache anders als Erwachsene. Worin besteht der Unterschied zwischen Erst- und Zweitspracherwerb?

R. Tracy: Ein wichtiger Grund für die Unterscheidung liegt auf der Hand: Ein Kind, das im Al-

Das Mischen oder Code-switching ist eine normale kommunikative Ressource und keineswegs Anzeichen eines sprachlichen Defizits.

Erstsprachen in den ersten drei bis vier Lebensjahren problemlos und beiläufig an, also ohne bewusste Bemühung. Sie benötigen dafür lediglich eine normale sprachliche Umgebung, keine Instruktion oder Korrektur. Will man aber Lerner, die bereits eine Erstsprache erworben haben, gezielt beim Zweit- oder Fremdspracherwerb unterstützen oder Kindern mit Spracherwerbsstörungen ein Therapieangebot machen, so benötigt man mehr als die eigene implizite Sprachkompetenz. Man benötigt explizites Wissen über die jeweilige Zielsprache und über die typischen oder auch atypischen Meilensteine des Spracherwerbs.

Wichtig ist es in diesem Zusammenhang auch, sich zu vergegenwärtigen, dass bereits Kinder, die von Geburt an mit mehr als einer Erstsprache aufwachsen, diesen Sprachen nicht unbedingt in identischen Situationen begegnen. Sie haben also nicht immer Gelegenheit, in beiden Sprachen den äquivalenten Wortschatz aufzubauen. Wenn eine solche Unausgewogenheit bereits für den doppelten Erstspracherwerb gilt, so braucht man nicht viel Fantasie, um sich klarzumachen, was dies für Kinder bedeutet, die erst in den letzten Jahren vor Schulbeginn Gelegenheit haben, mit dem Deutschen in Kontakt zu kommen. Wir wissen mittlerweile aus vorliegenden Studien, dass Kinder im Prinzip im Laufe eines Jahres einfache Satzstrukturen verstehen und produzieren können und sich im Laufe eines weiteren Jahres die Struktur von Nebensätzen aneignen. Im Prinzip heißt: Ob es tatsächlich dazu kommen kann, hängt von der individuellen Er-

ter von 3-4 Jahren mit einer neuen Sprache konfrontiert wird, hat sich schließlich schon die wichtigsten Grundlagen mindestens einer Erstsprache angeeignet und weiß (implizit und zunehmend explizit) viel darüber, wie Sprache funktioniert. Zweitsprachler haben auch aufgrund ihres umfangreicheren Weltwissens viel zu sagen und merken auch, dass sie in der zweiten Sprache noch nicht alles ausdrücken können, was sie sagen möchten. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass die bereits vorhandene Sprache in mancher Hinsicht wie ein Filter agiert, die das Wahrnehmen unvertrauter Laute und Lautkombinationen, aber auch das Erkennen unterschiedlicher grammatischer Strukturen erschweren kann.

In der aktuellen Forschung wird intensiv diskutiert, bis zu welchem Alter sich Kinder eine zeitversetzt hinzutretende Zweitsprache noch so aneignen können wie eine Erstsprache. Neue Studien deuten darauf hin, dass dies für Kernbereiche der Grammatik mindestens bis zum Alter von vier Jahren noch möglich ist. Es ist also unbedingt sinnvoll, möglichst früh mit der Unterstützung des Zweitspracherwerbs bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache zu beginnen, vor allem auch deshalb, um ihnen Zeit zu geben, sich bis zum Schuleintritt möglichst umfangreiche grammatische und lexikalische Ressourcen anzueignen und kommunikative Kompetenzen aufzubauen.

BP: Wie sieht es mit Interferenzen aus, wenn ein Kind zwei Sprachen gleichzeitig erlernt?

R. Tracy: Es ist normal, dass sich bei Mehrsprachigen mannigfa-



Foto: privat

Rosemarie Tracy hat einen Lehrstuhl für Anglistische Linguistik an der Universität Mannheim. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich des Spracherwerbs und der Mehrsprachigkeit bei Kindern und Erwachsenen. Sie ist Mitbegründerin des Mannheimer Zentrums für empirische Mehrsprachigkeitsforschung, das in Weiterbildungsveranstaltungen Erzieher/innen und Lehrer/innen praxisrelevante Forschungserkenntnisse vermittelt und Forschungs- und Evaluationsprojekte durchführt. Darüber hinaus

begleitet Rosemarie Tracy diverse Förderprojekte in Schulen und Kindertagesstätten, u.a. das Ludwigshafener Sprachförderprojekt „Sprache macht stark!“ Aktuell hat sie gemeinsam mit der Frankfurter Professorin Petra Schulz – im Auftrag der Baden-Württemberg-Stiftung – ein diagnostisches Instrument zur Ermittlung des Sprachstands bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache (LiSe-DaZ) entwickelt. Es wird im Frühjahr im Hogrefe-Verlag erscheinen.

che Beziehungen zwischen ihren Sprachen ausbilden. Wer über viele Optionen verfügt, muss immer mal wieder konkurrierende Formen ausbremsen. Im Gespräch mit monolingualen Gesprächspartnern müssen Bilinguale ihre Sprachwahl also entsprechend steuern, nach neuester Forschung übrigens eine positive Herausforderung für das Gehirn. Sprechen sie hingegen mit anderen Bilingualen, können sie auf diese Selbstkontrolle verzichten und es kann zu Mischäußerungen kommen. Dieses Mischen oder Code-switching ist, wie bereits betont, kein Anzeichen für sprachliches Unvermögen sondern eine zusätzliche stilistische Ressource und Zeichen bikultureller Identität.

BP: Sie beklagen, dass wir bei der Beurteilung des Sprachentwicklungsstandes von Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund zu defizitorientiert sind. Warum?

R. Tracy: Nehmen wir ein Beispiel: Im Fall einer lernersprachlichen Äußerung wie *Die Junge hat Nase gefällt* erkennen wir sofort abweichende Genus- und Verbformen sowie das Fehlen von Artikeln und Präpositionen, auch wenn uns die Terminologie dafür fehlen sollte. Für Pädagogen reicht das Erkennen von punktuellen Auffälligkeiten jedoch nicht. Sie müssen auch sehen bzw. hören können, was dieser Lerner bereits über die Baupläne deutscher Sätze weiß, z.B. über die Verbstellung und über die Notwendigkeit der Übereinstimmung von Subjekt und Verb. Beides „stimmt“ nämlich in dem Beispielsatz. Die Differenzierung von normalem und gestörtem Erwerb und das Erkennen von Erwerbsfortschritten setzen also Grundkenntnisse über Satzbaupläne, aber auch über sehr „kleinteilige“ Systemeigenschaften der beteiligten Zielsprachen voraus. So muss man entscheiden können, ob es sich bei einer Abweichung um die Verletzung einer zentralen Eigenschaft des Systems handelt (wie im Fall der Nichtübereinstimmung von Subjekt und Verb in *Der Junge haben Kuchen gegesst*) und wann um ein Detail (wie die Form des Partizips *gegessst*). Und: Fairerweise müssen wir uns auch der Frage stellen, ob die Fortschritte, die wir erwarten, unter den vorherrschenden Erwerbsbedingungen und angesichts des verfügbaren Inputs überhaupt leistbar sind.

BP: Wie lassen sich therapiebedürftige Sprachstörungen von

einem allgemeinen Sprachförderbedarf abgrenzen? Und wann braucht ein Kind einfach nur mehr Zeit und wir mehr Gelassenheit?

R. Tracy: Mit dieser Frage wird in der Tat ein schwieriges Problem angesprochen. Wenn sich ein Kind in der Zweitsprache trotz intensivem, mehrmonatigem Sprachkontakt nicht zu entwickeln scheint, also etwa nach einem halben Jahr noch keine Wortkombinationen produziert, ist es hilfreich, in Erfahrung zu bringen, was die Eltern über den Erstspracherwerb sagen können. Da sich eine spezifische Spracherwerbsstörung immer in allen Sprachen manifestiert, legen ein verzögerter Sprechbeginn in der Erstsprache und persistierende Abweichungen eine Sprachstörung nahe und mithin die Notwendigkeit einer Therapie. Hat sich das Kind in der Erstsprache normal entwickelt, so benötigt es in der Zweitsprache möglicherweise tatsächlich vor allem mehr Zeit, aber das heißt auch, mehr Input und nicht zuletzt mehr Ansprache und Ermutigung. „Gelassenheit“ ja, aber vor allem im Sinne der regelmäßigen und anregungsreichen verbalen Interaktion mit dem jeweiligen Kind.

BP: Was sollte bei der Sprachförderung beachtet werden?

R. Tracy: Sprachlerner brauchen Sprachmodelle, an denen sie sich orientieren können. Beim kindlichen Erwerb des Deutschen als Zweitsprache ist es wichtig, dass die Kinder insbesondere anfänglich sehen können, was man gerade tut, wenn man spricht. Dabei sollten pädagogische Fachkräfte ihre Sprechweise nicht nur auf einfache Satzfragmente reduzieren (z.B. Alle noch schnell Schuhe anziehen/frühstücken/etc.), sondern sie sollten möglichst vielfältige, d.h. variationsreiche Strukturen produzieren. Bildungspolitisch wichtig ist die Einsicht, dass der Zweitspracherwerb nicht zum Nulltarif zu haben ist und dass die Intensivierung des Inputs durch mehr Gesprächspartner und durch besser qualifizierte pädagogische Fachkräfte oder Lehrer der sicherste Weg ist, um Kinder früh zu befähigen, das zu tun, was sie bestens können, wenn die Bedingungen „stimmen“, nämlich den Code einer neuen Sprache knacken.

BP: Abschließend die Frage: Wie können die Eltern mit einbezogen werden? Was können sie tun?

R. Tracy: Eltern sollten ermutigt werden, ihren Kindern früh,

d.h. ab 2-3 Jahren, den Besuch einer Kita zu ermöglichen. Darüber hinaus können Eltern viel dazu tun, die Lernbereitschaft und Wissbegierigkeit ihrer Kinder zu erhalten, auch wenn sie ihnen, wie in vielen Familien mit Migrationsbiografie, kein Modell des Deutschen sein können. Sie können über die Erstsprachen zur Erweiterung des Weltwissens ihrer Kinder beitragen und generell das natürliche Interesse von Kindern an Sprache unterstützen. Wie gut die Zusammenarbeit mit Eltern funktionieren kann, zeigen mittlerweile viele Initiativen, u.a. das Projekt „Sprache macht stark“, ursprünglich in Ludwigshafen ins Leben gerufen und mittlerweile auf die Metropolregion Rhein-Neckar ausgeweitet, das neben der intensiven Qualifizierung pädagogischer Fachkräfte und der Förderung in Kleingruppen auch die Elternarbeit als wichtige Säule beinhaltet.

BP: Frau Tracy, vielen Dank für das Interview.

Interview: Ellen Steinbach

Bücher für die Praxis:

- Tracy, R. (2008). *Wie Kinder Sprachen lernen. Und wie man sie dabei unterstützen kann*. Tübingen: Francke.
Tracy, R. & Lemke, V. (eds.) (2009). *Sprache macht stark*. Berlin: Cornelsen.

Impressum

Herausgeber und Vertrieb:
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Kanzlerstraße 4, 40472 Düsseldorf
Tel. (0211)31096-0, Fax (0211)31096-69
Internet: www.akademie-oegw.de
Die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt der Länder Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.

Redaktion:
Ellen Steinbach (v. i. S. d. P.),
E-Mail: steinbach@akademie-oegw.de
Petra Münstedt
E-Mail: muenstedt@akademie-oegw.de
Carsten Rumpelting
E-Mail: carsten.rumpelting@web.de
Grafik-Design:
Franziska Müller
E-Mail: franziska.mueller@akademie-oegw.de

Anzeigen
Ellen Steinbach
Druck: WAZ Druck, Duisburg
Auflage: 4300, Ausgabe: Februar 2011
Erscheinungsweise: vierteljährlich
Blickpunkt öffentliche Gesundheit ist ein Forum der freien Meinung. Deshalb stellt nicht jeder Beitrag auch die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers dar.

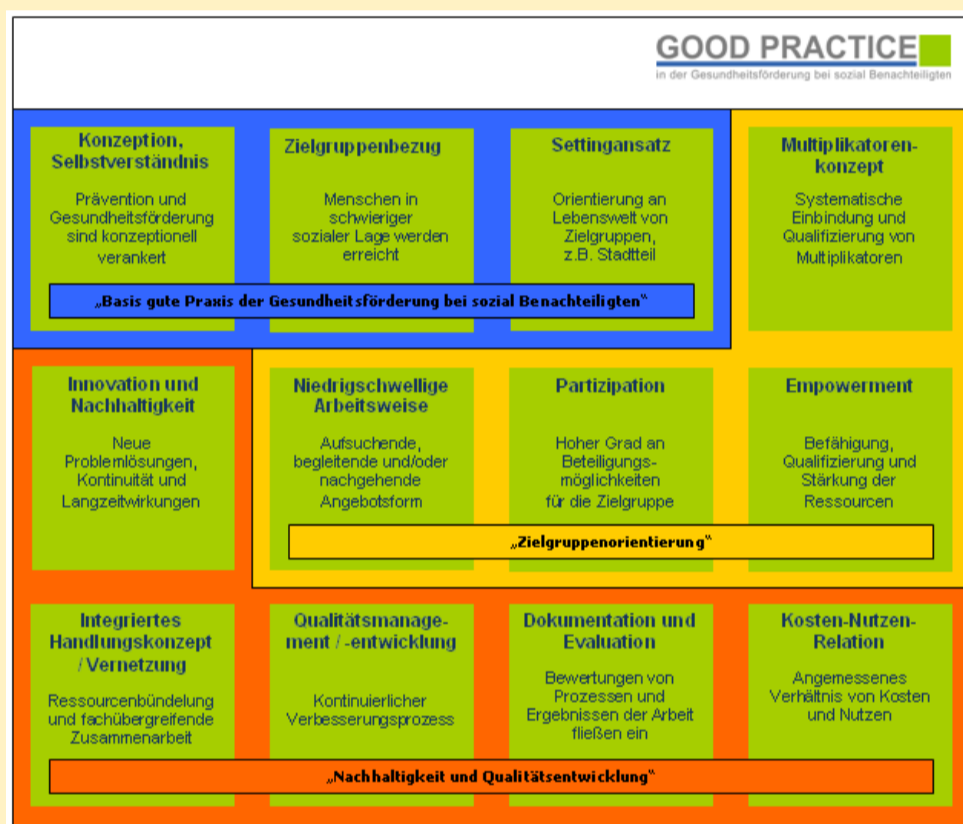
Redaktionsschluss für die Ausgabe 2/2011 ist der 29. März 2011
Beiträge für den Blickpunkt bitte als unformatiertes Word-Dokument per E-Mail an die Redaktion schicken. Die Blickpunkt-Redaktion behält sich vor, eingehende Beiträge zu kürzen und/oder redaktionell zu überarbeiten.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur unter Angabe der Quelle.
ISSN 0177-7165

Werkstatt zur Gesundheitsförderung im Quartier

Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Initiiert hat ihn 2003 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Heute gehören ihm bundesweit 53 namhafte Institutionen an: alle Landesvereinigungen für Gesundheit, die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, die gesetzlichen Krankenkassen, Ärzteschaft, Wohlfahrtsverbände und Länderministerien, der Deutsche Städtetag, das Gesunde Städte-Netzwerk, die Bundesagentur für Arbeit und zahlreiche weitere starke Verbände. Die zentralen Ziele des Kooperationsverbundes sind Qualitätsentwicklung, Transparenz, die Sicherung von Nachhaltigkeit und eine gesundheitsgerechte Gestaltung von Lebenswelten.

Gesundheitsförderung in den Quartieren braucht viele Unterstützer! Unter diesem Motto hat der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ Anfang 2009 einen Ordner mit Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier herausgegeben. Nun ergänzt der Kooperationsverbund das Angebot durch die „Good Practice-Werkstatt Quartier“. Stefan Bräunling von Gesundheit Berlin-Brandenburg stellt das neue Schulungskonzept vor und berichtet von den bisherigen Erfahrungen: Was hat sich bewährt und wie geht es weiter?



Diese zwölf Kriterien guter Praxis hat eine Facharbeitsgruppe unter Federführung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erarbeitet. Sie stellen einen zentralen Orientierungsrahmen für Qualität in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung dar und sind damit Grundlage für die Auswahl von guten Praxisbeispielen, die der Kooperationsverbund in einer Online-Datenbank unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de veröffentlicht. Hier sind mittlerweile über 100 Beispiele guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu finden. An diesen zwölf Kriterien orientiert sich auch die Arbeit in der „Good Practice-Werkstatt Quartier“.

Das Konzept

Das vorrangige Ziel ist klar. Die Good Practice-Werkstatt Quartier will Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Stadtteil/Quartier/Nachbarschaft voranbringen. Das Qualifizierungsangebot richtet sich vor allem an Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Quartiersmanagements sowie an andere interessierte Akteure der Stadtteil- und Quartiersentwicklung – gewählte Quartiersräte oder Kollegen aus dem Kreis der kommunalen Gesundheitskonferenzen. Dabei ist der Titel „Werkstatt“ auch Programm: Das Konzept sieht die teilnehmenden Kollegen nicht als „Schulungs-Bedürftige“, sondern als Experten mit umfangreicher Praxiserfahrung, die detaillierte Kenntnisse ihrer Einrichtungen mitbringen. Oftmals weist ihre alltägliche Arbeit bereits zahlreiche Anknüpfungspunkte an die Good Practice-Kriterien auf. Deshalb ist es auch nicht das oberste Ziel der Werkstatt, zusätzliche und neue Kenntnisse zu vermitteln. Vielmehr liegt der Gewinn in einer Unterstützung der Projektentwicklung und der Vernetzung, im Schöpfen neuer Projektideen beziehungsweise einer gemeinsamen Vision für den gesünderen Stadtteil oder in einer Reflexion der bisherigen Zusammenarbeit.

Die Werkstatt ist in Modulform aufbereitet und kann je nach der Situation vor Ort ein- bis viertägig durchgeführt werden. Um das Interesse auch bei Akteuren zu wecken, die thematisch zwar aufgeschlossen sind, sich aber nicht direkt für vier Tage verpflichten wollen, kann ein einzelner Werkstatttag als „Schnuppertag“ konzipiert werden.

In den Werkstatt-Tagen wird gemeinsam entwickelt, wie aus einzelnen gesundheitsförderlichen Ansätzen ein gemeinschaftlich verfolgtes Leitbild des „gesundheitsfördernden Stadtteils“ entsteht. Grundlage der Arbeit in der Werkstatt sind die zwölf Kriterien guter Praxis (siehe Grafik) und damit Fragen wie: Was verstehen wir eigentlich unter dem zentralen Kriterium „Setting-Ansatz“? Wie können „Niedrigschwelligkeit“, „Partizipation“ oder „Nachhaltigkeit“ dazu beitragen, dem Ziel einer gesundheitsfördernden

Lebenswelt näher zu kommen? Welche Umsetzungsschritte sind zu realisieren? Dabei werden stets die besonderen Lebensbedingungen verschiedener Anwohnergruppen in schwieriger sozialer Lage berücksichtigt.

Die Vorgehensweise ist partizipativ: Die Teilnehmenden werden zu Beginn oder bereits im Vorfeld der gemeinsamen Werkstatt-Tage gefragt, zu welchen Kriterien sie besonderen Informations- und Austauschbedarf haben. Aus dieser Abfrage wird dann der tatsächliche Ablauf „gestrickt“. In der Regel können die Teilnehmenden selbst aus ihrer eigenen Praxis spannende und zu Diskussionen anregende Inputs beitragen. Die Inputs, die gegeben werden, nutzen die Erfahrungen von Good Practice-Projekten, -programmen oder auch -maßnahmen. Deren Beschreibungen zeichnen die konkrete Umsetzung einzelner Kriterien vor Ort nach.

Die bisherigen Erfahrungen

Mittlerweile konnten einige Erfahrungen mit dem Werkstatt-Quartier-Konzept gesammelt werden – insbesondere beim Pilotdurchgang, der im Frühjahr 2010 in Berlin stattfand. Die knapp 20 Teilnehmenden kamen aus mehreren Berliner Bezirken, den Gesundheitsämtern, dem Quartiersmanagement und von Projektanbietern im Stadtteil. Schnell begannen sie mit der Planung konkreter, gesundheitsfördernder Strukturen und Angebote für die eigenen Stadtteile, wobei die zwölf Good Practice-Kriterien – so die Rückmeldung – ihnen eine gut handhabbare Strukturierungshilfe geboten hätten. In dieser Werkstatt wurde am zweiten Tag ein fachlicher Input zum Good Practice-Kriterium „Empowerment“ gegeben. Die Bitte an die Teilnehmenden war, bis zum dritten Termin, der vier Wochen später stattfand, konkrete Umsetzungsschritte zu diesem Kriterium aus ihnen bekannten Projekten zu sammeln. Diese Sammlung bot dann die Vorlage zu einer gemeinsamen Auseinandersetzung. Insbesondere tauschten sich die Teilnehmenden über die Ausgangslage, bevor Empowerment-Prozesse angestoßen werden können, und die dafür notwendige Grundhal-



Foto: „Good Practice-Werkstatt Quartier“

Diskussion in der Werkstatt

aus. Das Gespräch gestaltete sich so wesentlich praxisnäher, als der fachliche Input dies leisten können. Auch die Nähe zu anderen Qualitätskriterien, hier waren das „Partizipation“ und der „Multiplikatoren-Ansatz“, wurde in den mündlichen Schilderungen konkret erfahrbar.

Während des Pilotdurchgangs der Good Practice-Werkstatt in Berlin gab es immer wieder „Aha-Effekte“, wenn die Kollegen über ihre Erfahrungen und Lösungsansätze berichteten. Eine durchaus erwünschte Wirkung, zumal die Teilnehmer genau dies als besonders positiv bewerteten: den intensiven kollegialen Austausch und die vielen Anregungen für die eigene Arbeit. Eine solche Resonanz spricht für den methodischen Ansatz der Werkstatt, der den fachlichen Input nicht ins Zentrum stellt, sondern ihn immer nur als Ausgangspunkt für die anschließende Bearbeitung sieht. Am Ende der Werkstatt-Tage steht für die Teilnehmenden deshalb nicht allein der Zugewinn an fachlichem Wissen und die vertiefte Kenntnis zentraler Begriffe der Gesundheitsförderung, vielmehr ist die Werkstatt dann erfolgreich, wenn sie ganz praktisch dazu motiviert hat, die Einrichtungen und/oder den Stadtteil gesundheitsförderlich weiter zu entwickeln und die Good Practice-Kriterien als Orientierungshilfen auf diesem Weg zu nutzen.

Ein weiterer, eintägiger Durchgang fand im November 2010 in Berlin-Spandau statt. Initiator war hier das Gesundheitsamt. Es beteiligten sich alle vier Quartiersmanagements in diesem Bezirk sowie weitere Aktive aus der Gemeinwesenarbeit.

In Spandau entwickelte sich vor allem aus der Präsentation zum Good Practice-Kriterium „Partizipation“ ein intensiver Austausch. Dieser wurde angeregt durch die unterschiedlichen Sichtweisen der Teilnehmenden, die aus dem Gesundheitsamt, den Quartiersmanagements, einer Quartiers-Bürgerjury, von Projektträgern und der bezirklichen Soziale-Stadt-Koordination kamen. Diskutiert wurde, dass der Nutzen von Partizipations-Angeboten nur schwer zu vermitteln sei, wenn sich kaum

Anwohner finden, die sie in Anspruch nehmen. Solche Prozesse zu erleben, sei für die wenigen engagierten Menschen frustrierend. In der Diskussion wurde herausgestellt, dass es eben keine Verpflichtung geben kann, sich zu beteiligen. Beispiele besonders starker Beteiligung, insbesondere nach brisanten öffentlichen Ereignissen, wurden dann berichtet.

In beiden Werkstätten hat sich die Zusammenstellung von „regionalen“ beziehungsweise „lokalen Teams“ bewährt. Die Verantwortlichen in den Gesundheitsämtern hatten es sich zu eigen gemacht, weitere Akteure aus ihren Bezirken – aus den Quartiersmanagements und anderen Projekten – zur Teilnahme zu motivieren. Damit nutzten sie die Gelegenheit, eine Zusammenarbeit mit Projektanbietern und lokalen Akteuren aufzubauen.

Eine dritte Werkstatt konnte der Regionale Knoten Thüringen nun im Januar 2011 dank der Unterstützung der dortigen AOK Plus anbieten. Auch hier stand der vertiefte Fachaustausch mit Teilnehmenden aus dem Quartiersmanagement im Mittelpunkt der Werkstattarbeit.

So geht es weiter

Angeboten wird die Good Practice-Werkstatt Quartier zukünftig von den Koordinatoren der Regionalen Knoten. Sie bilden die Vernetzungsstruktur des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in den Bundesländern und sind bei den Landesvereinigungen für Gesundheit (oder vergleichbaren Institutionen) angesiedelt.

Die Regionalen Knoten haben in den letzten zwei Jahren viele Kontakte und Arbeitsstrukturen mit den Akteuren der sozialen Stadtentwicklung in ihren Ländern aufbauen können. Die Initialzündung dazu hatten die Konferenzen zur „Gesundheitsförderung im Stadtteil“ gegeben, die im Rahmen des nationalen Aktionsplans IN FORM Ende 2008/Anfang 2009 in allen 16 Bundesländern durchgeführt wurden. In diesem Zusammenhang, aber auch als Ergänzung zu den Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“, ist der Bedarf nach

Fortbildungsangeboten zu den Good Practice-Kriterien und auch nach konkreten Methoden der Projektentwicklung vielfach festgestellt worden.

Die Regionalen Knoten (alle Kontaktdaten: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/regionale-knoten) und die Geschäftsstelle

Die Good Practice-Werkstatt Quartier will

- das Verständnis für Konzepte der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung stärken
- die Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Stadtteil/Quartier/Nachbarschaft voranbringen
- die eigene Arbeit unterstützen, Selbstreflexion und Weiterentwicklung anregen
- (potenzielle) Fördermittelgeber für ein kritisches Feedback mit einbinden
- den Austausch mit Fachkollegen fördern sowie den Kontakt zum Regionalen Knoten als einer zentralen Kompetenz- und Vermittlungsstelle herstellen bzw. intensivieren
- dazu beitragen, die Perspektive von Teilnehmenden aus anderen Ressorts kennenzulernen
- Strukturierungshilfen sowie Checklisten und Tools zur Verfügung stellen

des Kooperationsverbundes bei Gesundheit Berlin-Brandenburg können nun angesprochen werden, um Good Practice-Werkstätten vor Ort mit zu organisieren oder durchzuführen. Die Kosten werden je nach Umfang und Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich sein. Möglichkeiten der Unterstützung hierfür werden in der Vorbereitung eines Durchgangs gemeinsam ermittelt.

Stefan Bräunling
braeunling@gesundheitsbb.de

Weitere Medienangebote zum Thema

„Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“, gerade neu in der zweiten Auflage mit sechs Fachheften erschienen. Die Arbeitshilfen stehen auch als Online-Version unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/arbeitshilfen bereit.

BZgA (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen (4. erweiterte und aktualisierte Auflage), Gesundheitsförderung Konkret 5. Köln: BZgA. Dargestellt werden grundsätzliche Überlegungen zu Good Practice, die Good Practice-Kriterien sowie zahlreiche ausgewählte Beispiele. Ein Glossar und der Überblick über weiterführende Informationen runden die Darstellung ab. Das Buch kann kostenlos bei der BZgA bestellt oder unter www.bzga.de heruntergeladen werden.

Methoden zur Partizipativen Qualitätsentwicklung online: www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de.

Materialien zur Werkstatt Quartier online: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/werkstatt-quartier. Hier werden alle relevanten Materialien für die Teilnehmenden zur Verfügung gestellt

Werkstatt-elemente sind:

- fachliche Inputs durch eingeladene Experten
Überblick über Good Practice-Kriterien, Vertiefung einzelner Kriterien, auch nach Bedarf der Teilnehmenden
- konkretes „Skill-Training“
Übungen und Diskussionen zur Umsetzung der Good Practice-Kriterien
- Gruppenaufgaben
Zum Beispiel: Beantragung und Konzeption einer Koordinierungsstelle, Weiterentwicklung eines gemeinsamen Projekts, Vorstellung des Projekts über einen Projektsteckbrief, Übung zu bearbeiteten Good Practice-Kriterien
- Diskussion der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen mit externen Gästen
Eine Diskussion mit externen Experten schließt sich an die Abschlusspräsentationen der Gruppenarbeiten an und kann zur Beratung von Möglichkeiten der Projektentwicklung und -finanzierung von Gesundheitsförderungsansätzen im Stadtteil genutzt werden. Im Pilotdurchgang waren beispielsweise die zuständige Ansprechpartnerin für nicht-betriebliche Settingförderung der AOK Berlin-Brandenburg sowie die Kollegin des Regionalen Knotens Brandenburg eingeladen.

BVÖGD: Rückblick auf 60 Jahre

„Öffentlicher Gesundheitsdienst“ ist groß zu schreiben – diese für Eigennamen geltende Rechtschreibregel ist Programm für den auch bibliographisch sehr schön gestalteten Jubiläumsband des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu seiner 60-jährigen Geschichte. Das Buch mit seinen 215 inhaltvollen Seiten trägt Wichtiges zur dringend notwendigen Identitätsfindung und -weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland bei.

Wohl auch im Zusammenhang mit dem Wechsel an der Spitze des Bundesverbandes – dem Übergang des Vorsitzes von Dr. Klaus Walter an Dr. Ute Teichert-Barthel – wird noch einmal eine



Rückschau auf die vergangenen 60 Jahre gegeben.

„Wer die Vergangenheit nicht kennt, ist dazu verurteilt, sie zu wiederholen“ – dieser Gedanke des amerikanischen Philosophen George Santayana scheint einer der Leitgedanken für diesen Band gewesen zu sein. Und die verschiedenen ausgewählten Autoren tun ihr Bestes, um diesem Anspruch gerecht zu werden. Das Buch zeichnet nicht nur Entwicklungslinien nach, es greift sie auch auf und versucht, Antworten zu geben. So z.B. auf die Frage zum gesellschaftlichen Auftrag des ÖGD: „Es ist das vorrangige Ziel aller Aktivitäten und Maßnahmen, im Bereich Öffentliche Gesundheit Bedingungen zu schaffen, in denen möglichst alle Menschen gesund leben können. Diese umfassende Ausrichtung der Öffentlichen Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe, der alle gesellschaftlichen Gruppen, Initiativen, Einrichtungen und Fachbehörden Verantwortung tragen, um den Menschen die Realisierung ihrer Gesundheitschancen zu ermöglichen sowie ein hohes Maß an Gesundheitsschutz und gesundheitlicher Lebensqualität zu garantieren.“

Der Leser erfährt – aus der Innenansicht – über die Meilensteine in der Geschichte des BVÖGD, über die Entwicklung der Öffentlichen Gesundheitsdienste in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland vom Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zu den modernen Landesgesundheitsdienstgesetzen, über die Entwicklung in den Neuen Bundesländern, über Kindergesundheit, Gesundheitsberichterstattung und Prävention als Aufgabenfelder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. „Engagiert für die Gesundheit der Bevölkerung – ginge es nur um dieses Engagement, es müsste einem nicht Bange sein um die Gesundheit der Bevölkerung und auch nicht um die Zukunft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“. So ist das zu lesen.

Es geht jedoch auch um die unzureichende Ressourcenausstattung, die politischen und strukturellen Rahmenbedingungen, die in ausreichendem Maß gekannt, berücksichtigt und gegeben sein müssen, um vor Ort „mit Leidenschaft und Augenmaß die harten Bretter der Gesundheitspolitik zu bohren“ (frei nach Max Weber). Überhaupt findet sich in dem Band ein reicher Schatz an Zita-

ten und Aphorismen: „An Stelle einer gezielten, nachgehenden Gesundheitsvorsorge entstand ein üppiges Angebot von Leistungen, die allerdings gerade von denen ignoriert werden, die ihrer besonders bedürfen“ hört man Wilhelm Hagen 1953 über die damalige Sozialreform sagen. „Lieber Basics für alle als Leuchttürme für wenige“, wird Jan Leidl zitiert und auch, mit wohl etwas hintergründiger Melancholie: „Jedes Land und jede Kommune haben den Öffentlichen Gesundheitsdienst, den sie verdienen“.

Die historische Bedeutung und aktuellen Herausforderungen an den Infektionsschutz werden aufgegriffen, die Ansprüche an und die Leistungen der sozialpsychiatrischen Dienste werden in ihren Tiefen und Untiefen reflektiert. Leistungen im Katastrophenschutz werden ebenso diskutiert wie die Beiträge zur Mundgesundheit der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Das für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wohl immer aktuelle Thema der Migration wird aufgegriffen und auch ethisch diskutiert: „Ich bin ein Fremder gewesen, und ihr habt mich aufgenommen“ (Matthäus 25, 35). Es ist wohl wahr, dass die menschenrechtliche Qualität eines Gemeinwesens wesentlich durch den Umgang mit den Schwächsten bestimmt wird. Und auch hier steht der ÖGD traditionell an vorderer Front: Der Mensch als Weg, dem alle Verordnungen und Gesetze in seiner Würde dienen sollen.

Eine schöne Abrundung des Bandes geben die Übersichten über die wissenschaftlichen Bundeskongresse des BVÖGD seit dem Jahr 1951, welche die im ÖGD Tätigen auf Norderney genauso wie in Garmisch Partenkirchen, in Frankfurt a. d. Oder und in Freiburg im Breisgau zusammengeführt haben. Die Inhaber der Johann-Peter-Frank-Medaille sind aufgeführt und – last but not least – ein wohl geordnetes Literaturverzeichnis. Was bleibt zu sagen? Bärbel-Maria Kurth hat es in ihrem Beitrag zum Buch bereits ausgesprochen: „ÖGD – find' ich gut!“

Manfred Wildner
manfred.wildner@iglbayern.de

1950 – 2010. 60 Jahre BVÖGD: Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung.

Hrsg. vom Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. Aalen: Wahl-Druck 2010, 215 S., 10,00 EUR

Zu bestellen:

www.aerzte-oegd.de
Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD)
Julius-Bausch-Str. 12
73430 Aalen
Tel.: (0 73 61) 5 03 11 50
Fax: (0 73 61) 5 03 11 55

Schädlingsbekämpfung

Welche Schädlingsarten stellen für Lebensmittelbetriebe ein Risiko dar? Warum können Schädlinge selbst unter extrem schlechten Voraussetzungen überleben? Warum sind Wareingangskontrollen ein wichtiger Aspekt der Schädlingsprophylaxe? Welche Bedeutung hat die Gefahrstoffverordnung im Zusammenhang mit der Schädlingsbekämpfung? Diese und ähnliche Fragen stellen sich notwendigerweise in der Praxis eines Lebensmittelbetriebes, denn mit den gestiegenen Anforderungen in der Lebensmittelhygiene ist auch das Thema Schädlings, deren Prophylaxe und Bekämpfung immer wichtiger geworden. Oftmals bestehen aber in Betrieben Unsicherheiten und Wissenslücken darüber, wie eine sachgerechte und erfolgreiche Schädlingsbekämpfung durchgeführt werden kann. Dieses neue Werk aus dem Behr's Verlag beschäftigt sich in Form von „Fragen und Antworten“ umfassend mit dem Thema Schädlinge in Lebensmittelbetrieben. Durch die lockere Form der Wissensvermittlung werden die vielfältigen Aspekte der Schädlingsbekämpfung, die Gesetzesgrundlagen und entsprechenden DIN-Normen abwechslungsreich und gut verständlich vermittelt. Das Buch ist nicht nur für das Personal in den Lebensmittelbetrieben von Interesse, son-



dern auch für die Beschäftigten in der Lebensmittelkontrolle, die als Ansprechpartner zum Thema Lebensmittelhygiene auch im Hinblick auf die Schädlingsbekämpfung versiert beraten wollen.

mün

Voigt, Thomas F.

Fragen & Antworten: Schädlingsbekämpfung. Basiswissen zur sach- und fachgerechten Schädlingsprophylaxe und -bekämpfung in Lebensmittelbetrieben.

Hamburg: Behr's Verlag 2010, 100 S., 42,27 EUR
ISBN 978-3-89947-604-0

Internet-Tipp

www.suchthilfe-koeln.de

Ein Beispiel für eine gut gemachte Internetseite, die übersichtlich und kompakt aufgebaut ist, eine Vielzahl von Informationen bietet und ohne „Schnörkel“ und Fachchinesisch auskommt, ist die Homepage der Kölner Suchthilfe e. V. Die Kölner Arbeitsgemeinschaft für Suchtfragen (KAG) ist eine Vereinigung gemeinnütziger Träger und Selbsthilfeorganisationen. Dazu gehören z. B. die Anonymen Alkoholiker, das Diakonische Werk, das Blaue Kreuz u. a.. Sie finanziert sich über öffentliche Zuschüsse der Stadt Köln sowie über Spenden und ehrenamtliche Mitarbeit. Gemeinsam mit dem Gesundheitsamt der Stadt Köln koordiniert die Arbeitsgemeinschaft die Kölner Suchthilfe. Für die Suchtprävention in Kindergärten und Schulen, aber auch in Unternehmen und Verwaltungen bietet die Kölner Suchthilfe erfolgreiche Programme an, die bei der Vorbeugung helfen.

Auf der Internetseite wird eine Vielzahl von Hilfsmöglichkeiten und Adressen für Menschen mit einer Alkohol- und Medikamentengefährdung bzw. -abhängigkeit präsentiert. Auch interessierte türkische Migranten können sich informieren, da die Informationen auch in diese Sprache übertragen werden können. Eine Übersetzung ins Russische ist in Kürze ebenfalls möglich. Ein Forum bietet den Betroffenen die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen. In Planung ist ein Expertenrat, der die persönlichen Fragen und Probleme beantworten soll. Zwar beziehen sich die Informationen hauptsächlich auf Köln und Umgebung, jedoch könnte dieses Internetportal durchaus als Muster dienen für andere Städte und Kommunen, die ähnliche Beratungsangebote im Netz anbieten möchten.

Petra Münstedt

Wie Sie richtig verstanden werden...



„Man kann nicht nicht kommunizieren“: Diese Erkenntnis von Paul Watzlawick ist schon sehr viele Jahre alt und trotzdem ist der Bedarf an Informationen und Hilfestellungen zum Thema Kommunikation weiterhin sehr hoch. Gerade in Gesundheitsberufen ist Kommunikation eines der wichtigsten Arbeitsmittel. Hier werden die verschiedensten Gespräche mit den unterschiedlichsten Inhalten mit Patienten, Angehörigen, Teamkollegen, Therapeuten und Ärzten geführt. Und häufig geht es um wichtige Informationen und Entscheidungen, die die Gesundheit eines Menschen betreffen. Kommunikation dient der Diagnostik und oft auch der Therapie.

Renate Tewes hat ein kleines handliches Buch in „Kitteltaschengröße“ verfasst, speziell für die Zielgruppe der Gesundheitsberufe. Wie der Kommunikationsprozess erfolgreich verläuft, welche

Gestaltungsmöglichkeiten es gibt, welche Regeln beachtet werden sollten und welchen Nutzen eine gute Kommunikation für alle Beteiligten haben kann, zeigt sie anhand von zahlreichen Beispielen, Modellen und Techniken aus ihrer Erfahrung als Coach für Führungskräfte.

Der kleine Ratgeber ist gespickt mit realen Gesprächssituationen aus dem Alltag im Gesundheitswesen und Lösungsvorschlägen. Dank seiner übersichtlichen Darstellung, dem zweifarbigen Text und den verwendeten Mindmaps ist der Inhalt leicht aufzunehmen und bleibt besser im Gedächtnis haften.

Die Grundlagen der Kommunikation betreffen alle Gesundheitsberufe und jene Personen, die mit ihnen von Seiten der Behörden kommunizieren. Im Übrigen war jeder, der in einer Behörde arbeitet, auch schon einmal in der Rolle des Patienten und hat sich vielleicht über die Art der Gespräche gewundert und fühlte sich missverstanden.

Mit diesem Buch kann das Kommunizieren erfolgreich werden und für alle Beteiligten ein zufriedenstellendes Ergebnis haben.

Andrea Quenzer
quenzer@akademie-oegw.de

Tewes, Renate
Wie bitte? – Kommunikation in Gesundheitsberufen.

Heidelberg: Springer-Verlag 2010, 132 S., 9,95 EUR
ISBN 978-3-642-12557-7

Neue Bücher

Seuchenjäger und Nobelpreisträger

Dieses anspruchsvoll gestaltete Buch wird besonders die Bücherliebhaber unter den Lesern ansprechen. Mit seinem Hochglanzpapier, den vielfältigen, qualitativ erstklassigen Abbildungen und Fotografien sowie der ansprechenden Textgestaltung ist diese Neuerscheinung eine reine Augenweide. Aber nicht nur die Aufmachung des Werkes bereitet Vergnügen, auch der Inhalt ist spannend und äußerst interessant: die Lebensgeschichte des Wissenschaftlers Robert Koch, der 1905 den Nobelpreis erhielt.

Der Arzt und Mikrobiologe Robert Koch (1843-1910) entdeckte als einer der Ersten, dass Bakterien beziehungsweise parasitische Einzeller die Verursacher von ansteckenden Krankheiten, wie z. B. Cholera, Milzbrand, Tuberkulose, Pest, Malaria und Schlafkrankheit, sind und legte mit seinen Forschungen den Grundstein für die Entwicklung der modernen Bakteriologie und Klinischen Infektiologie. Seine vielfältigen Entdeckungsreisen, welche er

oftmals unter größten gesundheitlichen Gefahren bewältigte, führten ihn nach Ägypten, Indien, Neuguinea und Afrika. Begleitet wurde er dabei fast immer von seiner zweiten Frau Hedwig, deren Lebensweg ebenso nachgezeichnet wird. Die Expeditionen werden in diesem Buch spannend dokumentiert, u. a. durch Auszüge aus Privatbriefen, farbigen Originalfotografien, handschriftlichen Aufzeichnungen und zahlreichen Auszügen aus Urkunden und sonstigen noch vorhandenen Zeitzeugnissen.

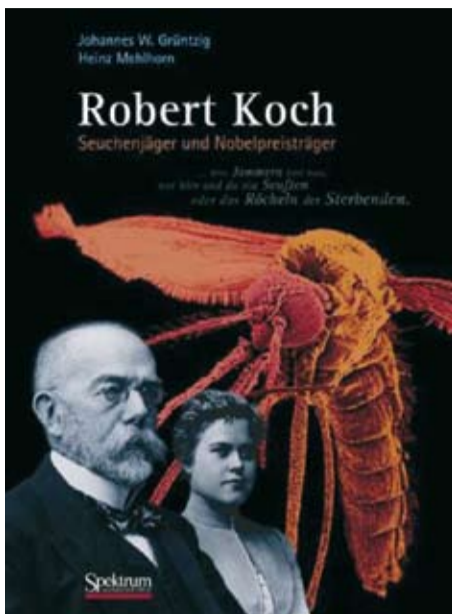
Das Resultat ist ein Werk von 1087 Seiten und über 500 Abbildungen! Da es den Autoren, dem Augenheilkundler Johannes W. Grüntzig sowie dem Parasitologen Heinz Mehlhorn, nicht nur um die trockene Beschreibung der Fakten geht, sondern immer auch um die Schilderung von emotionalen Situationen und Schicksalsschlägen im Leben des Robert Koch, wird das Buch trotz des enormen Umfangs niemals langweilig.

Am Ende einiger Kapitel sind unter dem Titel „Wissen kompakt“ Zusatzinformationen zu bestimmten Infektionskrankheiten in lexikalischer Form angefügt, darunter auch ein Beitrag von Mitarbeitern des Robert-Koch-Instituts zur „Evolution menschlicher Seuchenerreger“.

Diese detaillierte Lebensbeschreibung von Robert Koch ist für jeden lesenswert, der an der Geschichte der Medizin, besonders in der Zeit der deutschen Kolonien, an der Entwicklung der Tropen- und Seuchenmedizin sowie an der Entstehung von Pandemien und deren Bekämpfung über die Jahrhunderte interessiert ist. Durch seine exklusive Gestaltung eignet sich diese Veröffentlichung darüber hinaus als außergewöhnliches und feines Geschenkbuch.

Petra Münstedt

Grüntzig, Johannes W. und Mehlhorn, Heinz
Robert Koch. Seuchenjäger und Nobelpreisträger.
Heidelberg: Springer-Verlag; Spektrum Akademischer Verlag 2010, 1087 S., 99,95 EUR
ISBN 978-3-8274-2710-6



Hygienepraxis in Schulküchen



Schulkantinen eine praktische Hilfestellung geben. Übersichtlich gegliedert und klar verständlich gibt er eine gute Orientierung zu den Vorgaben des Lebensmittelhygienerechts, zur Personalhygiene, zum richtigen Umgang mit Lebensmitteln, zur Hygieneorganisation in einer Schulkantine und zur Eigenkontrolle. Im Anhang befinden sich Vorlagen für die einfache Dokumentation von eigenbetrieblichen Maßnahmen (Temperaturkontrolle, Reinigung, Schädlingsbekämpfung, Personalschulung und Belehrung etc.) und eine Linkliste für weitergehende Informationen. Den Leitfaden entwickelte das Niedersächsische Landesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (LAVES) im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz und Landesentwicklung (ML). An der Erarbeitung beteiligt waren die Verbraucherzentrale Niedersachsen sowie sechs Landkreise und die Städte Hannover und Oldenburg. Die Landesschulbehörde hat diesen Leitfaden an alle niedersächsischen Schulen verteilt. Auf der Homepage des LAVES kann die 27-seitige Veröffentlichung kostenfrei heruntergeladen werden: www.laves.niedersachsen.de. Hier unter: Lebensmittel/Kontrollmaßnahmen.

mün

Hygieneleitfaden für die Verpflegung an niedersächsischen Schulen.
Hrsg. vom Niedersächsischen Landesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (LAVES).
Oldenburg 2010. 27 S.

Bedingt durch den zunehmenden Nachmittagsunterricht an weiterführenden Schulen verbleiben immer mehr Kinder und Jugendliche über Mittag in der Schule und benötigen eine gesunde und geeignete Mittagsmahlzeit. Die Planung und Organisation einer Verpflegungseinrichtung ist ein aktuelles Thema und stellt die Schulen vor eine anspruchsvolle Aufgabe, denn eine gesunde Schulkost kann die Schüler auch zukünftig an eine gesunde Ernährungsweise heranführen. Aber nicht nur auf die Vitamine und Mineralstoffe kommt es bei einem geeigneten Mittagessen an, auch die Hygiene stellt einen wichtigen Aspekt dar. Die Verantwortlichen in der Schulverpflegung sind jedoch häufig in den Fragen der Küchenbetriebshygiene oder der richtigen Zubereitungspraxis nicht ausreichend angeleitet und informiert. Hierbei kann der „Hygieneleitfaden für die Verpflegung an niedersächsischen Schulen“ den Beschäftigten in den

Fromm, Bettina; Baumann, Eva und Lampert, Claudia
Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch.
Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2010, 188 S., 29,90 EUR
ISBN 978-3-17-020683-0

Bayerlein, Rainer; Schmidt, Gerd; Mattern, Christoph et al.
Betreuungspraxis und psychiatrische Grundlagen.
2. Aufl.
Bonn: Bundesanzeiger Verlag 2011, 450 S., 64,00 EUR
ISBN 978-3-89817-888-4

Sauer, Torsten
MRSA-net MK. Ein regionales Netzwerk zur Prävention und Kontrolle von MRSA im Märkischen Kreis.
München: Grin Verlag 2010, 36 S., 14,99 EUR
(Akademische Schriftenreihe, Bd. V150324)
ISBN 978-3-640-61561-2

Lebensmittelsicherheit. Hygieneanforderungen, Normen, Verordnungen.
4. Aufl.
Berlin: Beuth Verlag 2010, 704 S., 142,00 EUR
(Reihe DIN-Taschenbücher 280/1)
ISBN 978-3-410-17885-9

Wendt, Wolf R.
Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 5., überarb. Aufl.
Freiburg: Lambertus Verlag 2010, 317 S., 21,90 EUR
ISBN 978-3-7841-1958-8

Aushangpflichtige Gesetze und andere wichtige Vorschriften im Gesundheitswesen.
17. akt. Aufl.
Merching: Forum Gesundheitsmedien 2010, 706 S., 42,00 EUR
ISBN 978-3-934131-88-0

Göpel, Eberhard (Hrsg.)
Nachhaltige Gesundheitsförderung.
Frankfurt am Main: Mabuse Verlag 2010, 368 S., 29,90 EUR
(Gesundheit gemeinsam gestalten, Bd.4)
ISBN 978-3-940529-84-8

Krüger, Sigrid und Zschaler, Regina
Reinigung und Desinfektion. Kommentar zur DIN 10516 Lebensmittel.
2., überarb. Aufl.
Berlin: Beuth Verlag 2010, 121 S., 34,00 EUR
ISBN 978-3-410-16820-1

Wright, Michael T. (Hrsg.)
Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention.
Bern: Verlag Hans Huber 2010, 280 S., 24,95 EUR
ISBN 978-3-456-84867-9

Hollederer, Alfons
Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Psychologie sozialer Ungleichheit.
Wiesbaden: VS Verlag 2010, 380 S., 49,95 EUR
ISBN 978-3-531-17765-6

Sutton, Alexander J.; Abrams, Keith; Ades, A. E et al.
Evidence synthesis for decision making in healthcare. Statistics in practice.
Weinheim: Wiley Blackwell 2011, 320 S., 55,90 EUR
ISBN 978-0-470-06109-1

Kramer, Axel; Heeg, Peter; Botzenhart, Konrad (Hrsg.)
Krankenhaus- und Praxishygiene. 2. Aufl.
München: Elsevier; Urban & Fischer Verlag 2011, 816 S., 153,00 EUR
ISBN 978-3-437-22311-2

Eckard, Stefanie
Beratungspraxis Bakterielle Infektionskrankheiten.
Eschborn: Govi-Verlag/Pharmazeutischer Verlag 2010, 344 S., 19,80 EUR
ISBN 978-3-7692-5113-5

Wernitz, Martin H. und Pelz, Jörg
Gesundheitsökonomie und das deutsche Gesundheitswesen.
Ein praxisorientiertes Lehrbuch für Studium und Beruf
Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2010, 240 S., 29,90 EUR
ISBN 978-3-17-021564-1

„fit für Pisa“ – Mehr Bewegung in der Schule!

Was bringt es, wenn man statt der üblichen zwei Sportstunden pro Woche jeden Tag eine Stunde Sport in der Grundschule anbietet? Mehr Freude an der Bewegung, ein besseres Selbstwertgefühl, weniger Übergewicht? Das Göttinger Projekt „fit für Pisa“ – Mehr Bewegung in der Schule kann belegen, dass sich die tägliche Sportstunde in der Grundschule durchaus positiv auf die Gesundheit auswirkt. Die Kinder haben mehr Interesse an Sportangeboten in der Freizeit, sie verbringen weniger Zeit vor dem Fernseher und auch ein selbstwertverstärkender Effekt hat sich durch die zusätzlichen Sportstunden gezeigt. Allein im Hinblick auf das Körpergewicht ist die erhoffte Wirkung ausgeblieben. Dennoch können die Projektverantwortlichen zufrieden sein: „fit für Pisa“ hat nicht nur die Göttinger Kinder, sondern auch die Göttinger Grundschulen in Bewegung gebracht.

Die Rahmenbedingungen, in denen sich Kinder heute frei und ungezwungen bewegen können, haben sich stark verändert. Neben dem Anstieg von Übergewicht und Adipositas sind bereits Grundschulkindern häufig „psychischem Stress“ ausgesetzt, wodurch physische und psychische Beschwerden ausgelöst werden können. Ein systematischer Review über 850 Artikel zu dem Einfluss körperlicher Aktivität auf Verhalten und Gesundheit bei 6- bis 18-Jährigen führte zu der Empfehlung: Kinder sollten pro Tag mindestens 60 Minuten moderat bis intensiv körperlich aktiv sein und sich in der Freizeit weniger als zwei Stunden ausschließlich sitzend beschäftigen. Wichtig für die Primärprävention: Jegliche Anregung zu mehr körperlicher Aktivität sollte die Freude an der Bewegung fördern, an den Entwicklungsstand angepasst sein und helfen, grundlegende sowie spezifische motorische Fähigkeiten zu erwerben.

Diese Erkenntnisse flossen in das Konzept des täglichen Sport-

unterrichts in der Grundschule mit ein. Die Grundschule wurde als Ort für die Gesundheitsförderungsmaßnahme deshalb gewählt, weil hier alle Kinder erreicht werden können, unabhängig von Kulturzugehörigkeit, Sozialstatus, Leistungsvermögen und Lernergebnissen. Sie stellt somit eine gute Möglichkeit zur Durchführung einer nachhaltigen gesundheitlichen Förderung und Prävention dar. Und darum ging es allen, die sich an diesem Kooperationsprojekt beteiligten: der Allgemeine Sportclub Göttingen (ASC Göttingen), die Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsens, das örtliche Gesundheitsamt und die Göttinger Universitätskinderklinik.

Im Rahmen des Projektes wurden, wie oben beschrieben, die obligatorischen zwei Schulstunden Sport pro Woche durch drei weitere Sportstunden ergänzt. Diese drei Stunden übernahmen Übungsleiter des ASC Göttingen. Um das wöchentliche Maximum an Unterrichtsstunden nicht zu überschreiten, wurden für den

zusätzlichen Sportunterricht zwei Verfügungsstunden und eine Fachstunde genutzt.

Das Projekt startete im Schuljahr 2003/2004 an drei Grundschulen und wurde bis zum Ende des Schuljahres 2006/2007 von der ersten bis zur vierten Klas-



se durchgeführt. Aufgrund der Öffentlichkeitsarbeit kamen in den Schuljahren 2004/2005 und 2005/2006 je noch eine weitere Grundschule hinzu, so dass sich insgesamt fünf Schulen und circa 300 Kinder am „fit für Pisa“-Projekt beteiligten. Als Kontrollgruppe diente eine Grundschule, in der der herkömmliche Schulalltag unverändert blieb.

Mittlerweile ist das Projekt abgeschlossen. Es endete im Dezember 2010. Evaluiert wurde es zum einen durch motorische Tests und die Ermittlung des BMI-Wertes zu Beginn des Projektes und jeweils am Ende eines Schuljahres; zum anderen wurden Befragungen der Kinder und ihrer Eltern zum Projekt durchgeführt. Die Medizinische Hochschule Hannover hat die Evaluation im Rahmen einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie unterstützt.

Nach den jetzt vorliegenden Ergebnissen hat das Projekt Wirkungen gezeigt. So konnten in Teilbereichen der motorischen Leistungsfähigkeit (z. B. Schnelligkeitsausdauer und Koordination) relevante Unterschiede zwischen den geförderten Projektkindern und den Kontrollkindern nachgewiesen werden. Außerdem bestätigte sich ein selbstwertstärkender Effekt durch die zusätzlichen Sportstunden. Mehr als 90 Prozent der Projekt Kinder hat der tägliche Sportunterricht nicht nur sehr gut gefallen, sie akzeptierten auch die Übungsleiter als festen Bestandteil im Schulalltag.



Fotos: „fit für Pisa“

Darüber hinaus gaben nach vierjähriger Projektzeit 86,7 Prozent der Kinder an, dass sie am Nachmittag sportlich aktiv sind. Bei Projektbeginn waren es nur 58,4 Prozent. Die Mitgliedschaft in verschiedenen Göttinger Sportvereinen stieg von 41,4 Prozent bei Projektbeginn auf mehr als 70 Prozent an (siehe Abbildung 1). Besonders für die Kinder der Schulen 4 und 5 (vgl. Abbildung

Prozent (2007) der befragten Eltern gaben an, dass ihrem Kind der zusätzliche Sportunterricht sehr viel Spaß gemacht hat.

Fazit: Die Effekte im Bereich der sportmotorischen Leistungsfähigkeit sind deutlich. Ein relevanter Unterschied bestätigte sich außerdem für das Selbstwertgefühl. Die meisten Kinder nahmen gern und motiviert an der Intervention teil. Und sie integrierten darüber hinaus Sport- und Bewegungsaspekte in ihr außerschulisches Leben. Der Anstieg der Vereinsmitgliedschaften von circa 30 Prozent ist sehr positiv und kann auch auf eine durch das Projekt bewirkte Sensibilisierung für mehr Sport und Bewegung in der Freizeit zurückgeführt werden. Damit konnte die Grundlage für eine aktive Lebensgestaltung über die Interventionsmaßnahme hinaus gelegt werden.

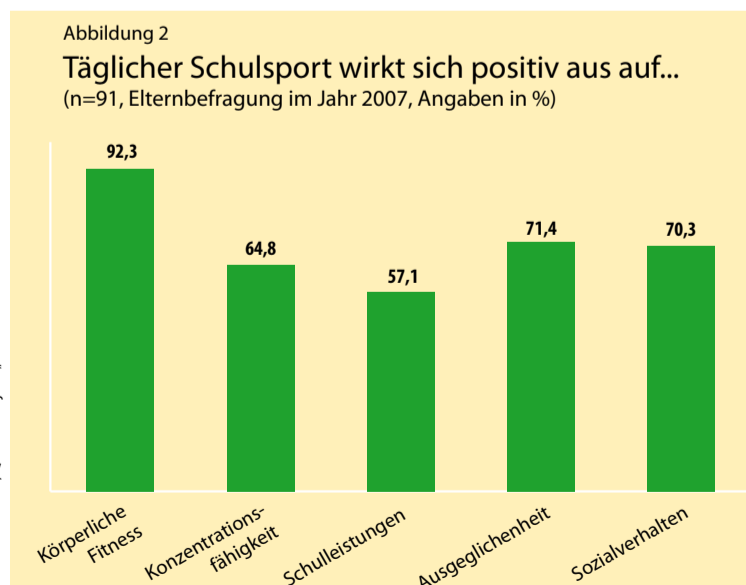
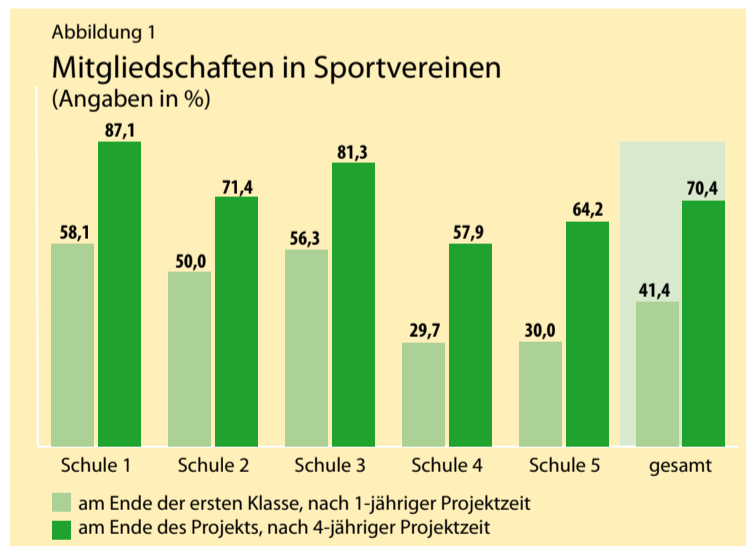
Dass sich kein Effekt hinsichtlich des Körpergewichtes zeigte, macht deutlich, dass täglicher Sport als Interventionsmaßnahme allein nicht ausreicht. Idealerweise müssen Förderprogramme auch ernährungswissenschaftliche Aspekte enthalten und die Familie direkt einbeziehen.

Die Erfahrungen mit dem Projekt belegen, dass sowohl aus finanzieller als auch personeller und räumlicher Sicht die tägliche Sportstunde in der Grundschule generell möglich ist und als Grundlage in den Lehrplan implementiert werden kann.

Erfreulich war die sehr positive Resonanz der Eltern, die das Projekt mitgetragen hat. Gleiches gilt für die begleitende Medienberichterstattung. Sie weckte das Interesse in anderen Schulen der Stadt Göttingen, mit der Folge, dass in vielen ehemaligen Projekt-schulen – inzwischen aber auch in neuen Schulen – in unterschiedlichen Formen mehr Sport durch Übungsleiter des ASC Göttingen angeboten wird.

Henze, V¹, Mayr E², Schmitzerling J¹, Suermann T³, Liersch S⁴, Krauth C⁵, Bisson S⁴, Walter U⁴, Röhl M⁶

¹ ASC Göttingen von 1846 e. V.
² Gesundheitsamt für die Stadt und den Landkreis Göttingen
³ Ärztekammer Niedersachsen
⁴ Medizinische Hochschule Hannover, Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung, Stiftungslehrstuhl
⁵ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
⁶ Universitätskinderklinik Göttingen



Graphik: Akademie, Quelle: Projekt „fit für Pisa“

Kontakt:
 ASC Göttingen von 1846 e. V.
 Dr. Vicky Henze
 Danziger Str. 21, 37083 Göttingen
 Telefon: (0551) 5174665
 Telefax: (0551) 5174647
 E-Mail: vh@asc46.de
 Homepage: www.asc46.de