

Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Interview mit Birgit Appenrodt
**Erfolgreiche
Gesundheitsförderung**
Seite 3

Das Hörseening für Neugeborene
**Gesunde Sprachentwicklung setzt
Hörvermögen voraus**
Seite 4/5

Projekt aus Berlin Friedrichshain-Kreuzberg
„Gesund sind wir stark“
Seite 8

Chancengleichheit – Wie die Gesundheitsämter dazu beitragen können

In diesem Jahr hat der Förderverein der Freunde und Absolventen der Akademie seine Jahrestagung gemeinsam mit dem Gesundheitsamt der Stadt Köln durchgeführt. Thema dieser Veranstaltung, die am 23. März stattfand, war die Gesundheit als kommunalpolitische Aufgabe. Darüber hinaus wurden die Grenzen und Möglichkeiten kommunaler Gesundheitsleistungen zur Diskussion gestellt. **Jan Leidel**, Leiter des Gesundheitsamtes in Köln, ist der Frage nachgegangen, welche Rolle der Öffentliche Gesundheitsdienst bei der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere sozial benachteiligter Gesellschaftsgruppen, hat. Er kommt zu dem Schluss, dass die Gesundheitsämter in hohem Maße gefordert sind, sich der Ungleichheit der Gesundheitschancen anzunehmen.

Am Beginn öffentlich erbrachter Gesundheitsleistungen stand die Erkenntnis, dass „Gesundheit“ nicht nur ein privates Gut ist, sondern dass es auch ein öffentliches Interesse an der Gesundheit der Bevölkerung gibt. Dabei ist es letztlich unerheblich, ob dieses Interesse pragmatisch begründet ist oder sich aus einer religiös oder politisch abgeleiteten Vorstellung von Gerechtigkeit und aus sozialstaatlicher Verpflichtung ergibt. In welchem Umfang und mit welchen Mitteln der öffentliche Gesundheitsdienst zur bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung vor allem benachteiligter Bevölkerungsgruppen beigetragen hat, unterlag im Verlauf seiner wechselvollen Geschichte erheblichen Schwankungen.

Braucht der Staat die Gesundheitsämter?

In diesem Zusammenhang möchte ich daran erinnern, dass Heinz Reuter, der frühere Ministerialdirekt und Präsident der Düsseldorfer Akademie für Staatsmedizin, die Notwendigkeit der Existenz von Gesundheitsämtern geradezu von deren gesundheitlichen Hilfen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen abhängig machte. In einem Aufsatz in der Zeitschrift „Das öffentliche Gesundheitswesen“ aus dem Jahr 1982 vertrat er die Auffassung, unser Staat brauche die Gesundheitsämter der uns geläufigen Prägung nicht mehr, „denn es gibt das gesundheitlich unterver-

sorgte Proletariat der Zeit vor und nach dem 1. Weltkrieg nicht mehr, und es gibt auch die Ströme der Heimatlosen des 2. Weltkrieges nicht mehr“.

Die seitdem eingetretene Entwicklung lässt Reuters Aussage auf geradezu groteske Weise obsolet erscheinen. Vielerorts entwickelt oder sich neu entwickelnde gesundheitlich unterversorgten Berber, Junkies und Straßenkinder aus dem Bahnhofsmilieu zu gewährleisten, und die Gesundheitsämter werden in hohem Maße gefordert durch die gesundheitlichen und sozialen Probleme der Flüchtlingsströme unserer Zeit.

Keinen Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung

Tatsächlich kann das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung bei aller unbestrittenen Leistungsfähigkeit für bestimmte Gruppen keine angemessene gesundheitliche und sozialpflegerische Versorgung sicherstellen. Dies scheint mir – nicht zuletzt vor dem Hintergrund von Finanzierungsproblemen – an Brisanz zuzunehmen und betrifft vor allem Personen, die aufgrund ihrer sozialen Lage oder ihrer persönlichen Situation keinen ausreichenden Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung haben oder bei denen die vorhandenen institutionellen Arbeitsformen nicht den Versorgungsbedürfnissen entsprechen, also insbesondere

- psychisch Kranke mit gestörtem Realitätsbezug und fehlender Krankheitseinsicht, welche die notwendigen Gesundheitshilfen nicht selbst zu initiieren vermögen;
- hochmobile Personen mit komplexen Problemen, vor allem im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, und zugleich mit kulturellen, sprachlichen, aufenthaltsrechtlichen, versicherungsrechtlichen und weiteren Zugangsschwierigkeiten;
- Kinder mit soziogenen Störungen ihrer psychischen, emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung, deren Eltern sich aus Unwissenheit oder ungenügender Sorge nicht um die notwendige rehabilitative Förderung kümmern;
- Kranke, die – wie z. B. viele Wohnungslose – mit ihrem Erscheinungsbild und ihren Verhaltensweisen die Normalversorgung erschweren und in Wartezimmern beunruhigend wirken;
- Migrantinnen und Migranten, insbesondere solche mit unklarem Aufenthaltsstatus und erheblichen Zugangsschwierigkeiten zu unserem Gesundheitssystem.

Hilfen initiieren, koordinieren und selbst erbringen

Es gehört zu den vornehmsten Aufgaben der Gesundheitsämter, sich dieser Ungleichheit der Gesundheitschancen anzunehmen



und erforderliche ergänzende Hilfen zu initiieren und zu koordinieren bzw. selbst zu erbringen. Hierfür ist eine gute Kenntnis der Bedarfs- und Versorgungslage innerhalb der Kommune erforderlich. Daher sollte im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung beschrieben werden, bei welchen gesundheitlichen Problemen bzw. bei welchen Bevölkerungsgruppen das Regelsystem keine ausreichende Versorgung zu gewährleisten vermag und welche Teilgruppen der Bevölkerung welche gesundheitlichen Leistungen nicht in genügendem Maße in Anspruch nehmen.

Versorgungsdefizite ausgleichen

Grundsätzlich hat sich in der Bundesrepublik staatliches (auch kommunales) Handeln am Prinzip der Subsidiarität zu orientieren. Der Staat soll also nur das leisten, wozu näher am Individuum befindliche Einrichtungen, freie Träger oder private Einrichtungen nicht in der Lage sind. Daher steht das Gesundheitsamt zunächst in der nicht immer ausgesprochenen Pflicht, Versorgungsdefizite und ungleiche

Zugangschancen zum Regelsystem durch dessen koordinierte Weiterentwicklung, eventuell unter Einbeziehung freier Träger, auszugleichen. Hierfür sind Gremien wie die – in NRW den Kreisen und kreisfreien Städten zur Pflicht gemachten – kommunalen Gesundheitskonferenzen oder ähnliche Gremien zur Abstimmung und Konsensfindung innerhalb der wesentlichen Akteure der gesundheitlichen Versorgung hilfreich, allerdings ist die Frage der Finanzierung der notwendigen Maßnahmen meist die am schwierigsten zu überwindende Hürde.

Eigene Leistungserbringung notwendig

In vielen Fällen wird aber auch eine eigene Leistungserbringung der Kommune, zumeist also des Gesundheitsamtes, erforderlich sein. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn eine Aufgabe für andere Träger zu unattraktiv oder in der Wahrnehmung zu schwierig ist. Das Quasi-Verbot einer Krankenbehandlung aus der Ersten Durchführungsver-

Fortsetzung auf Seite 2

Verbraucherschutz: Die Akademie feiert 50. Lehrgang

(mün) Am 4. Mai 2009 würdigt die Akademie den 50. Ausbildungslehrgang für Lebensmittelkontrolleurinnen und Kontrolleure in einer Feierstunde, zu der neben einem Vertreter des Verbraucherschutzministeriums NRW auch der Vorsitzende des Bundesverbandes der Lebensmittelkontrolleure Deutschlands geladen sind. Bei diesem Festakt dabei sind außerdem zwei Teilnehmer „der ersten Stunde“, die zurückblicken auf ihre damalige Ausbildungszeit.

Der erste Lebensmittelkontrolleurlehrgang startete im Jahr 1976 – damals noch in den Räumlichkeiten der Akademie „Auf'm Hennekamp“. Vieles hat sich in der Zwischenzeit verändert. Seit 2001 hat sich das Anforderungsprofil an die Lebensmittelkontrolleure deutlich erhöht: Ein Bewerber mit einem handwerklichen Berufsabschluss (Bäcker, Metzger, Konditor etc.) muss nun zusätzlich die Meisterprüfung nachweisen. Zugelassen

zur Ausbildung werden ferner Techniker mit staatlicher Prüfung (Industriemeister, Hauswirtschaftliche Betriebsleiter etc.) und Bewerber mit einem Fachhochschuldiplom in lebensmitteltechnischen Bereichen (Diplom-Ökotrophologen, Dipl.-Ingenieure Lebensmitteltechnik etc.).

Angesichts der internationalen Handelsnetzwerke und der Globalisierung des Wirtschaftsverkehrs sind die Berufe in der Lebensmittelüberwachung und im Verbraucherschutz in ihrer Bedeutung gestiegen. Aktuelle Standards in der Lebensmittelhygiene, Qualitätsmanagement-Systeme, mehrfache Gesetzesänderungen und neue EU-Richtlinien haben die Anforderungen an eine zukunftsorientierte Ausbildung verändert. Neben der Vermittlung von fachlichen und methodischen Kenntnissen ist die Befähigung zur interdisziplinären Zusammenarbeit immer wichtiger geworden.

Die Verbraucher sind sensibler und kritischer als noch vor Jahren, und – sie sind besser informiert. Durch die Ansammlung von kleineren und größeren Lebensmittelskandalen in jüngster Zeit ist die Bevölkerung aufmerksam geworden auf die Arbeit der Lebensmittelkontrolleure. Die Beschäftigten in der Lebensmittelüberwachung gehören mittlerweile zu der Berufsgruppe mit einem zunehmend positiven Image. Sie genießen das Vertrauen der Bevölkerung und gelten als Experten der Lebensmittelsicherheit. Dies zeigen auch die zahlreichen Berichte und Reportagen über den Berufsalltag der Kontrolleure in den Medien.

Eine angemessene Personalausstattung in der Überwachungssystemen ist noch nicht erreicht. So wird es, nach Einschätzung des Ausbildungsleiters Holger Kretschmar, auch zukünftig einen großen Ausbildungsbedarf an gut geschulten Lebensmittelkontrolleuren geben. Die Ausbildungslehrgänge der Akademie in Düsseldorf sind bereits jetzt bis zum Jahr 2011 ausgebucht. Seit mehreren Jahren finden in Düsseldorf jährlich zwei Lehrgänge statt. Mit dem Umzug im Jahr 2006 zur „Kanzlerstraße“ hat die Akademie großzügigere Räumlichkeiten bekommen und verfügt über moderne Arbeitsmittel sowie Internetzugang. Neue Lehr- und Lernmethoden können somit auch in den nächsten Jahren verstärkt eingesetzt werden.

Internationale Arbeitstagung zur Lebensmittelsicherheit

Vom 31. August bis 2. September findet in Berlin eine Arbeitstagung unter dem Titel: „Lebensmittelsicherheit – Die Verantwortung im Verbraucherschutz“ statt. Der Kongress wird vom Bundesverband der Lebensmittelkontrolleure Deutschlands e. V. in Zusammenarbeit mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf veranstaltet. Eingeladen sind Beschäftigte in der Lebensmittelüberwachung sowie Verantwortliche in der Lebensmittelwirtschaft. Das Verbraucherinformationsgesetz, die Chancen und Risiken der

Nanotechnologie sowie die Kontrolle des Internethandels werden Schwerpunktthemen der Tagung sein. Daneben sollen auch die Verantwortlichkeiten in der Überwachung in Diskussionsrunden und Beiträgen aufgegriffen und erörtert werden. In einem weiteren Kongressbeitrag wird über den Pestizidnachweis in Obst und Gemüse durch den „Enzymsensor“ berichtet.

Anmeldungen können bis zum 15.07.2009 vorgenommen werden unter: www.lebensmittelkontrolleure.de

2. Deutscher Suchtkongress

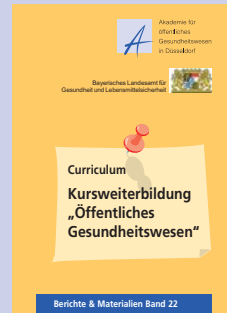
Der Zweite Deutsche Suchtkongress wird in diesem Jahr in Köln stattfinden. Vom 16. bis 19. September 2009 erwarten die Teilnehmer neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Suchtforschung, Suchttherapie und Suchtpolitik. Vorträge zur Psychotherapie bei Substituierten oder zur Rehabilitation in der Suchtbehandlung stehen auf dem Programm. Zentraler Bestandteil

des Kongresses sind darüber hinaus die mehrmals täglich stattfindenden Symposien, in denen Erfahrungen ausgetauscht werden können. Für den Kongress federführend ist die Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. Unter der Internetadresse www.suchtkongress09.de sind nähere Informationen und das Anmeldeformular zu finden.

60 plus

Ältere Menschen vermuten öfters, eine Impfung sei für sie nicht mehr notwendig. Dabei sind Schutzimpfungen, z. B. gegen Grippe, Pneumokokken, Tetanus, FSME in höherem Alter besonders wichtig. Ein neues informatives Falblatt soll jetzt den Blick auf die Bedeutsamkeit von Impfungen lenken und wendet sich insbesondere an die Gruppe der über Sechzigjährigen. Interessenten können den Flyer bei der Landesvereinigung für Gesundheit Schleswig-Holstein anfordern unter: www.lv-gesundheit-sh.de

Curriculum für die Kursweiterbildung „Öffentliches Gesundheitswesen“



2009 hat die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf zusammen mit dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit ein Curriculum für die Kursweiterbildung „Öffentliches Gesundheitswesen“ herausgebracht. Dieses Curriculum bildet die Grundlage für die theoretische Qualifikation im Rahmen der fünfjährigen Weiterbildung zur Fachärztin und zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen. Es ist auf der Basis der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sowie den landesrechtlichen Vorgaben in Nordrhein-Westfalen entwickelt worden und wurde mit dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst abgestimmt. Da die Inhalte der theoretischen Kursweiterbildung im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ in NRW bzw. die Inhalte der Arztausbildung in Bayern durch staatliche Rechtsnormen geregelt werden, gehört dieser Lehrplan nicht in die Reihe der Kursbücher, die von der Bundesärztekammer herausgegeben werden. Lerninhalte und Lernziele der theoretischen Kursweiterbildung sind in diesem Curriculum umfassend

beschrieben und Qualifikationsziele konkret dargestellt. So soll neben dem Fachwissen das Verständnis komplexer Zusammenhänge und Hintergründe vermittelt und multidisziplinäres und sektorübergreifendes Arbeiten erlernt und erfahren werden. Da auf die theoretische Kursweiterbildung (720 Stunden) ein abgeschlossenes Public Health-Studium angerechnet werden kann, wird im Rahmen der Facharztweiterbildung eine Kooperation mit den universitären Public Health-Studiengängen angestrebt. Die gedruckte Fassung des Curriculums kann bei der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf bestellt werden: Tel.: 02 11/3 10 96-0 Fax: 02 11/3 10 96-69 E-mail: info@akademie-oegw.de

Fortsetzung von Seite 1

ordnung zum Vereinheitlichungsgesetz ist mittlerweile weitgehend außer Kraft gesetzt. § 19 Infektionsschutzgesetz (IfSG) oder z. B. § 4 des ÖGD-Gesetzes für NRW sehen in sehr pragmatischer Weise durchaus eine eigene Leistungserbringung durch das Gesundheitsamt einschließlich einer ärztlichen Behandlung vor.

Allerdings wird stets zu prüfen sein, ob die verbindliche und zuverlässige Behandlung von Menschen mit bestimmten gesundheitlichen Bedürfnissen und zugleich eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten im Rahmen einer öffentlichen Verwaltung mit ihren mitunter starren Regelungen überhaupt möglich ist. Nicht von ungefähr ist in diesem Bereich „Dienst nach Vorschrift“ ein Synonym für Streik. Die beiden derzeit anspruchsvollsten Behandlungsprojekte des Kölner Gesundheitsamtes, die primärärztliche Versorgung von etwa 1.400 Menschen ohne gesicherte Wohnung und die Substitution Opiatabhängiger mit der Möglichkeit einer Diamorphingestützten Behandlung, lassen sich letztlich nur zuverlässig durchführen, weil es sich um Kooperationsprojekte handelt, im ersten Fall mit der Kassenärztlichen Vereinigung, im anderen mit einem freien Träger der Drogenarbeit. Dort, wo die Stadtverwaltung zu schwerfällig reagiert, können die Kooperationspartner in die Bresche springen.

Ungewöhnliches Vorgehen oft erfolgreich

Eine besondere Qualität erhält dieses Problem derzeit bei dem Versuch, die gravierenden Defizite in der Versorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen mit komplexen Problemen im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Krankheiten zu schließen. Nötig wäre eine Versorgung, wie sie beispielhaft durch die angelsächsischen Sexually Transmitted Disease (STD) Clinics gewährleistet wird. Eine ausreichende Rechtsgrundlage hierfür bietet § 19 IfSG. Aber schon das Personalmanagement des öffentlichen Dienstes und erst recht die Schwerfälligkeit mancher Verwaltungsabläufe stehen einer erfolgreichen Umsetzung tendenziell entgegen. Andererseits sehen wir z. B. im Zuständigkeitsbereich der Kulturverwaltung durchaus auch gelungene Beispiele dafür, dass ungewöhnliche Aufgaben die Bereitschaft zu ungewöhnlichen Vorgehensweisen wecken können.

Zurzeit unternimmt das Kölner Gesundheitsamt mit einigem Erfolg den Versuch, z. B. bei der eigenen Verwaltung sowie beim Organisations- und Personalamt, Verständnis für das Erfordernis einer entsprechenden Leistungserbringung und die Notwendigkeit einer „unbürokratischen“ Unterstützung bei der Umsetzung einer solchen komplementären kommunalen Versorgung zu erreichen.

Jan Leidel
jan.leidel@stadt-koeln.de

Nachgefragt

Erfolgreiche Gesundheitsförderung

Immer mehr Ansätze der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen verfolgen einen Organisationsentwicklungsansatz. Damit wird die strukturelle Ebene des Setting-Ansatzes in viel stärkerem Maße berücksichtigt als dies in zahlreichen – so genannten – Setting-Projekten behauptet wird. Beispiele für diesen Ansatz sind das Netzwerk „Bildung und Gesundheit“ (BuG, vormals OPUS) oder „Anschub.de“, eine Initiative der Bertelsmann-Stiftung. Immer mehr Gesundheitsämter erkennen, dass dieser Weg der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter langfristig erfolgreich ist als kurzfristige, oft aktionistische, Projektaktivitäten. *Blickpunkt* sprach mit *Birgit Appenrodt*, die beim Rhein-Kreis Neuss unter dem Dach der kommunalen Gesundheitskonferenz ein derartiges Konzept entwickelt und jahrelang erfolgreich betreut hat.



Foto: Rhein-Kreis Neuss

Birgit Appenrodt, Jahrgang 1977, studierte Sportwissenschaften an der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) und Wirtschaftswissenschaften an der Fernuniversität Hagen. Seit 2000 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sportsoziologie der DSHS, arbeitet jedoch im Rahmen eines Kooperationsabkommens mit dem Rhein-Kreis Neuss im Team der dortigen kommunalen Gesundheitskonferenz als Referentin für Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Kontakt: birgit.appenrodt@gmx.de

Blickpunkt: Frau Appenrodt, Sie sind Referentin für Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter beim Gesundheitsamt des Rhein-Kreises Neuss. Beschreiben Sie bitte kurz Ihr Arbeitsfeld.

Birgit Appenrodt: Die Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung, in der ich arbeite, ist Anlaufstelle für alle Kindertagesstätten und Schulen im Kreis, die Unterstützung und Beratung zum Thema Gesundheitsförderung benötigen. Manchmal ist das die Anfrage nach geeigneten Referenten oder eine Information über bestehende Projekte. Auf der Institutionsebene geht es darum, mehr Transparenz zwischen Institutionen aus dem Bildungs-, Gesundheits-, Sozial- und Sportbereich und den Verwaltungen der anderen Städten und Gemeinden im Kreisgebiet zu schaffen und diese bei Bedarf besser zu vernetzen. Dazu gibt es einen Arbeitskreis der Gesundheitskonferenz, der sich zweimal jährlich trifft. Ein Schwerpunkt meiner Arbeit ist die Leitung des Gesundheitsförderungsnetzwerks „fitnetz“, das wir seit 2003 den Kindertagesstätten und Schulen anbieten. Neben den individuellen Beratungen der Kitas und Schulen im Netzwerk gibt es zahlreiche Fortbildungen und Tagungen, die ich organisiere. Daneben betreue ich weitere Gesundheitsförderungsprojekte wie „gewichtig!“ (Adipositasprävention) „Hüpfdötchen – Kindergarten in Bewegung“ oder die „Bewegte Schule“.

„Grundsätzlich zeigte sich, dass die Ansätze in der Verhältnisänderung erfolgreich und effizient waren.“

Blickpunkt: Mit dem so genannten „fitnetz“ verfolgen Sie einen Unterstützungsansatz für Kindertagesstätten und Schulen, der in hohem Maße auf Organisationsentwicklung setzt. Erläutern Sie diese Vorgehensweise bitte. Welche zentralen Merkmale zeichnen diesen Ansatz aus?

Birgit Appenrodt: Zentraler Ansatzpunkt der Konzeption ist es, die Organisation Kindertagesstätte bzw. Schule unter gesundheitsförderlichen Gesichtspunkten weiterzuentwickeln. Zunächst stelle ich das „fitnetz“ den Kindertagesstätten und Schulen auf Anfrage im gesamten Team bzw. Kollegium vor. Wichtig ist, dass die Entscheidung für einen Netzwerkbeitritt von einer breiten Mehrheit im Team getragen wird, da der Beitritt alle Erzieherinnen bzw. Lehrkräfte betrifft. Die Einrichtungen bilden in einem ersten Schritt ein Gesundheitsteam, das von zwei Erzieherinnen / Lehrkräften, den so genannten Koordinatoren für Gesund-

heitsförderung, geleitet wird. Mitglieder in diesem Team sind neben den Erzieherinnen bzw. Lehrkräften auch Eltern (und Schüler). In einem ersten Schritt führt dieses Team eine Ist-Analyse durch, es analysiert also, in welchen Gesundheitsförderungsbereichen die Einrichtung bereits sehr gut aufgestellt ist und in welchen noch Entwicklungspotenziale erkennbar sind. Auf der Basis dieser Analyse erfolgt dann eine Prioritätensetzung. In einem weiteren Schritt werden konkrete

„Es ist für uns sehr wichtig, die Eltern von Anfang an in Planungs- und später auch in Evaluationsprozesse einzubeziehen...“

und messbare Ziele definiert mit einem Zeithorizont von maximal ein bis zwei Jahren. Anschließend werden passende Maßnahmen geplant und durchgeführt. Letztlich bewerten die Einrichtungen, ob sie ihr Ziel erreicht haben – wenn ja, ist ein ganz wesentlicher Schritt getan, diese erfolgreichen Maßnahmen im Alltag zu etablieren. Diese Vorgehensweise entspricht dem allseits bekannten Public-Health-Action-Cycle.

Wesentlich ist, dass wir mit dem Gesundheitsteam und den Koordinatoren feste Strukturen in den Einrichtungen haben, die sich kontinuierlich um dieses wichtige Thema kümmern und vor allem systematisch daran arbeiten. Damit dies gelingt, bieten wir diesen Koordinatoren zahlreiche Fortbildungen an zu Themen wie Projektmanagement oder Moderation. Weiterhin ist es für uns sehr wichtig, die Eltern von Anfang an in Planungs- und später auch in Evaluationsprozesse einzubeziehen und sie nicht nur darum zu bitten, bei einem Aktionstag das Außengelände mitzugestalten.

Blickpunkt: Zahlreiche Initiativen versanden nach gewisser Zeit. Gelingt es den „fitnetz“-Mitgliedern besser, die einmal begonnenen Aktivitäten nachhaltig im Alltag ihrer Einrichtungen zu verankern?

Birgit Appenrodt: In vielen Einrichtungen gelingt es mit diesem Ansatz tatsächlich, Maßnahmen langfristig im Alltag zu etablieren und nicht mehr von einem Projekt zum anderen zu springen (dafür verwenden wir gerne den Begriff „Projektitis“). Einen wesentlichen Anteil haben daran sicher die Gesundheitsteams und die Koordinatoren, die als feste Struktur in Kindertagesstätten und Schulen etabliert sind und die auch eine Monitoringfunktion aus-

üben. Auch die systematische Arbeit nach dem oben beschriebenen Organisationsentwicklungszyklus sorgt dafür, dass Maßnahmen im Alltag verankert werden. Nicht zuletzt sind es auch die regelmäßigen Fortbildungen und der Kontakt mit anderen Netzwerkeinrichtungen, die eine nachhaltige Etablierung der begonnenen Maßnahmen begünstigen.

Blickpunkt: Sie sind jetzt seit zehn Jahren in diesem Handlungsfeld tätig, welche Tipps würden Sie anderen Ge-

„...und ähnliches Konzept umsetzen wollen?“

Birgit Appenrodt: Das Amt muss nach meiner Erfahrung dafür mindestens eine halbe Stelle einrichten. Die Person sollte Kompetenzen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung, Projektmanagement und Moderation aufweisen, es ist daher auch auf eine angemessene Dotierung zu achten. Weiterhin sollte ein Schwerpunkt in der intensiven Betreuung der Kindertagesstätten und Schulen vor allem in der Anfangsphase erfolgen, um zentrale Strukturen und Prozesse sauber einzuführen. Ich biete den Kindertagesstätten und Schulen deshalb an, das erste Gesundheitsteamtreffen zu moderieren, was fast alle auch gerne annehmen. Wichtig ist es weiterhin, den Koordinatoren in den Kindertagesstätten und Schulen Weiterbildungen in zentralen Schlüsselkompetenzen, wie z. B. Projektmanagement, anzubieten, da diese in der Ausbildung oft nicht vermittelt werden. Diese Schlüsselkompetenzen dienen dazu, Kindertagesstätten und Schulen dazu zu befähigen, gesundheitsförderliche Prozesse in ihrer Einrichtung selbstständig systematisch durchzuführen. Davon profitieren sie im Übrigen auch über das Handlungsfeld Gesundheitsförderung hinaus.

Blickpunkt: Der Rhein-Kreis Neuss ist eine der 24 bundesweit geförderten „Kinderleicht-Regionen“ (siehe auch Beitrag auf Seite 8 dieser Ausgabe). Bei dieser Initiative geht es um die Prävention von Übergewicht bei Kindern. Es ist allgemein bekannt, dass dieses Handlungsfeld als besonders schwierig gilt. Haben Sie im Rahmen der Projektlaufzeit mit Ihrem Konzept „gewichtig!“ Erkenntnisse gewinnen können, welche kommunalen Gesundheitsförderungsansätze Erfolg versprechend sind?

Birgit Appenrodt: Grundsätzlich zeigte sich, dass die Ansätze in der

Verhältnisänderung erfolgreich und effizient waren, z.B. die Optimierung von Frühstück oder Mittagessen in den Einrichtungen. Meine Empfehlung für das Gebiet der Adipositasprävention lautet daher, den Fokus eher auf verhaltenorientierte als auf verhaltenorientierte Maßnahmen zu setzen, vor allem auch unter Kostenaspekten. In der operativen Arbeit haben wir sehr deutlich gemerkt, dass die Planung und Umsetzung in einer Kindertagesstätte und einer Schule, die beide bereits vor Projektbeginn Mitglied im „fitnetz“-Verbund (s.o.) waren und die dadurch bereits über mehr Erfahrung in der nachhaltigen Umsetzung von Gesundheitsförderungsthemen verfügten, deutlich einfacher war: Es gab feste Strukturen, die Kommunikationswege waren bereits ge-

bahnt – dies war in den anderen Einrichtungen wesentlich schwieriger. Es zeigt sich also, dass erfolgreiche Gesundheitsförderung ein gutes strukturelles, fachliches und methodisches Fundament benötigt, um wirksam und nachhaltig implementiert werden zu können.

Blickpunkt: Nach zehn Jahren engagierter Gesundheitsförderungsarbeit scheiden Sie jetzt aus dem Team beim Rhein-Kreis Neuss aus. Welche weiteren Pläne verfolgen Sie? Werden Sie auch weiterhin auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung tätig sein?

Birgit Appenrodt: Ich freue mich jetzt sehr auf meine Elternzeit und werde später bestimmt wieder auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung tätig sein – dann allerdings im süddeutschen Raum.

Blickpunkt: Frau Appenrodt, wir danken Ihnen für das Interview.

Das Hörscreening für Neugeborene

Gesunde Sprachentwicklung setzt Hörvermögen voraus

Seit dem 1. 1. 2009 hat nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19. 6. 2008 jedes Neugeborene ein Anrecht auf ein Hörscreening, das in den ersten 3 Tagen – möglichst noch innerhalb der Geburtsklinik – erfolgen soll. Spätestens aber bis zur kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung U2 (3. bis 10. Lebens- tag) sollte eine Screeninguntersuchung durchgeführt werden. Ist eine Kontrolluntersuchung notwendig, kann diese ausnahmsweise spätestens bis zur U3 (4. bis 6. Lebenswoche) erfolgen. Das Ziel

Eltern, die sich über die Geburt ihres Kindes freuen, haben nur einen Wunsch: Das Neugeborene soll gesund heranwachsen. Für die geistige, sprachliche und psychische Entwicklung ist das Hörvermögen von entscheidender Bedeutung. Heute ist es durch das Neugeborenen-Hörscreening möglich, Störungen des Hörorgans rechtzeitig zu erkennen. Warum eine frühe Diagnostik wichtig ist, welche Screeningmethoden es gibt und was dabei eine Screeningzentrale leisten kann, beschreibt **Ruth Lang-Roth** von der Universitätsklinik Köln.

diesem Anfangsverdacht bis zur Hörgeräteversorgung vergeht dann ein weiteres Jahr. Das taube Kind ist im Durchschnitt zwei Jahre alt, bis die Hörgeräteversorgung,

tige Erkennung und Förderung ermöglicht die vollständige Integration in die hörende Welt. Ein Drittel der Kinder hat weitere Behinderungen, die frühzeitig erkannt und ebenfalls gefördert werden müssen.

Unterschiedliche Hörscreeningverfahren

Beim Säugling und Kleinkind ist man auf objektive Verfahren zur Überprüfung des Hörvermögens angewiesen. Hierzu eignen sich grundsätzlich zwei Methoden:

Die Messung der transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen (TEOAE) ist schnell und einfach durchzuführen, sie überprüft die Funktion der äußeren Haarsinneszellen im Innenohr, die in der Regel ab einer mittelgradigen Schwerhörigkeit ausgefallen sind. Seltene Formen der Schwerhörigkeit, die auditorische Synaptopathie oder Neuropathie (AS/AN) haben ihren Schädigungsort im Zentrum der äußeren Haarsinneszellen, im Bereich zwischen der inneren Haarsinneszelle und dem Hörnerv. Diese seltene Form der Schwerhörigkeit macht etwa 8% der hochgradig schwerhörigen Kinder (Foerster 2006) aus. Daher wird bei Risikokindern für eine Hörstörung die Durchführung einer automatisierten Hirnstammaudiometrie (AABR) gefordert. Hier werden die Potenzialmuster auf ei-

nen Clickreiz von 35 dB HL geleitet. Die zur Verfügung stehenden Geräte werten die Antwort nach einem Algorithmus aus. Wie bei der automatisierten TEOAE-Messung steht PASS für ein beständiges Screening und REFER oder CONTROL für ein kontrollbedürftiges Ergebnis.

Die TEOAE-Messung ist in der Regel etwas schneller und weniger aufwändig, da keine Elektroden zur Ableitung geklebt werden müssen und das Kind zwar ruhig sein

Bei einem Einstufen-Hörscreening wird nur eine AABR durchgeführt. Dieses Verfahren ist bei allen Kindern mit einem Risiko für eine angeborene oder erworbene Schwerhörigkeit notwendig. Es gibt aber auch Kliniken, die auf die TEOAE-Messung ganz verzichten, um sicherzustellen, dass auch die Kinder mit einer AS/AN entdeckt werden.

Ist das Screening auffällig, egal mit welcher Methode es durchgeführt wurde, muss aber nicht zwangsläufig eine Hörstörung vorliegen. Oftmals liegt die Ursache in den mit „Käseschmiere“ verstopften oder noch engen Gehörgängen. Ein anderer Grund kann eine noch nicht ausreichende Mittelohrbelüftung sein.

Wichtiges Tracking

Das Tracking (die Nachverfolgung auffälliger Befunde mittels einer

Die sensiblen Phasen der Hörbahnreifung vollziehen sich innerhalb der ersten zwei Lebensjahre, und das Kind kann die entstandenen Defizite anschließend nur bedingt aufholen.

ist, eine frühkindliche Hörstörung bis zum 3. Lebensmonat zu diagnostizieren und spätestens bis zum 6. Monat zu versorgen.

Warum diese Eile?

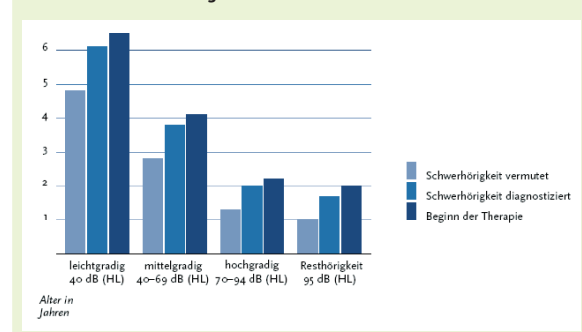
Das normale Hörvermögen ist die Grundvoraussetzung für die natürliche Lautsprachentwicklung. Ein Kind beginnt bereits im Uterus zu hören, nach der Geburt erkennt es die Stimme der Mutter oder häufig gehörte Musikstücke und Geräusche. Es trainiert bereits sein auditives Gedächtnis. Nach der Geburt geht dieser Prozess weiter, und das Kind lernt, Wörter herauszuhören und diese zu verstehen. Im Alter von 8-12 Monaten kann es dann selbst die ersten eigenen Worte wie „Mama“, „Papa“ oder „da“ sprechen. Ist ein Kind taub oder hochgradig schwerhörig, fällt es meist erst auf, wenn es am Ende des ersten Lebensjahres nicht spricht. Von

als Grundvoraussetzung für die Hör- und Sprachentwicklung eingeleitet ist, geringer ausgeprägte Hörstörungen werden noch viel später erkannt (siehe Abbildung 1). Die sensiblen Phasen der Hörbahnreifung sind in den ersten zwei Lebensjahren abgeschlossen und das Kind kann das entstandene Defizit nur bedingt aufholen.

Inzidenz von Hörstörungen

2,1 von 1000 Neugeborenen sind bei der Geburt schwerhörig. Frühgeborene und kranke Neugeborene sind 10-mal häufiger betroffen als gesunde Neugeborene. Oft lässt sich die Ursache der Hörstörung individuell nicht klären, jedoch wird in 60% von einer genetischen Ursache ausgegangen, 40% sind erworben. 70% der schwerhörigen Kinder haben keine zusätzlichen Behinderungen, und eine frühzei-

Abb. 1
Durchschnittlicher Diagnosezeitpunkt einer Hörstörung in Abhängigkeit vom Grad der Hörstörung



solle aber nicht zwingend schlafen muss, wie bei der AABR-Messung. Letztere ist hingegen weniger stör anfällig durch Paukenergüsse oder verlegte Gehörgänge.

Ein- und zweistufiges Screening

In den meisten Geburtskliniken erfolgt ein Zweistufenscreening. Das gesunde Neugeborene ohne Risikofaktoren erhält zunächst eine beidohrige TEOAE-Messung. Ist diese unauffällig, ist das Screening beendet. Bei einem kontrollbedürftigen Ergebnis (CONTROL oder REFER) sieht der G-BA vor, dass in der gleichen Einrichtung noch vor der Entlassung eine AABR-Messung erfolgt. Ziel ist es zum einen, möglichst wenige Eltern grundlos zu beunruhigen, zum anderen aber auch, eine Überlastung der Follow-up-Einrichtungen (Nachuntersuchungsstellen) möglichst zu vermeiden.

zentralen Datenerfassung) hat im Neugeborenen-Hörscreening eine ganz besondere Bedeutung. Denn ein alleiniges Screening führt nicht zwangsläufig zu früheren Diagnose- und Versorgungszeitpunkten schwerhöriger Kinder. Auf den ersten Blick ist es nicht nachzuvollziehen, aber in mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass ohne Erinnern der Eltern an die noch ausstehende Untersuchung ihres Kindes die initial auffällige Diagnostik in bis zu 50-70% nicht zum Abschluss gebracht wird. Die Gründe hierfür sind vielfältig und weisen nicht unbedingt auf desinteressierte Eltern hin. Oftmals wird über die neue Situation die Kontrolluntersuchung vergessen, und man scheint sicher zu sein, dass das Kind doch hört. Das Kind wird trotz eines auffälligen Hörscreenings erst dann weiter untersucht, wenn es nicht zeitgerecht die ersten Wörter spricht. Dann erst

Zur Person

Dr. med. Ruth Lang-Roth leitet den Funktionsbereich Phoniatrie und Pädaudiologie an der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde des Universitätsklinikums Köln.

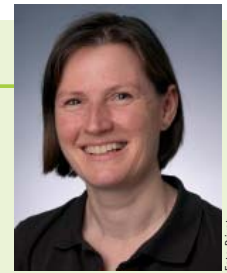
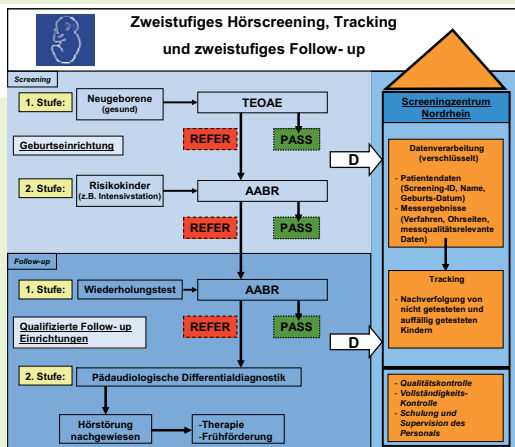


Foto: Privat

Abb. 2 Organisation des Neugeborenen-Hörscreenings in Nordrhein



Quelle: Screeningzentrum Nordrhein (www.hoerscreening-nordrhein.de)

TEOAE = Messung der transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen
 AABR = Automatisierte Hirnstammaudiometrie
 REFER = kontrollbedürftiges Testergebnis
 PASS = unauffälliges Testergebnis, aktuell liegt kein Hinweis für eine Hörstörung vor!
 D = Datenübertragung aller Daten an das Screeningzentrum zur Datenverarbeitung

wird sich an das auffällige Ergebnis nach der Geburt erinnert. Der sowohl immense finanzielle und personelle Aufwand lohnt sich dann gesundheitspolitisch nicht.

Weitere Links zum Thema

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn
www.hno.org

Aktion Frühkindliches Hören
www.fruehkindliches-hoeren.de

Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte Niedersachsen
www.lbzh.de

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.
www.dgpp.de

Medizinische Hochschule Hannover, HNO-Klinik
www.neugeborenenhoerscreening.de

Deutscher Gehörlosenbund e.V., Hamburg
www.gehoerlosen-bund.de

Berufsverband Deutscher Hörgeschädigtenpädagogen, Friedberg
www.b-d-h.de

Deutscher Schwerhörigenbund e.V. (DSB), Berlin
www.schwerhoerigen-netz.de

Die Screening-Zentrale

Die Aufgaben einer Screeningzentrale gehen über das bloße Erinnern der Eltern an die noch ausstehende Untersuchung weit hinaus. Am Beispiel des Screeningszentrums Nordrhein, ScZ-NR, das nach dem hessischen Vorbild und mit dessen Unterstützung entstanden ist, wird die Bedeutung kurz erläutert (siehe Abbildung 2).

Die Hauptfunktionen der Screeningzentrale sind:

- das Tracking (das Begleiten der noch ausstehenden Untersuchungen)
- die Schulungsmaßnahmen des screenenden Personals, d.h. der Schwestern, Hebammen und Ärzte
- das Einbinden qualifizierter Nachuntersuchungseinrichtungen (Follow up) in das Netzwerk, die sich zur Einhaltung von Behandlungsstandards verpflichten
- die qualitätssichernden Maßnahmen in den Geburtskliniken und
- die Erstellung der vom G-BA geforderten Statistik.

Jedes Kind, dessen Eltern in die Datenübermittlung einwilligen, erhält einen Hörscreeningbogen mit einer Screening-ID ähnlich eines Barcodes, der in das gelbe Vorsorgeheft geklebt wird. Über das Screeninggerät wird das Untersuchungsergebnis des Kindes mit der Screening-ID und einem Datensatz an die Screeningzentrale durch eine si-

chere Datenleitung übermittelt. War das Testergebnis unauffällig, wird das Ergebnis nach 5 Jahren gelöscht. Ein kontrollbedürftiges Ergebnis erscheint 14 Tage später in der Datenbank. Wenn keine weiteren, unauffälligen Screeningdaten zu dem Kind über die Scree-

Nordrhein stehen den Einrichtungen auch über die Schulungen hinaus für Fragen zur Verfügung und schulen neu hinzu gekommenes Personal.

Durch die differenzierten Datensätze kann ein erneuter Schulungsbedarf einzelner Mitarbeiter oder

Fazit

Ein unauffälliges Neugeborenen-Hörscreening ist kein „PASS“ fürs Leben, denn es ist bekannt, dass eine Reihe von Hörstörungen erst in den ersten Lebensjahren manifest werden oder durch andere Erkrankungen erworben werden. Daher sollte bei jedem Kind mit auffälligen Hörreaktionen – oder einer nicht altersgemäßen Sprachentwicklung – ein Kontrollhörtest erfolgen.

Ruth Lang-Roth
ruth.lang-roth@uni-koeln.de

Durch die differenzierten Datensätze kann ein erneuter Schulungsbedarf einzelner Mitarbeiter oder Kliniken schnell an der nachlassenden Untersuchungsqualität festgestellt werden.

ning-ID übermittelt werden, bekommen die Eltern ein Schreiben, in dem an die ausstehende Untersuchung erinnert wird. Der Ton wird von Brief zu Brief deutlicher und führt nach dreimaligem Nichtreagieren zu einem Telefonat mit den Eltern. Dieses Verfahren führt dazu, dass die „Lost to Follow up“-Rate in Nordrhein derzeit bei 0,3 % liegt. Auch Eltern haben die Möglichkeit, die Screeningzentrale zu kontaktieren. Sie können sich nach Follow up-Einrichtungen erkundigen oder sich über die noch ausstehenden Untersuchungen informieren.

Kliniken schnell an der nachlassenden Untersuchungsqualität festgestellt werden, und die Erstellung der differenzierten Statistik, wie sie vom G-BA gefordert wird, kann erfolgen.

Finanzierung

Derzeit wird das Hörscreening in der Geburtsklinik nicht und bei den niedergelassenen Kollegen nicht extrabudgetär vergütet. Die Verhandlungen der Berufsverbände mit den Krankenkassen über die Kostenübernahme laufen. Auch die Finanzierung des Trackings und somit der vorhandenen Screeningzentralen ist nur in wenigen Bundesländern, wie z. B. in Hessen, sichergestellt. Hier übernimmt das Ministerium die Nachkontrolluntersuchung. In Nordrhein hingegen wird es derzeit noch über Stiftungsgelder finanziert. Eine Nachfolgefinanzierung wird dringend gesucht. Für die Umsetzung der Richtlinien des G-BA-Beschlusses fühlt sich so keiner richtig verantwortlich (Reuter 2009).

Quellen

- Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings. BANz. Nr. 146 (S. 3484) vom 25.09.2008:
www.g-ba.de/informationen/beschluesse/681/
- Foerst A, Beutner D, Lang-Roth R, Huttenbrink KB, von Wedel H, Walger M.: Prevalence of auditory neuropathy/synaptopathy in a population of children with profound hearing loss. In: Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2006; 70(8):1415-1422
- Neugeborenen-Hörscreening Nordrhein
www.hoerscreening-nordrhein.de
- Reuter G, Krauth C, Lenarz T: Newborn hearing impairment. Epidemiology and therapeutic relevance. In: HNO 2009;57(1):37-43
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Hörstörungen und Tinnitus. 2006 (GBE-Heft 29):
www.rki.de/clin_091/mn_1451750/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/tinnitus_inhalt.html?__nnm=true
- Weitere Literatur bei der Verfasserin.

Hygiene – ein Motivationsproblem?

Für hygienebeauftragte Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst liegt mit dieser Neuerscheinung ein interessanter Lesestoff vor. Der Großteil der Beschäftigten in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Arztpraxen etc. weiß um die Notwendigkeit von Hygiene und Infektionsprävention, jedoch gibt es in der Praxis häufig eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem Wissen und dem Verhalten. Woran liegt dies? Ist es etwa das mangelnde Vertrauen in die Effektivität von Hygienemaßnahmen, das überlegte Ge-

aktuellen Wissensstandes aussehen könnte, um das Hygienebewusstsein zu verstärken. Ein großes Kapitel wird den „Psychologischen Motivoren der Umsetzung von Erkenntnissen der Hygiene“ gewidmet. Unterschiedliche Motivationsmöglichkeiten werden beschrieben, z. B.: Motivation durch Vermittlung von aktuellem Wissen, Motivation durch zielgruppenorientierte und aufgabengerechte Informationsvermittlung, Motivation durch Führung und Vorbild, Motivation durch Hygienerichtlinien mit normativer Verbindlichkeit oder Motivation durch Identifikation.

Die Veröffentlichung geht jedoch nicht nur auf die „Psychologie der Risikowahrnehmung und der Risikoverarbeitung“ ein, sondern auch auf das „Hygiene- und Gesundheitsverhalten als Lebensstil“. So wird der leichtfertige Umgang z. B. mit Alkohol und Tabak genauso betrachtet wie die Vernachlässigung von Impfungen, Defizite der sportlichen Bewegung oder Risiken eines ungesunden Ernährungsverhaltens.

In Deutschland erkranken jährlich Hunderttausende an nosokomialen Infektionen. Um das zu ändern, und um das Hygienebewusstsein bei allen Beteiligten zu schärfen, müssen vielfältige Maßnahmen ergriffen werden. Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst, Lehrkräften und Pflegepersonal, die eine Verbesserung des Hygieneverhaltens zum Ziel haben, werden in diesem Buch „Psychologie der Hygiene“ die Erkenntnis gewinnen, dass eine erfolgreiche Verwirklichung von Hygienemaßnahmen nur unter Einbeziehung psychologischer Aspekte erfolgen kann.

Petra Münstedt

Reinhold Bergler
Psychologie der Hygiene.
Heidelberg u. a.: Springer Verlag
2009, 168 S., 34,95 EUR
ISBN: 978-3-7985-1860-5

Weitere Neuerscheinungen zum Thema Hygiene und Infektionsschutz

GERMAP 2008. Antibiotika-Resistenz und -Verbrauch. Bericht über den Antibiotikaverbrauch und die Verbreitung von Antibiotikaresistenzen in der Human- und Veterinärmedizin.
Hrsg.: Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Berlin.

Rheinbach: Ges. f. klinisch-mikrobiologische Forschung und Kommunikation 2008, 149 S., 25,00 EUR
ISBN 978-3-00-025097-2
Download unter:
<http://www.bvl.bund.de>

Zinn, Georg-Christian; Tabori, Ernst und Weidenfeller, Peter
Praxishygiene und Qualitätsmanagement.
Friedberg: Verlag für medizinische Praxis, Zapf Media Group 2008, 368 S., 94,00 EUR (Mit CD-ROM)
ISBN 978-3-938999-09-7

Zinn, Georg-Christian; Tabori, Ernst und Weidenfeller, Peter
Praktische Pflegehygiene. Stationär und ambulant.
Friedberg: Verlag für medizinische Praxis, Zapf Media Group 2009, 280 S., 89,00 EUR (Mit CD-ROM)
ISBN 978-3-938999-11-0

Schwarzkopf, Andreas
Praxiswissen für Hygienebeauftragte. Anleitungen für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste, 2., überarb. u. erw. Aufl.
Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2008, 290 S., 25,00 EUR
ISBN 978-3-17-019849-4

Mörchen, Heinrich
Hygiene in raumlufttechnischen Anlagen. Anforderungen an RLT-Anlagen. Neuaufl.
Reningen: expert-verlag 2009, 167 S., 34,00 EUR
ISBN 978-3-89947-515-9

Ein Handbuch für den ÖGD



In dritter Auflage ist das in der Arbeitspraxis des ÖGD bewährte Handbuch vollständig überarbeitet jetzt im mhp-Verlag erschienen.

Der entscheidende Nutzen des Buches für den Praktiker im ÖGD liegt in der engen Anlehnung an die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes und der daraus resultierenden Beschränkung auf die in Deutschland meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Diese werden durchgängig unter den Aspekten Meldepflicht, Epidemiologie, Klinik, Labordiagnostik, Therapie und Prävention behandelt, was dem

Martina Littmann, Christel Hülße,
Paul Kober u. a. (Hrsg.)
Infektionskrankheiten. Meldepflicht, Epidemiologie, Klinik, Labordiagnostik, Therapie, Prävention. Handbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
Wiesbaden: mhp Verlag 2009, 454 S., 36,90 EUR
ISBN 978-3-88681-086-4

zentralen Ermittlungsansatz des ÖGD-Alltags weitgehend entspricht und gute Übersicht und schnelle Orientierung im Buch ermöglicht. Die Autorinnen und Autoren, überwiegend aus Landesämtern für Gesundheit, kennen das bevölkerungsmedizinische Instrumentarium zur Unterbrechung gruppengefährdender Infektionsketten, wie sie sich vor allem im kommunalen Handlungskontext ergeben, genau und geben präzise Hinweise zu wichtigen Entscheidungs- und Handlungsoptionen. Dies gilt nicht zuletzt für die im Meldeverfahren so wichtige Zuordnung eines Falles zu einem epidemiologischen Cluster, indem klare Hinweise für die oft schwierige Einordnungs- und Übermittlungsarbeit angeboten werden.

Neben Krankheitsprofil (Klinik, Erreger, Diagnostik, Therapie) wird der Darstellungsschwerpunkt auf Surveillance (Meldung, Falldefinition), Krankheitsübertragung und darauf beruhende bevölkerungsmedizinische Maßnahmen zur Prävention und Unterbrechung gefährlicher Übertragungsprozesse gelegt. Hinweise zu Impfungen, Therapieschemata, Spezialdiagnostik, Konsiliarlaboratorien und Referenzzentren sind auf dem neuesten Stand und unmittelbar auf Fragestellungen und Arbeitsansätze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ausgelegt. In dieser Form ist das Buch eine wertvolle Arbeitshilfe für den Praktiker im ÖGD und sollte in keinem Gesundheitsamt fehlen.

Hermann Istas
istas@akademie-oegw.de

Gesundheitsreform unter der Lupe

Patienten, besonders die gesetzlich Krankenversicherten, sind unzufrieden und fühlen sich nicht optimal medizinisch versorgt, Ärzte streiken, wenden sich gegen die gesundheitspolitischen Reformen, die für ihre Arbeit unzureichenden Ressourcen und verstärkten Reglementierungen. Marktwirtschaftliche Gründe in der Gesundheitsversorgung erlangen immer größer werdende Relevanz bei der Mittelzuteilung, von der sich die Politik eine „Sanierung“ des Gesundheitsfinanzierungssystems erhofft. Wie kann eine Versorgungsforschung Licht in die gesundheitspolitische Lage bringen? Versorgungsforschung befasst sich mit der Beschreibung des aktuellen Stands der Versorgung der Bevölkerung und der Einzelnen. Darüber hinaus stellt sie Zustände fest von Unter-, Über- und Fehlversorgung, um daraus abgeleitet Vorschläge für eine Umgestaltung oder Neuorientierung zu machen. Die Herausgeberin Prof. Bärbel-Maria Kurth, Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert-Koch-Institut, erklärt, dass für die Feststellung von Veränderungen wiederholte Datenerhebungen nötig sind, sowie für die Begleitung von Prozessen



im Versorgungsgeschehen am besten ein so genanntes „Monitoring“. Mit Hilfe eines „Versorgungsmonitorings“ lassen sich Veränderungen in der Gesundheitsversorgung verfolgen, die Wirksamkeit von politischen und ökonomischen Maßnahmen bewerten und die Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung feststellen. Es bleibt zu hoffen, dass die Ergebnisse dieser Studien als Grundlage für Entscheidungen von der Politik genutzt werden. Dies auch im Hinblick auf eine optimale, medizinische Versorgung der Bevölkerung. Die vorliegende Veröffentlichung bietet eine Reihe spannender Beiträge zum Thema. Aus dem Inhalt u. a.: Monitoring der gesundheitlichen

Neue Bücher

Kater, Horst
Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren.
Die schwierige Kommunikation zwischen Juristen und Medizinern.
Berlin: Erich Schmidt Verlag 2008, 215 S., 34,80 EUR
ISBN 978-3-503-10601-1

Vollborn, Georgescu, Vlad D.
Prima Klima. Wie sich das Leben in Deutschland ändert.
Bergisch Gladbach: Lübbe Verlag 2008, 316 S., 19,95 EUR
ISBN 978-3-7857-2319-7

Tewes, Renate
Führungskompetenz ist lernbar.
Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen
Berlin u. a.: Springer Verlag 2009, XVI, 250 S., 29,95 EUR
ISBN 978-3-540-79314-4

Keune, A.
Innenraumluftqualität und Hygiene. Anforderungen an die Raumlufttechnik.
Kommentar zu VDI 6022 und VDI 6032. Hrsg. vom VDI.
Berlin: Beuth Verlag 2008, 392 S., 89,00 EUR
(Mit CD-ROM)
ISBN 978-3-410-16945-1

Bödefeld, Dorit
Gesunde Kommune – Gesunder Mensch?
New Public Sport for New Public Health: Kommunales Interventionsmanagement zur Gesundheitsförderung durch Sport und körperliche Aktivität
Hamburg: Kovac Verlag 2008, 412 S., 98,00 EUR
ISBN 978-3-8300-3413-1

Sperlich, Stefanie
Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit von Frauen durch Empowerment.
Empirische Analyse der Gesundheitseffekte für sozial benachteiligte Mütter.
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009, 203 S., 34,90 EUR
ISBN 978-3-531-166606-3

Versorgung auf der Basis von Routinedaten einer Krankenkasse; Die amtliche Schwerbehindertenstatistik – derzeitige Restriktionen und zukünftige Aufgaben; Gesundheitsveys des Robert-Koch-Instituts; Evaluation gemeindebasierter Intervention zur optimierten Depressionsversorgung und Suizidprävention; Anforderungen an ein bundesweites Monitoring der gesundheitlichen Versorgung und Möglichkeiten der Netzwerkbildung in Deutschland.

min

Bärbel-Maria Kurth (Hrsg.)
Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland.
Konzepte, Anforderungen, Datenquellen.
Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 2008, 260 S., 39,95 EUR
ISBN 978-3-7691-3324-4
(Versorgungsforschung. Band 1.)

Internetadressen Migration und Gesundheit

Alle Internet-Seiten verfügen ihrerseits über umfangreiche Linksammlungen.

<http://www.uni-bamberg.de/kommunikation/news/artikel/bericht-emfs/>

Europäisches Forum für Migrationsstudien emfs Universität, Bamberg, Katharinenstraße 1, 96052 Bamberg, Tel.: 09 51/3 70 41

<http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/>

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. (EMZ) Königstr. 6, 30175 Hannover, Tel.: 05 11/16 84 10-20

<http://www.uni-marburg.de/dir/>

Dokumentations- und Informationszentrum für Rassismusforschung (D.I.R.) e.V. Postfach 1221, 35002 Marburg Tel.: 0 64 21/3 77 22

<http://www.imis.uni-osnabrueck.de/>

Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) Universität Osnabrück, Neuer Graben 19-21, 49069 Osnabrück Tel.: 05 41/9 69-43 84

<http://www.stadt-frankfurt.de/amka/>

Stadt Frankfurt am Main – Amt für multikulturelle Angelegenheiten Walter-Kollb-Str. 9-11, 60594 Frankfurt am Main, Tel.: 0 69/2 12-3 87 65

<http://www.bamf.de/>

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Frankenstraße 210, 90461 Nürnberg, Tel.: 0911 943-0

<http://www.iom.int/>

International Organization for Migration (IOM) 17 Route des Morillons, C.P. 71 CH-1211 Geneva 19, Schweiz Tel.: +41-22-7 17 91 11

<http://migration.uni-konstanz.de/>

Forschungszentrum für internationales und europäisches Ausländer- und Asylrecht der Universität Konstanz 78457 Konstanz, Tel.: 0 75 31/88-0

<http://www.dim-net.org/>

DIM-Net e.V., Dokumentations- und Informations-Netzwerk Flucht und Migration e.V., Nonnenstrombergstr. 55, 53757 Sankt Augustin Tel.: 0 22 41/93 16 21

Dekubitus muss nicht sein!

Ein Dekubitus bei bettlägerigen Patienten, der häufig mit großen offenen Stellen einhergeht, bereitet den Betroffenen nicht nur große Schmerzen, sondern schränkt deren Lebensqualität ganz erheblich ein. Ganz abgesehen von den Folgekosten, die für die Krankenkassen entstehen durch eine dadurch verursachte, zusätzliche medizinische Behandlung und Pflege. Das Wundliegen kann bei sorgfältiger Pflegeleistung in den meisten Fällen verhindert werden. Trotzdem entdecken Ärzte des Gesundheitsamtes bei der Heimaufsicht von Alten- und Pflegeheimen immer wieder Dekubitusvorfälle durch

Pflegefehler. Es kann nicht genug getan werden, den zumeist älteren Pflegefällen dieses Leid zu ersparen. Bücher, Broschüren, Handlungsanweisungen zu diesem Thema gibt es eine Vielzahl. Der Eindruck entsteht, es bleibt beim rein theoretischen Wissen und hapert bei der alltäglichen konkreten Umsetzung. Immer noch gibt es erhebliche Defizite bei der langfristigen Prophylaxe. Die vorliegende Neuerscheinung widmet sich ebenfalls dem Thema Dekubitus. Das Buch beschreibt nicht nur die Entstehung, sondern macht auch Maßnahmen der Prävention deutlich. Besonders den Pflegekräften, die mit bettlägerigen Patienten in ihrem Beruf zu tun haben, wird die-

Eva-Maria Panfil, Gerhard Schröder (Hrsg.)

Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegenden und Wundexperten. Bern: Huber Verlag 2009, 606 S., 59,59 EUR ISBN 978-3-456-84653-8 (Pflegepraxis)



se Veröffentlichung hilfreich sein, bei der Beschäftigung mit der Problematik und den Vorkehrungen zu deren Verhinderung.

min

Im Spiegel der Geschichte...



schon Veränderungen, die medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse besonders in diesem Reichsgesundheitsamt widerspiegeln und wie sehr diese Entwicklungen die Organisation sowie die Maßnahmen und den Aufgabenbereich beeinflusst haben, zeigt dies Buch auf. Dabei bietet es nicht nur eine Fülle von Quellenmaterial, es ist darüber hinaus lebendig und gut lesbar geschrieben. Das Reichsgesundheitsamt und die Bekämpfung der Volksseuchen am Beispiel der Diphtherie, die Bedeutung der Militärmedizin, das Selbstverständnis der Medizinalbeamten, die Verwissenschaftlichung der Hygiene u. a. sind nur einige Themengebiete dieser Veröffentlichung. Wer mehr erfahren möchte über die Entstehung und Entwicklung dieser Reichsgesundheitsbehörde, die nach dem Zweiten Weltkrieg als Bundesgesundheitsamt neu gegründet wurde und sich schließlich zum heutigen Robert-Koch-Institut entwickelte, sollte dieses interessante Buch beachten.

min

Vermutlich lässt der Berufsalltag wenig Zeit, sich mit historischen Themen zu beschäftigen. Trotzdem lohnt sich ein Blick in das vorliegende neu erschienene Buch, das sich mit dem Reichsgesundheitsamt von 1876 bis 1933 beschäftigt. Axel Hüntelmann, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin in Frankfurt am Main, gibt dem Leser eine ausführliche Darstellung dieser Behörde, die im Kaiserreich und in der Weimarer Republik die höchste „medicinalpolizeiliche Centralbehörde“ war. Wie sehr sich die gesellschaftlichen und politi-

Axel C. Hüntelmann **Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876-1933.** Göttingen: Wallstein Verlag 2008, 488 S., 64,90 EUR ISBN 978-3-8353-0343-0

Schulische Gesundheitsförderung: Chancen und Hürden

Sind es psychologische, ökonomische, soziale oder kommunale Gründe? Es gibt zahlreiche Hemmnisse, warum eine schulische Gesundheitsförderung trotz konkreter Zielsetzung und sorgfältiger Vorbereitungen misslingen kann und eine „Nachhaltigkeit“ und Effektivität nicht erreicht wird. Mit den Hürden und Grenzen, aber auch mit den realisierbaren Möglichkeiten setzt sich das gerade erschienene Buch von Sonja Wolfmeir auseinander. Sonja Wolfmeir studierte Gesundheitsmanagement mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung und Krankenhausmanagement. Für ihre Veröffentlichung hat sie umfangreiche Literatur ausgewertet und zahlreiche qualitative Interviews geführt mit Personen, die für Gesundheitsförderung an ihrem Schulstandort verantwortlich sind: Lehrer, Projektleiter, Eltern, Schulärzte und Vertreter der Schulbehörden. Um die Ansichten der Interviewpartner authentischer darzustellen, hat die Autorin z. T. Zitate wörtlich übernommen, was die Thematik des Buches anschaulich und lebensnah macht. Im Jahr 1992 wurde das von der Weltgesundheitsorganisation gegründete „Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ ins Leben gerufen, an dem sich inzwischen eine Vielzahl von Schulen beteiligt haben. Grundlegend war hierbei der „Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung“. Das heißt, gesundheitsfördernde Maßnahmen werden auf die Lebensbereiche ausgerichtet, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen. Kinder und Jugendliche sowie Pädagogen verbringen den Großteil des Tages in dem „Setting Schule“. Eine Schule kann die physische, psychische und soziale Gesundheit von allen Beteiligten, die darin lehren und lernen, erheblich beeinflussen. Umso wichtiger sind Maßnahmen zu einer gesund-



heitsgerechten Gestaltung dieses Lebensbereiches. Dabei ist der Schularzt, als Experte für Fragen der Gesundheit, ein wichtiger Partner. Er sollte von Anfang an zum „Gesundheitsförderungsteam“ gehören oder zumindest in beratender Rolle in die Entwicklung eingebunden sein und regelmäßig über Ziele, Aktivitäten und Ergebnisse informiert werden. Die Autorin stellt fest, dass eine erfolgreiche Kooperation zwischen Lehrern und Schularzt jedoch oftmals erst dann entsteht, wenn der betreffende Schularzt den ersten Schritt in Richtung Kooperation macht. Genauso wie eine Gesprächs- und Vertrauensbasis zu den Schülern meist erst aktiv vom Schularzt hergestellt werden muss, um gegebenenfalls eine vermittelnde Rolle einnehmen zu können. Das Buch verdeutlicht, dass die Entscheidung einer Schule, sich zu einer „Gesundheitsfördernden Schule“ zu entwickeln, mit möglichst vielen Mitgliedern und Entscheidungsträgern stattfinden sollte und gleich bleibend ein hohes Maß an Kooperation und Kommunikation verlangt. Zeitmangel, ein Fehlen von Kenntnissen, geringe Flexibilität und eine ablehnende Haltung gegenüber verschiedenen Projekt-

managementmethoden sind die hauptsächlichen Gründe, warum ein Projekt nicht erfolgreich verläuft. Vielfach ist es der Ideenreichtum bei der Beschaffung und Verwendung verschiedener Ressourcen, aber auch der Idealismus und der Einsatz zielbewusster Personen, dass schulische Gesundheitsförderung stattfindet. Die Veröffentlichung richtet sich an alle, die sich für eine „Gesunde Schule“ engagieren wollen. Die Studien sind an österreichischen Schulen durchgeführt, die Erkenntnisse lassen sich aber grundsätzlich übertragen.

Petra Münstedt

Sonja Wolfmeir **Schulische Gesundheitsförderung.** Rahmenbedingungen, fördernde und hemmende Faktoren. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller 2009. 164 S., 68,00 EUR ISBN 978-3-639-11879-7

„Gesund sind wir stark! – Sağlıklı daha güçlüyüz!“

Kinder mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund sind doppelt so häufig übergewichtig wie ihre deutschen Altersgenossen. Diese Zahl brachte Berliner Gesundheitsförderer dazu, ein Präventionsprojekt ins Leben zu rufen. Seit Frühjahr 2007 beraten 60 muttersprachliche Multiplikatoren im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg junge Familien. Im Zentrum der Beratung stehen die Themen „Ausgewogene Familienernährung“ und „Regelmäßige Bewegung“ im Alltag.

Türkische und arabische Familien beim Gesundbleiben zu unterstützen, das ist das Ziel des Projekts „Gesund sind wir stark!“ im Berliner Stadtteil Friedrichshain-Kreuzberg. Das Projekt ist eines von 24 Projekten, die vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz unter dem Motto „Besser essen - mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“ über drei Jahre gefördert werden. Die Förderung läuft Ende November 2009 aus. Schon jetzt ist absehbar, dass die Multiplikatoren über den Förderungszeitraum hinaus beraten werden.

Der Berliner Stadtteil Friedrichshain-Kreuzberg

Der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg ist der kleinste, dafür aber der am dichtesten besiedelte Bezirk Berlins. Im Bezirk leben derzeit rund 260.000 Einwohner auf einer Fläche von 20,2 km². Der Anteil der Bürger mit Migrationshintergrund liegt im Bezirk bei insgesamt 36,6 Prozent, ortsteilbezogen jedoch wesentlich höher (z.B. Kreuzberg-West: 62 Prozent). Mit einer hohen Arbeitslosenrate (22,5 Prozent), einem hohen Anteil an Bedarfsgemeinschaften nach SGB II (28 Pro-

Übergewicht bei türkischen und arabischen Einschülern

In Friedrichshain-Kreuzberg liegt der Anteil übergewichtiger Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung bei 7,1 Prozent, der Anteil der adipösen (krankhaft übergewichtigen) Kinder bei 5,5 Prozent. Kinder mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund sind mit 12,4 bzw. 9,2 Prozent wesentlich häufiger übergewichtig, sie sind auch wesentlich häufiger adipös (9,8 Prozent bzw. 10,3 Prozent) als ihre Altersgenossen deutscher Herkunft (4,2 Prozent übergewichtig, 2,6 Prozent adipös). Die Daten entstammen der Einschulungsuntersuchung 2008.

Ausgangspunkt und Projektleitung

Diese Zahlen, die seit vielen Jahren auf diesem hohen Niveau praktisch konstant geblieben sind, waren der Ausgangspunkt, um das Projekt „Gesund sind wir stark!“ ins Leben zu rufen. Es wurde von der Plan- und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg initiiert. Die Projektleitung liegt beim ZAGG - Zentrum für angewandte Gesundheitsförde-

• Professionelle aus dem Beratungs- und Gesundheitsbereich (Hebammen, Erzieher, Sozialarbeiter) gewonnen, die ein mehrmonatiges Training durchliefen. Die Laien wurden zu so genannten „Gesundheitsmentoren“, die Professionellen zu „Gesundheitstrainern“ ausgebildet. Da im Bezirk Bürger mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund stark vertreten sind, gelang es, einen hohen Anteil an Muttersprachlern für das Beratungsprojekt zu gewinnen.

Beratungsschwerpunkt

Ziel aller KINDERLEICHT-Projekte in Deutschland ist die Vorbeugung von Übergewicht. Die KINDERLEICHT-Kampagne ist integriert in das INFORM-Programm der Bundesregierung (www.inform.de). „Gesund sind wir stark!“ hat die Prävention von Fehlernährung und Bewegungsmangel in einem sehr frühen Alter der Kinder, nämlich von 0 bis 3 Jahren im Fokus. Es werden also vor allem Schwangere und ihre Angehörigen beraten, stillende Mütter, Eltern und andere Angehörige mit Säuglingen und Kleinkindern.

Zugänge zur Zielgruppe

Die Stärke des Projekts ist, dass die Berater (überwiegend Frauen) unterschiedliche Kompetenzen mitbringen, die sich gegenseitig ergänzen. Sie erreichen Familien an ganz unterschiedlichen Orten und in ganz unterschiedlichen privaten oder öffentlichen Zusammenhängen. Ein Blick auf die Tabelle macht dies deutlich.

Inhalte des Trainings und der Beratungen

Die Beratungsgelegenheiten wurden von den Projektleitern nicht vorgegeben. Die Mentoren und Trainer entwickelten die Beratungsgelegenheiten komplett in eigener Regie. In der Vorbereitungsphase wurden lediglich Fachinhalte und das methodische Rüstzeug für die Beratung vermittelt:

- Ernährung vor und nach der Geburt für Mutter und Kind,
- Ernährung des Kleinkindes/Kindes,
- Bewegung in der Schwangerschaft,
- Bewegungsförderung im Kleinkind- und Kindesalter,
- Vermeidung von Übergewicht in unterschiedlichen Lebensphasen,
- Systemische Beratungsmethodik in unterschiedlichen Beratungskontexten.

Die Berater binden die Themen organisch in das Gespräch ein (zum Beispiel beim gemeinsamen Kochen, beim Gespräch über das Kind).



Erfolge

Das Konzept ging auf: An keinem Teilnehmer ging das Training „spurlos vorüber“. Jeder Absolvent hat in seinem privaten oder beruflichen Umfeld etwas weitergetragen und berät systematisch oder wenn sich die Gelegenheit ergibt. Durch die ganz unterschiedlichen Bezüge der Berater ergeben sich die unterschiedlichsten Beratungsgelegenheiten. So können auch sehr

heiten zu ergreifen, sich z. B. langfristig in Stadtteilinitiativen einzubringen. Sie stellen Kontakte her und vermitteln Aufträge.

Ausblick

Durch das in drei Jahren intensiv aufgetriebene bzw. verdichtete Netzwerk ist zu erwarten, dass die Berater ihre Tätigkeit über den Förderungszeitraum hinaus fortsetzen.



Eine Gesundheitstrainerin im Beratungsgespräch im Rahmen eines Elterncafés auf der Internationalen Grünen Woche 2009

zurückgezogen lebende Familien, die z.B. wenig Deutsch sprechen, erreicht werden. In einer Befragung aller Berater wird derzeit ermittelt, welche Erfolge die Beratungen bei systematisch Beratenen inzwischen zeigen. Bisherige Erfahrungsberichte zeugen von einem starken Interesse und einer großen Bereitschaft zur Umsetzung des Besprochenen in den Familien.

Finanzierung und Vergütung der Beratungsarbeit

Das Projekt finanziert sich bis Ende 2009 vor allem über die oben angesprochenen Bundesmittel. Außerdem wurde die Techniker Krankenkasse als Sponsor gewonnen. Die Mentoren verrichten ihre Beratungsarbeit z. T. ehrenamtlich (z. B. informelle Gespräche mit der Schwägerin). Oder sie arbeiten in Stadtteilinitiativen mit und werden über dort vorhandene Mittel vergütet. Die Trainer binden die Projektthemen in ihre bisherige berufliche Tätigkeit ein und werden hierüber vergütet (z. B. Hausbesuche der Hebamme im Anschluss an die Geburt).

Nachhaltigkeit

Durch regelmäßig angebotene Qualitätszirkel und Supervisionen halten die Berater ihr Wissen und ihre Methodenkenntnis fortlaufend aktuell. Gleichzeitig werden sie über Gelegenheiten zur Selbstinformation aufgeklärt. So können sie auch im Anschluss an den Förderungszeitraum jederzeit Informationen auffrischen und aktuell beraten. Mit der Plan- und Leitstelle Gesundheit im Bezirksamt existiert eine dauerhafte Anlaufstelle. Zwei Mitglieder des Teams unterstützen die Mentoren und Trainer darin, systematische Beratungsgelegen-

heiten zu ergreifen, sich z. B. langfristig in Stadtteilinitiativen einzubringen. Sie stellen Kontakte her und vermitteln Aufträge.

Derzeit ist ein weiterer Trainingsdurchgang geplant, um weitere Gesundheitstrainer und -mentoren zu gewinnen, die im Bezirk zu einem ausgewogenen Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Familien beitragen. Der Erfolg des Projekts inspiriert das Projektteam dazu, das Projekt auf andere Stadtteile und Regionen zu übertragen.

Stephanie Wetzel
Ernährungswissenschaftlerin
im Projekt „Gesund sind wir stark!“

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 Rumpeltin
E-Mail: carsten.rumpeltin@web.de

Grafik-Design:
Franziska Müller
E-Mail: franziska.mueller@akademie-oegw.de

Anzeigen
Ellen Steinbach
Druck: WAZ Druck, Duisburg
Auflage: 4300, Ausgabe: Mai 2009
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 3/2009 ist der 30. Juni 2009
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

Beispiele für Zugänge im Projekt „Gesund sind wir stark“

Berufe/Aufgabe	Zielgruppe	Beratungsgelegenheit
Freie Hebamme	Familie vor und nach der Geburt	Aufsuchend, zu Hause, in intimer Atmosphäre
Krankenschwester im Krankenhaus	Stationär eingewiesene Patienten	Während einer „Auszeit“ vom Alltag
Erzieherin in der Kita	Kinder und Eltern	Täglich im Rahmen der Kita-Arbeit, bei Elternabenden und Festen, zu themenbezogenen Veranstaltungen in der Kita
Hausfrau	Verwandte, Freundeskreis	Bei regelmäßigen informellen Kontakten zu Hause
Hausfrau und junge Mutter	Andere werdende und junge Mütter	Zu Hause, auf dem Spielplatz, bei häufigen informellen Kontakten
Im Kulturverein aktive Bürgerin	Andere Aktive und Besucher des Kulturvereins	Frauenfrühstück, gemeinsames Kochen, Feste
Sozialarbeiterin aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	Familien direkt nach der Geburt	Aufsuchend, bei Begrüßungsbesuch im Anschluss an die Geburt eines Kindes
Sozialarbeiterin aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	Familien direkt nach der Geburt	Kurse für junge Eltern, bei regelmäßigen Kurstreffen

zent), einem niedrigen Wohnungsstandard mit hoher Belegungsdichte und dem für Berlin höchsten Anteil an Kindern unter 15 Jahren weist der Bezirk vielschichtige Besonderheiten und Probleme auf. Gleichzeitig verfügt der Friedrichshain-Kreuzberg aber auch über wertvolle Ressourcen, wie kulturelle Vielfalt, eine reiche Projektlandschaft, eine nachbarschaftliche Kiezstruktur, eine lange Tradition der Bürgerbeteiligung und eine engagierte Bezirkspolitik.

Mehr Informationen:
ZAGG Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH
Detlef Kuhn, Tel. (030) 306 956 20
E-Mail: d.kuhn@zagg.de

rung und Gesundheitswissenschaften (www.zagg.de).

Gewinnung von Multiplikatoren

Die Plan- und Leitstelle im Bezirk pflegt als Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung zahlreiche Kontakte zu Stadtteilinitiativen, zu Beratungsstellen in freier Trägerschaft oder des Bezirksamtes und ist in mehreren Arbeitskreisen (Arbeitskreis „Gesundheitsförderung vor und nach der Geburt“, Arbeitskreis „Migration und Gesundheit“ u.v.m.) vertreten. Über die persönliche Ansprache dieser Initiativen und Beratungsstellen wurden

- Laien (Hausfrauen bzw. Vertreter nicht beratungs- oder gesundheitsbezogener Berufe) und